

SECRETARÍA DE

SALUD



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 18-08-2020

At Contestar Cite Este No.:2020EE48158 0 1 Fol:1 Anex:1 Rec:3

ORIGEN: OOOOOO.DESPACHO DEL SECRETARIO -
NIGOMEZ LO DESTINO: CONCEJO DE BOGOTA DC/FREDDY
ANANIAS URREC

TRAMITE: OFICIOS-RESPUESTA

ASUNTO: PROPOSICION 641 DE 2020 ADITIVA
PROPOSICION

000000

Bogotá,

Doctor

FREDDY ANANÍAS URREGO GARZÓN

Subsecretario de Despacho

Comisión Segunda Permanente de Gobierno

Concejo de Bogotá Calle 36 No. 28 A 41

comisiondegobierno@concejobogota.gov.co

Bogotá, D.C.

CONCEJO DE BOGOTA 21-08-2020 08:28:08

2020ER13444 0 1 Fol:1 Anex:0

ORIGEN: SECRETARIA DISTRITAL D ESALUD/ALEJANDRO GOMEZ
LOPEZ

DESTINO: COMISION 2ª PERM. GOBIERNO/URREGO GARZON
FREDDY A

ASUNTO: RESPUESTA PROPOSICIÓN 641 DE 2020

OBS: AYDR.

Asunto: Proposición 641 aditiva a la Proposición 630 de 2020

Respuesta Radicado Secretaría Distrital de Salud 2020ER39288

Radicado: Concejo de Bogotá 20201E9958

Respetado Doctor Urrego:

Cordial saludo, de acuerdo al asunto en referencia damos respuesta al cuestionario de la Proposición, dentro de las competencias de esta Secretaría.

1. Sírvese adjuntar los estudios epidemiológicos y demás documentos de soporte que se llevaron a cabo durante el mes de marzo de 2020 y que permitieron determinar la primer proyección de contagio.

De acuerdo con la inquietud, la primera versión de proyección de contagios, se calculó a partir de un modelo basado en ecuaciones diferenciales, utilizando la teoría clásica de modelización de transmisión de enfermedades agudas y con varios supuestos que se disponían según experiencias de otros países, (más de 20 supuestos

Cra. No. 12-81 Tel.: 364

9090

www.saludcapital.gov.co

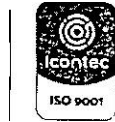
co

ALCALDÍA
DE BOGOTÁ

DE

sobre el tiempo infeccioso, contagiosidad, tiempos de duración en cada uno de los compartimentos, tasas de contacto y probabilidades de transición entre los compartimentos). Es preciso mencionar que los supuestos obtenidos desde la literatura científica, y por tratarse de un evento nuevo para la ciudad y el país, genera incertidumbre al pronosticar a largo plazo la situación.

Los supuestos y estructura del modelo son revisados continuamente de manera que fueron actualizados a medida que se disponga de nueva información. En lo que se



SECRETARÍA BOGOTÁ SALUD

ha podido observar, el modelo otorga proyecciones (más no pronóstico) a corto plazo que relativamente están cercanas a la realidad y es una herramienta para evaluar cualitativamente los impactos en el sistema sanitario de las medidas de aislamiento preventivo.

A grandes rasgos, el modelo clasifica a la población en 8 categorías: susceptibles, contagiados no infecciosos, asintomáticos, sintomáticos moderados, infectados que requieren hospitalización general, infectados que requieren UCI, recuperados y muertos. Se adjunta el documento inicial del modelo (ver cd adjunto), el cual contiene las referencias bibliográficas consultada. En la página del observatorio SALUDATA puede encontrar las proyecciones actualizadas. El link donde reposa la información <http://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-desalud/enfermedades-trasmisibles/modelo-covid/>

2. Sírvese adjuntar los estudios epidemiológicos y demás documentos que soportan el "Plan Distrital de Expansión" presentado ante la plenaria del Concejo Distrital el 27 de Marzo de 2020.

La información fue tomada del Decreto 417 de 2020 de la Presidencia de la República, en el que se hace mención a estos datos en los presupuestos fácticos de Salud Pública. Adjunto norma con resaltado en la página 3, que soporta la respuesta. (Ver anexo en Cd)

3. Sírvese responder las siguientes preguntas y adjuntar los soportes a sus respuestas:

- a. ¿Con qué criterios se establecieron las metas de UCI planteadas en dicho "Plan Distrital de Expansión"?

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá en fase de preparación de la pandemia realizó las estimaciones de cantidad de camas para atención de pacientes críticos y severos con enfermedad COVID-19 soportándose en los presupuestos fácticos definidos en el Decreto 417 de 2020, que según la Dirección de Epidemiología y

SALUD

Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social, se esperaba que un 34.2% del total de la población colombiana tuviera mayor riesgo de afectación por la pandemia del COVID-19 y la tasa de contagio fuese de 2.68. Bajo estos supuestos, las estimaciones del primer escenario para Bogotá fueron: • Casos COVID 19 esperados: 1.640.000.

- Gravedad: 81.5% de casos leves, 13.8% casos severos y 4,7% casos críticos.
- El 4.7 % de casos críticos de manejo en UCI: 77.080 pacientes.
- Tiempo estimado de la emergencia: 100 días
- Cantidad esperada pacientes UCI mes: 23.147

Cra. 32 No. 12-81 Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co



na

BOCOT/\

- Promedio día estancia en UCI: 7 días. 161.860 días cama ocupados mes
- Giro cama: 4.29 e Porcentaje ocupacional: 100%
- Camas UCI necesarias: 5.401. (Ver decreto anexo en Cd)

Estas estimaciones permitieron definir el plan de expansión hospitalaria distrital en atención a la situación de emergencia, el cual se estructuró en cuatro (4) fases, con una serie de acciones a implementar progresivamente para el alcance de aproximadamente 4.406 camas de UCI inicialmente, así:

- Fase 1: en la que previó la destinación del 30% de camas de UCI adultos para atención de COVID 19 (290 UCI previstas inicialmente).
- Fase 2: en esta fase se pretendía avanzar en la destinación del 30% camas de cuidados intensivos pediátricos y del 100% de las Unidades de cuidado intermedio adulto, para conversión a cuidados intensivos, a fin de obtener 691 camas más de UCI.
- Fase 3: en esta fase se proyectó la reconversión de aproximadamente el 40% de la capacidad instalada en hospitalización general adultos a camas de UCI, estimada en 3.231 camas.
- Fase 4: contemplada en el caso de que la demanda superara la capacidad de las áreas de expansión, y contemplaba la conversión del 30% de los

quirófanos disponibles en el REPS en camas de UCI, para una proyección de 194 camas más.

b. ¿Con qué criterios se modificaron las metas de UCI planteadas en dicho "Plan Distrital de Expansión"?

En desarrollo del primer plan de expansión presentado al Ministerio de Salud y Protección Social, la Secretaría Distrital de Salud adelantó diversas acciones, con la finalidad de gestionar la oferta de camas de UCI, entre otras:

- Alta temprana de pacientes con atención domiciliaria y atención de pacientes involucrados en la situación epidemiológica causada por el Coronavirus (COVID19) en Bogotá.
- Seguimiento diario a los porcentajes de ocupación de los servicios a través del aplicativo de la SDS — SIRC y gestión ante las IPS para la expansión y reconversión de camas.
- Inclusión de una campaña específica a través del Call Center Distrital para que, a través de la línea única distrital para la asignación de citas médicas, se descongestionara la línea 123, pudiendo direccionar a los pacientes de acuerdo a su estado de salud.



