

1

CAJA DE HERRAMIENTAS

PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO COLECTIVO EN BROTES, EPIDEMIAS Y EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA



ETAPA 1.1.

SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA:
VIGILANCIA BASADA EN COMUNIDAD - GENERALIDADES



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Etapa 1.1. Sistema de alerta temprana: vigilancia basada en comunidad - Generalidades. Franklyn Prieto Alvarado, Maritza González Duarte, Hernán Quijada Bonilla, Ángela Alarcón Cruz.

Bogotá, D. C., Colombia: Instituto Nacional de Salud.

ISSN: 2954-6060

Corrección de estilo, diseño y diagramación: Editorial Scripto SAS

50 páginas

Primera edición: 30 de julio de 2023

Giovanny Rubiano
Director General

Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Hernán Quijada Bonilla
Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata

Diana Marcela Walteros Acero
Subdirectora de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública

Avenida calle 26 N.º 51-20, Zona 6, CAN
Bogotá, D. C., Colombia
Teléfono (+601) 2207700
www.ins.gov.co

Los derechos de autor de esta obra y/o publicación son del Instituto Nacional de Salud, por lo que se prohíbe su reproducción; publicación no autorizada.

"Este documento se realizó con aportes financieros de los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC) de los EE. UU."

Tabla de contenido

1. Introducción	5
2. Guía para el uso del manual	7
3. Cómo se elaboró el manual	8
4. Estructura y contenido del manual	9
5. Objeto	9
6. Alcance	9
7. Generalidades	10
7.1. Definición	10
7.2. Principios	11
7.3. Objetivos específicos	13
7.4. Situaciones de interés en salud pública	13
7.5. Tipos, modalidades y contextos	18
7.6. Agentes para la vigilancia basada en comunidad	23
8. Fases de operación	25
8.1. Preparación	25
8.2. Planeación	27
8.3. Implementación	29
8.4. Operación y seguimiento	32
8.5. Evaluación	36
9. Identificación comunitaria del riesgo en el Sistema de Alerta Temprana (SAT)	36
9.1. Un ejemplo para integrar	39
10. Claves para recordar	43
11. Referencias consultadas	46

1. Introducción

El reconocimiento oportuno del riesgo de eventos de interés en salud pública, brotes y epidemias, que incluye aquellos que puedan suceder después de una emergencia natural o antrópica, requiere el desarrollo y estructuración de una vigilancia integrada a partir de diferentes fuentes de información, formales y no, para detectar señales (indicios) de lo que puede convertirse en una alerta (materialización del riesgo) en el modelo de gestión del riesgo en salud pública.

Los sistemas de vigilancia en salud pública cuentan con dos estrategias esenciales (tabla 1): la **vigilancia basada en indicadores**, que contempla que un caso de un Evento de Interés en Salud Pública (EISP) sea detectado por la red de instituciones de salud y luego notificado en los sistemas de información dispuestos para ello. La segunda, la **vigilancia basada en eventos y otras fuentes de información**, que detecta posibles señales o alertas a partir del monitoreo de noticias y rumores en medios de comunicación y redes sociales, del seguimiento a la tendencia de consultas de determinados temas en los buscadores de internet y de la participación de la comunidad (**basada en comunidad**).

Tabla 1. Sistema integrado de vigilancia en salud pública

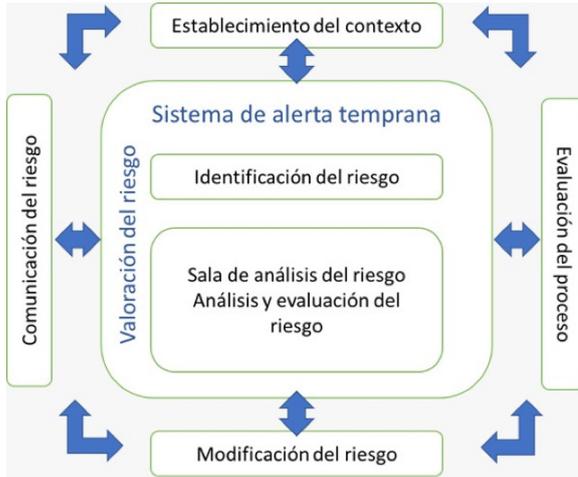
Vigilancia basada en indicadores	Vigilancia basada en eventos y otras fuentes
<ul style="list-style-type: none"> • Eventos predefinidos <ul style="list-style-type: none"> • Rutinaria • Centinela • Intensificada • Estadísticas vitales • Registros administrativos • Laboratorios de referencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo de redes sociales • Monitoreo de noticias/rumores • Monitoreo de poblaciones de interés especial • Comunidad • Información de otros sectores • Información internacional

La segunda estrategia mejoraría la oportunidad para detectar casos, síndromes, conglomerados, muertes y otras situaciones de interés en salud pública, que requieren de verificación por los servicios de salud, y, de cumplir la definición de caso según los protocolos de vigilancia, serían ingresados en el sistema de información de la vigilancia basada en indicadores. Esta es la integración ideal de la vigilancia en salud pública, especialmente para escenarios de alta dispersión geográfica, zonas rurales, poblaciones especiales, en las áreas más deprimidas de las zonas urbanas o en grupos con dificultades de acceso a los servicios de salud.

Este manual de "vigilancia basada en comunidad" es un componente de la etapa 1, "Identificación del riesgo en salud pública". La intención de este módulo es facilitar la adopción o la adaptación de los procesos para la identificación del riesgo utilizando esta estrategia, y será complementado con un segundo manual sobre la operación de esta vigilancia.

Recuerde que: el modelo de gestión del riesgo incluye las etapas que permiten, en un contexto determinado, identificar, analizar, valorar y modificar el riesgo, así como comunicarlo y evaluar los procesos de dicha gestión (figura 1).

Figura 1. Modelo de gestión del riesgo de eventos de interés en salud pública, brotes y epidemias



La detección de alertas lleva a su análisis y valoración, temas que se tratan en la etapa 2, Valoración del riesgo e integración de fuentes. El conjunto de la identificación, el análisis y la evaluación constituye la triada de un sistema de alerta temprana.

2. Guía para el uso del manual

Esta es la primera edición del “*Manual para la identificación del riesgo: vigilancia basada en comunidad - Generalidades*”, una herramienta para la implementación en los niveles nacionales y subnacionales. En este manual se establecen los conceptos para el desarrollo de la vigilancia basada en comunidad, como estrategia para la detección de señales y la identificación del riesgo ante alertas tempranas en salud pública.

En un segundo manual de vigilancia basada en comunidad se revisarán elementos de la operación, tales como la realización de mapas de actores, el abordaje de la comunidad, los procesos de priorización de eventos, entre otros.

Este manual no tiene especificaciones sobre las salas de análisis del riesgo, ni los procesos de valoración del riesgo ni el tipo de respuesta que se generará tras identificar una alerta de intervención; estos temas están definidos en los manuales de las etapas de valoración y modificación del riesgo.

Se espera que, a medida que el proceso se incorpore a la práctica habitual, los usuarios sugieran otros elementos y estudios de caso, que mejoren este manual y fortalezcan las estrategias y la capacidad de autogestión de la comunidad, y de gerencia de las instituciones y los territorios.

3. Cómo se elaboró el manual

Este manual responde a la necesidad de establecer los conceptos clave para la identificación de señales en la comunidad que desencadenarían una respuesta en salud pública o de la atención en salud. En la elaboración del manual participaron expertos temáticos que trabajan y operan el sistema de alerta temprana del nivel nacional, y fue revisado por pares evaluadores con experiencia en vigilancia basada en comunidad e identificación del riesgo, entre quienes están profesionales del Instituto Nacional de Salud, coordinadores territoriales de la vigilancia o egresados del Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (FETP, por sus siglas en inglés) de Colombia; adicionalmente, se realizó una fase de validación o contraste con la información bibliográfica disponible.

