INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

CAJA DE HERRAMIENTAS

ISBN: 978-958-13-0183-6

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

CAJA DE HERRAMIENTAS

CAJA DE HERRAMIENTAS

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

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Autores:

Franklyn Prieto Alvarado, Ángela Alarcón Cruz, Jorge Díaz Moreno
Hernán Quijada Bonilla, Diana Walteros Acero, Maritza González Duarte

Agradecimientos a:

Javier Madero Reales, Eliana Mendoza Niño, Alejandra Romero, Martha Santos Blanco, Víctor Rizo, Patricia Salas, Viviana Moreno, Karen Soto, Alejandra Velásquez, Christian Llano, Luz M Velandia, Ana C Suarez, Ana V Padilla, Claudia Rincón y demás integrantes de Grupo de gestión del riesgo y respuesta inmediata del INS.

CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO COLECTIVO EN BROTES, EPIDEMIAS Y EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA
Franklyn Prieto Alvarado, Ángela Alarcón Cruz, Jorge Diaz Moreno, Hernán Quijada Bonilla, Diana Walteros Acero, Maritza González Duarte.

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

ISBN: 978-958-13-0183-6

Corrección de estilo, diseño y diagramación: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, IETS.

Impresión y acabados: Editorial Scripto SAS

Primera edición: Marzo de 2023

Guiovanni Rubiano García
Director General INS

Martha Lucía Ospina Martínez
Directora General 2016-2022

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 No. 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.

PRESENTACIÓN

La vigilancia en salud pública ha mostrado su talante como función esencial en salud pública, en una evolución que tras la pandemia de Covid-19 puede convertirla en un servicio público que debe ser garantizado las 24 horas del día, para la seguridad sanitaria en su componente de los eventos de interés en salud pública, su preparación, atención y respuesta.

El hito estratégico que palabras tales como epidemiólogo, pandemia, brote, conglomerado y vigilancia en salud pública fueran incorporadas en los discursos de las autoridades, en los mensajes de los medios de comunicación y en la población, favoreció que la vigilancia tenga un rol reconocido que hoy se plasma en rediseños y adecuaciones institucionales, en su inclusión visible en planes, programas y políticas, en la revalidación de la importancia de la información en tiempo real que produce y en el campo de las emergencias.

Sin embargo, no fue la pandemia, la que nos hizo pensar en la vigilancia, claro está porque es parte de las misiones que tiene el Instituto Nacional de Salud de Colombia. Hace 6-7 años, nos pusimos a la tarea de reflexionar hacia donde queríamos llevar la vigilancia. Lo primero que hicimos fue adecuar la gerencia de la vigilancia para que fuera más práctica, más factible, promoviendo la secuencia de notificar, tabular, analizar y divulgar de la manera más oportuna posible. Esto tiene adicionalmente procesos de actualización continua, publicación de análisis, clasificación de casos y detección de problemas, fortalecimiento, monitoreo y evaluación del nivel subnacional, y de asistencia técnica.

Lo segundo, aunque realmente no en secuencia sino en simultánea como las otras tres líneas de trabajo, la modernización de su sistema de información (Sivigila 4.0), que de antemano tenía unas características que permitían potenciarlo como su uniformidad (no hay sistemas por grupo de enfermedades), identificación nominal y datos sociodemográficos amplios. Esto nos ha permitido tener una mejor estructura de hardware, una captura versátil (escritorio, web

y offline), una validación basada en algoritmos de alto desempeño (módulo de expertos), datos abiertos, producción de tableros de control, análisis de poblaciones especiales, geovisores, uso de herramientas de análisis de comportamientos inusuales, correlación con factores de riesgo del ambiente y de la inocuidad de los alimentos, entre otros. Este sistema soportó el aumento desde casi dos millones de registros al año de los 106 eventos bajo vigilancia a casi 40 millones en los dos primeros años de la pandemia y toda una política de transparencia mediante datos abiertos.

Lo tercero era tener como generar capacidades en el territorio, mediante el programa de formación en epidemiología de campo. Hoy tenemos tres niveles de formación que permiten que quien está en el día a día de la vigilancia en las instituciones de salud lo haga mejor (frontline), que la respuesta a brotes y el despliegue en terreno sea mejor en los territorios (intermedio) y que contemos con un grupo de profesionales de alto nivel, de élite (avanzado). Esto ha sido combinado con estrategias de educación continuada, seminarios, cursos on-line, cursos especializados (como el internacional de métodos) y la mayor capacidad de la región para hacer simulacros en tiempo real. Este programa combina adicionalmente diferentes pilares, lo que tenemos en la vigilancia, los estándares internacionales desarrollados por Tephinet y los CDC, la gestión del riesgo y la gerencia en terreno. Eso hace que tengamos una capacidad de preparación muy importante.

Lo cuarto, y es de lo que trata este Manual, es entender que además del saber hacer de la epidemiología tanto con sus diseños, su forma de medir, la estructura de la investigación de brotes y las estrategias de vigilancia había que incorporar en el hacer, la gestión del riesgo. Esto fue un proceso de largo aliento que tuvo muchos momentos institucionales algunos favorecidos por la preparación entre 2006-2007 ante el marco anti-pandemia de influenza aviar cuando se desarrollaron documentos de muy alto valor que hoy tienen vigencia, la implementación de equipos de respuesta inmediata con una estructura muy organizada y el establecimiento de salas situacionales. A esto se suma la experiencia que tiene la institución en epidemias y situaciones de emergencia en casi 30 años: encefalitis equina venezolana (1994), cólera (1994), terremoto de Armenia (1999), fiebre amarilla (2004), sarampión (2004, 2014, 2017-19),

chagas oral (2008-9), influenza AH1N1 (2009), emergencia invernal en La Mojana (2014), chikunguña (2014-15), zika (2015-16), avalancha del río Mocoa (2017), covid-19 (2020-23), huracán Iota (2020-21) y monkeypox (2022-23). Muchas de estas historias las recopilamos en un libro que se llama Héroes de a pie, con las experiencias al atender estas situaciones.

En la reflexión de cómo desarrollar esa gestión del riesgo asociada a los brotes y epidemias emergieron algunos elementos articuladores que promovían su implementación: el Reglamento Sanitario Internacional con la Autoevaluación de capacidades, la Agenda de Seguridad Sanitaria Global (GHSA por sus siglas en inglés) y la ley colombiana (1523/2012) 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.

Estos momentos de desarrollo llevaron a ese instante cuando confluyeron algunas circunstancias: por un lado, la norma ISO 31000:2018 para la gestión del riesgo; por otro, la propuesta de sistema de manejo (comando) de incidentes desarrollada por los CDC y otras agencias de EEUU para responder a una alerta de interés nacional cuya máxima expresión es la activación de un Centro Operativo de Emergencias en Salud Pública (COE-ESP) y además, la confluencia de algunos actores al interior del INS que habían trabajado en Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias o en el marco preparatorio de la pandemia por influenza aviar.

Con este escenario y para desarrollar ese cuarto dominio estratégico, el de la gestión del riesgo, se aglutinó el proyecto de implementar la gestión del riesgo de brotes, epidemias, eventos de interés en salud pública y emergencias en contar con una infraestructura física para fundar el Centro de Operaciones de Emergencia en Salud Pública, que fue adecuada entre 2016 y 2017, con el apoyo de los CDC.

Posteriormente, a partir de las ideas, experiencias, talleres y lecturas fueron consolidándose cada una de las etapas: en la de identificación del riesgo, se desarrolló un sistema de alertas tempranas que se ha ido consolidado como la historia clínica digital de cada

una de estas situaciones y su intervención; el análisis, mediante la salas de análisis del riesgo, que se diferenciaron de las situacionales por su connotación de urgencia; la valoración del riesgo, mediante la administración de matrices generales o específicas (situaciones ambientales, infecciones asociadas a la atención en salud, riesgo por no inocuidad de alimentos), y la respuesta, derivada de la valoración, que tiene un rango desde equipos de respuesta inmediata territoriales a la activación del sistema de manejo de incidente mediante el COE-ESP.

Esta asunción de modelo de gestión del riesgo nos ha llevado a muchos resultados importantes tales como la organización institucional de la respuesta, que ha sido puesta a prueba al menos 7 veces (desde el deslave del río Mocoa hasta viruela símica); la adecuación y autonomía de nuestra respuesta institucional in situ y en terreno; la generación de capacidades en los territorios, quienes han asumido sus responsabilidades como primeros respondientes y la implementación del modelo en los niveles subnacionales (departamentos y distritos), así mismo la posibilidad de compartir nuestras lecciones aprendidas, buenas prácticas y resultados de evaluación con otros países que están avanzando en este tipo de desarrollos.

Este Manual tiene como propósito eso, facilitar que nuestros niveles subnacionales puedan continuar la implementación del modelo, pero también que otros países puedan reconocer en nuestros procesos, elementos que les pueden o no ser útiles así como generar la colaboración sur:sur para nuestra preparación y respuesta a este tipo de situaciones, que permita en un futuro estar articulados en un gran Centro de Operaciones de Emergencias regional, con capacidad de desplegar equipos de respuesta inmediata multinacional, con fortalezas para el monitoreo y análisis compartido y la realización de valoraciones de riesgo trasfronterizas. Está escrito en lenguaje esperamos neutro, sin quedarse en lugares comunes del sistema de salud, la salud pública o la normatividad colombianos, para que pueda ser útil para todos y todas.

Es un Manual que no termina aquí pues debe ir involucrando otros elementos en su caja de herramientas: la realización de simulacros, la bioseguridad, los planes de trabajo de los equipos de respuesta inmediata específicos por evento, la mejora de la analítica

tanto descriptiva, prospectiva y de simulación, solo para mencionar algunos aspectos. Este es un Manual del que se esperan comentarios, retroalimentación, mejoras, y en su primera versión, es una buena compilación de nuestros quehaceres, de nuestros aprendizajes, de nuestra comunidad.

Este Manual reúne el trabajo de muchas personas que lo hicieron posible: aquellos que idearon, que probaron, que usaron en terreno, entre los cuales puedo nombrar a Jorge Díaz, Ángela Alarcón, Diana Walteros, Javier Madero, Ana Cristina Suárez, Luis Carlos Gómez, Patricia Salas, Jaime Guerrero, Miguel Castro, Francisco Sarmiento, Marisol González, Martha Santos, Luz Mary Velandia, Eliana Mendoza, Alejandra Romero, Víctor Rizo y todo el maravilloso equipo que ha estado o está en el grupo de gestión del riesgo y respuesta inmediata del INS; así como aquellos que gestionaron de manera amplia el desarrollo de su infraestructura y el reconocimiento de la historia de la vigilancia en el INS como Maritza González, Hernán Quijada y nuestra anterior directora, Martha Ospina.

También refleja el trabajo de aquellos que nos apoyaron desde CDC, OPS y OIM: Thomas Frieden, Jim Benasky, Luis Hernández, Dennis Jarvis, Richard Garfield, Gina Tambini, Mauricio Cerpa, David Rodríguez y Teodolinda Palacios; de nuestros coequiperos en su escritura liderados por Adriana Segura y Lorena Meza del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud y obviamente a la retroalimentación que hemos recibido por nuestros pares en los territorios, en las otras áreas del INS y en otras instituciones, en el día a día, en la forma en que trabajamos, como equipo, en unidad. Muchas de nuestras lecciones han sido fruto de un espacio académico anual que el programa de entrenamiento en epidemiología de campo realiza desde hace 30 años, el curso internacional de métodos que, en los últimos 5 años, además de entrenar en los cuatro pilares descritos, realiza un simulacro donde volvemos a ver, repasar y ajustar cómo funciona nuestra gestión del riesgo en el que, observando a nuestros estudiantes, percibimos cómo mejorar.

Cuando con Ángela Alarcón consolidamos esta parte del proyecto, asignamos unos responsables para que dedicaran tiempo a la escritura, a la revisión técnica y narrativa, a la lectura, a la construcción de diagramas, a la consolidación del documento y su rela-

ción con los otros documentos. Ellos son los que son considerados los autores de cada módulo, pero no de la obra general que aquí presentamos. No fue un trabajo fácil, pues tomó tiempo importante que compartimos con la respuesta a una pandemia, al día a día de nuestra operación, de nuestros tiempos libres, de nuestras familias.

