

RESOLUCIÓN 926 DE 2017

(marzo 30)

Diario Oficial No. 50.191 de 30 de marzo de 2017

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Por la cual se reglamenta el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,

en ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas por el artículo 67 de la Ley 1438 de 2011 y en desarrollo del numeral 6 del artículo 2o y el numeral 11 del artículo 6o del Decreto-ley número 4107 de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que el Sistema de Emergencias Médicas, establecido mediante el artículo 67 de la Ley 1438 de 2011, busca la articulación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar la respuesta oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismo o paro cardiorrespiratorio que requieran atención médica de urgencias.

Que el artículo 2o de la Ley 1523 de 2012 *“por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones”*, dispone que la gestión del riesgo es responsabilidad de todas las autoridades y de los habitantes del territorio colombiano y, en cumplimiento de esta responsabilidad, las entidades públicas, privadas y comunitarias desarrollarán y ejecutarán los procesos de gestión del riesgo.

Que la Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud dispuso, en su artículo 14, que para efecto de acceder a servicios y tecnologías de salud, no se requerirá de ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencias.

Que a su vez, el artículo 10 de la misma norma contempla el deber de los ciudadanos de actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas como extensión del deber constitucional de solidaridad contenido en el artículo 95, numeral 2.

Que de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 715 de 2001, corresponde a las entidades territoriales la dirección del sector salud en el ámbito de su jurisdicción.

Que de conformidad con lo previsto en el artículo 2.5.3.2.17 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, corresponde a las direcciones territoriales de salud regular los servicios de urgencias de la población de su

territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia, así mismo señala, que el “*Ministerio de Salud y Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y Desastres (CRUE)*”.

Que en la Sexagésima Asamblea Mundial de la Salud, realizada entre el 14 y el 23 de mayo de 2007, a través de la Resolución WHA60.22, se insta a los Estados Miembros, “(...) 2) a que velen por que los ministerios de salud participen en la revisión y el fortalecimiento de la prestación de atención traumatológica y de emergencia, y que a ese efecto se disponga de un mecanismo de coordinación intersectorial”; y “3) que consideren el establecimiento de sistemas institucionales e integrados de atención traumatológica y de emergencia (...)”.

Que de otro lado, el Decreto número 2434 de 2015, mediante el cual se crea el Sistema Nacional de Telecomunicaciones de Emergencias define, en el artículo 2.2.14.1.3, al Centro de Atención de Emergencias (CAE), como el mediorecepción de llamadas, a través del número único nacional de emergencias, de mensajes o de cualquier tipo de comunicación que utilizan los individuos para requerir ayuda en situaciones de emergencias y seguridad ciudadana y que se encarga de realizar el direccionamiento a la entidad responsable de atender la solicitud.

Que en el mismo sentido, el artículo 2.2.14.2.5 del mencionado decreto establece que el CAE se pondrá en contacto con las entidades correspondientes, como la Policía, Bomberos, Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE), Oficinas de Gestión del Riesgo, entre otros, para iniciar la atención que requiera el individuo solicitante.

Que los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE), reglamentados por la Resolución número 1220 de 2010, hacen parte de la Red Nacional de Urgencias y son apoyo del Sistema Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (SNGRD) y dentro de sus funciones se encuentra el articular con el Número Único de Seguridad y Emergencias (NUSE), y organizar los servicios de atención prehospitalaria del territorio.

Que el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, adoptado por la Resolución número 1841 de 2013, en la dimensión salud pública en emergencias y desastres establece, como una de sus metas en el componente de respuesta en salud ante situaciones de urgencia, emergencias en salud pública y desastres, la implementación del Sistema de Emergencias Médicas en el país.

Que el Título V de la Resolución 6408 de 2016, incluye en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, el traslado acuático, aéreo y terrestre en caso de movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles, así como el traslado entre IPS bajo las condiciones allí previstas.

Que a través de la Resolución número 1441 de 2016 de este Ministerio, se establecen los

estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes integrales de Prestadores de Servicios de Salud incluidas las redes de urgencias.

Que la Superintendencia Nacional de Salud, a través de la Circular número 015 de 2016, instruyó en torno a la gestión de la atención de accidentes de tránsito para cada uno de los integrantes que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y, por su parte, la Resolución 2273 de 2014 del Ministerio de Transporte adoptó el Plan Nacional de Seguridad Vial 2011-2021.