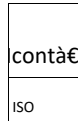
BOCOTP\

SALUD

- Evaluación de necesidades de infraestructura, dotación y talento humano para los planes de expansión y conversión de camas hospitalarias, planteando la capacidad máxima de atención a la que puede llegar cada Subred, priorizando inicialmente seis (6) UMHEs para atención de COVID-19 como son Santa Clara, Simón Bolívar, Fontibón, Kennedy, San Blas y el Tunal y adelantando mesas de trabajo con la EAGAT que permitan realizar compra conjunta de insumos y medicamentos que optimicen los recursos y garantice el abastecimiento de los mismos
- Avances surtidos de la implementación de la sala situacional, mediante la cual se realiza articulación intersectorial y monitoreo diario de las actividades que impactan la dinámica de la atención.
- Garantizar el diagnóstico en las personas sospechosas de COVID-19, siendo el laboratorio distrital de salud pública el primero habilitado en el país y en la actualidad ad portas de iniciar estrategias de tamizaje poblacional para el desarrollo de estrategias de contención epidemiológica territorial y poblacional. ● Puesta en operación de la estrategia de atención médica domiciliaria, la cual ha permitido eliminar barreras derivadas del aseguramiento y así descongestionar los servicios de salud, romper cadenas de contagio, aumentar la toma de muestras y reducir las complicaciones en salud: Se puso a disposición del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE, 74 equipos de atención domiciliaria (cada uno con médico o enfermera capacitados en atención domiciliaria de COVID19) para hacer frente a la actual coyuntura de existencia COVID19, 24 de esos equipos han sido aportados por las Subredes Integradas de Servicios de Salud y financiados con recursos del FFDS, los 50 equipos restantes son aportados por IPS de atención domiciliaria privadas y son financiados por las EAPBS del distrito capital y la SDS. Estos equipos de atención domiciliaria (los cuales se ampliarán gradualmente hasta conformar 100 equipos), cuentan con elementos de protección y toma de muestra, con disponibilidad y dedicación acorde al esquema de atención definido en el flujograma según la comorbilidad o edad del paciente, en jornadas de 12 horas, incluyendo sábados, domingos y festivos.
- Garantía en los canales de acceso y comunicación por parte de la ciudadanía, por lo cual se ha duplicado la capacidad técnica y humana en la línea 123 y demás líneas de apoyo de la ciudad: Inclusión de una campaña específica a través del Call Center Distrital: para que, a través de la línea única distrital para la asignación de citas médicas, se descongestione la línea 123.
- Disponibilidad de servicios de salud de alta complejidad a través: Reducción de servicios ambulatorios, postergación de procedimientos quirúrgicos que

requieran UCI o UCI intermedios para la recuperación de los pacientes, mejora de indicadores de promedio estancia, giro cama y trabajo articulado de seguimiento diario a los porcentajes de ocupación de los servicios a través del aplicativo de la SDS — SIRC y aumento en la disponibilidad de camas de UCI.

cra. 32 No. 12-81 Tel.:
364 9090
www.saludcapital.gov.co



ac

MAm

BOGOTA

- La participación del simulacro de aislamiento y cuarentena de la ciudad.

Dados los resultados favorables de las medidas de aislamiento social y cuarentena derivadas de los actos administrativos para la respuesta ante COVID-19, reflejados en el comportamiento epidemiológico de la pandemia durante los meses de abril y mayo, así como de enfermedad general, la demanda de servicios disminuyó y por tanto hubo una contención de la ocupación hospitalaria.

Es así como se logró impactar en el ratio de contagio a cifras menores (alrededor de 1.1), disminuyendo las estimaciones de casos COVID-19 y por ende las necesidades de capacidad de expansión y conversión de servicios hospitalarios de las IPS públicas y privadas de Bogotá, al aplicar los mismos parámetros fácticos del Decreto 417 de 2020 antes mencionados para estimar el requerimiento de camas hospitalarias, quedando replanteadas las fases así:

- Fase 1: destinación del 30% de camas de UCI adultos para atención de COVID 19, lográndose la asignación de 540 camas de UCI de las 290 previstas inicialmente.
- Fase 2: destinación del 100% de las Unidades de cuidado intermedio adulto, para conversión a cuidados intensivos, a fin de alcanzar un total de 1000 camas de UCI COVID-19 a este nivel de avance del plan.
- Fase 3: reconversión del 30% de la capacidad instalada en hospitalización general adultos a camas de UCI, a fin de alcanzar un total de 2000 camas de UCI COVID-19 a este nivel de avance del plan.
- Fase 4: contemplada en el caso de que la demanda supere la capacidad de las áreas de expansión antes mencionadas.

c. ¿Con qué criterios se tomó la decisión de ajustar la meta a 4000 camas UCI, divulgada posteriormente?

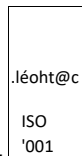
SALUD

La meta de 4000 camas de UCI corresponde a una aproximación de la primera estimación de necesidad de oferta hospitalaria para la atención de casos críticos COVID-19 presentada en primera versión del plan de expansión y explicada en el literal "a" de la presente pregunta.

d. ¿Con qué criterios se tomó la decisión de ajustar la meta a 2000 camas UCI posteriormente?

La meta de 2000 camas de UCI corresponde al primer ajuste o actualización del plan de expansión hospitalaria, realizado tras la evaluación de medidas de aislamiento social y cuarentena y demás acciones implementadas en desarrollo del plan de atención de la pandemia, explicada en el literal "b" de la anterior pregunta.

32



3

MAm ne

e. En qué consisten los acuerdos con el Gobierno Nacional para la adquisición de ventiladores mecánicos e instalación en UCIs ¿A qué se comprometió el Gobierno Nacional? ¿A qué se comprometió el Distrito? Adjunte copias de las actas y documentos que den cuenta de dichos compromisos.

La Secretaría Distrital de Salud-SDS dentro de sus responsabilidades y competencias, y en ejecución de las diferentes etapas (preparación, contingencia y mitigación) del plan de Plan de Respuesta Coronavirus Covid-19, y del Plan de Expansión de la ciudad de Bogotá, radicado en el Ministerio de Salud y Protección Social del cual se viene realizando por un estricto seguimiento por esta instancia nacional; y en concordancia en la adopción y cumplimiento de normas establecidas para ello a nivel Nacional y Distrital, como resoluciones 536 y 846 de 2020, en las que se consideraron aspectos como:

- Adopción de Plan de Acción para la Prestación de Servicios de Salud durante las etapas de Contención y Mitigación de la Pandemia por SARS-CoV-2, el cual es de obligatorio cumplimiento por parte de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS y de los Regímenes Especial y de Excepción y se establecen las fases y acciones para responder a la pandemia generada por SARS-CoV-2 (COVID-19), que deben realizar los actores del SGSSS en el marco de sus competencias para la prestación de servicios de salud a nivel hospitalario y está dirigido a las secretarías de salud departamentales,

distritales, y municipales y a los Prestadores de Servicios de Salud, entre otros. Resolución 536 de 2020 Ministerio de Salud y Protección Social.

- Que para la atención de personas con infección por la COVID-19 que requieren hospitalización, es importante contar con capacidad instalada de camas de cuidado intensivo e intermedio dado el comportamiento de dicho brote, la cual causa compromiso respiratorio severo por el daño que produce a nivel pulmonar y que requiere ser tratado con soporte ventilatorio y un estricto monitoreo. Resolución 846 de 2020.
- Que el análisis de la capacidad instalada existente en Colombia y la determinación de la forma para aumentar el número de camas cuidados intensivos rápidamente, evidencio la necesidad de entre otras medidas, convertir camas de cuidado intermedio en camas de cuidado intensivo, para lo cual se requiere contar con ventilador. Resolución 846 de 2020.

Cra. 32 No. 12-81 Tel.:
364 9090

www.saludcapital.gov.co



MAYOR
nc

En consonancia con lo anterior la resolución 846 de 2020 en su artículo 1. Objeto: Establece los criterios y condiciones para la asignación, transferencia y entrega de los ventiladores adquiridos por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante contratos No. 162,163,172,178,186,190,191.194 y 195 de 2020.