En este momento que tenemos la alegría de compartir este material con ustedes, impreso, en la versión online disponible en la página web del INS, en la Biblioteca Virtual de Salud y en la aplicación e-Blue Info de OPS, también es el momento en que saludo a los autores de todo este proceso, compañeros en el camino, en el sueño, en la meta: Jorge Díaz, Ángela Alarcón, Maritza González, Hernán Quijada y Diana Walteros.

Pero en especial, este producto, producto #OrgullosaMenteINS, refleja el compromiso, la dedicación, la pasión y la convicción que cada uno de los funcionarios y contratistas de la Dirección de la vigilancia y análisis del riesgo en salud pública, los vigilantes de la salud de Colombia, que siempre están disponibles para responder al país, para crear esa seguridad para todos que alguien está pendiente de estas situaciones, de estos eventos de interés en salud pública, que estamos dispuestos a llegar a las capitales, pero también a los sitios más lejanos, dispersos y olvidados de nuestro país, y a colaborarnos en América Latina, para hacer un hoy mejor para nuestros hijos y nuestras familias. Este es el producto por el que estamos y estaremos, es parte de una época, de un legado. Nuevamente bienvenidos y bienvenidas a la gestión del riesgo de brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública.

Franklyn Prieto Alvarado, MD, FETP, PhD

Tabla de contenido

PRESENTACIÓN 3

A. NORMATIVIDAD

DEFINICIONES Y ABREVIATURAS EN EL MARCO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA 21

I. Introducción 24
1.1 Guía para el uso del Manual 25
1.2 ¿Cómo se elaboró el Manual? 25
1.3 Estructura y contenido del Manual 26
II. Alcance 26
2.1 Objetivo general 27
2.2 Objetivos específicos 27
III. Normativa nacional e internaciona 28
IV. Definiciones 34
V. Abreviaturas 50
Referencias 52

B. ABECÉ

PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO COLECTIVO EN BROTES, EPIDEMIAS Y EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA 55

1. Introducción 59
2. Objeto 61
3. Alcance 61
4. Generalidades del Sistema Nacional de Gestión de Riesgos para Desastres e integración del Sector Salud en respuesta a desastres y emergencias de origen biológico 62

5. Gestión del riesgo colectivo de brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública 64
6. Modelo de gestión del riesgo aplicado a la gestión de alertas y brotes en salud pública 69
6.1 Establecimiento del contexto 71
6.2 Preparación de los niveles 72
6.3 Valoración del riesgo y Sistema de Alerta Temprana —SAT— . 75
6.3.1 Identificación del riesgo 76
6.3.2 Análisis y valoración del riesgo (Sala de análisis del riesgo) 78
6.4 Modificación del riesgo 82
6.4.1 Bajo riesgo – Acompañamiento por grupo funcional de la entidad territorial 83
6.4.2 Riesgo intermedio - SAR permanente y despliegue de equipos de respuesta inmediata - ERI: 83
6.4.3 Riesgo alto - Activación de una estructura de sistema de manejo de incidente 84
6.4.4 Riesgo muy alto - Recomendación de activación de los sistemas territoriales para la respuesta a desastres o emergencias 85
6.5 Comunicación del riesgo 90
6.6 Evaluación del proceso y la respuesta 91
7. Claves para recordar 93
8. Referencias 97

C. ETAPA 1.

SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA: IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA 101
1. Introducción 105
2. Guía para el uso del manual 106

3. Cómo se elaboró el manual 107
4. Estructura y contenido del manual 108
5. Objeto 108
6. Alcance 109
7. Generalidades del sistema de alerta temprana 109
Objetivos de la identificación del riesgo 112
La identificación del riesgo en el SAT 113
8. Pasos para la identificación del riesgo 117
8.1. Paso 1. Uso de las fuentes de información 117
Vigilancia basada en indicadores 118
Vigilancia basada en otras fuentes de información 119
8.2. Paso 2. Integración, clasificación y gestión de las señales 145
8.3. Paso 3. Análisis de la información para la vigilancia basada en indicadores 147
8.4. Paso 4. Emisión de la alerta 150
8.5. Paso 5. Derivación y plan de manejo de la situación 153
Anexo. Descripción de metodologías básicas de análisis de información epidemiológica 157
9. Referencias 161

D. ETAPA 2.

VALORACIÓN DEL RIESGO E INTEGRACIÓN DE FUENTES (Enfoque Sala de Análisis del Riesgo) ... 163

I. Introducción 166
1.1 Guía para el uso del Manual 167
1.2 ¿Cómo se elaboró el Manual 168
1.3 Estructura y contenido del Manual 169

II. Alcance 169
2.1 Objetivo general 170
2.2 Objetivos específicos 170
III. Generalidades del análisis y valoración del riesgo en salud pública en el contexto de la Sala de Análisis del Riesgo (SAR 171
3.1 ¿Qué es la sala de análisis del riesgo 174
3.2 Recursos para el funcionamiento de la Sala de Análisis del Riesgo 175
3.3 Usos y funciones 176
IV. Fases de implementación o de desarrollo de la SAR 177
4.1 Fase 1. Reconocimiento de la alerta que requiere ser valorada 178
4.2 Fase 2. Convocatoria de actores 181
4.3 Fase 3. Integración de la información 183
4.4 Fase 4. Valoración del riesgo 184
4.5 Fase 5. Determinación del nivel de riesgo y nivel de respuesta 195
4.6 Fase 6. Información para la toma de decisiones 199
Referencias 203
Anexos 204

E. ETAPA 3.
MODIFICACIÓN DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA
ETAPA 3.1.
PREPARACIÓN Y ALISTAMIENTO DE LOS EQUIPOS DE RESPUESTA INMEDIATA (ERI) 205
I. Introducción 208
1.1 Guía para el uso del Manual 208

1.2 ¿Cómo se elaboró el Manual 210
1.3 Estructura y contenido del Manual 210
II. Alcance 211
2.1 Objetivo general 211
2.2 Objetivos específicos 212
III. Generalidades en la preparación y alistamiento de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI 213
3.1 Actividades para la preparación de los ERI 215
3.2 Personal del ERI 219
3.3 Entrenamiento de los ERI 222
3.3.1 Programa de entrenamiento en epidemiología de campo (FETP) 226
3.4 Verificación de condiciones de los profesionales ERI antes del despliegue 227
3.5 Puntos clave en la Preparación y alistamiento de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI 228
Referencias 229
Anexos 231

ETAPA 3.2.
PLAN DE ACCIÓN DE LOS EQUIPOS DE RESPUESTA INMEDIATA 235
I. Introducción 238
1.1 Guía para el uso del Manual 239
1.2 ¿Cómo se elaboró el Manual 239
1.3 Estructura y contenido del Manual 240
II. Alcance 240
2.1 Objetivo general 241
2.2 Objetivos específicos 241

III. Generalidades para la respuesta de los ERI en terreno 242
3.1 Activación ERI 244
3.2 Conformación ERI 245
3.3 Reunión previa al despliegue 248
3.4 Plan de acción del ERI 250
3.4.1 Funciones del ERI 252
3.5 Investigación de brote 256
3.5.1 Emisión de información 260
3.6 Repliegue del ERI 261
3.6.1 Informe de retroalimentación – After Action Review 262
3.7 Puntos clave en el plan de acción de los Equipos de Respuesta Inmediata 263
Referencias 264
Anexos 266

ETAPA 3.3.
SISTEMA DE MANEJO DE INCIDENTES 269
I. Introducción 272
1.1 Guía para el uso del Manual 274
1.2 ¿Cómo se elaboró el Manual? 274
1.3 Estructura y contenido del Manual 275
II. Alcance 275
2.1 Objetivo general 276
2.2 Objetivos específicos 276
III. ¿Qué es el Sistema de Manejo de Incidente (SMI) ? 277
3.1 Generalidades 277
3.2 Principios 279

3.3 Estructura 282
3.4 Plan de acción del incidente 286
IV. **Determinación de activación del Sistema de Manejo de Incidente** 288
4.1 Activación del Sistema de Manejo de Incidente 290
4.3 Formulación del plan de acción de incidente 294
4.4 Monitoreo de la emergencia 295
4.5 Cierre y desactivación del Sistema de Manejo de Incidente 296
4.6 Ejemplo de activación por niveles del SMI, evento sarampión, Instituto Nacional de Salud, 2018 297
V. **Aspectos clave del Sistema Manejo de Incidente** 301
Referencias 303
Anexos 304

F. ETAPA 4. EVALUACIÓN Y COMUNICACIÓN ETAPA 4.1

COMUNICACIÓN DEL RIESGO EN CRISIS 307

I. **Introducción** 310
1.1 Guía para el uso del Manual 311
1.2 ¿Cómo se elaboró el Manual 312
1.3 Estructura y contenido del Manual 312
II. **Alcance** 313
2.1 Objetivo general 313
2.2 Objetivos específicos 313
III. **Generalidades** 314

IV. Elementos clave de la comunicación del riesgo en las etapas de preparación y respuesta ante brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública, por parte de los equipos de respuesta inmediata 317
4.1. Contenido de la información 317
4.2 Público 319
4.3 Elaboración de mensajes 320
4.4 Logística – canales de comunicación y difusión 322
4.5 Participación 325
4.6 Evaluación 327
4.7 Divulgación de información sensible 328
V. Beneficios y contribuciones del desarrollo de acciones básicas de comunicación del riesgo en el marco de la preparación y respuesta ante brotes, epidemias y EISP 329
Referencias 331

ETAPA 4.2

MÉTRICAS PARA EL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE BROTES 333

I. Introducción 336
1.1 Guía para el uso del Manual 338
1.2 ¿Cómo se elaboró el Manual 338
1.3 Estructura y contenido del Manual 338
II. Alcance 339
2.1 Objetivo general 339
2.2 Objetivos específicos 339
III. Generalidades 340
3.1. Detección 344
3.2 Notificación 348

3.3 Respuesta 350
3.4 Confirmación 352
3.5 Comunicación 353
3.6. Análisis de métricas en la investigación de brotes 355
Referencias 360

ETAPA 4.3

EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA (AAR) After Action Review

..... 363
I. Introducción 366
1.1 Guía para el uso del Manual 367
1.2 ¿Cómo se elaboró el Manual 368
1.3 Estructura y contenido del Manual 368
II. Alcance 369
2.1 Objetivo General 369
2.2 Objetivos Específicos 369
III. Generalidades de la metodología "Evaluación después de la acción 370
3.1 ¿Qué es la "Evaluación después de la acción"? 370
3.2 ¿Qué son las lecciones aprendidas? 372
3.3 ¿Cuándo se realiza una "Evaluación después de la acción"? 373
IV. Pasos para el desarrollo de la "Evaluación después de la acción. 375
4.1 Fase 1: Preparación 375
4.1.1 Identificar el tema y propósito 376
4.1.2 Seleccionar participantes 378

4.1.3 Definir roles 379
4.1.4 Preparar materiales y logística 380
4.2 Fase 2: Desarrollo 380
4.2.1 Introducción 381
4.2.2 Revisión de los objetivos de la actividad o proceso (etapa) 382
4.2.3 Identificar qué sucedió y cuáles fueron los resultados alcanzados 383
4.2.4 Comparar resultados contra lo planeado 385
4.3 Fase 3: Cierre 387
4.3.1 Registro y síntesis de la sesión 387
V. **Beneficios y contribuciones del desarrollo de la "Evaluación después de la acción".** 388
Referencias 391
Anexos 392

G. COMPRENSIÓN

COMPRENSIÓN DEL MOVIMIENTO POBLACIONAL 395
I. **Introducción** 398
1.1 Guía para el uso del Manual 399
1.2 ¿Cómo se elaboró el Manual? 400
1.3 Estructura y contenido del Manual 400
II. **Alcance** 401
2.1 Objetivo general 402
2.2 Objetivos específicos 402

III. Aspectos conceptuales 403
3.1. Aproximaciones conceptuales del proceso migratorio ..406
3.2 Clasificación de la migración 411
3.3 Algunos datos de la migración en la región 414
IV. Comprensión del movimiento poblacional 416
V. Pasos para la comprensión del movimiento poblacional 418
5.1 Paso No. 1. Caracterización 419
5.1.1 Personas 422
5.1.2 Movimiento poblacional 425
5.1.3 Eventos de interés en salud pública – EISP 428
5.1.4 Acceso a puntos de atención 430
5.2 Paso 2. Análisis 431
5.3 Paso 3. Priorización 433
5.4 Paso 4. Síntesis – Plan de acción 436
VI. Beneficios y contribuciones de la comprensión del movimiento poblacional 440
Referencias 442

H. VIGILANCIA

VIGILANCIA Y COMUNICACIÓN TRANSFRONTERIZA

..... 447
I. Introducción 450
II. Alcance 452
2.1 Objetivo general 452
2.1 Objetivos específicos 453

III. **Generalidades de la vigilancia en salud pública para población migrante** 454

3.1 Estrategias de vigilancia en salud pública para población migrante o extranjera 455

3.1.1 Gestión de casos de eventos de interés en salud pública en población migrante o extranjera 456

3.1.2 Priorización de eventos de interés en salud pública por fenómeno migratorio 457

3.1.3 Vigilancia sindrómica para población migrante 460

3.2 Preparación y respuesta para eventos de interés en salud pública en pasos fronterizos terrestres 464

3.3 Comunicación en fronteras 467

3.3.1 Acciones de comunicación de riesgo para población migrante 467

3.3.2 Acciones de comunicación trasfronteriza 470

Referencias 476

ANEXO FORMATO PLAN DE ACCIÓN ERI 477

ANEXO FORMATO PADI 481

ANEXO FORMATO SITREP 483

ANEXO FORMATO SÍNTESIS AAR 486

GESTIÓN DEL RIESGO Y RESPUESTA INMEDIATA

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

CAJA DE HERRAMIENTAS

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

NORMATIVIDAD

DEFINICIONES Y ABREVIATURAS EN EL MARCO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA.