Que en consecuencia, se requiere reglamentar el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas (SEM) en Colombia, a fin de articular las diferentes normas que tienen que ver con la materia y garantizar una respuesta oportuna y efectiva a las situaciones de urgencia que se presenten en el territorio nacional.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

CAPÍTULO I. ASPECTOS GENERALES.

ARTÍCULO 1o. OBJETO. La presente resolución tiene por objeto reglamentar el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas (SEM) en Colombia.

ARTÍCULO 2o. CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones contenidas en la presente resolución son aplicables a las entidades territoriales, a los prestadores de servicios de salud –a las entidades– responsables de pago de servicios de salud y a los primeros respondientes.

ARTÍCULO 3o. SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS (SEM). El SEM es un modelo general integrado, cuya estructura se define en el artículo 7o de la presente resolución, con el propósito de responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios, que requieran atención médica de urgencias, en lugares públicos o privados. Comprende, entre otros, los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la actuación del primer respondiente, la prestación de servicios prehospitalarios y de urgencias, las modalidades de transporte básico y medicalizado, la atención hospitalaria, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias, los programas educacionales y los procesos de vigilancia y que será financiado entre otros con los recursos del Programa Institucional de Fortalecimiento de la Red Nacional de urgencias.

ARTÍCULO 4o. IMPLEMENTACIÓN. Los distritos, los municipios de categoría especial y de primera categoría y el departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina deberán implementar el SEM en el territorio de su jurisdicción, teniendo en cuenta el análisis de situación de salud, los antecedentes de emergencias y desastres y las condiciones geográficas particulares para lo cual podrán, de manera autónoma, constituir un

Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) o suscribir convenios con el departamento para tal fin.

PARÁGRAFO 1o. Las áreas metropolitanas y los municipios de categorías diferentes a las señaladas en el presente artículo podrán, de manera independiente o asociados con otros municipios, implementar un SEM en su territorio. En este caso, estarán facultados, con autorización del departamento de su jurisdicción, para constituir Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE) o suscribir convenios con el departamento para tal fin.

PARÁGRAFO 2o. En cualquier caso, la creación de los CRUE propenderá por una articulación técnica y operativa eficiente con el CRUE departamental.

ARTÍCULO 5o. PRINCIPIOS. La prestación de los servicios relacionados con el SEM deberá realizarse con sujeción a los principios propios al derecho fundamental a la salud, contenidos en el artículo 6o de la Ley 1751 de 2015 y los previstos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de que trata el artículo 3o de la Ley 1438 de 2011.

CAPÍTULO II. ESTRUCTURA Y FUNCIONES DEL SEM.

ARTÍCULO 6o. OBJETIVO DEL SEM. El SEM tiene como objetivo responder de manera oportuna y eficiente las veinticuatro (24) horas del día y siete (7) días a la semana, a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios, que requieran atención médica de urgencias.

ARTÍCULO 7o. ESTRUCTURA DEL SEM. El SEM está estructurado por unos órganos de direccionamiento, de coordinación no asistencial y operadores asistenciales.

ARTÍCULO 8o. DIRECCIONAMIENTO. El direccionamiento estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo del Comité Nacional de Urgencias, como responsable de la orientación de los SEM hacia el cumplimiento de su objetivo.

ARTÍCULO 9o. COORDINACIÓN NO ASISTENCIAL. La coordinación y operación no asistencial del SEM está en cabeza de la entidad territorial, a través del Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE) del territorio de su jurisdicción y tendrá como funciones, además de las previstas en la normatividad vigente, las siguientes:

1. Garantizar la articulación del CRUE con el Número Único de Seguridad y Emergencias (NUSE) o aquel que cumpla sus funciones.
2. Articular a los integrantes del SEM ante situaciones de emergencia o desastre en el marco del Sistema Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres.
3. Promover programas de educación a la comunidad como primeros respondientes comunitarios ante emergencias; para tal fin, la entidad territorial podrá establecer alianzas con las demás entidades del Sistema Nacional Gestión del Riesgo de Desastres o con la

empresa privada.

4. Reportar a este Ministerio la información que se requiera a través de los mecanismos que para el efecto se definan.

PARÁGRAFO. Las entidades territoriales emitirán los actos administrativos respectivos para la implementación del SEM en su jurisdicción y en general para el cumplimiento de las funciones aquí señaladas.