Para tal efecto y en desarrollo del Plan de expansión de la ciudad de Bogotá, se estimó que la provisión de los ventiladores para equipar en forma complementaria y disponer de nuevas camas de UCI para la atención de los pacientes con probabilidad o diagnóstico de COVID-19, se podría obtener de fuentes como: Por fuente propia de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, por el Gobierno Nacional (MSPS), Secretaria Distrital de Salud, sector privado y gobiernos internacionales.

Así las cosas, a fecha de 12 de agosto del presente año, por el Gobierno Nacional se han entregado 730 ventiladores y por el Distrito de Bogotá 140 ventiladores.

f) Cuales son los estudios y criterios que se utilizaron para determinar que la cantidad necesaria de ventiladores mecánicos que debían ser adquiridos con recursos propios del Distrito?

Se anexan los estudios previos del proceso desarrollado por parte de la EAGAT durante la etapa pre contractual para la adquisición de ventiladores mecánicos. Ver anexo denominado "Estudios Previso Ventiladores Covid19 FFDS EAGAT"

4. ¿En cuánto al proceso de adquisición de ventiladores con recursos propios del Distrito, sírvase indicar?:

a. ¿Cuándo comenzó el proceso de contratación para proveer los ventiladores mecánicos con recursos propios del Distrito cuándo lo adjudicaron. ¿Por favor relacionar el número de identificación de este contrato en la plataforma Secop II?

El primero de los procesos objeto de la solicitud fue desarrollado mediante la EAGAT como Entidad ejecutora del proceso pre contractual a través de la invitación directa No. ID 004 de 2020 de fecha 28 de mayo de los presentes, cuyo objeto fue la "Adquisición de Equipo Biomédico requerido para atender la emergencia sanitaria por la propagación del virus coronavirus covid-19, en el marco del fortalecimiento del plan de expansión de la capacidad hospitalaria para el Distrito Capital", donde



se adquirieron: "1. EQUIPOS Y BIENES REQUERIDOS: setenta (70) VENTILADORES MECÁNICOS".

El segundo proceso corresponde a la invitación directa No. ID 006 de 2020 de fecha 4 de julio de 2020, cuyo objeto fue la "Adquisición de Equipo Biomédico requerido para atender la emergencia sanitaria por la propagación del virus coronavirus covid19, en el marco del fortalecimiento del plan de expansión de la capacidad hospitalaria para el Distrito Capital", en el que se adquirieron por requerimiento de las diferentes UCI de la ciudad: los "1. EQUIPOS Y BIENES REQUERIDOS: setenta (70) VENTILADORES MECÁNICOS".

Para claridad de la solicitud, se anexa las invitaciones de los procesos en Secop II, No. FFDS-CD1218-2020 Y FFDS-CD1264-2020 y los soportes de los procesos INVITACIONES ID004 e ID006 DE 2020 (Ver anexo en Cd)

b. La cronología del proceso de contratación para la compra de ventiladores mecánicos. Adjuntar copia del contrato de compra de ventiladores mecánicos con recursos propios.

Se adjunta los documentos soporte de los procesos mencionados en el literal a) del punto 3 y los contratos No. 1602677 y 1701739 de 2020 en pdf (clausulados y acta de inicio de los procesos) (Ver anexo en Cd)

5. Sobre las pruebas diagnósticas de COVID-19, por favor indique:

a. ¿Cuál es el papel del Distrito en la aplicación de pruebas diagnósticas de COVID-19? ¿Cuál es el papel de las EPS en la realización de dichas pruebas?

En apego a las políticas, normas, estrategias, lineamientos y protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección, así como las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Organización Panamericana de la Salud (OPS) la estrategia general y las intervenciones derivadas de ellas han sido adoptados, adaptados y actualizados siguiendo la evidencia científica disponible con el propósito de reducir el contagio, las complicaciones y letalidad de la pandemia. Para el caso específico de las pruebas los referentes nacionales se encuentran dispuestos en:

- Lineamientos para el uso de pruebas moleculares RT-PCR y pruebas de antígeno y serológicas para SARS-CoV-2 (COVID-19) en Colombia de julio 22 2020.

.Orientaciones para la vigilancia en salud pública de la COVID-19. versión 02. 23 de julio de 2020

No. 12-81 9090



MAM

BOGOTA

Con fundamento en estas y en las estrategias que ha dispuesto el Distrito Capital en su Sistema de Vigilancia en Salud Pública estarían dispuestas las siguientes posibilidades:

- Pruebas para el diagnóstico: moleculares que detectan ácido nucleico del virus y ia de antígeno que buscan proteínas del virus
- Pruebas basadas en la detección de antígeno o anticuerpo que buscan evidenciar la respuesta inmune que produce el individuo afectado por el virus indican exposición o probable infección y, no son diagnósticas

El uso de las pruebas se hace de manera intencionada y acorde con la estrategia y competencia establecida en los protocolos. Así por ejemplo, las pruebas de RT-PCR o de detección de antígeno obedece a una solicitud de talento humano en salud capacitado que haga parte del equipo del prestador y garantizada por la EPS correspondiente o en los casos de búsqueda activa dentro de los procesos de Vigilancia en Salud Pública que desarrolla la Secretaria Distrital de Salud. Las Serológicas como Inmunocromatográficas, ELISA y Quimioluminiscencia, deben ser solicitadas sólo bajo orden médica e interpretadas por un profesional médico.

b. ¿Qué actividades de Vigilancia y Control se llevan a cabo por parte del Distrito frente a la realización de las pruebas diagnósticas?

En consecuencia, con las competencias de los Entes Territoriales establecidas por la Ley 715 de 2001 y 1438 de 2011, la Secretaría Distrital de Salud tiene conformado un equipo interdisciplinario con profesionales especializados para realizar el seguimiento a las EAPB para del cumplimiento de la normatividad vigente.

Desde la declaración de la emergencia sanitaria, la Secretaría Distrital de Salud, a través de la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud, se han realizado encuentros con las EAPB, a fin de aclarar temas concernientes con sus obligaciones basadas en las normas, guías, protocolos y lineamientos expedidos por

el Orden Nacional, a normatividad vigente. Así mismo, Mediante una modalidad de auditoría no presencial en las EAPB con la solicitud de soportes y posterior retroalimentación vía virtual se vienen ajustando los procesos de Vigilancia, Inspección y Seguimiento. En tal contexto, se han realizado 18 auditorías a las EAPB del Distrito a través de las cuales se hizo un seguimiento general a los procedimientos de atención general a los afiliados y a algunos aspectos relacionados con la atención de la población afectada por el COVID-19, entre los que se encuentra la disponibilidad de una Línea Telefónica de Acceso a la información para la atención, de una ruta para la atención en salud para los diferentes niveles de atención que requieran los afiliados de las EAPB, lo cual comprende la realización de exámenes de Laboratorio y su debido trámite para la



BOGOTÁ

entrega de resultados y el subsiguiente aislamiento y seguimiento y finalmente la canalización a servicios según el cuadro clínico identificado y los resultados, procedimientos todos que son de responsabilidad de los aseguradores tal como se especificaron en las normas expedidas por el Ministerio de Salud tales como las Resoluciones 521 y 536 de 2020.