Normatividad, definiciones y abreviaturas en el marco de la gestión del riesgo en salud pública. /Angélica María Rojas, Lorena Mesa Melgarejo, Franklyn Prieto Alvarado, Angela Alarcón Cruz.

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

Corrección de estilo, diseño y diagramación: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, IETS.

Impresión y acabados: Editorial Scripto SAS

Primera edición: noviembre de 2022

Guiovanni Rubiano García
Director General INS

Martha Lucía Ospina Martínez
Directora General 2016-2022

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 No. 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 Centers for Disease Control and Prevention.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

NORMATIVIDAD

DEFINICIONES Y ABREVIATURAS EN EL MARCO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA.

I. Introducción

La comprensión y abordaje de alertas, brotes o epidemias es una prioridad en salud pública para las autoridades nacionales y regionales; en Colombia esta respuesta se encuentra organizada en el marco de la gestión del riesgo, a partir de los parámetros establecidos en la norma ISO 31000 (1) y la normatividad vigente en vigilancia en salud pública.

El Reglamento Sanitario Internacional es una herramienta normativa de carácter internacional, vinculante, suscrito por 196 países, en la que se brindan orientaciones y definiciones para el desarrollo de capacidades básicas dirigidas a la identificación, abordaje y mitigación oportuna de alertas, brotes o epidemias que puedan tener repercusión en salud pública y prevenir o evitar la propagación internacional de forma proporcional a los riesgos para la salud pública y evitando interferencias innecesarias con los viajes y el comercio internacional (2).

En el ámbito nacional se han desarrollado herramientas normativas dirigidas de igual manera a brindar definiciones para el abordaje de eventos de interés en salud pública, coordinar y optimizar la respuesta de los actores del sector salud y de otros sectores.

Este Manual hace parte de la Caja de herramientas para la gestión del riesgo en salud pública y presenta de manera sencilla y simplificada, la relación de la normativa nacional disponible, relacionada con la identificación, compresión y abordaje de alertas, brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública a nivel nacional y subnacional. De igual manera se presentan algunas definiciones y abreviaturas para facilitar la lectura de los diferentes materiales incluidos en la caja de herramientas.

1.1 Guía para el uso del Manual

El Manual presenta la relación de herramientas normativas de carácter nacional e internacional para el abordaje de brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública a nivel nacional y subnacional.

Se espera que a medida que el proceso se incorpore a la práctica habitual y surja nueva normativa puedan desarrollarse versiones actualizadas.

1.2 ¿Cómo se elaboró el Manual?

Este Manual se elaboró con el fin de complementar a los 11 manuales de la caja de herramientas y ser transversal a la normatividad y definiciones y abreviaturas empleadas; en la elaboración de estos manuales participaron expertos temáticos a partir de dos fases: una fase inicial con componente cualitativo donde se recopilaron experiencias

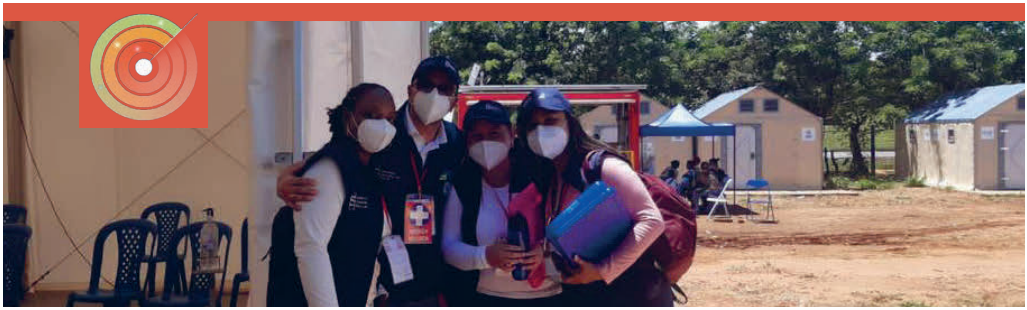
y conocimientos previos en la implementación del modelo de gestión del riesgo y una segunda fase de validación con la información bibliográfica disponible; posteriormente se realizó la recopilación y revisión de la normatividad nacional e internacional disponible.

1.3 Estructura y contenido del Manual

El manual está estructurado en seis capítulos. En el primer capítulo denominado Introducción se enuncian la guía para el uso del manual, cómo se elaboró, su estructura y contenido. En el segundo capítulo se presenta el alcance y se definen los objetivos. En el capítulo tres, llamado Normativa nacional e internacional, se recopilan las herramientas normativas relacionadas con el abordaje y respuesta de brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública. En el capítulo cuatro y cinco, respectivamente, se presentan las definiciones y abreviaturas para el uso de los manuales incluidos en la Caja de herramientas. Para finalizar, se referencian los principales textos revisados para la elaboración de este documento.

II. Alcance

El presente Manual presenta de manera resumida la recopilación de normas de carácter nacional e internacional relacionada con la gestión del riesgo en salud pública y la vigilancia en salud pública relacionada en el contenido de la Caja de herramientas para el abordaje de brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública a nivel nacional y subnacional; además, incluye un apartado de definiciones generales y abreviaturas que se pueden encontrar en el desarrollo de los manuales.

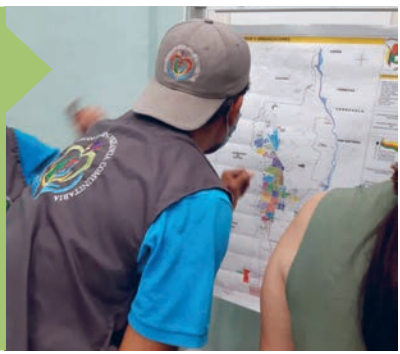


2.1 Objetivo general

Relacionar las herramientas normativas básicas de alcance nacional e internacional para el abordaje y respuesta ante brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública de uso y aplicación a nivel nacional y subnacional.

2.2 Objetivos específicos

Identificar las herramientas normativas básicas de alcance nacional e internacional para el abordaje y respuesta ante brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública de uso y aplicación a nivel nacional y subnacional.



Presentar las definiciones para el uso de los manuales incluidos en la Caja de herramientas, con el fin de orientar al lector y relacionar con mayor facilidad los conceptos.

III. Normativa nacional e internacional

Tipo Norma	Norma	Año
Reglamento internacional	Reglamento Sanitario Internacional	2005
	Constitución Política de Colombia	1991
Leyes	Ley 1751	2015
	Ley 1523	2012
	Ley 1438	2011
	Ley 1122	2007

Contenido/Descripción
El Reglamento Sanitario Internacional – RSI insta a todos los Estados parte a crear, reforzar y mantener un mínimo de capacidades básicas de salud pública en materia de vigilancia y respuesta. Los países que participaron en la agenda de seguridad sanitaria mundial fueron llamados a fortalecer sus sistemas sanitarios nacionales y las obligaciones internacionales como el Reglamento Sanitario Internacional.
En el inciso 2° del artículo 2° se dispone que "... las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos, libertades y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares, el Sistema se rige como la articulación de las entidades del Estado, el sector privado y la comunidad con el propósito fundamental de proteger la vida".
Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.
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, responsabiliza a todas las autoridades y habitantes del territorio colombiano. En dicha ley se establece la estructura, organización, dirección y coordinación del sistema nacional de gestión del riesgo de desastres, los instrumentos de planificación, los mecanismos de financiación para la gestión del riesgo de desastres, las condiciones para la declaratoria de desastres, calamidad pública y normalidad, los regímenes especiales para situaciones de desastre y calamidad pública. Por medio de la circular conjunta 040 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres se establece la participación del Sector Salud en los procesos de Gestión de Riesgos de Desastres en el territorio nacional.
Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Título II: Salud pública, promoción y prevención
Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Da la definición de salud pública.

Tipo Norma	Norma	Año
	Ley 715	2001
	Ley 100	1993
	Ley 9a	1979
Decretos	Decreto único reglamentario 780	2016
	Decreto 3518	2016
	Decreto 2774	2012

Contenido/Descripción
Señala en el capítulo II las COMPETENCIAS DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES EN EL SECTOR SALUD. El artículo 43 reza que: "corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia."
Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral.
"Por la cual se dictan medidas sanitarias". Establece las normas sanitarias para la prevención y control de los agentes biológicos, físicos o químicos de riesgo para la salud humana.
Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, que en su capítulo II contempla el proceso de atención de urgencias, emergencias y desastres.
Por el cual se reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Entre otras disposiciones, se resaltan las del artículo 9°, Funciones de las Direcciones departamentales y Distritales de Salud. Las direcciones departamentales y distritales de salud tendrán las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública: Coordinar el desarrollo y la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su territorio, tanto a nivel interinstitucional como intersectorial y brindar la asistencia técnica y capacitación requerida; Apoyar a los municipios de su jurisdicción en la gestión del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y en el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico, cuando así se requiera; Organizar y coordinar la red de vigilancia en salud pública de su jurisdicción, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de salud y Protección Social; Garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión del Sistema y el cumplimiento de las acciones de vigilancia en salud pública, en su jurisdicción.
Por el cual se establece la estructura interna del Instituto Nacional de Salud – INS y se definen los objetos en su carácter de autoridad científico-técnica. (i) el desarrollo y la gestión del conocimiento científico en salud y biomedicina para contribuir a mejorar las condiciones de salud de las personas; (ii) realizar investigación científica básica y aplicada en salud y biomedicina; (iii) la promoción de la investigación científica, la innovación y la formulación de estudios de acuerdo con las prioridades de salud pública de conocimiento del Instituto; (iv) la vigilancia y seguridad sanitaria en los temas de su

Tipo Norma	Norma	Año
	Decreto 4109	2011
	Decreto 2323	2006
Resoluciones	Resolución 1035	2022
	Resolución 518	2015
	Resolución 1619	2015
Normas técnicas	Norma Técnica Colombiana ISO 31000	2011
Lineamientos	Lineamientos nacionales para la vigilancia	(actualización periódica)

Contenido/Descripción
competencia; la producción de insumos biológicos; y (v) actuar como laboratorio nacional de referencia y coordinador de las redes especiales, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación.
Por el cual se cambia la naturaleza jurídica del Instituto Nacional de Salud -INS como autoridad científico-técnica y se determina su objeto y estructura.
Reglamenta parcialmente la Ley 9ª de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios, que entre otras funciones tiene las de analizar pruebas analíticas en el marco de la salud pública.
Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con sus capítulos diferenciales: indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia, población víctima de conflicto armado, el Pueblo Rom y la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera.
"Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas –PIC", que contempla en los aspectos generales del capítulo II numeral 5.2 el "desarrollo de capacidades para crear, construir y fortalecer capacidades, habilidades, actitudes, valores, aptitudes, conocimientos en talento humano…" así mismo, el numeral 5.12 "vigilancia en salud pública para generar información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población de forma sistemática y oportuna, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud publica…"
Por la cual se establece el Sistema de Gestión de la Red Nacional de Laboratorios en los ejes estratégicos de Vigilancia en Salud Pública y de Gestión de la Calidad.
Proporciona directrices para gestionar el riesgo al que se enfrentan las organizaciones. La aplicación de estas directrices puede adaptarse a cualquier organización y a su contexto, no es específico para una industria o sector, puede aplicarse en cualquier actividad, incluyendo la toma de decisiones en diferentes niveles.
Consolidan las acciones a desarrollar a nivel nacional y subnacional, teniendo como fundamento los procesos y procedimientos que complementan las acciones definidas en los protocolos de vigilancia en salud pública para cada uno de los eventos de interés, así como la respuesta a brotes, epidemias y situaciones de emergencia en salud pública.