ARTÍCULO 10. OPERADORES ASISTENCIALES. Los prestadores de servicios de salud son los encargados de brindar atención de urgencias, de manera oportuna, eficiente y con calidad, a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios. Para tal efecto, tendrán adicionalmente las siguientes funciones dentro del SEM:

1. Responder a las necesidades de atención en salud de la población afectada por situaciones de urgencia, emergencia o desastre, incluida la atención prehospitalaria, transporte básico y medicalizado de pacientes, atención de urgencias y hospitalaria.

2. Promover la formación y capacitación del talento humano para cubrir las necesidades del SEM.

3. Apoyar los procesos de vigilancia epidemiológica.

4. Reportar a este Ministerio la información que se requiera a través de los mecanismos que para el efecto se definan.

PARÁGRAFO. Los operadores asistenciales no podrán aducir la responsabilidad de otra entidad para sustraerse de sus obligaciones o negar la atención objeto de la presente resolución.

CAPÍTULO III. COMPONENTES DEL SEM.

ARTÍCULO 11. COMPONENTES DE LOS SEM. Son componentes operativos del SEM, los siguientes:

1. Notificación y acceso al sistema.

2. Coordinación y gestión de las solicitudes.

3. Atención prehospitalaria y traslado de pacientes.

4. Atención de urgencias y hospitalaria.

5. Educación a la comunidad e implementación de programas de Primer Respondiente.

6. Investigación y vigilancia epidemiológica.

7. Formación del talento humano requerido.

ARTÍCULO 12. NOTIFICACIÓN Y ACCESO AL SISTEMA. El acceso al SEM por parte de la comunidad se hará a través de la línea 123 - Número Único de Seguridad y Emergencias (NUSE), donde esté implementada, para lo cual la entidad territorial deberá adelantar los trámites necesarios que garanticen la articulación del CRUE con el NUSE. En los casos donde el NUSE no opere, la notificación se podrá hacer a través de un medio de comunicación gratuito, de fácil acceso y recordación para la comunidad.

PARÁGRAFO. Toda llamada o solicitud recibida deberá ser atendida, clasificada y registrada, con el seguimiento correspondiente. Con este registro, el CRUE realizará el despacho del recurso requerido.

ARTÍCULO 13. PRIMER RESPONDIENTE. Es la persona capacitada que en forma solidaria decide participar en la atención inicial de alguien que ha sufrido una alteración de la integridad física y/o mental, puede o no ser un profesional de la salud. Activará el SEM, apoyará en la valoración de los riesgos asociados al evento y brindará ayuda inicial al afectado.

ARTÍCULO 14. COORDINACIÓN Y GESTIÓN DE LAS SOLICITUDES. Será responsabilidad de los CRUE coordinar y gestionar la respuesta en salud requerida, según el caso, para la atención de las situaciones de urgencia, emergencia o desastre reportadas por la comunidad o por las autoridades.

PARÁGRAFO 1o. Los pacientes atendidos por el SEM deberán ser trasladados a la institución apropiada y con la oportunidad requerida según las condiciones de salud de la persona, acorde con el direccionamiento del CRUE.

PARÁGRAFO 2o. El CRUE asignará un código de registro al servicio de atención prehospitalaria o de transporte asistencial designado para realizar la atención. El registro, además de un número consecutivo, deberá incluir la identificación del paciente, la hora de recepción y despacho, la identificación del vehículo despachado, la hora de llegada a la escena, el lugar donde se solicitó trasladar el paciente y la hora de recepción por parte de la institución hospitalaria. Para tal efecto el prestador deberá proporcionar la información en forma inmediata al terminar el servicio.

PARÁGRAFO 3o. Las IPS receptoras de un paciente garantizarán su admisión en el menor tiempo posible de conformidad con la normatividad vigente sobre el sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias-triage.

ARTÍCULO 15. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN. La entidad territorial de salud gestionará la prestación del servicio de atención prehospitalaria y transporte asistencial de pacientes en su jurisdicción, para lo cual deberá definir las formas de organización,

disponibilidad y ubicación de los vehículos que operen en el SEM.

PARÁGRAFO. Todas las ambulancias y vehículos de atención prehospitalaria deberán responder a las situaciones de urgencia, emergencia o desastre, conforme con las directrices que emita el CRUE.

ARTÍCULO 16. ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y TRASLADO DE PACIENTES. La atención prehospitalaria y el traslado de los pacientes desde el sitio de ocurrencia del evento, deberá ser realizado por prestadores de servicios de salud habilitados.