A cada una de las EAPB a las que se le realizó la inspección y seguimiento, según lo que se identificó se le hizo el requerimiento de realizar la auditoría y el fortalecimiento de todos los procedimientos relacionados con la pandemia COVID19 y mejorar los procesos de toma de muestra y entrega de resultados a los afiliados con el fin de que tanto el Sistema de Salud como el afiliado, familia y comunidad puedan adoptar las medidas de prevención

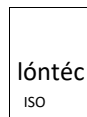
Por otra parte, y a través de la Línea de Salud para Todos, se atienden todos los casos que reportan los usuarios frente a las barreras de acceso que puedan tener para recibir sus servicios de salud y se resuelven sus necesidades de manera expedita, a fin de que la ciudadanía tenga una garantía de su acceso oportuno y con calidad a los servicios de salud requeridos.

c. ¿Cuáles son los criterios establecidos para determinar a quien se le realiza una prueba diagnóstica de COVID-19?

Los criterios establecidos para determinar la realización de pruebas diagnósticas de COVID-19, están íntimamente ligados a los lineamientos nacionales y a las estrategias distritales según la evolución de la epidemia. En el momento los referentes normativos nacionales son: el Decreto 1109 del 10 de agosto de 2020; los Lineamientos para el uso de pruebas moleculares RT-PCR y pruebas de antígeno y serológicas para SARS-COV-2 (COVID-19) en Colombia de julio 22 2020 y las orientaciones para la vigilancia en salud pública de la COVID-19. versión 02. 23 de julio de 2020.

La prueba RT-PCR es la prueba diagnóstica confirmatoria para la infección por SARS-COV-2. Se realizará prueba molecular RT-PCR SARS-COV-2 a las siguientes personas:

- a. Persona con probable COVID-19 atendida en el servicio de urgencias.
- b. Persona con probable COVID-19 que se encuentre hospitalizada.
- c. Persona que fallece por probable COVID-19, en las primeras 6 horas post mortem.



BOCOT/\

d. Persona atendida en ámbito domiciliario o ambulatorio que presente los siguientes factores de riesgo: ser 'trabajador de la salud que tuvo contacto con un caso probable o confirmado de COVID-19, persona adulta mayor de 70 años o persona de cualquier edad con comorbilidades (diabetes, enfermedad

cardiovasculares, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, enfermedad respiratoria crónica, VIH u otra inmunodeficiencia, cáncer, enfermedades autoinmunes, uso prolongado de esteroides, insuficiencia renal, obesidad, desnutrición) y tabaquismo y que presente sintomatología de COVID-19.

Persona asintomática con o sin factores de riesgo contacto estrecho de un caso confirmado con COVID-19.

f. Contacto estrecho de persona fallecida por COVID-19 confirmado.

g. Otras personas que a criterio médico o epidemiológico deberían hacerse la prueba.

También se le realizará la prueba diagnóstica en el ámbito domiciliario a las personas que presenten los siguientes factores de riesgo: ser trabajador de la salud que tiene contacto con caso probable o confirmado de COVID-19; persona adulta mayor de 70 años o persona de cualquier edad con comorbilidades (diabetes, enfermedad cardiovasculares, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, enfermedad respiratoria crónica, VIH, cáncer, enfermedades autoinmunes, uso prolongado de esteroides, insuficiencia renal, obesidad, desnutrición) y tabaquismo con sintomatología de COVID-19; persona asintomática con o sin factores de riesgo contacto estrecho de un caso confirmado con COVID-19 y aquellos que el médico considere pertinente, se deberá realizar prueba molecular RT-PCR.

d. ¿Cuánto tiempo tardan en tomar la prueba?

La toma de muestras y la realización de pruebas diagnósticas se realizan siguiendo los lineamientos técnicos sobre muestras y pruebas diagnósticas y sus actualizaciones, establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social dispuestos en la página web <https://covid19.minsalud.gov.co>. Para tal efecto el tiempo transcurrido entre la exposición y el momento de la toma de la muestra, obedece a criterios técnicos relacionados con la historia natural de la enfermedad, el tipo de prueba utilizada y estrategia a la cual apoya. Para el

caso en el que se conoce el momento de la exposición y se requiere realizar una prueba molecular a un contacto que cumpla con la definición de caso, se debe esperar un tiempo prudencial de hasta 7 días para su realización. En todo caso, para las diferentes opciones y situaciones pueden ser consultadas en la misma página. Por otro lado, en el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19 en Bogotá y en ocasión de la



BOGOTÁ

alerta naranja a nivel de las Unidades Cuidados Intensivos desde esta Secretaría se requirió a las EAPB para conocer los laboratorios responsables de analizar e informar, las pruebas derivadas de los estudios que por RT-PCR para SARS-CoV2 (COVID-19) que se realizan a los hisopados nasofaríngeos para sus afiliados. Además, para los pacientes hospitalizados en Unidad de Cuidado Intensivo o Intermedio se estableció una oportunidad de respuesta menor a 48 horas, solicitando los ajustes del caso para este fin.

- e. ¿Cómo se está manejando a las personas a las que se les hace la prueba? ¿Cuáles son los protocolos que deben seguir la persona a la que le aplica la prueba?

En concordancia con las estrategias, lineamientos y protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la definición del plan de respuesta sectorial e intersectorial a la Pandemia por COVID-19. La estrategia general y las intervenciones derivadas de ellas han sido adoptados, adaptados y actualizados siguiendo la evidencia científica disponible con el propósito de reducir el contagio, las complicaciones y letalidad de la pandemia. Para el caso específico de las pruebas los referentes nacionales se encuentran dispuestos en:

- Decreto 1109 del 10 de agosto de 2020, por el cual se crea en el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, el Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible -PRASS para el seguimiento de casos y contactos del nuevo Coronavirus -COVID-19 y se dictan otras disposiciones.

- Lineamientos para el uso de pruebas moleculares RT-PCR y pruebas de antígeno y serológicas para SARS-CoV-2 (COVID-19) en Colombia de julio 22 2020.

'Orientaciones para la vigilancia en salud pública de la COVID-19. versión 02. 23 de julio de 2020

6. Sobre las nuevas medidas tomadas por la Administración Distrital de Cuarentena Obligatoria para todo el grupo familiar de una persona positiva para COVID-19 , ¿Cómo se está haciendo esta medida?

La medida obedece a lo establecido en los "Lineamientos para el uso de pruebas moleculares RT- PCR, pruebas de antígeno y pruebas serológicas para SARSCOV-2 (COVID-19) en Colombia, del Ministerio de Salud y Protección Social de Julio de 2020, en el que se establece que el núcleo familiar que es contacto

No. 12-81
9090



N.mWAMAYOR

BOGOTÁ

estrecho de un caso confirmado debe permanecer en aislamiento estricto. Es responsabilidad de los ciudadanos acatar la medida y de las EPS orientar y hacer seguimiento a su adopción.

7. Sobre el rastreo de casos positivos y casos sospechosos, sírvase informar

I.En marzo, al inicio de la pandemia: ¿Cuáles eran los protocolos que debía seguir la persona diagnosticada con COVID-19?

De acuerdo con los "LINEAMIENTOS PARA LA DETECCIÓN Y MANEJO DE CASOS DE COVID-19 POR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA, del Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá de marzo 19 de 2020, las medidas generales a las personas con COVID-19 se procede así:

- 1- Valorar integralmente al paciente aplicando las medidas de precaución estándar, utilizando los elementos de protección personal que incluye máscara de alta eficiencia para el personal tratante.

SALUD

2- Aplicar las medidas de aislamiento al paciente. Tanto aislamiento de contacto como aislamiento por gotas de forma inmediata, ya sea en el triage durante el primer contacto en urgencias o en el proceso establecido por el prestador sobre las consultas programadas.

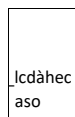
3- Las personas deben permanecer en aislamiento hasta que las Empresas Promotoras de Salud- EPS, Administradoras de regímenes especiales y de excepción, medicina prepagada, IPS fijas o de atención domiciliaria y las Secretarías de salud Departamentales y Distritales le tomen la muestra y de acuerdo al resultado continuar con este, de acuerdo con las recomendaciones emitidas.