IV. Definiciones

Alerta: estado que se declara con anterioridad a la manifestación de un evento peligroso, con base en el monitoreo del comportamiento del respectivo fenómeno, con el fin de que las entidades y la población involucrada activen procedimientos de acción previamente establecidos (3).

Alerta temprana: identificación y evaluación oportuna del surgimiento de nuevas amenazas antrópicas como naturales que afectarían negativamente en relación con la vulnerabilidad de las personas, de los ecosistemas y de los servicios que estos proporcionan.

Alistamiento: personal seleccionado en preparación para rotación de los equipos de respuesta inmediata en situaciones que ameriten el recambio de personal en terreno o una disponibilidad de acuerdo con un cronograma establecido.

Amenaza: peligro latente de que un evento físico de origen natural, o causado, o inducido por la acción humana de manera accidental, se presente con una severidad suficiente para causar pérdida de vidas, lesiones u otros impactos en la salud, así como también daños y pérdidas en los bienes, la infraestructura, los medios de sustento, la prestación de servicios y los recursos ambientales (3).

Análisis del riesgo: proceso para comprender la naturaleza del riesgo y determinar el nivel de riesgo; proporciona las bases para la evaluación del riesgo y las decisiones sobre el tratamiento de riesgo (4).

Autoridades sanitarias: entidades jurídicas de carácter público con atribuciones para ejercer funciones de rectoría, regulación, inspección, vigilancia y control de los sectores público y privado en salud y adoptar medidas de prevención y seguimiento que garanticen la protección de la salud pública (11).

Brote: aumento inusual en el número de casos de un evento o dos o más casos relacionados epidemiológicamente, de aparición súbita y diseminación localizada en un espacio específico.

Búsqueda Activa Comunitaria: proceso de indagación o rastreo intencionado de casos sospechosos o probables, de algún evento de interés en salud pública, que pueden estar ocurriendo o pudieron presentarse en la comunidad y que no hayan consultado a una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Búsqueda Activa Institucional: estrategia para la detección de casos que por cualquier razón no fueron notificados o ingresados al sistema de vigilancia. Es un instrumento de control de calidad de la vigilancia de rutina.

Cadena de llamadas: mecanismo que permite notificar alertas a las diferentes áreas o instituciones con el fin de activar la respuesta en sus diferentes niveles para la atención de una emergencia en salud pública.

Caso especial: aquellos eventos de interés en salud pública o situaciones con potencial repercusión para la salud pública, con alta repercusión social y divulgación en medios de comunicación. Situación de emergencia en salud pública que requieren un flujo de información diferente al rutinario.

Centro Nacional de Enlace: unidad de inteligencia epidemiológica y sanitaria, que cumple las funciones de monitoreo, evaluación y notificación a la OMS, de los eventos de Salud Pública de importancia Internacional que se registran en el país (6).

Centro de Operaciones de Emergencia, Eventos, Brotes y Epidemias en Salud Pública – COE-ESP: es la combinación de instalaciones desde donde se organiza la respuesta, generalmente a través de estructuras Sistema Manejo Incidente; que debe contar con equipos, procedimientos, instructivos y comunicaciones, que tiene como responsabilidad la administración de recursos para el cumplimiento de objetivos y estrategias que permitan identificar, valorar y modificar una potencial situación de emergencia en salud pública (8).

Comité de Vigilancia Epidemiológica: espacio de análisis que busca generar insumos para la toma de decisiones concretas, que lleven a acciones para controlar situaciones que ponen en riesgo la salud de la población en las diferentes escalas del territorio.

Comunicación del riesgo: componente integral de la gestión de riesgo para la salud pública. Se centra en el diálogo con los interesados, y se esfuerza por asegurar que las estrategias de comunicación estén basadas en la evidencia. En el marco del Reglamento Sanitario Internacional, la comunicación de riesgos para emergencias de salud pública incluye la gama de capacidades de comunicación que se requieren a través de las fases de preparación, respuesta y recuperación de las fases de un caso grave de salud pública, para fomentar

la toma de decisiones informadas, el cambio positivo a un comportamiento positivo y el mantenimiento de la confianza (2).

Conglomerado: agregación inusual, real o aparente, de eventos de salud que están agrupados en tiempo y en espacio.

Desastre: resultado que se desencadena de la manifestación de uno o varios eventos naturales o antropogénicos no intencionales que al encontrar condiciones propicias de vulnerabilidad en las personas, los bienes, la infraestructura, los medios de subsistencia, la prestación de servicios o los recursos ambientales, causa daños o pérdidas humanas, materiales, económicas o ambientales, generando una alteración intensa, grave y extendida en las condiciones normales de funcionamiento de la sociedad, que exige del Estado y del sistema nacional ejecutar acciones de respuesta a la emergencia, rehabilitación y reconstrucción (3).

Emergencia en Salud Pública de importancia Nacional-ESPIN: evento inusitado o imprevisto que constituye un riesgo para la salud pública nacional o con riesgo de propagación internacional a otros Países y que requiere de una respuesta coordinada del País o con apoyo del nivel internacional (2).

Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional-ESPII: evento inusitado o imprevisto que constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados por el riesgo de propagación internacional y que podría exigir una respuesta internacional coordinada (2).

Epidemia: ocurrencia de casos de enfermedad u otros eventos de salud con una incidencia mayor a la esperada para un área geográfica y periodo determinados. El número de casos que indican la presencia de una epidemia varía según el agente, el tamaño y tipo de población expuesta, su experiencia previa o ausencia de exposición a la enfermedad y el lugar y tiempo de ocurrencia (5).

Estrategias de vigilancia en salud pública: conjunto de métodos y procedimientos para la vigilancia de eventos de interés en salud pública, diseñadas con base en las características de los eventos a vigilar; la capacidad existente para detectar y atender el problema; los objetivos de la vigilancia; los costos relacionados con el desarrollo de la capacidad necesaria y las características de las instituciones involucradas en el proceso de la vigilancia (11).

Evento: manifestación de una enfermedad o suceso potencialmente patógeno; que puede incluir eventos de origen infeccioso, zoonótica, relacionado con la inocuidad de los alimentos, químico o radiológico/nuclear, y que puede propagarse a través de personas, vectores, animales, productos o alimentos o a través del ambiente). En el contexto de la vigilancia basada en eventos, "evento" también incluye un suceso de origen desconocido y se refiere a una "señal" que se ha "comprobado" (2).

Evento en eliminación: evento de interés en salud pública para el cual ya no se identifican o reportan casos autóctonos, aunque persisten las causas que pueden potencialmente producirla, especialmente su agente causal (ejemplo sarampión y rubeola) (5).

Evento en erradicación: evento de interés en salud pública para el cual ya no se identifican o reportan casos no existen casos de enfermedad y se han eliminado sus causas potenciales, en particular su agente causal (ejemplo poliomielitis por poliovirus salvaje) (5).

Equipo de Respuesta Inmediata: grupo interdisciplinario de profesionales con entrenamiento en identificación, notificación, planificación, ejecución y evaluación de la respuesta ante situaciones de alerta, brote o emergencias en salud pública. Los ERI son integrados por profesionales con diferentes perfiles, habilidades y competencias; se conforman después de un espacio de análisis. Durante las actividades de campo se debe mantener disponibilidad de 24/7, por ello se requiere dedicación exclusiva durante la atención de la situación presentada.

Evaluación del riesgo: proceso de comparación de los resultados del análisis del riesgo con los criterios del riesgo, para determinar si el riesgo, su magnitud o ambos son aceptables o tolerables (4).

Factor de riesgo ambiental: toda posibilidad de lesión, enfermedad o muerte como consecuencia de la exposición humana a un posible factor ambiental peligroso de tipo físico, químico o biológico (10)

Gerente del COE - ESP: persona designada que por la Dirección general que tiene por objeto propender por el mantenimiento y funcionamiento de todos los recursos físicos, tecnológicos y de los procesos requeridos para la preparación, alistamiento y la respuesta en salud pública en el marco del COE - ESP del INS.

Factores de riesgo / Factores protectores: atributos, variables o circunstancias inherentes o no a los individuos que están relacionados con los fenómenos de salud y que determinan en la población expuesta a ellos, una mayor o menor probabilidad de ocurrencia de un evento en salud.

Gestión del riesgo: proceso de identificar la vulnerabilidad de las poblaciones ante una amenaza, luego analizar las posibles consecuencias derivadas del impacto de la amenaza sobre esa población, delimitar la incertidumbre relativa a la ocurrencia del evento crítico que se desea evitar y mecanismos para reducir la amenaza, la vulnerabilidad y para afrontar el evento crítico si llegara a ocurrir (7).

Gestión del riesgo en salud pública: proceso de identificar la vulnerabilidad de las poblaciones ante una amenaza, luego de analizar las posibles consecuencias derivadas del impacto de la amenaza sobre esa población, delimitar la incertidumbre relativa a la ocurrencia del evento crítico que se desea evitar y mecanismos para reducir la amenaza, la vulnerabilidad y para afrontar el evento si llegara a ocurrir (7).

Gestor SAT: profesional en disponibilidad 24 horas durante el periodo definido para la gestoría, encargado de integrar la información de la vigilancia basada en eventos o indicadores y en otras fuentes, asimismo, es el encargado de clasificar la primera información y analizarla con el especialista o referente de evento, para definir emisión de cápsulas, Sitrep o convocatoria a SAR.

Gestoría del Sistema de Alerta Temprana: actividades operativas que deben ser realizadas por un profesional asignado dentro del sistema de alerta temprana para los eventos de interés en salud pública.

Identificación del riesgo: proceso para encontrar, reconocer y describir el riesgo; implica la identificación de las fuentes de riesgo, los eventos, sus causas y sus consecuencias (4).

Incidente: riesgo con capacidad de producir interrupción o alteración funcional de las operaciones y que puede demandar la gestión de recursos adicionales para su control o mitigación.

Inteligencia epidemiológica: proceso de detección, verificación, análisis, evaluación e investigación de aquellos eventos o situaciones que puedan representar una amenaza para la salud pública. La inteligencia epidemiológica engloba los sistemas de vigilancia en salud pública o vigilancia de indicadores y la vigilancia basada en otras fuentes de información (INS).

Investigación epidemiológica de campo: aplicación de los principios y métodos de la investigación epidemiológica para el estudio de problemas de salud inesperados, para los cuales se demanda una respuesta inmediata y una intervención oportuna en la población.

Jefe de Sección de Operaciones: miembro de la organización general del COE- ESP que será delegado por el gerente del incidente y la sección de planificación. Es el responsable de coordinar la respuesta en el sitio de la emergencia a través de procedimientos establecidos y en conformidad con los objetivos del PADI.

Líder del ERI: profesional que tiene la responsabilidad de dirigir y coordinar las actividades de respuesta en terreno, así como reportar las necesidades del equipo y los resultados de la investigación realizada al Coordinador del Grupo de Gestión del Riesgo, Respuesta Inmediata y Comunicación del Riesgo (GGRRI) en momentos diferentes al COE-ESP activado o al jefe de la Sección de Operaciones en caso de activación del COE-ESP. Este profesional es designado por el coordinador del GGRRI o por el jefe de la Sección de Operaciones.

Matriz de seguimiento a alertas, brotes y situaciones de emergencia: instrumento que permite identificar y ponderar los eventos de interés en salud pública y estimar el nivel de respuesta que se requiere.