4. Estructura y contenido del manual

Este manual está estructurado en tres secciones y sus referencias. En la primera sección, denominada **“Generalidades de la vigilancia basada en comunidad”**, se enuncian las definiciones, principios y objetivos. En la segunda, llamada **“Fases de implementación”**, se describen los pasos para realizar la implementación, operación, seguimiento y evaluación de la estrategia. La tercera es un recordatorio sobre la integración de esta fuente en el sistema de alerta temprana.

5. Objeto

Reconocer las generalidades sobre la detección temprana de potenciales situaciones de interés en salud pública por la comunidad, al fomentar la conformación de redes o nodos comunitarios por agentes entrenados en la identificación, reporte, análisis y movilización social ante situaciones de interés en salud pública.

6. Alcance

Este documento está dirigido a las instituciones encargadas de vigilar y responder en salud pública, de armonizar la identificación del riesgo en sus procesos rutinarios o durante emergencias, para implementar, ajustar, adecuar, mejorar o sostener la vigilancia basada en comunidad, según su evolución en el territorio.

7. Generalidades

7.1. Definición

La vigilancia basada en comunidad es la detección sistemática y el reporte de eventos (situaciones) **de interés en salud pública en la comunidad, por miembros** (agentes) **de esta misma** (OMS, 2018).

La vigilancia basada en comunidad es una estrategia progresiva de desarrollo de capacidades, para que agentes comunitarios identifiquen y gestionen potenciales situaciones de interés en salud pública en los territorios, especialmente en los niveles subnacionales de frontera, en comunidades de grupos étnicos (indígenas, afro, raizales, rom, palenqueros), en poblaciones ubicadas en áreas rurales y dispersas. Se extiende a las cabeceras municipales y zonas urbanas con condiciones de vulnerabilidad o barreras de acceso a los servicios de salud, así como en comunidades cerradas para la detección temprana de algunas de esas situaciones.

Recuerde que: una **señal** es una situación que puede indicar o predecir una alerta en salud pública.

Una **alerta** es la manifestación de un evento peligroso para la salud, a partir del monitoreo del comportamiento de este, para que se establezcan las acciones recomendadas de control.

La vigilancia basada en comunidad identifica señales que deben ser valoradas y verificadas por un actor de la vigilancia basada en indicadores, según los protocolos de vigilancia en salud pública vigentes y como parte de un sistema de alerta temprana del modelo de gestión del riesgo en salud pública (identificación, análisis, valoración y modificación), de manera que se pueda monitorear la trazabilidad de la gestión realizada con cada señal identificada hasta su cierre.

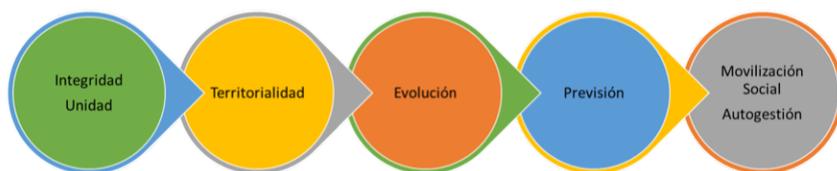
Recuerde que: esta es una estrategia que complementa (no reemplaza) la identificación, gestión y respuesta ante eventos de interés en salud pública que realizan las instituciones de salud. La vigilancia basada en comunidad es un paso previo, simultáneo o posterior, que permitiría una identificación más oportuna de eventos aislados, primeros casos, sucesos adicionales, conglomerados o factores relacionados con la presentación de estos eventos.

La intensificación de esta estrategia es central para el monitoreo de situaciones de interés en salud pública en alojamientos temporales, antes, durante o después de emergencias naturales o antrópicas, eventos masivos, como parte de la búsqueda en situaciones de brote o en poblaciones cerradas cautivas.

7.2. Principios

Los principios que guían la vigilancia basada en comunidad se presentan en la figura 2.

Figura 2. Principios de la vigilancia basada en comunidad



Integridad y unidad: la vigilancia basada en comunidad se integra al sistema de vigilancia en salud pública, como un paso previo, simultáneo o complementario a la vigilancia basada en indicadores (instituciones de salud o relacionadas que notifican).

Territorialidad: la vigilancia basada en comunidad se adaptará o implementará según las características de la operación (poblacionales, sociales, culturales, geográficas y regionales) de cada nivel subnacional. La vigilancia respeta y se integra a las costumbres, prácticas y tradiciones de las comunidades.

Evolución: cada territorio avanza en la implementación de la vigilancia basada en comunidad, en calidad y cobertura, según las capacidades institucionales existentes y los recursos disponibles para su operación, dando prioridad a las necesidades de la población.

Previsión: es la capacidad de identificar y caracterizar con anticipación las posibles condiciones de riesgo para la salud de la población, y orientar la aplicación oportuna de las intervenciones requeridas para preservar la salud individual o colectiva.

Movilización social y autogestión: la vigilancia basada en comunidad aporta a la identificación y la modificación, por la comunidad, de las condiciones adversas relacionadas con las diferentes situaciones de interés en salud pública,

en concurrencia con las acciones de los diferentes niveles de respuesta del gobierno. La vigilancia basada en comunidad es un mecanismo de participación comunitaria, como componente esencial de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

7.3. Objetivos específicos

Son objetivos específicos de la vigilancia basada en comunidad:

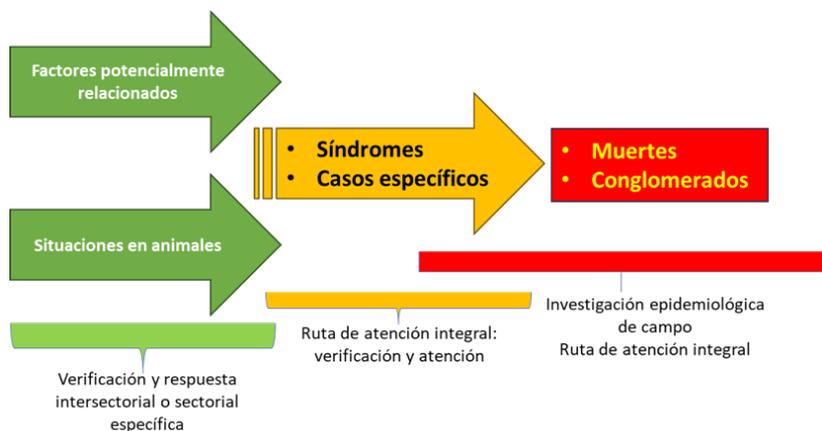
- Impulsar la participación de la comunidad para la identificación, análisis y movilización social ante situaciones de interés en salud pública.
- Integrar la vigilancia basada en comunidad a los sistemas de alerta temprana, como eje de la gestión del riesgo colectivo.
- Promover la articulación entre los sectores involucrados en la respuesta a situaciones de interés en salud pública, a partir de las señales detectadas por la vigilancia basada en comunidad.

7.4. Situaciones de interés en salud pública

Una situación de interés en salud pública es un conjunto de potenciales eventos o factores relacionados con estos hechos. La vigilancia basada en comunidad puede detectar señales de diferentes situaciones de interés en salud pública. Cada una de estas circunstancias necesitaría de una verificación y una respuesta inicial (figura 3).

Ejemplo: si son factores con potencial de producir eventos de interés en salud pública, serían verificados o atendidos inicialmente por un sector específico o intersectorial; si son síndromes o casos específicos, necesitarían de la activación de una ruta de atención integral, la verificación de si corresponden a casos, y en algunas ocasiones investigación epidemiológica de campo; además, si son muertes o conglomerados, de autopsia verbal o investigación de brote correspondientes.

Figura 3. Situaciones de interés en salud pública para la vigilancia basada en comunidad



La siguiente es la descripción de cada una de las situaciones de interés en salud pública:

Factores potencialmente relacionados: situaciones del ambiente que contribuirían a generar casos de eventos de interés en salud pública, como contaminación del agua para consumo humano o de los cuerpos de agua, vertederos de basuras, aumento de roedores o insectos vectores, entre

otros. Dentro de estos factores está incluido un desastre por fenómeno natural, como un desbordamiento, avenida torrencial, sismo, entre otros.