4- Notificar inmediatamente el caso en la ficha epidemiológica completamente diligenciada de acuerdo con los lineamientos del Instituto Nacional de Salud y lo descrito previamente en este documento.

5- Cuando el prestador que recibe inicialmente al paciente no tenga capacidad para realizar la toma de muestra para el diagnóstico etiológico, aislamiento y hospitalización del paciente, se debe realizar el proceso de referencia y

contrarreferencia ante la EAPB o la Entidad Territorial según sea el caso, para definir el prestador de servicios de salud al que se debe remitir para continuar con el manejo. Hay que asegurar que durante el traslado del paciente se continúe con el aislamiento (gotas y contacto)

1



AL CALDFA MAYOR

6- El prestador que recibe el paciente remitido debe revalorarlo y solicitar la muestra de acuerdo con la Guía del Laboratorio de Referencia del INS 2 y las demás pruebas diagnósticas que el médico tratante considere necesarias para descartar otra etiología y para definir el tratamiento.

7- El prestador con capacidades para el diagnóstico y manejo del paciente debe tomar la muestra para confirmar o descartar COVID-19, para remitir de forma inmediata al Laboratorio de Salud Pública Departamental o Distrital (junto con la ficha epidemiológica completamente diligenciada), quién a su vez remitirá al Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud o a los laboratorios definidos para esta prueba por la Secretaría de Salud departamental o distrital.

8- Aplicar el tratamiento según el caso. Es importante resaltar que hasta el momento no existe tratamiento específico para ningún coronavirus, por lo que el tratamiento del COVID-19 es sintomático.

9- Brindar las recomendaciones de uso de medidas preventivas para los contactos.

10- El médico que atiende el caso evaluará el riesgo del paciente para definir su internación o su manejo en el domicilio.

1 1- Deberá considerarse la internación de las personas con alguna de las siguientes condiciones:

- Cualquier condición socioeconómica o geográfica que impida realizar el seguimiento o el aislamiento domiciliario de la persona.
- El paciente no es lo suficientemente estable como para recibir atención en el hogar.
- Los cuidadores no son apropiados y no están disponibles en el hogar.
- El paciente y otros miembros del hogar no tienen acceso a equipo de protección personal apropiado y recomendado (como mínimo, guantes y mascarilla) y no son capaces de adherirse a las precauciones recomendadas como parte del cuidado del hogar o aislamiento (por ejemplo, higiene respiratoria y etiqueta de tos, higiene de manos).
- Hay miembros del hogar que pueden estar en mayor riesgo de complicaciones de la infección por COVID-19 (Ej.: personas > 60 años, niños pequeños, mujeres embarazadas, personas inmunocomprometidas o que tienen enfermedades crónicas, afecciones cardíacas, pulmonares o renales).



12- Continuar el abordaje institucional del caso, en internación y con las medidas de aislamiento respectivas según severidad, condición clínica y hasta descartar COVID-19.

13- En caso de COVID-19 confirmado por laboratorio, se debe prolongar la hospitalización por 7 días mínimo según las condiciones del paciente.

14- Egreso según criterio médico con recomendaciones generales sobre aislamiento por gotas, prevención para contactos, ventilación y limpieza de áreas y superficies, lavado frecuente de manos y la identificación de los siguientes signos de alarma para acudir de inmediato al servicio de salud:

- Respiración más rápida de lo normal.
- Fiebre de difícil control por más de dos días.
- Si el pecho le suena o le duele al respirar.
- Somnolencia o dificultad para despertar.
- Ataques o convulsiones.

15- Generar el seguimiento epidemiológico diario desde la EAPB y la Entidad Territorial de Salud.

16- Si se define internación la atención debe darse como en las personas con criterios de caso 1. 6.4 En los casos que se decida manejo en el domicilio se deben aplicar las recomendaciones dadas en "Lineamientos para el manejo del aislamiento domiciliario, frente a la introducción del SARS-COV-2 (COVID-19) a Colombia".

II. ¿Qué seguimiento hacían a la persona y a sus contactos antes de presentar los síntomas? Indique el protocolo tanto de visita médica, llamada 123 0 las que aplique

Según los protocolos y lineamientos establecido por el Ministerio de Salud Y Protección Social para la fecha y de acuerdo con los criterios identificados en las personas, La Secretaría Distrital de Salud los adoptó con las diferentes tecnologías y medios disponibles como los equipos AMED, Las diferentes líneas de apoyo ciudadano incluida la 123 y los equipos de salud pública de las redes adscritas así:

1. Valorar integralmente al paciente aplicando las medidas de precaución estándar, utilizando los elementos de protección personal que incluye máscara de alta eficiencia para el personal tratante,



2. Aplicar las medidas de aislamiento al paciente. Tanto aislamiento de contacto como aislamiento por gotas de forma inmediata, ya sea en el triage durante el primer contacto en urgencias o en el proceso establecido por el prestador sobre las consultas programadas.
3. Las personas deben permanecer con aislamiento respiratorio hasta que las Empresas Promotoras de Salud- EPS, Administradoras de regímenes especiales y de excepción, medicina prepagada, IPS fijas o de atención domiciliaria y las Secretarías de salud Departamentales y Distritales tomen la muestra y continuarlo de acuerdo con las recomendaciones emitidas.
4. Notificar inmediatamente el caso en la ficha epidemiológica completamente diligenciada de acuerdo con los lineamientos del Instituto Nacional de Salud y lo descrito previamente en este documento.
5. Cuando el prestador que recibe inicialmente al paciente no tenga capacidad para realizar la toma de muestra para el diagnóstico etiológico, aislamiento y hospitalización del paciente, se debe realizar el proceso de referencia y contrarreferencia ante la EAPB o la Entidad Territorial según sea el caso, para definir el prestador de servicios de salud al que se debe remitir para continuar con el manejo. Hay que asegurar que durante el traslado del paciente se continúe con el aislamiento (gotas y contacto).
6. El prestador que recibe el paciente remitido debe revalorarlo y solicitar la muestra de acuerdo con la Guía del Laboratorio de Referencia del INS y las demás pruebas diagnósticas que el médico tratante considere necesarias para descartar otra etiología y para definir el tratamiento.
7. El prestador con capacidades para el diagnóstico y manejo del paciente debe tomar la muestra para confirmar o descartar COVID-19, para remitir de forma inmediata al Laboratorio de Salud Pública Departamental o Distrital (junto con la ficha epidemiológica completamente diligenciada), quién a su vez remitirá al Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de

SECRETARÍA DE

SALUD

Salud o a los laboratorios definidos para esta prueba por la Secretaría de Salud Departamental o Distrital.

32 No. 12-81
9090



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**

BOGOTA

8. Aplicar el tratamiento según el caso. Es importante resaltar que hasta el momento no existe tratamiento específico para ningún coronavirus, por lo que el tratamiento del COVID-19 es sintomático.
9. Brindar las recomendaciones de uso de medidas preventivas para los contactos.
10. El médico que atiende el caso evaluará el riesgo del paciente para definir su internación o su manejo en el domicilio.
11. Deberá considerarse la internación de las personas con alguna de las siguientes condiciones:
 - ❖ Cualquier condición socioeconómica o geográfica que impida realizar el seguimiento o el aislamiento domiciliario de la persona.
 - ❖ El paciente no es lo suficientemente estable como para recibir atención en el hogar.
 - ❖ Los cuidadores no son apropiados y no están disponibles en el hogar.
 - ❖ El paciente y otros miembros del hogar no tienen acceso a equipo de protección personal apropiado y recomendado (como mínimo, guantes y mascarilla) y no son capaces de adherirse a las precauciones recomendadas como parte del cuidado del hogar o aislamiento (por ejemplo, higiene respiratoria y etiqueta de tos, higiene de manos).
 - ❖ Hay miembros del hogar que pueden estar en mayor riesgo de complicaciones de la infección por COVID-19 (Ej.: personas > 60 años, niños pequeños, mujeres embarazadas, personas inmunocomprometidas o que tienen enfermedades crónicas, afecciones cardíacas, pulmonares o renales).
12. Continuar el abordaje institucional del caso, en internación y con las medidas de aislamiento respectivas según severidad, condición clínica y hasta descartar COVID-19.
13. En caso de COVID-19 confirmado por laboratorio, se debe prolongar la hospitalización por 7 días mínimo según las condiciones del paciente.
14. Egreso según criterio médico con recomendaciones generales sobre aislamiento por gotas, prevención para contactos, ventilación y limpieza de áreas y superficies, lavado frecuente de manos y la identificación de los siguientes signos de alarma para acudir de inmediato al servicio de salud.