Matriz general de registro de brotes, alertas y situaciones de emergencia: instrumento que tiene el fin de organizar y consolidar toda la información y los datos que se reciben diariamente, de parte de los referentes de evento del INS, entidades territoriales, Centro nacional de enlace, medios de comunicación, entre otros.

Medidas Sanitarias: conjunto de medidas de salud pública y demás precauciones sanitarias aplicadas por la autoridad sanitaria, para prevenir, mitigar, controlar o eliminar la propagación de un evento que afecte o pueda afectar la salud de la población (11).

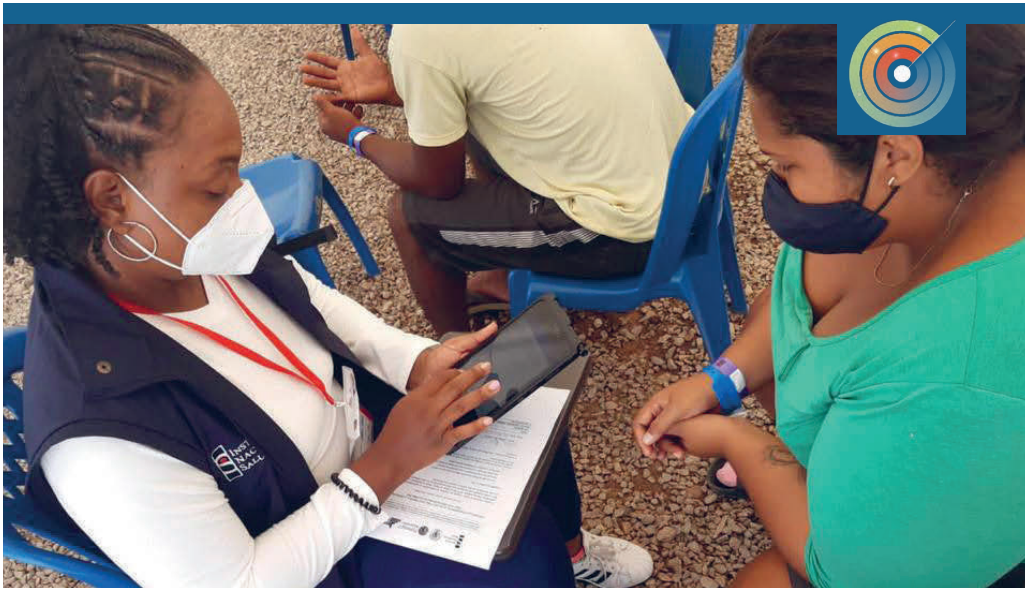
Mitigación del riesgo: medidas de intervención prescriptiva o correctiva dirigidas a reducir o disminuir los daños y pérdidas que se puedan presentar a través de reglamentos de seguridad

y proyectos de inversión pública o privada cuyo objetivo es reducir las condiciones de amenaza, cuando sea posible, y la vulnerabilidad existente (3).

Modificación/tratamiento del riesgo: proceso para modificar el riesgo, este proceso puede implicar: evitar el riesgo, retirar la fuente del riesgo, cambiar la probabilidad, cambiar las consecuencias, compartir el riesgo o retener el riesgo; la modificación del riesgo puede crear riesgos nuevos o modificar los existentes (4).

Monitoreo: proceso de verificación, supervisión, observación crítica o determinación continua del estado con el fin de identificar cambios con respecto al nivel de desempeño exigido o esperado. Debe ser una parte planificada del proceso para la gestión del riesgo e incluir verificación o vigilancia regulares (4).

Nivel nacional: término genérico que corresponde a la cualidad más macro que existe en una división política-administrativa, que representa el país, estado o nación en su conjunto.



Nivel subnacional: término genérico para designar las divisiones territoriales que poseen los Estados o países en cualquier nivel (ejemplo regiones, departamentos, municipios), habitualmente, con carácter político-administrativo.

Nivel local: término genérico que corresponde a una división o ubicación micro de un país, estado o nación.

Notificación inmediata: corresponde a la notificación de eventos que deben ser reportados en las primeras 24 horas de su aparición debido a su comportamiento epidemiológico, gravedad e impacto sobre la salud pública, requieren que se informe inmediatamente al nivel siguiente dentro de la escala de notificación.

Percepción del riesgo: es un producto socio cultural en donde la gente responde únicamente ante los riesgos que percibe, lo que lo lleva a una estimación de estos. Teniendo en cuenta lo anterior, es importante aclarar que la percepción del riesgo es diferente entre científicos y la población en general.

Población especial: población que, por sus características sociales y dinámicas demográficas, como hacinamiento, población privada de la libertad, población confinada, población migrante, población perteneciente a grupos étnicos, tienen condiciones inherentes de riesgo para el desarrollo de eventos de interés en salud pública y cambios en la morbilidad y mortalidad.

Plan de acción del ERI: documento que define los objetivos y líneas operativas de los equipos de respuesta inmediata.

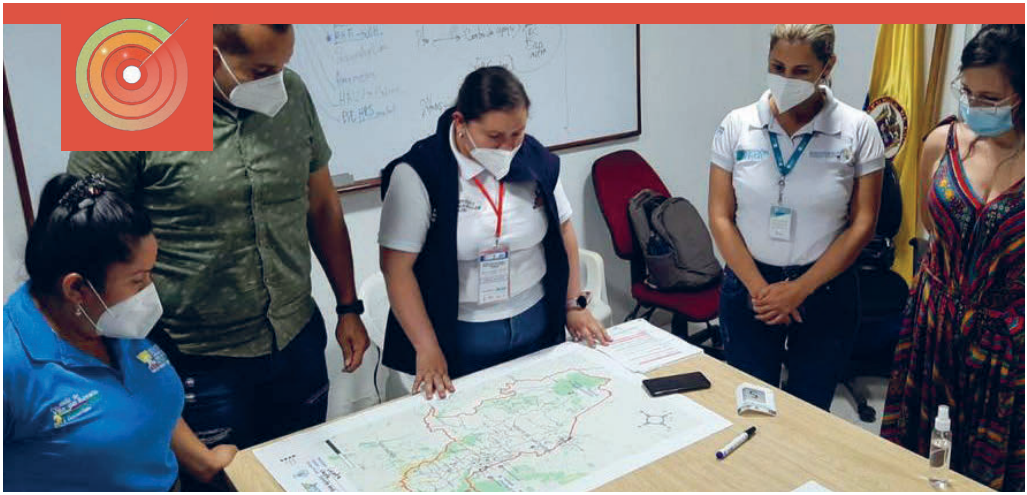
Plan de Acción de Incidente - PADI: documento que define los objetivos, las líneas operativas y plan de trabajo, para dar respuesta a una situación de emergencia en salud pública.

Prevención de riesgo: medidas y acciones de intervención restrictiva o prospectiva dispuestas con anticipación con el fin de evitar que se genere riesgo. Puede enfocarse a evitar o neutralizar la amenaza o la exposición y la vulnerabilidad ante la misma en forma definitiva para impedir que se genere nuevo riesgo. Los instrumentos esenciales de la prevención son aquellos previstos en la planificación, la inversión pública y el ordenamiento ambiental territorial, que tienen como objetivo reglamentar el uso y la ocupación del suelo de forma segura y sostenible.

Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: guía técnica y operativa que estandariza los criterios, procedimientos y actividades que permiten sistematizar las actividades de vigilancia de los eventos de interés en salud pública.

Red de Vigilancia en Salud Pública: conjunto de personas, organizaciones e instituciones integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), así como otras organizaciones de interés distintas del sector, cuyas actividades influyen directa o indirectamente en la salud de la población, que de manera sistemática y lógica se articulan y coordinan para hacer posible el intercambio real y material de información útil para el conocimiento, análisis y abordaje de los problemas de salud, así como el intercambio de experiencias, metodologías y recursos, relacionados con las acciones de vigilancia en salud pública.

Referentes técnicos de evento o especialistas: profesional designado para vigilar el comportamiento epidemiológico de un evento de interés en salud pública, identificar comportamientos inusuales y en conjunto con el gestor del SAT, emitir alertas cuando sea requerido en el proceso de valoración.



Riesgo: efecto de la incertidumbre sobre el logro de los objetivos; con frecuencia el riesgo se expresa en términos de una combinación de las consecuencias de un evento y en la probabilidad de que suceda. Probabilidad de que se produzca un evento que puede afectar adversamente a la salud de las poblaciones humanas, considerando en particular la posibilidad de que se propague internacionalmente o pueda suponer un peligro grave y directo (4).

Riesgo ambiental: está relacionado con los daños que puedan producirse por factores del entorno/ambiente, ya sean propios de la naturaleza o provocados por el ser humano. La actividad productiva, económica y la ubicación geográfica, son asuntos que pueden dejar a una persona o a un grupo de personas en una situación de riesgo ambiental (7).

Riesgo residual: riesgo remanente después del tratamiento del riesgo (4)

Rumores: opiniones espontáneas y no confirmadas originadas en la comunidad y divulgadas por sus líderes o a través de los medios de comunicación de masas (5).

Sala de Análisis de Riesgos en Salud Pública - SAR: espacio físico o virtual de análisis de la información disponible y de establecimiento de recomendaciones para la modificación del riesgo, en otros escenarios puede denominarse sala de crisis o sala situacional. Las SAR pueden mantenerse activas cuando una situación requiere seguimiento y más de un momento de valoración.

Señal: situación que puede indicar o predecir una alerta en salud pública.

Sistema de Alerta Temprana: conjunto de capacidades necesarias para generar y difundir información de alerta oportuna y significativa para que los individuos, las comunidades y organizaciones amenazadas por un peligro puedan prepararse y actuar adecuadamente y con tiempo suficiente para reducir la posibilidad de daño o pérdida (2).

Sistema Manejo Incidente: estructura de organización formal y temporal que se activa para respaldar una respuesta, se ajusta para responder rápidamente y se desactiva cuando la emergencia se disuelve. Un SMI describe las funciones y responsabilidades específicas de los respondedores durante un evento, proporcionando un marco común. En IMS, a cada persona se le asigna un rol específico y sigue una estructura de mando establecida. El nivel de complejidad de un incidente dicta qué roles se activan (8).

Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres: conjunto de entidades públicas, privadas y comunitarias, de políticas, normas, procesos, recursos, planes, estrategias, instrumentos, mecanismos, así como la información atinente a la temática, que se aplica de manera organizada para garantizar la gestión del riesgo en el país (3)

Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública: conjunto de usuarios, normas, procedimientos, recursos técnicos,

financieros y de talento humano, organizados entre sí para la recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre eventos en salud, para la orientación de las acciones de prevención y control en salud pública (9).

Tomador de decisiones: persona(s) encargada, de definir las acciones a realizar en una situación de emergencia, de acuerdo con el análisis y clasificación realizada. Para el Instituto Nacional de Salud las personas a cargo serán siempre el director(a) general y los directores técnicos. Dependiendo de la magnitud de la emergencia existirán tomadores de decisiones externos al INS en el Ministerio de Salud y la Protección Social o en la Presidencia de la República.

Valoración del riesgo: proceso global que incluye: identificación del riesgo, el análisis del riesgo y evaluación del riesgo (4).

Vigilancia basada en otras fuentes o eventos: proceso que permite la recopilación, seguimiento, análisis y la interpretación de información de fuentes no estructuradas sobre eventos o riesgos relacionados con la salud, que pueden plantear un riesgo inmediato para la salud pública. La vigilancia basada en otras fuentes es un componente funcional del sistema de alerta temprana y respuesta. Se contempla seguimientos a medios de comunicación, páginas sociales, rumores, entre otros (GGRRI, INS).

Vigilancia y control sanitario: función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de inspección, vigilancia y control del cumplimiento de normas y procesos para asegurar una adecuada situación sanitaria y de seguridad de todas las actividades que tienen relación con la salud humana (11).

Vigilancia basada en indicadores: recopilación, seguimiento, análisis e interpretación sistemáticos (periódicos) de datos

estructurados; es decir, de indicadores provenientes de algunas fuentes autorizadas bien identificadas y en su mayoría relacionadas con la salud (OMS/OPS).

Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad - VEBC: estrategia para la participación comunitaria en salud, que articula los diferentes actores sociales a las acciones de la vigilancia epidemiológica y de salud pública que promueven el auto cuidado de la salud individual y colectiva. La comunidad es quien identifica los riesgos y las alternativas de solución, convirtiéndose en actores sociales activos de su propia transformación y mantenimiento de la salud.