Recuerde que: la detección de factores potencialmente relacionados promueve las actividades para prevenir o identificar con anticipación los casos que pueden ser producidos por estas exposiciones.

También pueden considerarse, de manera individual o colectiva, la identificación de migrantes internos o procedentes del exterior, de población en alojamientos temporales, la movilización intempestiva o inesperada de población, entre otros. En este caso no por constituirse en riesgo para la población receptora, sino para establecer la vigilancia basada en comunidad en sus alojamientos temporales.

En algunos contextos pueden identificarse las razones por las cuales las personas no quieren o acceden a un servicio de salud, tales como la inmunización, la citología cervicovaginal, entre otras.

Situaciones en animales: casos individuales o colectivos de enfermedad o muerte en animales silvestres (p. ej., monos, aves, peces), de producción o de compañía. Esto permite emitir señales de posibles epizootias o casos individuales de animales con un potencial alto impacto en la interfaz humano-animal.

Síndromes: conjunto de síntomas (o signos) que pueden constituir una señal de un evento de interés en salud pública.

Ejemplo: los síndromes exantemáticos o ictericos facilitarían la detección de los primeros casos de una enfermedad como sarampión, fiebre amarilla u otra afección emergente o reemergente, de acuerdo con el contexto.

Ejemplo: los síndromes respiratorios o gastrointestinales serían señales individuales para iniciar medidas no farmacológicas en una comunidad, más que para promover procesos de atención; ante casos graves, se constituyen en un evento de interés para la vigilancia activa de los niveles territoriales y generan respuesta integrada con la prestación de servicios de salud.

Otros **ejemplos** de síndromes: neurológicos, hemorrágicos, defectos congénitos, entre otros.

Estos síndromes pueden ser reportados como tales (p. ej., persona con síndrome exantemático) o los síntomas (y signos) uno a uno, para luego con un algoritmo caracterizarlos

Ejemplo: una persona registra los síntomas A, B y C, y el algoritmo identifica que tiene el síndrome ABC. Una persona que tiene fiebre y brote en la piel se identificaría como un posible síndrome exantemático.

Casos específicos: personas con cuadros que cumplirían con la definición de caso probable o sospechoso de un evento de interés de salud pública, según los protocolos de vigilancia basada en indicadores (eventos predefinidos), para lo cual fueron entrenados los agentes. Suele ser una estrategia para malaria o eventos bajo tamizaje, como VIH.

Ejemplo: una persona considera que tiene malaria porque reconoce los síntomas y los refiere a un agente comunitario, para la toma de muestra para diagnóstico de malaria, su reporte y canalización a tratamiento.

Recuerde que: por algunas necesidades del territorio o como resultado del ejercicio de priorización con la comunidad, podría considerarse la vigilancia de otras situaciones, como trastornos mentales o gestaciones en adolescentes.

Muertes en comunidad: defunciones que podrían tener como causa de muerte alguna situación de interés en salud pública, que también podrían ser una señal de la aparición o el avance de conglomerados en la comunidad. Estas muertes NO ocurren en una institución de salud, no recibieron atención.

Conglomerados: grupos de casos con síntomas similares, que suceden en el mismo tiempo (días o semanas) y lugar, cuya percepción de la comunidad es de comportamiento atípico o inusual. Este conjunto de situaciones facilitaría la detección de brotes, que requiere de un despliegue inicial y respuesta integrada por los equipos de vigilancia y los servicios de salud, para abordar la situación y mitigar el impacto por las alteraciones en la producción, el comercio o el turismo, entre otros. Dentro de estos conglomerados pueden detectarse intoxicaciones por alimentos o consumo de sustancias inusuales, como ha sucedido con los retos "virales" en redes sociales.

Recuerde que: en los ejercicios de priorización con la comunidad se puede establecer qué tipo y cuáles situaciones vigilar, y cómo (casos, síndromes, conglomerados y/o factores relacionados). No se espera vigilar desde el inicio todo el conjunto de situaciones, sino ir escalando y ampliando la cobertura.

7.5. Tipos, modalidades y contextos

A continuación, describiremos los tipos, modalidades y contextos de la vigilancia basada en comunidad. Estos tres elementos pueden producir matrices donde se entrelazan.

Ejemplo: puedo tener una vigilancia mediante sensores (**tipo**), esperando que las personas le reporten al sensor (**modalidad pasiva**), en el **contexto** de alojamientos temporales de población en situación de migración; en esa matriz se consideran situaciones de interés en salud pública, bajo la notificación de síntomas uno a uno, para la configuración de síndromes.

Tipos de vigilancia

La vigilancia tiene diferentes tipos, de acuerdo con el nivel de participación de la persona que reporta, si es que lo hace ella directamente o mediante un sensor (figura 4).

Participativa: cualquier individuo de la comunidad puede reportar voluntariamente una situación de interés en salud pública. Este tipo de vigilancia puede apoyarse en tecnologías, como aplicaciones, reportes web o **bots** (programa informático) de atención al usuario.

Mediante sensores: un agente recibe información de la comunidad, por medio de reporte individual o la observación en ella. Este sensor puede reportar apoyándose en tecnologías, como aplicaciones, reportes web o **bots**, pero puede usar telefonía, mensajes de texto, radioteléfono o mensajería, emisoras comunitarias e incluso el “voz a voz”.

Ejemplos: líderes o lideresas reconocidos, organizaciones de base comunitaria, regentes o auxiliares de farmacia, parteras, representantes de juntas o consejos comunales, estudiantes de últimos grados o universitarios, docentes, trabajadores del sector turístico, recepcionistas de hoteles, tenderos, madres comunitarias, pastores o sacerdotes, **entre otros**.

Centinela: aquella que utiliza una institución o una sección dentro de una organización para la detección, por agentes comunitarios, de situaciones de interés en salud pública en una comunidad cerrada o cautiva, para identificar qué ocurre allí o como reflejo de lo que sucede en la comunidad.

Ejemplos: la detección, en los patios de un establecimiento penitenciario, que permite la identificación de situaciones en él. Otro ejemplo es el reporte de condiciones de nuevos enfermos o incapacidades médicas en estudiantes, y su complementación con la referencia geográfica del caso y la afectación de su familia o los vecinos.

Comunidades cerradas: establecimientos penitenciarios, batallones militares, sitios temporales de reclusión, hogares geriátricos, universidades, colegios.

Modalidades de vigilancia

Estas pueden tener formas pasivas o activas. En la primera (**pasiva**) se espera que haya un reporte espontáneo, sin que intermedie una medición, dado que quien reporta supone que hay una situación de interés en salud pública. El agente comunitario puede recibir el reporte o hacerlo directamente.

En la segunda (**activa**) hay intencionalidad de detectar, y un reporte o una interacción, en la cual se verifica mediante una medición inicial (antropometría, prueba rápida, etc.). El agente comunitario puede visitar el domicilio de una persona o el lugar donde suceden los casos para realizar la medición o verificación.

Recuerde que: en algunos escenarios hay agentes comunitarios que están entrenados en determinadas pruebas (p. ej., gota gruesa). Estos agentes podrían ser parte de la vigilancia basada en indicadores, si son caracterizados en la red o están adscritos a una institución de salud.

Recuerde que: los reportes pueden realizarse mediante formatos estructurados o resúmenes comunitarios de situación (cápsulas), donde se describe la condición de interés en salud pública, identificada en términos de tiempo, persona y lugar. Pueden producirse reportes mixtos o semiestructurados. En el módulo 2 de la vigilancia basada en comunidad orientaremos con algunos ejemplos.