❖ Respiración más rápida de lo normal.

32



MA
m socará
D.c

- ❖ Fiebre de difícil control por más de dos días.
- ❖ Si el pecho le suena o le duele al respirar.
- ❖ Somnolencia o dificultad para despertar.
- ❖ Ataques o convulsiones.
- ❖ Decaimiento.
- ❖ Deterioro del estado general en forma rápida.

15. Generar el seguimiento epidemiológico diario desde la EAPB y la Entidad Territorial de Salud.

Ahora bien, actualmente se sabe que la infección por SARS-CoV-2 no conduce siempre a enfermedad, por lo que se presentan casos asintomáticos, subclínicos y sintomáticos desde leves a severos. Los casos asintomáticos y subclínicos pueden ser contagiosos y los sintomáticos lo son desde días antes de iniciar el cuadro clínico (presintomáticos), por lo que la detección y diagnóstico de la infección es un desafío para evitar la transmisión silenciosa de la epidemia. Dadas estas características, la COVID-19 se propaga en grupos, cuya identificación oportuna es clave para documentar, establecer aislamiento social, incluso sin esperar la confirmación de la infección por laboratorio y, contribuir a desacelerar la transmisión.

Para ello, Bogotá estableció una estrategia activa de vigilancia en salud pública, que pretende obtener información de diferentes fuentes sobre los casos asintomáticos, pre sintomáticos, sintomáticos y sus contactos, y la dinámica de la población que se desplaza por la ciudad, con tres grandes ventanas:

1. Casos, contactos y cadenas de transmisión de propagación de COVID-19.
2. Caracterización de las dinámicas de infección en territorios, entornos y conglomerados.
3. Caracterización de dinámicas de transmisión en poblaciones selectas que por sus actividades sociales y económicas están más expuestas o generan riesgos de transmisión.

De manera particular se vienen desarrollando intervenciones en:

- ❖ Conglomerados en micro territorios en los que se evidencia concentración de casos con alto riesgo de transmisibilidad que determinan las Zonas de Cuidado Especial.
- ❖ Conglomerados en Micro territorios con condiciones propicias para la circulación del SARS-COV-2 y podrían ser zonas silenciosas o con subregistro de casos de COVID-19.
- ❖ Conglomerados en poblaciones selectas — no necesariamente ubicables en un territorio específico- en los que se identifican grupos de personas de alto

52 12-81



ALCALDÍA MAYOR

riesgo de infección y transmisión por COVID-19 asociada a la ocupación, actividades económicas o de alta movilidad, tales como: vigilantes o guardias privados, servicios de aseo, taxistas, servicio de entregas a domicilio o "rappitenderos", coteros y zorreros. También aplica a asentamientos de migrantes, poblaciones indígenas (en resguardos o no) y personas en situación de calle.

- ❖ Conglomerado en entornos institucionales como: centros de protección y atención social, establecimientos penitenciarios (incluyendo detenidos en estaciones de policía o unidades de respuesta inmediata), albergues, las Fuerzas Militares y de Policía, conventos/monasterios, plazas de mercado, entornos laborales principalmente informales, entre otros.

En conjunto, esta propuesta combinada de vigilancia en salud pública ha ganado eficiencia por su simultaneidad y cooperación al lograr reconocer más tempranamente el avance de la epidemia. Con la adopción y adaptación de la PRASS, se espera potenciar lo realizado e implementarla hasta al menos el primer semestre del 2021 ó hasta que se evidencie un control de la transmisión comunitaria.

III. ¿Qué preguntas hacen las personas diagnosticadas con el virus? Indique el protocolo de visita médica, llamada 123 0 las que apliquen

Desde el inicio de la Pandemia y antes de que se generaran los lineamientos nacionales, ya el Distrito Capital contaba con un Lineamiento para la implementación de la estrategia de atención en salud domiciliaria ante COVID-2019, que fue operativizado a través de un convenio tripartita con EPS e IPS, el cual sigue el flujograma anexo.

Y se fueron ajustando según lo dispuesto por las normas nacionales como la resolución 521 relacionada con la atención domiciliaria (<https://www.minsalud.gov.co/RID/resolucion-521-de-2020.pdf>). Se establecieron además guías y manuales de atención en los diferentes puntos de contacto con los ciudadanos.

IV. ¿Cómo manejaban los casos sospechosos antes de las nuevas medidas tomadas por la administración Distrital?

Para el inicio de la Pandemia, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto

Nacional de Salud, establecieron 5 criterios para la definición de caso probable, Para el criterio 1, se basó en la definición nacional para el evento Infección Respiratoria Aguda Grave inusitado (Cód. 348), así: "paciente con fiebre

(0

aso 9001 ALCADIA MROR socará

D.C.

cuantificada mayor o igual a 38 °C y tos, con cuadro de infección respiratoria aguda grave -IRAG que desarrolla un curso clínico inusual o inesperado, especialmente un deterioro repentino a pesar del tratamiento adecuado, que, Sí requiere hospitalización, IRAG inusitado — Cód. 348 y cumpla con al menos una de las siguientes condiciones:

- ❖ Historial de viaje a áreas con circulación de casos de enfermedad por nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas.
- ❖ Trabajador de la salud u otro personal del ámbito hospitalario que haya tenido contacto estrecho* con caso confirmado para enfermedad por nuevo coronavirus (COVID-19).
- ❖ Antecedentes de contacto estrecho* en los últimos 14 días con un caso confirmado con infección respiratoria aguda grave asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19).

El manejo seguía lo establecido en los "LINEAMIENTOS PARA LA DETECCIÓN Y MANEJO DE CASOS DE COVID-19 POR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA, del Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, marzo 19 de 2020" como se detalló en el numeral II de la pregunta 7.

- a. ¿Cuál es el cronograma y como operará este grupo de rastreadores que anunció la Alcaldesa?

La Vigilancia en Salud Pública (VSP) de la COVID-19 tiene como uno de sus principales propósitos, rastrear y localizar los contactos estrechos, identificar sintomáticos entre ellos y otros posibles nexos epidemiológicos para controlar la propagación en poblaciones, escenarios y entornos específicos. Estas actividades las viene realizando el Distrito Capital desde el mismo momento en que se identificó el primer caso en el Distrito Capital.

Sin embargo, dada la evolución de la pandemia y ante la necesidad de generar estrategias innovadoras, complementarias y fundamentadas en los avances ya logrados en el Distrito Capital, recientemente se adoptó y adaptó la Estrategia PRASS - Pruebas, Rastreo & Aislamiento Selectivo Sostenible — que permite ampliar de manera inteligente, el alcance de la realización de pruebas en los SINTOMÁTICOS (casos sospechosos y probables) a identificar, aislar y hacer pruebas también a posibles portadores PRE-SINTOMÁTICOS o ASINTOMÁTICOS, y se complementa con el avance en estrategias

32 12-81



ACAL.níA nc

MAYOR
j

Bocotrux

epidemiológicas ya desarrolladas en el Distrito, como mecanismo para cortar las cadenas de transmisión viral en territorios, conglomerados, instituciones y poblaciones especiales, mediante el aislamiento temprano de la mayor cantidad posible de positivos.