Vigilancia epidemiológica innovadora - VEI: desarrollos en el aprovechamiento de nuevas tecnologías informáticas y la interconectividad a través de las redes sociales y dispositivos móviles, para la identificación y predicción del comportamiento sindrómico de algunas enfermedades como gripa y dengue, p. ej. Google flu trends, Google dengue trends; y aplicaciones para dispositivos móviles como Sickweather.

Vulnerabilidad: susceptibilidad o fragilidad física, económica, social, ambiental o institucional que tienen una comunidad de ser afectada o de sufrir efectos adversos en caso de que un evento físico peligroso se presente. Corresponde a la predisposición a sufrir pérdidas o daños de los seres humanos y sus medios de subsistencia, así como de sus sistemas físicos, sociales, económicos y de apoyo que pueden ser afectados por eventos físicos peligrosos (Ley 1523 de 2012).

V. Abreviaturas

CNE	Centro Nacional de Enlace.
CDC	Centros para la prevención y control de enfermedades.
COE-ESP	Centro de Operaciones de Emergencia, Eventos, Brotes y Epidemias en Salud Pública.
ECDC	Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades.
EISP	Eventos de Interés en Salud Publica.

ERI	Equipo de Respuesta Inmediata.
ET	Entidad Territorial
FETP	Programa de epidemiología de campo (por sus siglas en ingles).
GGRRI	Grupo Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata.
ICA	Instituto Colombiano Agropecuario.
IDEAM	Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales.
INS	Instituto Nacional de Salud.
LNR	Laboratorio Nacional de Referencia.
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
SAR	Sala de Análisis del Riesgo.
SAT	Sistema de Alerta Temprana.
PPL	Persona privada de libertad.

Referencias

1. Prieto, F. Alarcón, A. Díaz, J. Abecé para la Gestión del Riesgo Colectivo en Brotes, Epidemias y Eventos de Interés en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud. Febrero de 2022.

2. Organización Mundial de la salud. Reglamento Sanitario Internacional. Ginebra. (2005).

3. Ley 1523 de 2012 - Gestor Normativo - Función Pública.

4. Norma Técnica Colombiana ISO 31000. 2018.

5. Organización Panamericana de la Salud. Módulos de principios de epidemiologia para el control de enfermedades. 2002.

6. Páginas Centro Nacional de Enlace Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/CNE/Paginas/centro-nacional-enlace-home.aspx.

7. Gómez- Rivadeneira, Alexander. Marco conceptual y legal de la gestión del riesgo en salud en Colombia. Monitor estratégico. Superintendencia Nacional de Salud. Número 5. 2014.

8. CDC Emergency Operations Center: How an EOC Works. Disponible en: https://www.cdc.gov/cpr/eoc/how-eoc-works.htm.

9. Decreto Único Reglamentario 780. 2016.

10. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de potenciales emergencias de salud pública de importancia internacional (ESPII) bajo el nuevo Reglamento Sanitario Internacional (2005).

11. Decreto 3518 de 2016

REDMI NOTE 8
AI QUAD CAMERA

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

CAJA DE HERRAMIENTAS

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

ABECÉ

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

Instituto Nacional de Salud. INS

Elaborado por:

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

Ángela Patricia Alarcón Cruz - Jorge Luis Díaz Moreno
Grupo Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata
Subdirección de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata

Elaborado por:

Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Ángela Patricia Alarcón Cruz
Jorge Luis Díaz Moreno

© Febrero de 2022
Instituto Nacional de Salud
Bogotá, Colombia
Av. Calle 26 No. 51-20

Guiovanni Rubiano García
Director General INS

Martha Lucía Ospina Martínez
Directora General 2016-2022

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

"Este documento se realizó con aportes financieros de la Organización Panamericana de la Salud, representación Colombia"

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

ABECÉ

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

1. Introducción

Epidemias recientes como el síndrome respiratorio agudo (SARS, por sus siglas en inglés) de 2003, la neumonía por influenza A(H1N1) en 2009, el síndrome respiratorio por coronavirus de Oriente medio (MERS-CoV, por sus siglas en inglés) entre 2012 y 2015, ébola en 2014 y la emergencia sanitaria internacional por la enfermedad por el nuevo coronavirus (COVID-19, por sus siglas en inglés) en el 2020-2021, han impactado el bienestar de las comunidades, probando los sistemas de salud y la economía en todas sus escalas.

En materia de normativa internacional y vinculante entre países, el Reglamento Sanitario Internacional define las capacidades básicas locales que se deben instalar para identificar y mitigar de manera oportuna eventos agudos que puedan tener repercusión en materia de salud pública y prevenir la propagación internacional de estas, minimizando el impacto social y económico (1); asimismo la agenda de seguridad sanitaria mundial propone un fortalecimiento de los países en cuanto a sus capacidades en la prevención, detección y respuesta efectiva ante las enfermedades infecciosas que puedan afectar la salud global (2).

La respuesta a estas situaciones requiere de dos elementos clave. El primero, el uso del método epidemiológico para la comprensión, la interpretación y el análisis de las situaciones de salud y enfermedad, en el marco de la vigilancia en salud pública. El segundo, la gestión del riesgo colectivo mediante la organización de fases o etapas para el abordaje de riesgos que permita una mayor efectividad en la anticipación o control de un incidente o situación de riesgo con capacidad de afectación colectiva. Instituciones tales como OMS, OPS, CDC y ECDC instan al desarrollo de capacidades básicas para

la gestión del riesgo, la administración de recursos y la coordinación de la respuesta a incidentes. Esta concurrencia entre el método epidemiológico y la gestión del riesgo en salud es la torre de control de la vigilancia en situaciones de emergencia y facilita la coordinación para la respuesta.

El abordaje de alertas, brotes o epidemias a través de la gestión del riesgo colectivo debe ser una prioridad de desarrollo para las autoridades nacionales y regionales en salud pública. Este abordaje reúne elementos que interactúan permanentemente: la preparación, la integración de la información, la identificación, la valoración, la respuesta, la comunicación del riesgo y la evaluación. Esta gestión avanza de acuerdo con las capacidades de cada institución, el trabajo colaborativo entre sectores y del contexto específico en el territorio.

Dos territorios pueden presentar el mismo evento de interés en salud pública, pero la respuesta será diferente, por sus características propias y sus capacidades básicas, por ejemplo, el dengue es un reto por su presentación heterogénea en los territorios, pero también por la capacidad previa del territorio para controlarlo. Otro ejemplo es el control de los eventos que emergen luego de inundaciones, dado que los despliegues en los territorios son diferentes. La gestión del riesgo está caracterizada por ser un proceso moldeable y aplicable al contexto territorial.

Al conocer sus vulnerabilidades, cada entidad territorial debe prepararse para fortalecer las actividades que previenen los riesgos mediante la reducción de dichas vulnerabilidades, lo cual se logra como producto de una profunda auto evaluación y reconocimiento del entorno. La reducción de la vulnerabilidad es lograda manteniendo o mejorando las capacidades básicas que permiten prepararse, identificar, analizar, evaluar y responder al riesgo.

Este manual permite integrar los conceptos de la gestión del riesgo a los eventos de interés en salud pública, brotes y epidemias o emergencias que pueden presentarse a nivel subnacional o nacional y debe articularse con los procesos territoriales de prevención y gestión del riesgo de emergencias y desastres. Una epidemia puede constituirse como un desastre al sobrepasar la capacidad de respuesta en salud del territorio y requiere de una acción integrada de otros sectores para lograr su mitigación.

Adicionalmente, es un documento introductorio de una serie dirigida a los grupos responsables de la gestión y la respuesta inmediata a brotes y epidemias en los niveles subnacionales o nacionales y es una guía sobre las actividades a desarrollar para la implementación del proceso.

2. Objeto

Identificar las generalidades de la gestión del riesgo colectivo para la preparación, coordinación y desarrollo de capacidades básicas territoriales en el abordaje integral de riesgos relacionados con brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública.

3. Alcance

Este documento está dirigido a los niveles subnacionales o nacionales encargados de la vigilancia en salud pública, para el reconocimiento de los elementos de la ges-

tión del riesgo colectivo en respuesta a brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública.

4. Generalidades del Sistema Nacional de Gestión de Riesgos para Desastres e integración del Sector Salud en respuesta a desastres y emergencias de origen biológico

El Sistema Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres integra el abordaje a riesgos sanitarios complejos, que puedan ser objeto de declaración de calamidad pública o emergencia sanitaria. A través de su estructura permite la articulación intersectorial, la gestión de recursos de emergencia y la toma de decisiones basados en la valoración de riesgos (3).

En Colombia, el direccionamiento a nivel nacional está a cargo de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres y que, en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, aborda desde el nivel nacional la respuesta a emergencias complejas relacionadas con los eventos de interés en salud pública (4).

El Sistema para la Gestión de Riesgo de Desastres tiene diferentes niveles de activación y respuesta, nacional, departamental o local. Ese nivel de activación dependerá de las características del riesgo y del incidente, la capacidad del sistema de salud, la necesidad de articulación con otros sectores y la gestión de recursos, entre otros.

Recuerda:

En Colombia, la activación de los Consejos departamentales, distritales o municipales para la Gestión del Riesgo es el máximo nivel de respuesta territorial para el abordaje de una emergencia sanitaria en un modelo de gestión de riesgo en salud pública.

El Sistema tiene una estructura que asigna responsabilidades de gestión del riesgo a los niveles departamental y municipal. El riesgo será gestionado por área, nivel e instancia pertinente, dependiendo de sus características y según el siguiente organigrama (5):

Figura 1. Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres

Fuente: UNGRD, 2018 (5).

Recuerda:

De acuerdo con el nivel de riesgo y respuesta determinado en las salas de análisis del riesgo o salas situacionales, un riesgo o incidente puede suponer una alteración funcional inminente en el territorio subnacional (municipio, provincia, región o departamento).

La participación de los niveles estratégicos responsables de la respuesta es imprescindible en la valoración del riesgo, pues podrían considerar la activación de un escenario mayor, tal como ocurre en Colombia con el Sistema Territorial de Gestión del Riesgo a través de los Consejos municipales, distritales o departamentales.

5. Gestión del riesgo colectivo de brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública

El riesgo es el efecto que causa la incertidumbre originada por los factores internos y externos de una situación sobre el cumplimiento o no de sus objetivos (6). En la salud pública, esos factores internos se consideran vulnerabilidades de la población o del sistema de salud en todo su campo, y los factores externos a las amenazas a las que se enfrentan. Es así como el riesgo es la probabilidad de ocurrencia de la enfermedad, la probabilidad de que los factores causales interactúen entre sí, en un momento específico y en proporciones adecuadas; la gestión del riesgo en salud pública es el proceso de identificar las vulnerabilidades de una población frente a una amenaza, analizar

el impacto y las consecuencias sobre esta, determinar la probabilidad de que ocurra y crear los mecanismos para evitarlo, pero de no lograrse, se debe gestionar el aumento de la oportunidad de control con la respectiva reducción de la morbimortalidad (7).

El desarrollo de capacidades para la gestión del riesgo y el manejo de incidentes es indispensable para el abordaje de eventos de interés en salud pública, brotes o epidemias, que incluye su posible presentación posterior a un desastre.

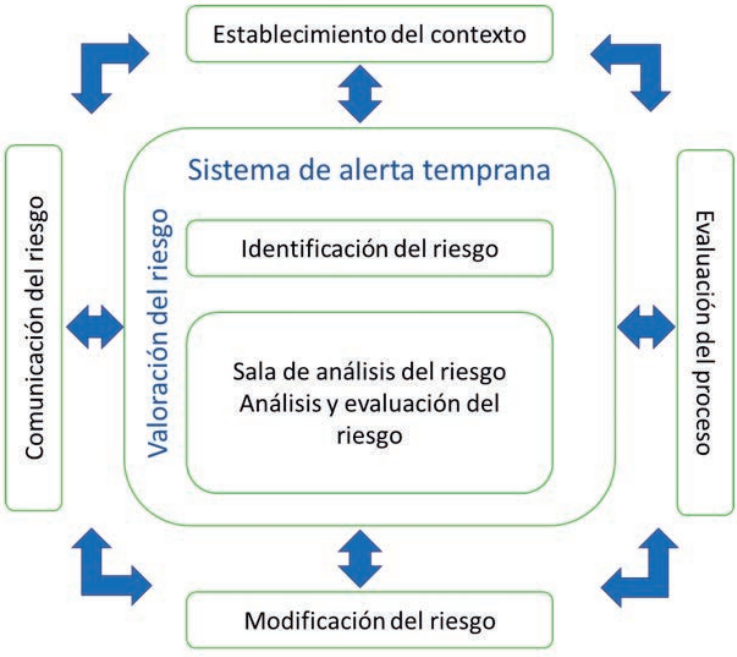
Entre las capacidades promovidas por el Reglamento Sanitario Internacional —RSI—, están los sistemas de alertas temprana, los mecanismos de valoración del riesgo, la administración de recursos para la óptima respuesta a incidentes, las estructuras de manejo de incidente, la comunicación del riesgo, entre otras (1).