Figura 4. Tipos y modalidades de vigilancia basada en comunidad



Recuerde que: los reportes pueden realizarse mediante formatos estructurados o resúmenes comunitarios de situación (cápsulas), donde se describe la situación de interés en salud pública, identificada en términos de tiempo, persona y lugar. Pueden producirse reportes mixtos o semiestructurados. En el módulo 2 de la vigilancia basada en comunidad orientaremos con algunos ejemplos.

Contextos para la vigilancia

La vigilancia basada en comunidad tiene su base en el territorio, de acuerdo con los criterios de cobertura

geográfica y escalamiento establecidos en el plan de implementación. En algunos contextos, la vigilancia basada en comunidad es central para cuidar a las personas con mayor vulnerabilidad: en alojamientos temporales de emergencia, por eventos masivos, durante brotes o epidemias y en poblaciones cerradas o cautivas; en estos contextos es imperativa la implementación de una vigilancia basada en comunidad en el escenario de emergencia.

Alojamientos temporales de emergencia (ATE): son instalaciones o espacios habilitados para proporcionar refugio y morada a personas que han sido desplazadas o afectadas por situaciones de emergencia, como desastres naturales, conflictos armados, epidemias u otras crisis humanitarias. En este escenario, activar un esquema de vigilancia basada en comunidad permite detectar situaciones de interés en salud pública, ante la ruptura de las líneas vitales convencionales, que produce alta vulnerabilidad, incluyendo los servicios de atención en salud.

Eventos de afluencia masiva de personas: situaciones en las que un número considerable de individuos se congregan en un lugar para asistir a un evento o actividad específica. Estos casos varían en naturaleza y tamaño, pues abarcan desde conciertos, festivales, manifestaciones, eventos deportivos y culturales, hasta reuniones religiosas, ferias, exposiciones y celebraciones importantes. En este escenario, un mecanismo de puestos o campamentos con sensores, para notificar situaciones en salud pública, o el uso de aplicaciones para celular (vigilancia participativa digital), pueden ser los modos más factibles para realizar la vigilancia.

Búsqueda con la comunidad: ante una alerta epidemiológica por amenaza de introducción o la existencia de un evento de interés en salud pública confirmado, se promueve que, en zonas de difícil acceso o con baja cobertura de los servicios de salud intra o extramurales, la

comunidad participe, reportando directamente o a través de un sensor.

Recuerde que: la búsqueda con la comunidad no es sinónimo de Búsqueda Activa Comunitaria - BAC. En esta última, un equipo de respuesta inmediata (institucional) busca casos, y ante la detección de uno, lo notifica al sistema de información de la vigilancia basada en indicadores.

7.6. Agentes para la vigilancia basada en comunidad

Los agentes son actores de la comunidad que pueden apoyar, participar o implementar la vigilancia para sus territorios.

Vigías comunitarios: miembros de la comunidad que no tienen un antecedente reconocido de trabajo comunitario, y que son designados por la comunidad para representarlos en la estrategia de vigilancia basada en comunidad. Estos vigías emergen en comunidades no organizadas o muy aisladas, o cuyos líderes o lideresas comunitarios consideran a una persona específica para este proceso.

Gestores comunitarios: personas de o que en la comunidad tienen o desarrollan trabajo comunitario en su territorio, y que como actividad complementaria o central desarrollan o podrían realizar la vigilancia basada en comunidad. Entre estos gestores están aquellos actores que tienen una alta tasa de contacto o relaciones con los miembros de la comunidad, y que son reconocidos como promotores de mejores condiciones de vida de esta (p. ej., pastores, regentes o auxiliares de farmacia, docentes, entre otros. Ver **sensores** en el numeral 7.5).

Recuerde que: es difícil identificar potenciales gestores comunitarios de la vigilancia cuando no se percibe su relación con el sector salud, dado que su trabajo central es con otros sectores. Por ejemplo, hay agentes comunitarios que trabajan con primera infancia, con población migrante, en protección, en educación, en emergencias humanitarias, entre otros.

Estos vigías y gestores hacen parte de una red. La Red de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad (**REVCom**) está compuesta por nodos de vigías y gestores comunitarios, que a su vez se integran al sistema de vigilancia administrado por un nivel subnacional (en el caso de Colombia, un municipio, distrito o departamento como unidades notificadoras).

La construcción de un mapa y/o censo detallado de potenciales agentes sociales, a nivel territorial, permite la progresiva implementación de la vigilancia basada en comunidad en el territorio correspondiente.

Recuerde que: aquellos agentes que pertenecen a instituciones de salud, como trabajadores de la salud, incluso los que hacen actividades extramurales (brigadas, desconcentración de servicios, servicios temporales en puestos de salud, atención domiciliaria, entre otros) o están relacionados con acciones de salud (protección o bienestar familiar) son parte de la red de notificación de la vigilancia basada en indicadores (eventos predefinidos), y no deben ser considerados actores de la comunidad, excepto que la representen por fuera del ámbito de la atención institucional de salud (p. ej., un trabajador de la salud que es a su vez representante de una comunidad y es presentado como vigía o gestor comunitario).

Recuerde que: las organizaciones no gubernamentales y agencias de cooperación que prestan servicios de salud en escenarios de emergencia humanitaria deben notificar en los sistemas de información de la vigilancia basada en indicadores. Si las organizaciones tienen agentes que pueden ser configurados como vigías o gestores comunitarios deben ser integrados a la *REVCom*.

8. Fases de la operación

Estas fases se presentan en la figura 5.

Figura 5. Fases de la operación de la vigilancia basada en comunidad



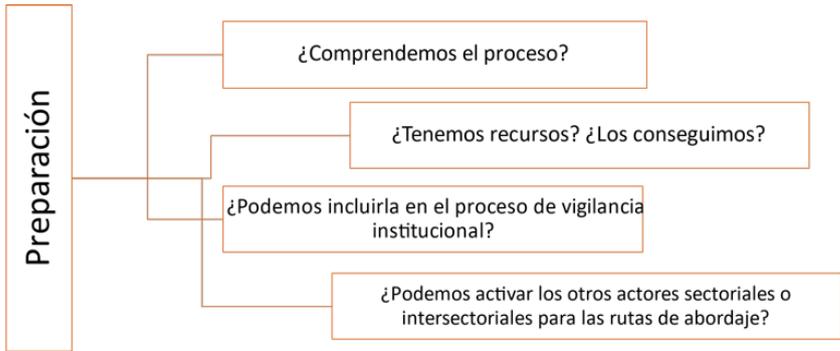
8.1. Preparación

El nivel territorial debe generar sus capacidades y recursos para operar la vigilancia basada en comunidad. Esto significa la comprensión del proceso; la asignación de talento humano, recursos logísticos y financieros; la incorporación en sus procesos institucionales (incluyendo en la cascada de producción documental); la promoción

del enlace con la prevención, gestión y atención del riesgo territorial, y la convocatoria a otros actores de salud y de diversos sectores para reconocer o generar rutas de atención o de abordaje.

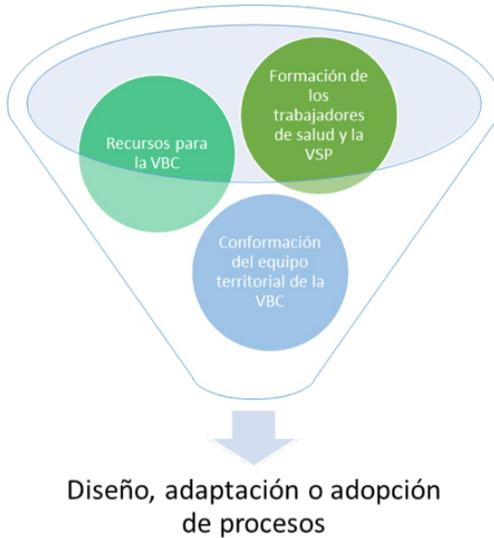
En la figura 6 relacionamos algunas preguntas en el escenario de la preparación, ya sea para iniciar, continuar, adecuar o fortalecer la vigilancia basada en comunidad.