Como se indicó, antes de la PRASS, el Distrito Capital ya había diseñado e implementado una estrategia combinada de vigilancia en salud pública que incorporaba este tipo de procesos, los cuales viene desarrollando hasta la fecha. Ahora bien, dado que los diferentes modelos estiman una transmisión activa hasta el primer semestre del 2021, se espera mantener la estrategia PRASS hasta esta fecha, con los ajustes propios de su evolución.

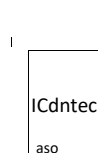
- b. ¿Bajo qué figura se adelantó la vinculación de estos rastreadores? Por favor relaciona cada uno de los indicadores en SECOP II de estos contratos.

Dado que el rastreo de contactos y los cercos epidemiológicos hacen parte de los procesos, actividades e intervenciones de la vigilancia en salud pública en general y de la Investigación Epidemiológica de Campo en particular, para los cuales (a Secretaría Distrital de Salud adopta y adapta los lineamientos y protocolos del orden nacional y genera los propios, de acuerdo con las circunstancias y condiciones propias de la ciudad, sus localidades y territorios y que para sus operaciones, se realizan contratos con las cuatro subredes públicas: Norte, Sur, Centro Oriente y Sur Occidente quienes implementan y desarrollan las acciones de gestión de la salud pública e intervenciones colectivas incluyendo las de vigilancia en salud pública en cada una de las localidades; corresponde a estas instituciones y no a la Secretaría Distrital de Salud la realización de contratos con autonomía siguiendo sus propios manuales de contratación.

- c. Al momento de hacer el anuncio público de la contratación de estos rastreadores, ¿Ya se había iniciado las gestiones contractuales para su vinculación? ¿Cuál es el proceso de compra de los elementos de bioseguridad que necesitarán y que la administración debe proveer?

En el marco de la Vigilancia en Salud Pública (VSP) como función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud se realizan investigaciones epidemiológicas de campo (IEC) que para el caso de la COVID-19,

tienen como propósito rastrear y localizar los contactos estrechos, identificar sintomáticos entre ellos y otros posibles nexos epidemiológicos (poblaciones de riesgo, personal de alta movilidad en virtud de su ocupación laboral, viajeros, trabajadores de salud o de la protección social, población excarcelada, contacto con otros casos, entre otros) con el propósito de orientar acciones específicas relacionadas con el control de la propagación de la epidemia en poblaciones, escenarios y entornos específicos. Estas investigaciones, que incluyen los rastreos



(1
ALCALDÍA MAM
BOGOTÁ ac

de casos y contactos, se vienen realizando desde el mismo momento en que se identificó el primer caso de COVID-19 en el Distrito Capital.

Sin embargo y dada la evolución de la pandemia, ante la necesidad de generar estrategias innovadoras, complementarias y fundamentadas en los avances ya logrados en el Distrito Capital, se adoptó y adaptó la Estrategia PRASS - Pruebas, Rastreo & Aislamiento Selectivo Sostenible — con el propósito de ampliar de manera

inteligente y lograr mayor efectividad de sus procesos. El rastreo de contactos realizado en el marco de la estrategia PRASS incluye el diligenciamiento de la ficha de notificación y su canalización para el monitoreo clínico, el seguimiento del aislamiento y la toma de muestra por la EAPB correspondiente. Se espera cortar las cadenas de transmisión viral en territorios, conglomerados, instituciones y poblaciones especiales, mediante el aislamiento temprano de la mayor cantidad posible de positivos.

En este contexto, el rastreo contactos y los cercos epidemiológicos hacen parte de los procesos, actividades e intervenciones de la vigilancia en salud pública en general y de la Investigación Epidemiológica de Campo en particular, para los cuales la Secretaría Distrital de Salud adopta, adapta los lineamientos y protocolos del Orden Nacional y genera los propios de acuerdo con las circunstancias y condiciones propias de la ciudad, sus localidades y territorios. Como se mencionó con anterioridad dijo arriba para sus operaciones, el Distrito realiza contratos con las cuatro subredes: Norte, Sur, Centro Oriente y Sur Occidente quienes implementan y desarrollan las acciones de gestión en salud pública e intervenciones colectivas incluyendo las de vigilancia en salud pública en cada una de las localidades. Por lo anterior, corresponde a estas instituciones y no a la Secretaría Distrital de Salud la realización de contratos y disponer los elementos de bioseguridad.

d. ¿Cuál es la metodología que estos rastreadores usarán para desempeñar su labor? ¿De qué herramientas se apoyarán?

Desde el mes de mayo a la fecha, para la implementación de las diferentes estrategias incluida la PRASS, se han combinado métodos convencionales de la epidemiología (vigilancia rutinaria y activa comunitaria) y de la salud pública (análisis de redes y de atención en servicios sanitarios) con métodos de las ciencias sociales basadas en comunidad y las herramientas analíticas que proporciona la geografía humana.

Se destacan tres grandes componentes de la estrategia:

32



1. Realización sostenida de pruebas, maximizando la probabilidad de identificación de positivos en los contactos de casos positivos, sospechosos y probables en los territorios, conglomerados y poblaciones selectas en el LSP y la red de colaboradores, que se complementa con las realizadas en los servicios de salud y los laboratorios privados de la red. En conjunto y a la fecha, se han realizado más de 500.000 pruebas con las diferentes estrategias.

2. Potenciar el rastreo masivo y sistemático de contactos de los casos positivos. Tanto de los provenientes de la red distrital de dx, como los de la búsqueda activa en conglomerados y poblaciones selectas, maximizando los esfuerzos de oportunidad y cobertura.

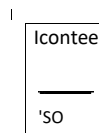
3. Promover y facilitar el aislamiento selectivo y sostenible a la totalidad de positivos resultantes, que corte las cadenas de transmisión.

Para el caso de los conglomerados el proceso inicia con el análisis geoespacial de la situación epidemiológica para identificar la existencia o no de circulación viral. Esto se hace a través de un índice de transmisibilidad desarrollado por la Secretaría Distrital de Salud donde convergen variables como: número de casos positivos, número de contactos que han permanecido por más de 15 minutos a una distancia menor de 2 metros con un caso positivo, número de establecimientos en la zona, población mayor de 60 años, población con multimorbididades, entre otras. Lo anterior permite priorizar o no las zonas y sus habitantes para el estudio mediante el análisis de la información generada por la vigilancia intensificada de infección

respiratoria aguda grave (IRAG) e inusitada asociada al SARS-COV-2, los cuales constituyen un soporte básico para identificar la circulación viral.

Esta información se complementa con la información de diferentes fuentes como: las líneas telefónicas del Distrito o canales virtuales disponibles que permitieron captar casos probables de COVID-19, información georreferenciada sobre el cumplimiento del aislamiento, notificación comunitaria, análisis de situación de salud precedente, experiencia de los equipos de salud pública local, información de otros sectores que permitan identificar con alto riesgo de transmisión silenciosa.

Para los grupos de personas de alto riesgo de infección y transmisión por COVID19 asociada a la ocupación, actividades económicas o de alta movilidad, tales como: vigilantes o guardias privados, servicios de aseo, taxistas, servicio de entregas a domicilio o "rappitenderos", cotereros y zorreros, asentamientos de migrantes, poblaciones indígenas (en resguardos o no) y personas en situación de calle, se usa información secundaria del sector u otros sectores sobre características del servicio prestado y trabajadores que tienen mayor frecuencia de prestación del mismo y movilidad en transporte público que se complementa con la información de



diferentes fuentes como: notificación comunitaria, análisis de situación de salud precedente, experiencia de los equipos de salud pública local, información de otros sectores que permitan identificar con alto riesgo de transmisión silenciosa en estos grupos poblacionales.