¿Cómo organizar la gestión del riesgo de manera secuencial y lógica para brotes y epidemias?

La gestión del riesgo está organizada de acuerdo con algunos de los parámetros establecidos en la norma ISO 31000 y la organización secuencial de los componentes promovidos por el Reglamento Sanitario Internacional (6).

Esta secuencia incluye: el establecimiento del contexto, la identificación, el análisis, la valoración y la modificación del riesgo; la comunicación del riesgo y la evaluación del proceso y del resultado ocurren transversalmente (ver Figura 2).

Figura 2. Gestión del riesgo de brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública



Fuente: INS, adaptado de NTC ISO 31000 (6).

La gestión del riesgo inicia con el auto reconocimiento y ubicación de la institución responsable de la salud pública en el sistema de salud, identificando las responsabilidades determinadas por la normatividad, la implementación o el mejoramiento de los procesos establecidos de preparación, vigilancia y respuesta en su sistema de gestión de calidad, las alianzas o socios estratégicos para la respuesta, entre otros. El reconocimiento del contexto permite inicialmente un diagnóstico institucional y la observación de oportunidades de mejora. Al mismo tiempo, la institución identifica las vulnerabilidades y amenazas para tener un evento de

interés en salud pública tanto en su territorio como en los departamentos o países vecinos.

Las siguientes fases están integradas en el componente Sistema de alerta temprana: la identificación, el análisis y la valoración del riesgo. En la fase de identificación están los mecanismos de captura de información, que incluye a los rumores y señales, como columna de la detección y respuesta oportunas.

Una sala de análisis del riesgo-SAR o también denominada en otros escenarios sala situacional o sala de crisis, reúne la mejor información disponible para establecer el contexto de la situación particular y realizar el análisis de riesgo, identificando la amenaza y la vulnerabilidad y sus potenciales escenarios de riesgo. La SAR realiza el análisis del riesgo mediante el uso de metodologías objetivas de ponderación del riesgo. El nivel del riesgo determinado es un insumo necesario y suficiente para la toma de decisiones.

La toma de decisiones para el control o anticipación de un riesgo es uno de los momentos de mayor estrés, pues define la intensidad, la magnitud y las características de la respuesta, que tiene repercusiones en la salud de la población objeto de análisis.

La respuesta recomendada en la SAR debe ser proporcional al riesgo. Esta respuesta cambia de acuerdo con el resultado de la valoración permanente de la situación. Las respuestas varían en el rango del acompañamiento al primer respondiente (a distancia o presencial), el despliegue de equipos de respuesta inmediata o la implementación de un sistema de manejo de incidente.

Recuerda:

Los sistemas de calidad y de gestión de recursos institucionales deben ir en paralelo a las necesidades de la gestión del riesgo en salud pública. Una valoración de una situación y el despliegue de un ERI no puede estar retrasado por una inadecuada gestión de recursos.

El sistema de manejo de incidentes organiza la respuesta mediante el planteamiento de objetivos de respuesta, la integración de áreas, las estructuras de mando y control de información y recursos, promoviendo que la institución modifique su acción habitual para responder a la situación (8).

> El Centro de Operaciones de Emergencia en Salud Pública es la ubicación física donde se realiza la gestión de riesgos y son implementadas las estructuras de sistema de manejo de incidentes para la coordinación de actividades, información y administración de recursos para la gestión de incidentes complejos (8).

En Colombia, el INS con el apoyo de los CDC, ha implementado estructuras de sistemas de manejo de incidentes en su Centro de Operaciones de Emergencia, Eventos, Brotes y Epidemias en Salud Pública —COESP—, en situaciones tales como:

1. Avalancha del río Mocoa (2017).

2. Visita del papa Francisco a 5 ciudades (2017).
3. Brotes de sarampión (2018-2019).
4. Misión Regreso a Casa (2020).
5. Emergencia por COVID-19 (2020-2021).
6. Huracán Iota sobre las islas de Providencia y Santa Catalina (2020-2021).

Recuerda:

Para el desarrollo de las capacidades en gestión del riesgo en salud pública en los niveles subnacionales es fundamental la elaboración de documentos de acuerdo con los sistemas de gestión de la calidad. La institución debe desarrollar procedimientos operativos estándar, instructivos, formatos y evaluar su implementación.

6. Modelo de gestión del riesgo aplicado a la gestión de alertas y brotes en salud pública

El riesgo se configura a partir de la interacción de amenazas (externas) y vulnerabilidades (internas), esta interacción puede interferir en el bienestar en salud de la población. Por ejemplo, un evento de afluencia masiva de personas como la visita del papa Francisco en 2017 a Colom-

bia, reunió ciertas características que podemos clasificar como "amenazas", tales como el ingreso de extranjeros de diferentes países que en su momento habían declarado circulación activa de enfermedades en eliminación como el sarampión, grandes aforos de personas en espacios cerrados, ventas ambulantes de alimentos en escenarios, entre otros. Estas amenazas, sumadas con algunas vulnerabilidades que se pueden tener como nivel subnacional, como baja capacidad de respuesta, coberturas no útiles de vacunación o no contar con personal contratado; aumentan el riesgo de presentación de enfermedades agudas y su control.

La gestión del riesgo disminuye las brechas internas y mejora la resiliencia institucional. Los componentes de la gestión del riesgo adaptados al modelo son:

- **Establecimiento del contexto,** el establecimiento identifica sus amenazas y vulnerabilidades y estima los objetivos y metodologías para implementar el proceso en la organización.

- **Valoración del riesgo**, compuesto por la identificación, el análisis y la valoración del riesgo. Este componente fue adaptado para la GR de emergencias como el SAT dado que tiene las fases de identificación, análisis y valoración del riesgo.

- **Modificación del riesgo**, que es el componente para la respuesta. Su proceso más conocido es el despliegue de ERI, pero puede llegar a la implementación de estructuras de sistemas de manejo de incidente.

- La **comunicación del riesgo** y la **evaluación del proceso** son componentes transversales.

6.1 Establecimiento del contexto

La institución o nivel subnacional debe reconocer su contexto e identificar las amenazas y vulnerabilidades en su división geopolítica, financiera, tecnológica y de comunicaciones, de acceso a zonas de difícil acceso, así como las poblaciones especiales o vulnerables que deba contemplar para hacer intervenciones diferenciales (indígenas, afro, rom, población privada de la libertad, entre otras).

El establecimiento del contexto debe permitir a la organización de manera general las siguientes actividades (6):

- Definición de objetivos enmarcados en la gestión del riesgo en salud pública.

- Establecimiento de responsabilidades en el proceso, el alcance y productos del proceso.

- Definición de las metodologías para valorar el riesgo y la especificación de las decisiones que se toman a partir de este ejercicio.

- Identificación de los recursos.

- Definición de mecanismos de evaluación del proceso.

Recuerda:

Una entidad territorial incluye en su diagnóstico:

1. Una línea de base de los eventos de interés en salud pública de su territorio, con análisis por grupos de edad y poblaciones especiales. La fuente principal de esta información es el Sistema Nacional de Vigilancia.

2. El reconocimiento de las responsabilidades y las competencias asignadas para la vigilancia en salud pública y la respuesta a brotes y epidemias, así como el cumplimiento de su adopción en normas territoriales, en los planes operativos anuales, en el sistema de gestión de calidad (su documentación), entre otros.

3. Una autoevaluación de las capacidades básicas de acuerdo con el RSI.

4. La ubicación del personal entrenado en epidemiología de campo.

6.2 Preparación de los niveles

La **preparación** es todo aquello que se dispone y organiza previo a una amenaza o un incidente, para anticipar lo requerido, lo cual facilitaría una adecuada respuesta ante la identificación de amenazas que requieran un amplio despliegue.

La institución debe reconocer sus responsabilidades, competencias, funciones y alcance en la respuesta a brotes, epidemias o eventos de interés en salud pública para que oportunamente realice la adecuación o actualización normativa y la gestión de calidad correspondiente. A la vez, debe realizar

un autodiagnóstico de las capacidades básicas establecidas en el RSI y los recursos asignados (talento humano, logística, insumos) para la respuesta a brotes y epidemias (Figura 3) (1).

Figura 3. Capacidades básicas mínimas para la respuesta a emergencias en salud pública

Fuente: RSI 2005.

Recuerda:

Las simulaciones, las revisiones de casos o los simulacros, entre otros ejercicios, son actividades que evalúan la capacidad de respuesta de la entidad territorial, identificar actores o partes interesadas y ajustar procedimientos y establecer necesidades. Al llevar la teoría a la práctica, se identifican fortalezas o debilidades en los procesos.

Los procesos de evaluación de las situaciones en que se respondió a brotes y epidemias son un insumo vital para determinar las oportunidades de mejora y el fortalecimiento de capacidades.

El esquema PREPARO (Figura 4) resume los puntos clave para la preparación de los niveles subnacionales y hace referencia no solamente a las actividades de entrenamiento de los equipos de respuesta inmediata que atienden brotes, si no, a la preparación logística, de insumos, trámites administrativos, ejecución de recursos, entre otros, que le permitan un rápido despliegue a la institución en caso de situaciones de emergencia (9).

Figura 4. Elementos de la preparación —"PREPARO"—

Fuente: adaptado de F. Sarmiento, S. Castelblanco, 2015.

Las actividades en PREPARO y sus áreas responsables están conectadas, por lo cual, la ausencia de una afectará otros aspectos de la preparación, así como fortalecer una, lo hará simultáneamente en otra, mejorando las capacidades de gestión del riesgo colectivo.

6.3 Valoración del riesgo y Sistema de Alerta Temprana —SAT—

Un SAT debe permitir la detección y control de eventos agudos de cualquier origen. El mecanismo de alerta temprana y respuesta propone un aumento en la sensibilidad para la detección de señales, la calidad de la evaluación de riesgos traducidos en alertas y la oportunidad y eficacia de la respuesta a los riesgos para la salud pública agudos (10). Es así como en la etapa de la valoración de riesgo se incorpora:

1. La identificación del riesgo.
2. El análisis y la evaluación del riesgo.

Figura 5. Operación del Sistema de Alerta Temprana

Fuente: GRRI, INS, 2018.

6.3.1 Identificación del riesgo

La identificación del riesgo es la primera fase del Sistema de Alerta Temprana. La identificación incluye la detección, el reconocimiento y la descripción del riesgo utilizando diferentes fuentes de información.

Esta fase integra diversas fuentes de información, tantas como la entidad territorial pueda gestionar. Entre las fuentes de información están aquellas desarrolladas en el marco de **la vigilancia basada en indicadores**, tal como el sistema de vigilancia rutinaria (en el caso de Colombia, Sivigila) y aquella basada en **otras fuentes de información** sanitarias y no sanitarias, tal como el monitoreo de medios de comunicación. Dicha integración requiere de un operador, denominado gestor del SAT, así como el registro y la gestión para la verificación de la información, de manera rápida, veraz y suficiente (10).

Utilizando como ejemplo la vigilancia rutinaria, un país establece los eventos de interés en salud pública que son de notificación obligatoria; en un grupo están las enfermedades de alto poder epidémico, en otro, las endémicas con riesgo de epidemias y algunos, son eventos de salud que podrían tener incrementos inusuales. Los casos notificados durante un periodo específico pueden ser evaluados para determinar si estadísticamente tienen un comportamiento inusual que genere una alerta.

Este mismo proceso se realiza mediante el análisis de dichos eventos en algunas poblaciones. Por ejemplo, el comportamiento inusual de casos en niños menores de 5 años, la presentación de casos en población privada de la libertad o en fuerzas militares, el aumento de casos de una

enfermedad bajo vigilancia, en grupos étnicos, como indígenas o afrodescendientes.