Figura 6. Preguntas para la preparación de la vigilancia basada en comunidad



En uno de los momentos de la preparación, el territorio debe promover procesos de formación de los trabajadores de salud o de la vigilancia en salud pública, para el reconocimiento del abordaje comunitario, lo que es simultáneo con la conformación del equipo territorial de vigilancia basada en comunidad, que coordinará la operación de la vigilancia, en la que podría incluirse a profesionales de las ciencias sociales que aportarían estructuras y desarrollos para el abordaje comunitario. Esto, sumado a los recursos gestionados, debe permitir el diseño, adaptación o adopción en los procesos institucionales territoriales (figura 7).

Figura 7. Momentos de la preparación de la vigilancia basada en comunidad



Recuerde que: los sistemas de vigilancia basados en indicadores tienen generalmente cuatro componentes: notificación, análisis/divulgación, respuesta y evaluación. En el proceso general de planeación de la vigilancia basada en comunidad podrían considerarse elementos de esos componentes en las siguientes fases propuestas.

8.2. Planeación

En esta fase, la unidad notificadora territorial (municipio, departamento, distrito, provincia, región) identifica las situaciones de interés en salud pública sobre las cuales tendría un interés en focalizar la vigilancia, y concertar con la comunidad aquellas de interés común.

Podría considerarse que, en un primer momento, se implemente la vigilancia con un grupo de situaciones de interés en salud pública que aumentarían o disminuirían a medida que el proceso evoluciona en el territorio. Este grupo de situaciones ha sido concertado con la comunidad. También puede suceder que se seleccione un municipio, o un área dentro de este, como experiencia demostrativa inicial del proceso.

Al mismo tiempo, como segundo momento, la unidad notificadora construye el mapa de agentes que conformarían la Red de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad (**REVCom**), identificando potenciales vigías y gestores, y las organizaciones con las cuales están relacionadas, así como el interés de estas en apoyar el proceso.

El tercer momento es establecer las herramientas que podrían usarse para reportar y gestionar posibles señales, como aplicaciones móviles, mensajería celular, llamada por teléfono o radio, reportar persona a persona, entre otras.

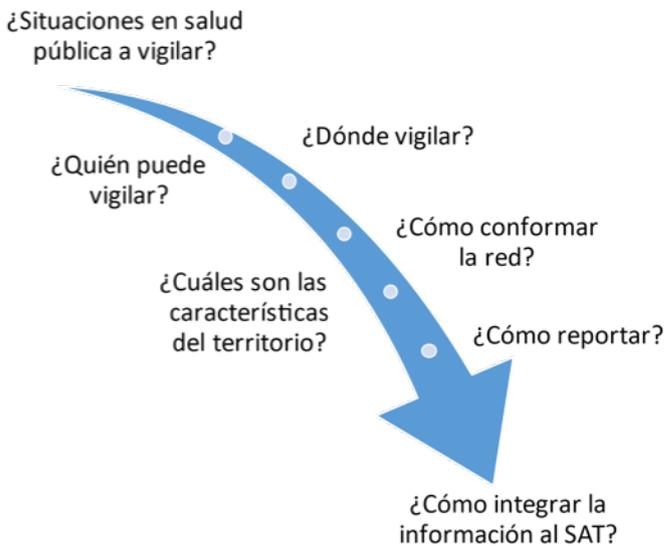
En el plan de trabajo se pueden identificar las áreas geográficas prioritarias (tanto en lo rural como en lo urbano), la caracterización de esas áreas, los procesos paulatinos de escalamiento, tanto de cobertura territorial como de reporte de situaciones de interés en salud pública, que se han de incluir en la vigilancia. Este plan de trabajo considera los cinco principios mencionados.

Esta fase debe proyectar cómo se incorpora la información de la vigilancia basada en comunidad en los sistemas de alerta temprana de los territorios que han desarrollado capacidades para la gestión del riesgo de eventos, brotes y epidemias.

En la figura 8, estas preguntas clave orientan esos momentos para la planeación de la vigilancia basada

en comunidad. Este plan puede ajustarse de acuerdo con la concertación y aceptación de la comunidad, la consideración de escalar en situaciones de interés y en territorios.

Figura 8. Preguntas clave de la planeación de la vigilancia basada en comunidad



8.3. Implementación

Es el conjunto de actividades que incluye el acercamiento o abordaje a la comunidad, la selección y la formación de los agentes, su dotación, el establecimiento de la red **REVCom**, los procesos de reporte y verificación inicial por el agente comunitario y la promoción de la movilización social (acciones individuales y colectivas). Los agentes

seleccionados deben ser reconocidos y aceptados por la comunidad a la que cubrirán (figura 9).

Figura 9. Momentos de la implementación de la vigilancia basada en comunidad



Los agentes serán seleccionados por la comunidad de aquellos que fueron incluidos en el censo de potenciales actores, para que sean sus representantes en la vigilancia basada en comunidad. Esto tras el acercamiento, en el territorio, con los líderes o lideresas, o en los espacios de reunión de la comunidad (asambleas, consejos, entre otros).

En la formación, los agentes comunitarios reciben entrenamiento en trabajo comunitario, abordaje y comunicación, vigilancia en salud pública, identificación de situaciones de interés en salud pública, valoración del riesgo, reporte y movilización social. Esta formación puede ser más "fértil" teniendo en cuenta escenarios y modos de la comunidad.

La dotación debe incluir los medios de recepción y reporte de eventos identificados (papelería y elementos de comunicación). Si los agentes comunitarios hicieran mediciones, podrían dotarse con los equipos correspondientes con las situaciones de interés en salud pública a vigilar; por ejemplo, de antropometría (báscula, cinta métrica), pruebas rápidas, recipientes para

baciloscopia, entre otros. Esta dotación puede ser el resultado de la gestión comunitaria o una donación por actores institucionales o de cooperación, y debe asegurar la operación de la vigilancia de las situaciones de interés en salud pública priorizadas.

Recuerde que: la medición necesita de una mayor inversión en su estandarización, validación y estabilidad. En el escalamiento podría considerarse que es un paso muy avanzado de ella, y no el paso inicial.

La **REVCom** facilita la interacción entre agentes y territorios, identifica el área de afectación del problema, ayuda a generar respuesta coordinada entre comunidades y la gestión con las instituciones gubernamentales (sectoriales o de otros sectores) y no gubernamentales.

El proceso de identificación y reporte depende del tipo de vigilancia que se va a desarrollar. Si el agente es un sensor que reporta lo que identifica en su área de manera genérica, inclusive si hace mediciones directamente, o si las personas de la comunidad le reportan que tienen síntomas compatibles y el agente verifica o contrasta para establecer su reporte.

El equipo de vigilancia basada en comunidad, del nivel territorial, promueve que la comunidad realice el análisis de su situación, que incorpora la retroalimentación de la gestión de las señales producidas por la comunidad y los informes producidos por la vigilancia basada en indicadores. Esto configura parte del análisis de la situación general de salud que se incorpora al proceso de planeación.

A partir de este análisis, la comunidad puede planear cambios en familias y entornos, así como la gestión de

respuesta por diferentes sectores responsables. Por esta razón, es importante que en los escenarios de análisis creados por la comunidad haya una participación no solo de las áreas de vigilancia, sino de prestación de servicios de salud, de promoción o integración social, de los sectores relacionados, entre otras.

Recuerde que: en los territorios se desarrollan políticas, proyectos o estrategias de participación social. La vigilancia basada en comunidad debe estar articulada e integrada con estas estrategias.

Un escenario de análisis y de planeación puede ser un Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (en Colombia, COVECOM), donde se genere la interacción comunidad-gobierno, más allá de ser espacios de socialización o divulgación de actividades planeadas por la institucionalidad. Estos comités son escenarios naturales, donde se integran las dos estrategias: vigilancia basada en indicadores y en eventos.