Para los entornos institucionales con población cautiva, en protección, aglomeración en condiciones de vulnerabilidad por alto riesgo de infección o severidad de

enfermedad por COVID-19 como hogares gerontológicos, geriátricos, centros día, centros noche, albergues con poblaciones institucionalizadas como inmigrantes, indígenas, desplazados, centros de reclusión de personas privadas de la libertad, etc; que también incluye las plazas de mercado y entornos laborales principalmente informales, se toma información secundaria del sector u otros sectores que posean datos de las instituciones y su ubicación geográfica priorizando aquellas en las que se sospecha condiciones de vulnerabilidad de los residentes y cuidadores por presencia de comorbilidad, así como con las condiciones de hacinamiento.

De manera específica, el Rastreo en el contexto del PRASS se usan dos metodologías:

1. Manual: la persona contagiada habla con el Rastreador y da información detallada sobre las personas con quienes estuvo cerca físicamente.
2. Tecnológica: ampliación del mapa de contactos de un positivo con herramientas tecnológicas.

En ambas, el propósito es rastrear y localizar los contactos estrechos, identificar sintomáticos entre ellos y otros posibles nexos epidemiológicos (poblaciones de riesgo, personal de alta movilidad en virtud de su ocupación laboral, viajeros, trabajadores de salud o de la protección social, población excarcelada, contacto con otros casos, entre otros) e identificar comorbilidades o antecedentes que puedan complicar el curso de la enfermedad.

Por las condiciones de protección personal de los trabajadores de salud, las IEC pueden realizarse mediante entrevista telefónica o por streaming y la toma de muestra programada en casa. En el marco de la PRASS, el rastreo de contactos y el registro inicial del caso probable (por contacto estrecho) es realizado por un call center cuyo personal ha sido entrenado para este proceso.

En el nivel hospitalario puede hacerse mediante llamada o estableciendo una distancia mayor de 2 metros con el paciente. En algunos casos, el informante puede ser el acudiente o el conviviente que podría ser abordado telefónicamente o vía streaming. En el estudio de conglomerados se realiza desplazamiento de un equipo de respuesta inmediata para la realización de la IEC, con las medidas recomendadas de protección personal, así como en aquellos casos que no pueden ser contactados telefónicamente y se encuentran en caso, que pueden representar un alto riesgo (adultos mayores y personas con comorbilidad, especialmente).

De cada caso confirmado se identifica la información de fechas de inicio de síntomas, hospitalización, egreso y de ser el caso, de muerte, así como datos de ubicación como número telefónico y dirección de su residencia. En los asintomáticos, la fecha de referencia es la de recolección de la muestra.

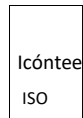
Tanto a los casos como a sus contactos estrechos les es indicado aislamiento en casa y las demás pautas no farmacológicas promovidas por el gobierno nacional, que incluyen el distanciamiento social, el lavado de manos, la higiene y etiqueta respiratoria y la limpieza y desinfección de superficies de mayor contacto.

A los contactos estrechos asintomáticos se les toma la muestra correspondiente a los siete días del último contacto sin protección, en el caso de ser negativos, deben mantenerse en aislamiento preventivo por 7 días más a la fecha de la muestra. En el caso que, durante el seguimiento diario, el contacto manifieste síntomas (que no tenía inicialmente), se recolecta muestra para RT-PCR. Si se detecta fecha de inicio de síntomas mayor de 11 días, puede indicarse una prueba serológica, que permitiría de manera retrospectiva un mejor estudio de las cadenas de transmisión.

Se establecen las líneas de tiempo del caso original para ubicar sitios donde pudieron darse contactos estrechos no protegidos y así hallar posibles cadenas de transmisión.

Se utiliza el formato "Seguimiento a contactos de casos positivos COVID-19" (Apéndice 2 a la notificación de los casos 346) para tener la referencia de todos los contactos. Luego al encuestar a cada uno de estos contactos, se diligencia la ficha Cód. 346.

Las EAPB (y las entidades territoriales en el caso de los no asegurados) tendrán acceso a la información de los casos confirmados en el aplicativo SegCovid y a partir de éste realizar el seguimiento de su estadio, así como evaluar sus contactos estrechos (familiares 0 22 de 51 beneficiarios) a quienes monitorearán y programarán para toma de muestra, de acuerdo con sus procedimientos de



BOCOTI\ SALUD

priorización. A tanto el caso como sus contactos se debe monitorear el cumplimiento del tiempo recomendado de aislamiento solicitado por los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social

Cordialmente,

O'LEJANDR GÓMEZ ÓPEZ
Secr tario d. Despacho

Anexo (1 Folio + 1 C

copia: 012100

Proyecto: Elkín Osorio, Diane Moyano Cris Encarnación Reyes, Miller Cifuentes,
VoBo: Inés María Galindo / DorisY a Reyes
Aprobó: María Clemencia
Mayorg

"Por razones de control epidemiológico COVID -19, las aprobaciones se realizan de manera virtual mediante correo electrónico, ya que la mayoría de colaboradores se encuentran realizando trabajo en casa".

SECRETARIA DE



DE N. CALDIA MAYOR
BOGOTÁ DC

Caso Sospechoso o contacto estrecho	¿Viajó en los 14 días a áreas con		Recomendaciones de	
	activa comunitaria de COVID-		manejo en casa, signos de	
123 19 0 estuvo en contacto con una persona diagnosticada con COVID-19? alarma FIN			IRAG Inus;tado notificar — 348 Se continÚa manqo hospitalario según lineamiento Min salud	
AUTOAISLAMIENTO r	NO	Tiene al menos dos de los siguientes	HOSPITALIZACION	
Eduàación y signos de alarmá; Se	síntomas • fiebre cuantificada mayor		¿Se define atención	NO
recomendaciones y se indica Reléfono de	igual a 382C • T,os • Dificultad respiratoria		hospitalaria?	
contactp para segpimlento	•Od•nofawe • Fatiga / Adinamia		Paciente atend}do en con laboratorio positivo	PROGRAMA AMED
¿En el' segulinte-nto presenta d" o más _síntomas?	Toma de muestras COVID-i9 (excepto el àue tngresa por IPS con laboratorio)		IRA leve 0 moderada notificar— 346 + HC	
1	Manelo con recomendac:ones (primera visita se debe realizar máximo 2 horas después de la activación del equ«po); vafaración clínicae signos de afarma V aislamiànto (plan cuidado en casa)		Positivo	Activación Vigilancia Epidemiológica INVESTIGACfON DE CAMPO NOTIFIACtONA EAPB
			Negativo	
			Cierre de caso	
	SI		A PARTIR DE tos SINTOMAS	
	MAYOR DE 60 AÑOS Y/O CON COMORBIL'IDAD		1 °, 3 °1 día tnédico 2", 4 °, G" día - enfermera • Verificación - de contactos Vertficoción de ¿ambíos eh estado dé salud de sighds de plarma	
	NO		Contactoa" CRUE para . traslado a.IPS	
			¿Detenoro• eñ ei estado ¿e salud?	
	A PARTIR DE LOS SINTOMAS		NO	
	1' 'y 7 ° día - médica Z', 4'y 6 ° día - seguimiento . telefónico Verificación de 'contact¿g Verificación de cambios en estado de Salud		, Control-de Evol""ón clínica 'Laboratorio -f Ausencia de disnea -Adeaaada saturación • Fiebre" contr.olada -Tolerancia via •oral	
	Refuerzo de de alarma		Seguimiento según. esquema sstablecido FIN.	