PARÁGRAFO. Todos los vehículos que presten los servicios de atención prehospitalaria y transporte asistencial de pacientes deberán contar con un sistema de georreferenciación y comunicación que permita el monitoreo y contacto con la entidad territorial en salud a través del CRUE.

ARTÍCULO 17. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS Y HOSPITALARIA. Los servicios de urgencias y hospitalarios deberán coordinarse de manera efectiva con los CRUE, atendiendo los lineamientos previstos en la Resolución número 1441 de 2016, o la norma que la modifique o sustituya y el Manual de Habilitación de las Redes Integrales de Servicios de Salud, con el fin de garantizar la continuidad e integralidad de la atención a las víctimas.

PARÁGRAFO. Los servicios de atención prehospitalaria y transporte asistencial de pacientes deberán contar con los procedimientos de triage requeridos que les permita clasificar sus pacientes acordes con su gravedad y la complejidad del servicio de salud necesario para trasladarlos a la institución indicada en el momento oportuno.

ARTÍCULO 18. EDUCACIÓN A LA COMUNIDAD Y FORMACIÓN DEL PRIMER RESPONDIENTE. Las entidades territoriales desarrollarán estrategias de información, educación y comunicación a la comunidad acorde con los riesgos identificados en el territorio, sobre el uso racional de los servicios del SEM, así como la implementación de programas de formación del primer respondiente.

ARTÍCULO 19. FORMACIÓN DEL TALENTO HUMANO. Las diferentes entidades que hacen parte del SEM, promoverán la formación de talento humano en salud acorde con las necesidades del Sistema.

ARTÍCULO 20. FINANCIACIÓN DEL SEM. Para la operación del sistema, la entidad territorial podrá destinar recursos propios, recursos provenientes de regalías y recursos del Sistema General de Participaciones. Así mismo, se podrá financiar la implementación del SEM con recursos del programa institucional de fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias.

ARTÍCULO 21. PAGO DE LOS SERVICIOS DE SALUD. Los servicios de salud prestados a las víctimas de urgencias, emergencias y desastres en el marco del SEM, serán reconocidos conforme con los planes de beneficios definidos por la normatividad vigente. Para el caso de

la población pobre no asegurada, su atención estará en cabeza de las entidades territoriales con cargo a los recursos del subsidio a la oferta.

ARTÍCULO 22. SISTEMA DE INFORMACIÓN. El SEM contará con un sistema de información que permita integrar el registro de los datos resultantes de la gestión y operación del sistema, con el propósito de establecer indicadores de gestión, monitoreo y evaluación de resultados para el mejoramiento continuo de la calidad del SEM. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará los estándares, tanto tecnológicos, como operativos que deberá tener dicho sistema de información. Así mismo, establecerá los indicadores que sean necesarios para su evaluación.

CAPÍTULO IV. DISPOSICIONES FINALES.

ARTÍCULO 23. PARTICIPACIÓN SOCIAL. La comunidad, a través de las diferentes formas de participación, velará por el cumplimiento de las políticas, objetivos, procesos, procedimientos y actividades que realice el SEM.

ARTÍCULO 24. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL. La inspección, vigilancia y control estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud y de las entidades territoriales de salud, en el marco de sus competencias.

PARÁGRAFO. Los prestadores y el personal de salud deben abstenerse de ofrecer beneficios en dinero o en especie de cualquier tipo a las personas naturales o jurídicas que realicen el traslado asistencial del paciente víctima de un accidente de tránsito o de otras causas, entre las distintas instituciones prestadoras de servicios de salud y/o lleven a cabo el transporte y movilización de la víctima desde el sitio de la ocurrencia de los hechos, hasta la institución prestadora de servicios de salud a donde sea trasladada.

ARTÍCULO 25. PLAZO. <Artículo modificado por el artículo 1 de la Resolución 1098 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:> La implementación del SEM por parte de los Distritos, los Municipios de categoría especial y primera categoría y el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se efectuará a más tardar el 31 de enero de 2019.

ARTÍCULO 26. VIGENCIA Y DEROGATORIA. Esta resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga el literal c) del artículo 3o de la Resolución número 1220 de 2010.

Publíquese y cúmplase.
Dada en Bogotá, D. C., a 30 de marzo de 2017.

El Ministro de Salud y Protección Social,
ALEJANDRO GAVIRIA URIBE.