8.4. Operación y seguimiento

Los reportes de señales por los agentes hacen parte de la información (vigilancia basada en eventos y otras fuentes) del sistema de alerta temprana del modelo de gestión del riesgo de brotes, epidemias y emergencias de salud pública en el nivel subnacional (en el caso de Colombia, en los niveles municipales, departamentales y distritales).

En el flujo de reporte se deben crear o adaptar las formas de incorporar la información, a partir de las bases de datos de reportes individuales o colectivos, o las cápsulas

narrativas. Inicialmente deben ser recibidos en los niveles territoriales correspondientes (municipios), para, de acuerdo con la verificación inicial, valorar el riesgo y la capacidad de respuesta, con el fin de:

- Asegurar la activación de las rutas de atención en salud, incluyendo los equipos extramurales donde existan.
- Considerar, si lo amerita, el despliegue de equipos de respuesta inmediata territoriales, para la confirmación del evento y su contención de ser necesaria.
- Informar la situación a los equipos de prevención y control en salud pública, para su inclusión en los equipos de respuesta inmediata, cuando esto se requiera.
- Activar a otros sectores, de acuerdo con la situación, los cuales deben apoyar o realizar la respuesta.
- Informar y movilizar a la comunidad para la gestión del cambio, de acuerdo con las condiciones de la situación.

La información del resultado de cada señal atendida por el nivel territorial debe incluir la verificación y las acciones desarrolladas, con el fin de permitir su monitoreo cuando se incorpore como alerta dentro del sistema de alerta temprana. Todos los seguimientos a los reportes de la vigilancia basada en comunidad deben estar documentados de manera suficiente hasta su cierre, y los soportes deben tener un repositorio oficial, dado que contienen datos sensibles o personales.

La comunidad debe recibir retroalimentación de la gestión de las señales informadas y, además, de la información de los casos obtenidos por el sistema de vigilancia basado en indicadores (eventos predefinidos), para generar los mecanismos de análisis, planeación y gestión comunitarios (figura 10).

Figura 10. Sistema de alerta temprana y la incorporación de la vigilancia basada en comunidad



Recuerde que: el principio de movilización social llama a la corresponsabilidad de la comunidad para generar cambios; algunos pueden realizarlos; otros son responsabilidad de los actores gubernamentales y también pueden ser el resultado del trabajo conjunto entre comunidad y gobierno.

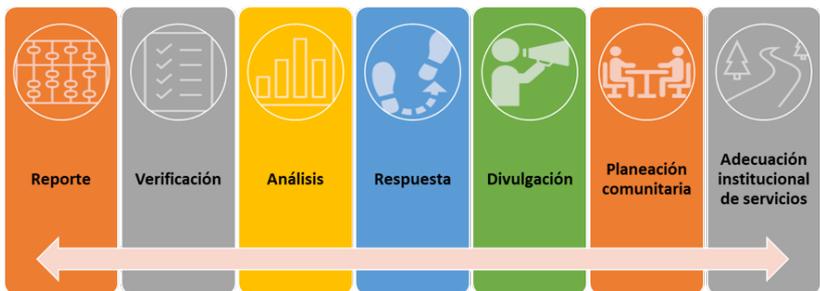
Cuando un equipo extramural verifica las situaciones en terreno, sea como proceso de atención en salud o de vigilancia (respuesta inmediata para la investigación epidemiológica de campo), los resultados podrían ser notificados en el sistema de información para la vigilancia basada en indicadores, así como producir reportes de situación (SITREP) en el caso de eventos de interés en salud pública que generen brotes, de acuerdo con los protocolos de vigilancia establecidos.

Recuerde que: las situaciones que cumplan con la definición de caso deben ser ingresadas por el actor de salud, que atendió, al sistema de información en su condición de sospechoso o probable, y no depender de una confirmación para su ingreso, excepto que así lo indique el protocolo de vigilancia. Por ejemplo, una situación de interés en salud pública, que al verificar corresponde a un caso sospechoso de sarampión o rubéola, debe ser ingresada en el sistema, y no esperar al resultado de una prueba de laboratorio para tal fin.

La vigilancia basada en comunidad debe generar información local para la comunidad donde se opera la vigilancia. Se pueden producir cápsulas informativas que se divulguen a los miembros de la **REVCom**, pequeñas comunicaciones locales o divulgaciones en los diferentes espacios de reunión, carteleras, murales, emisoras o medios locales. En el nivel territorial se pueden realizar boletines que integren la información producida por la vigilancia basada en comunidad y su **REVCom**, sus resultados y recomendaciones, y de ser posible, incluir información de la vigilancia basada en indicadores.

En la figura 11 se resumen momentos que se deben tener en cuenta de la interacción entre comunidad, instituciones y gobiernos.

Figura 11. Momentos de la operación y monitoreo de la vigilancia basada en comunidad



8.5. Evaluación

La vigilancia basada en comunidad debe integrar elementos que midan los hitos en el proceso de respuesta ante las señales emitidas por la comunidad y el cumplimiento de los procesos y productos del plan establecido para el desarrollo de esta estrategia de vigilancia en salud pública.

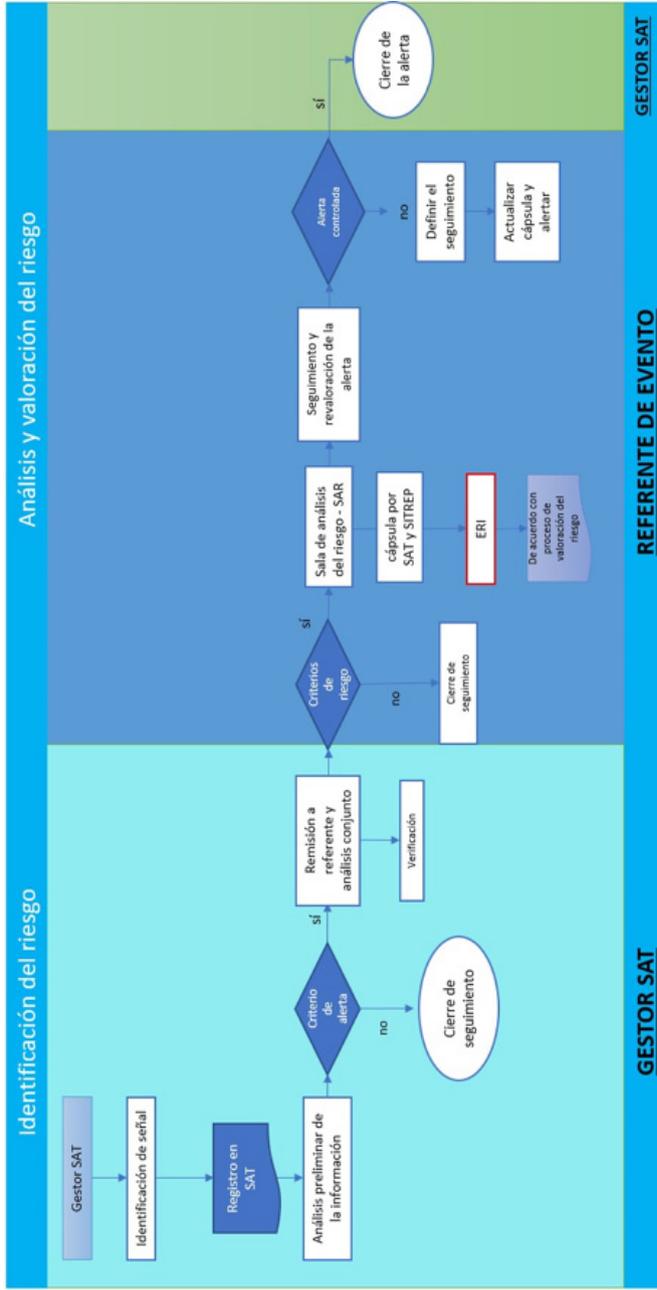
Adicionalmente, la comunidad puede generar mecanismos, como conversatorios, diálogo de saberes o espacios donde puedan analizar los logros alcanzados con la implementación de la vigilancia o las actividades realizadas para gestionar el cambio de la situación.

9. Identificación comunitaria del riesgo en el Sistema de Alerta Temprana (SAT)

El sistema de alerta temprana es el componente de la gestión del riesgo que busca detectar oportunamente cualquier situación anormal, emergente o reemergente, incluyendo la alteración de la frecuencia de un evento de interés en salud pública, para generar su análisis inmediato.

Al sistema de alerta temprana ingresan las señales procedentes de las diferentes estrategias de vigilancia. En el caso del reporte de una señal por un agente comunitario (vigía o gestor), la señal entra al SAT del municipio. Para los municipios que requieren la concurrencia de un nivel territorial superior (provincia, departamento o región), este reporte debe entrar al monitoreo de ese nivel al mismo tiempo (figura 12).

Figura 12. Funcionamiento del sistema de alerta temprana



Recuerde que: puede ocurrir que por el nivel de desarrollo del sistema de alerta temprana, este solo esté disponible en un nivel territorial mayor (provincia, departamento o región), mientras el municipio desarrolla la capacidad.

El gestor territorial del SAT verifica o solicita verificación a una institución de salud, activando la ruta de atención integral, y según las características del caso (EISP), del conglomerado o del factor relacionado, recomienda el despliegue de un equipo de respuesta inmediata, en concordancia con los protocolos de vigilancia. En ocasiones, para zonas dispersas o rurales distantes, se configura un equipo de respuesta mixta, que incluye profesionales o técnicos de la atención en salud, de la vigilancia en salud pública y/o de los programas en salud pública.

Recuerde que: a medida que avanza el desarrollo de la vigilancia basada en comunidad, puede suceder que se implemente un filtro previo, antes de ingresar directamente al sistema de alerta temprana. Un miembro del equipo territorial tendría un papel de especialista de la vigilancia basada en comunidad, que tamiza o verifica la información e identifica cuál puede ser una señal para informarla al gestor del SAT.

La verificación permite establecer si es o no una alerta. En cualquiera de las dos situaciones se debe informar al agente social (vigía o gestor) y a su red, para que continúen, inicien, incrementen o suspendan las acciones individuales o colectivas que puedan ir o se están realizando con la comunidad.

Si por criterios de vulnerabilidad y riesgo se considera que el evento debe analizarse en sala de análisis de riesgo, allí se debe valorar el riesgo y recomendar el tipo de respuesta.

Recuerde que: si no hay rutas de atención establecidas, la vigilancia basada en comunidad no gozaría de la confianza de la comunidad que está participando. Sin embargo, es importante el proceso de priorización de situaciones en salud pública que deben ser vigiladas por los agentes comunitarios, para evitar que se convierta en un buzón de quejas, reclamos o demanda insatisfecha de servicios.

El sistema de alerta temprana debe garantizar que sea posible revisar la trazabilidad de cada señal y alerta valorada. La documentación de este proceso y la métrica que se establezca de evaluación es central al mejoramiento de la gestión del riesgo.

9.1. Un ejemplo para integrar

El siguiente es un ejemplo que integra todo el proceso, en este caso tomando como partida una de las líneas de respuesta ante un aumento inusitado de casos, identificado en la vigilancia basada en indicadores.

Ejemplo resumen:

De acuerdo con datos de la vigilancia basada en indicadores, los hospitales de una región notifican un **aumento inesperado de casos de malaria**. Las autoridades territoriales consideran que para mejorar la **oportunidad en la detección** de los casos deben integrar una estrategia de **vigilancia basada en comunidad**.

Para esto el municipio, con el apoyo del departamento (provincia, en otros países), revisa los conceptos generales de la vigilancia basada en comunidad, y determina los **desarrollos previos** de implementación de esta estrategia en el municipio, el mapa de potenciales agentes y territorios, y los líderes de contacto.

Un **equipo** de profesionales y técnicos, que ha sido **entrenado** para estos procesos, desarrolla un plan de implementación. El equipo realiza un **acercamiento** con las comunidades, donde, en **concertación** con los líderes, establecen cuáles pueden ser los agentes que se deben entrenar para la conformación de una **REVCom** municipal para la malaria.

Este entrenamiento incluye la identificación del posible **síndrome**, y paulatinamente pasan de canalizar a un agente de salud (microscopista), donde le pueden tomar y hacer una gota gruesa, a tomar las muestras para enviarlas o llevarlas a un puesto de microscopia. El agente comunitario debe recibir dotación para poder registrar la situación y/o tomar muestras.

Cada caso es **retroalimentado** por el agente de salud y **activa la ruta de atención** de ser un caso confirmado, para asegurar el inicio y la integridad del tratamiento. El agente comunitario, cuando identifica una posible situación de interés (en este caso un potencial síndrome febril compatible con malaria), realiza **actividades individuales o colectivas** de educación a la persona sobre el reconocimiento de signos de alarma, la disponibilidad para iniciar tratamiento y las medidas de protección personal para la familia.

Las situaciones en salud pública reportadas por el agente ingresan al **sistema de alerta temprana territorial**, para verificar si corresponden a focos nuevos o antiguos, e in-

cluir las en el monitoreo de la situación general de la malaria, incluyendo la afectación de las poblaciones especiales. Se espera que los casos que sean verificados y **confirmados por el agente de salud** sean notificados al sistema de vigilancia basado en indicadores, en la unidad de salud de referencia.

El agente comunitario **informa** a los demás miembros de su **REVCom** sobre la presencia o no de casos, lo que puede facilitar que por procedencia y el hecho de tener síndrome febril, les sea más fácil sospechar malaria.

En un **escenario conjunto entre instituciones de salud y las organizaciones comunitarias**, se realiza el **análisis** de la información de los casos detectados por cualquiera de las dos estrategias de vigilancia. Ese escenario promueve que la comunidad utilice **medidas de protección** alrededor de la comunidad, y gestiona insumos para la protección durante las horas de sueño (toldillos impregnados).

Al mismo tiempo, la comunidad y las instituciones promueven que haya cada vez más **identificación temprana**, y aseguran que cada individuo diagnosticado reciba su **tratamiento de manera oportuna e íntegra**.

De los avances en la vigilancia y control de la malaria, la comunidad realiza carteleros, que fija en los **sitios de encuentro** de la comunidad, y produce boletines, que **divulga** en la emisora comunitaria, en los avisos posteriores a celebraciones religiosas y en el voz a voz que incluye las cadenas de mensajes de texto en aquellos que tienen continuo o esporádicamente servicio de telefonía celular.

En el territorio están considerando si los agentes comunitarios pueden ser formados para **convertirse en agentes de salud**, de modo que sean integrados a una unidad de

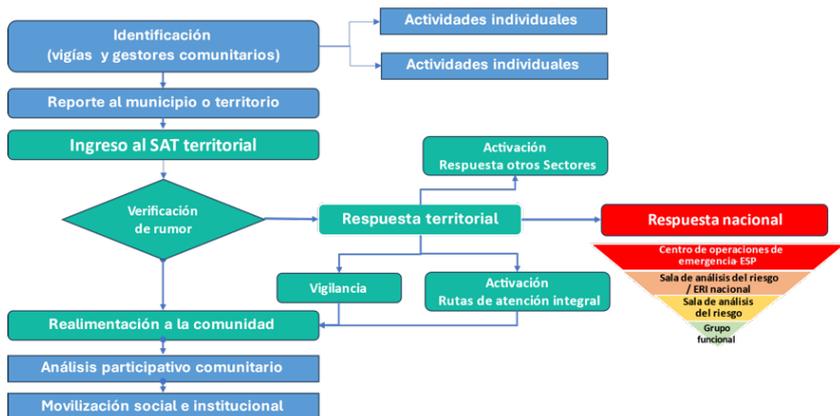
atención en salud (hospital, centro o puesto de salud) y que puedan tomar y procesar la muestra con gota gruesa o prueba rápida.

El proceso de **evaluación** del sistema de alerta temprana territorial determina si las **señales individuales** fueron ingresadas como casos, una vez que fueron confirmados (dado que los casos de malaria solo son **notificados** si se confirman), y si se produjeron señales más específicas, cuántas se convirtieron en **alertas** por casos con complicaciones o muertes, aumento de casos de acuerdo con lo histórico o nuevos focos.

La experiencia de este territorio que integra la vigilancia, con la atención integral oportuna, fue la base para que este municipio fuera el primero que cumple con indicadores para ser considerado en un estatus de eliminación de la malaria.

Un resumen de este ejemplo podría extraerse del esquema de trabajo que se presenta en la figura 13.

Figura 13. Integración de actores en la gestión del riesgo



Así como tenemos este ejemplo, que parte de la vigilancia basada en indicadores, podríamos partir de definir las situaciones de interés en salud pública que se deben vigilar, en concertación con la comunidad, a partir de un análisis de situación entre comunidad e instituciones de salud.

La comunidad puede estar más inclinada a la vigilancia de factores que producen enfermedad, como una forma de ser más exitosos para evitar casos de eventos de salud pública. Por ejemplo, promover la calidad del agua, mejorar el manejo de basuras o incrementar los niveles de vacunación en una comunidad son el resultado de que la comunidad identifique estos problemas, para ser atendidos oportunamente.

10. Claves para recordar

- La vigilancia basada en comunidad **no** está aislada del sistema de vigilancia en salud pública. Al ser una estrategia (con base en eventos y otras fuentes) que está integrada con la vigilancia basada en indicadores, permite un mejor panorama de la situación en un territorio y una potencial mayor oportunidad para su resolución.
- La vigilancia basada en comunidad es un producto de la participación de las personas, no es la asignación de servicios de atención en salud para los territorios mediante equipos extramurales.
- Una situación de interés en salud pública es una señal de un posible evento, factor relacionado, conglomerado, entre otros, cuya identificación temprana mejora la oportunidad en su detección y respuesta.

- La vigilancia basada en comunidad debe priorizar las situaciones de interés en salud pública que se deben vigilar, de manera que se vaya ampliando paulatinamente su cobertura y se incremente el número de situaciones que se han de vigilar, de considerarlo. La priorización se realiza con la comunidad, y no es una imposición desde la operación territorial por el perfil epidemiológico.
- Para la operación, una vez que se prioricen las situaciones, se implementa un modelo, que integra un tipo, una modalidad y un contexto. Las situaciones seleccionadas varían del reporte de factores o de síntoma a síntoma, pasando por síndromes, casos o muertes, y llegando a conglomerados.
- En contextos tales como poblaciones cautivas, eventos de afluencia masiva, alojamientos temporales especiales, y en la intensificación ante la confirmación de casos de EISP, siempre debe implementarse una vigilancia basada en comunidad.
- Los agentes comunitarios para la vigilancia son los vigías y los gestores. Un vigía es un representante de la comunidad que no ha tenido trabajo en ella, y es quien la representa para la vigilancia. Un gestor es una persona que tiene trabajo con o en la comunidad, y puede cumplir actividades de vigilancia basada en comunidad.
- Los agentes comunitarios de la vigilancia constituyen redes (**REVCom**), mediante las cuales se puede organizar la comunicación, la divulgación, el reporte y la autogestión.
- Las señales que proceden de la vigilancia basada en comunidad deben entrar en el sistema de alerta

temprana territorial, para su verificación, análisis y modificación del riesgo. El primer respondiente es el municipio, pero puede requerir, por sus capacidades de apoyo, de la concurrencia del nivel subnacional superior (provincia, departamento, región).

- A medida que evoluciona el plan de desarrollo de la vigilancia basada en comunidad, pueden tenerse especialistas en el tema que realicen filtros previos a su ingreso al SAT.
- El resultado de la gestión de las señales, independientemente de que sean alertas, debe retroalimentarse a los agentes comunitarios y sus redes.
- La comunidad puede movilizarse ante la detección de señales, promoviendo actividades individuales y colectivas en su entorno. Con la retroalimentación, la comunidad puede realizar análisis con las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, para coordinar un plan de trabajo.
- En escenarios como alojamientos temporales (por emergencias, migración o asistencia humanitaria), en poblaciones cerradas o cautivas, en eventos masivos o ante epidemias, se necesita una implementación inmediata de mecanismos de vigilancia basada en comunidad.
- Los territorios deben prever rutas de atención integral, para que, cuando se requiera, los casos reportados, en la vigilancia basada en comunidad, puedan ser valorados, diagnosticados y tratados. Si un caso es detectado y no recibe una respuesta, hace perder la confianza en el proceso en el territorio.

- Los agentes de salud ligados a instituciones de salud, a ONG o a la cooperación internacional, no son agentes comunitarios para la vigilancia, sino responsables de la vigilancia basada en indicadores. El hecho de que estén en actividades extramurales no los desvincula del papel como notificadores.

11. Referencias consultadas

1. Ethiopian Public Health Institute. Community and event-based surveillance: implementation manual. Addis Ababa: CPHEM, 2017.
2. Guerra J *et al.* Community-based surveillance: A scoping review. PLoS ONE, 2019; 14(4): e0215278. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215278>
3. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Community-Based Surveillance: guiding principles. Geneva: IFRC, 2017.
4. Liu J *et al.* Sentinel Community-Based Surveillance: An Innovative Mode of Proactive Surveillance on Infectious Disease. China CDC Weekly, 2023, 5(23): 516-518. Doi: 10.46234/ccdcw2023.097.
5. McGowan CR *et al.* Community-based surveillance of infectious diseases: a systematic review of drivers of success. BMJ Global Health, 2022; 7: e009934. Doi:10.1136/bmjgh-2022-009934.

6. McNeil M *et al.* The Landscape of Participatory Surveillance Systems Across the One Health Spectrum: Systematic Review. *JMIR Public Health Surveill*, 2022 Aug; 8(8): e38551. Doi: 10.2196/38551: 10.2196/38551.
7. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia) / Organización Panamericana de la Salud / Sinergias. Propuesta de operación de la estrategia de vigilancia en salud pública con base comunitaria para Colombia. Bogotá, D. C., 2014.
8. Pineda CF, Mendoza C. Orientaciones metodológicas para la Vigilancia Comunitaria en Salud. Cali: Cámara Colombiana del Libro, 2017.
9. Prieto Alvarado FE, Alarcón Cruz A, Díaz Moreno J, Quijada Bonilla H, Walteros Acero D, González Duarte M. Caja de herramientas para la gestión del riesgo colectivo en brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública. Bogotá, D. C., Colombia: Instituto Nacional de Salud, 2023.
10. Ratnayake R *et al.* People-centered surveillance: a narrative review of community-based surveillance among crisis-affected populations. *Lancet Planet Health*, 2020; 4: e483-95.
11. Smolinsky MS *et al.* Participatory Disease Surveillance: Engaging Communities Directly in Reporting, Monitoring, and Responding to Health Threats. *JMIR Public Health Surveill*, 2017 Oct-Dec; 3(4): e62. Doi: 10.2196/publichealth.7540: 10.2196/publichealth.7540.

12. Technical Contributors to the June 2018 WHO meeting. A definition for community-based surveillance and a way forward: results of the WHO global technical meeting, France, 26 to 28 June 2018. *Euro Surveill*, 2019; 24(2): pii=1800681. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.2.1800681>

13. WHO/AFRO. Integrated disease surveillance and response in the African Region: a guide for establishing community-based surveillance. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa, 2014.

14. Wójcik *et al.* Public health for the people: participatory infectious disease surveillance in the digital age. *Emerging Themes in Epidemiology*, 2014, 11:7.



ReVCom
Red de Vigilancia Epidemiológica
basada en Comunidad