La información puede ser analizada de acuerdo con el nivel territorial (municipio, provincia, departamento, nación). Estos análisis pueden estar disponibles en boletines epidemiológicos, informes de eventos de interés en salud pública, en tableros de control, entre otros.

La vigilancia de otras fuentes de información requiere del seguimiento de medios, rumores, redes sociales, fuentes de otros sectores, de una manera sistemática y permanente; para esto, pueden ser utilizadas herramientas para búsquedas masivas e identificación de señales de riesgo. Los medios de comunicación suelen ser más rápidos en la identificación de señales de riesgo, que por su amplificación social requieren de una verificación y gestión prioritaria(10).

Es imprescindible un(os) operador(es) o gestor(es) para el funcionamiento del Sistema de Alerta Temprana, que asegura la operación 24 horas x 7 días (24/7). El gestor recibe la información de señales por reporte de un especialista o referente, por detección de una noticia o rumor en el monitoreo de medios y redes sociales, por el análisis directo de un histórico de casos, por la comunicación directa de una institución de salud o de un nivel diferente (hospital, municipio, departamento o nación).

El gestor es el encargado del registro y la documentación, la solicitud de información complementaria, el análisis inicial de la información disponible, la comunicación de la situación, de servir de punto de enlace con otros niveles del RSI y otras áreas locales y estimar el nivel de riesgo inicial de la situación.

Recuerda:

Algunas de las situaciones que requieren de la gestión inmediata y activa por el gestor son los ESPII, las situaciones que amenacen la gobernanza o la reputación institucional o gubernamental, alta mortalidad o letalidad, alta difusión en medios de comunicación, entre otros. Se deben establecer tiempos específicos para la gestión de información a los niveles gerenciales.

Ante la identificación de señales de riesgo procedentes de las fuentes de información integradas, estas son contrastadas con la información disponible en el sistema de vigilancia, en las estadísticas vitales o directamente con las comunidades o instituciones de salud que atendieron los casos. En ocasiones hay que corroborar que el evento cumpla con los criterios de confirmación establecidos por el protocolo de vigilancia, así como recopilar la información de la historia clínica, los resultados de laboratorio, del contexto, la investigación epidemiológica de campo, las búsquedas activas (comunitarias e institucionales), la unidad de análisis, entre otros.

La identificación de una señal de riesgo, que ha sido verificada, debe generar una alerta temprana que activaría la siguiente fase (Análisis). El gestor debe producir una cápsula de información que resuma la situación detectada para su flujo en los diferentes niveles de la gestión del riesgo.

6.3.2 Análisis y valoración del riesgo (Sala de análisis del riesgo)

El análisis de riesgo es el proceso para comprender la naturaleza del riesgo y proporcionar las bases para su va-

loración y la determinación de la respuesta. Esta fase es realizada en el escenario denominado Sala de análisis del riesgo-SAR, que es un espacio presencial o virtual de análisis de la información disponible y de establecimiento de recomendaciones, en otros escenarios puede denominarse sala de crisis o sala situacional.

En la SAR se espera mayor cantidad y calidad de información a la inicialmente recolectada por el gestor SAT. En esta SAR se presenta la situación y se profundiza en el análisis e interpretación. En la SAR participan los actores clave de los diferentes sectores e instituciones para el abordaje de la situación: especialistas del evento, personal del laboratorio, especialistas en las intervenciones, personal médico especializado, entre otros.

Dicho análisis es el máximo esfuerzo para el conocimiento de la situación que incluye el uso de herramientas epidemiológicas, la visualización de los datos, la correlación de la información de la vigilancia con otras fuentes (clima, ambiente, entre otras), mesas de trabajo con pares, reuniones con otras instancias institucionales, intra e intersectoriales.

Posterior al análisis, la SAR procede a la valoración del riesgo mediante el contraste entre los datos epidemiológicos y la capacidad de respuesta. Este contraste determina un nivel de riesgo y a la vez un nivel de respuesta que debe ser proporcional a dicho riesgo establecido.

La valoración del riesgo, para cumplir con la objetividad del proceso, tiene en cuenta variables tales como impacto poblacional, impacto al sistema de salud, competencias o capacidades territoriales, autonomía administrativa munici-

pal, disrupción social, resiliencia del sistema de vigilancia y de salud, capacidad de respuesta, foco mediático, riesgos estratégicos, riesgos operativos y riesgos reputacionales.

Esta situación específica debe ser evaluada periódicamente por la SAR, para actualizar la valoración del riesgo y adaptar de la misma manera, la respuesta.

Los eventos para presentar en una SAR son aquellas alertas que requieren de un análisis y evaluación del riesgo conjunto, como los señalados en la Tabla 1.

Tabla 1. Eventos con potencial epidémico que pueden ingresar a la Sala de Análisis de Riesgos

Establecidos por el RSI como ESPII	**Viruela, polio por poliovirus salvaje, gripe humana por un nuevo virus y síndrome respiratorio agudo severo.**
Declaradas ESPII	Por el director de la OMS
Erradicación y eliminación en la región	Sarampión, rubeola y rubeola congénita y rabia humana transmitida por perros y gatos, fiebre amarilla, cólera.
Mediático que impactan programas nacionales	Eventos de posible impacto por la difusión en medios de comunicación.
Posibles eventos de interés en salud pública posteriores a desastres y amenazas	Emergencias por amenazas naturales: terremotos, tsunamis, inundaciones, deslizamientos de tierra o avalanchas, entre otros. Emergencias por peligros antropogénicos: desplazamiento de personas, daño a líneas vitales, entre otros.

Posibles eventos de interés en salud pública posteriores a desastres y amenazas	Las situaciones mencionadas pueden generar la interrupción de servicios esenciales y producir condiciones de riesgo para la presentación de eventos de salud pública secundarios a hacinamiento, interrupción de agua, electricidad, saneamiento, entre otros.
Otros eventos con potencial epidémico	Con circulación activa en el exterior o con riesgo de ser ESPII según el anexo 2 del RSI 2005. Eventos resultantes de la exposición a materiales tóxicos o peligrosos determinados por otras instituciones como Invima, ICA y que puedan tener una alta repercusión en salud pública.

Fuente: INS, 2021

Algunas situaciones abordadas en una SAR son aquellas en las que es necesaria la articulación con otras áreas o sectores, por ejemplo, al recibir alertas sobre infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), en las que el trabajo es conjunto con las áreas de farmacovigilancia o tecnovigilancia de la agencia reguladora de medicamentos, los responsables de la inspección vigilancia y control de la prestación de servicios de salud, entre otras.

Las SAR permiten integrar otras áreas de la entidad territorial, así como organizaciones externas. Esta es la oportunidad para determinar y articular los equipos que se puedan desplegar, por ejemplo, de los Centros Reguladores de Urgencias, los programas de promoción y prevención, aseguramiento, otros sectores, la empresa privada, entre otras.

6.4 Modificación del riesgo

La modificación del riesgo es el proceso que permite dar tratamiento al riesgo, permitiendo modificar en cierta medida la probabilidad de aumento del riesgo, cambiar las consecuencias o efectos en la población. Este componente es el producto de la recomendación de la SAR como respuesta al diagnóstico y reconocimiento de la situación.

Hay cuatro niveles de riesgo, de los que se desprenden cuatro niveles de respuesta, que se pueden implementar mediante una semaforización o pirámide de riesgo. El proceso de modificación del riesgo se puede realizar de un modo variado que incluye el acompañamiento funcional de la entidad territorial al nivel local, el despliegue de equipos de respuesta inmediata, la estructuración de sistemas de manejo de incidentes, la activación de los consejos para la gestión del riesgo de desastres (ver Figura 6).

Figura 6. Ejemplo niveles de riesgo y respuesta

Fuente: Abecé para la Gestión del Riesgo Colectivo en Brotes, Epidemias y Eventos de Interés en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud.

6.4.1 Bajo riesgo – Acompañamiento por grupo funcional de la entidad territorial

Se establece este nivel cuando se identifica una situación que amerita monitoreo permanente por un referente o grupo funcional. Se realiza acompañamiento remoto por la institución del nivel superior, de ser necesario y de acuerdo con la situación, se puede plantear el desplazamiento de los expertos temáticos para la orientación (asistencia técnica) de la situación.

6.4.2 Riesgo intermedio - SAR permanente y despliegue de equipos de respuesta inmediata - ERI:

Ante las características de la situación y la capacidad limitada de respuesta local, se debe activar una SAR permanente y desplegar un ERI.

Las instituciones de salud pública deben listar los profesionales y técnicos que conformarían equipos de respuesta inmediata —ERI— y tener un procedimiento de alistamiento o disponibilidad de acuerdo con su sistema de gestión de calidad, que los establezca como primeros respondientes ante un evento de interés en salud pública.

Los ERI formulan **un plan de acción que describe las actividades a desarrollar, los flujos de comunicación y la generación de información**. Los ERI implementan las actividades de control de brote o situación de emergencia de acuerdo con lo establecido en los protocolos, lineamientos y recomendaciones de la SAR.

Los laboratorios de salud pública asesoran a los ERI para orientar sobre los tipos de muestras a recolectar, sus condiciones de almacenamiento y envío, y en caso de ser necesario su remisión para el procesamiento en los laboratorios nacionales o regionales de esencia.

Los ERI deben generar Informes de Reporte de Situación (Sitrep, por su abreviatura en inglés) de acuerdo con las necesidades de información o periodicidad establecida. Los Sitrep son la herramienta que consolida los hallazgos de la investigación epidemiológica de campo y debe tener la información relevante para los niveles administrativos superiores y tomadores de decisión.

6.4.3 Riesgo alto - Activación de una estructura de sistema de manejo de incidente

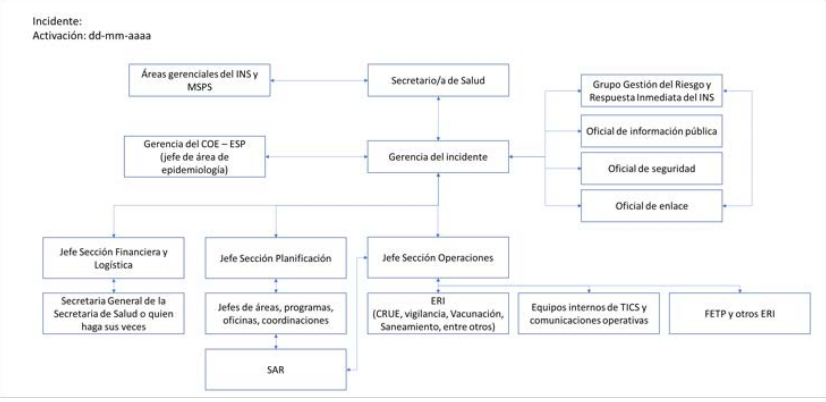
Cuando la articulación de varias áreas de la institución para la respuesta es requerida, se debe considerar la implementación de un sistema de manejo de incidente — SMI— en el que concurran las áreas misionales, de apoyo y estratégicas necesarias, con el objetivo de administrar los recursos y en general de la respuesta.

El SMI facilita la organización y cooperación entre las áreas, el manejo de la información, comunicación externa, manejo de recursos y permite dar soporte más amplio a los equipos de respuesta inmediata. Consiste en funciones básicas que pueden y deben utilizarse de manera flexible dependiendo de la naturaleza de la amenaza y del contexto en el que se produce la emergencia.

Este marco incluye mínimo cinco funciones esenciales: 1. Gestión; 2. Operaciones, 3. Planificación, 4. Logística y 5.

Finanzas y administración. Estas funciones son adaptadas a los diferentes incidentes, organismos y jurisdicciones, como se puede observar en la figura siguiente (Figura 7) (11).

Figura 7. Estructura Manejo de Incidente para respuesta a emergencias complejas



Fuente: INS,2018

6.4.4 Riesgo muy alto - Recomendación de activación de los sistemas territoriales para la respuesta a desastres o emergencias

De acuerdo con el nivel de riesgo y respuesta, el seguimiento de la SAR, las consideraciones de los niveles gerenciales participantes, si la situación objeto de respuesta e intervención tiene una alta capacidad de disrupción económica, social y funcional, y de acuerdo con las recomendaciones de la máxima autoridad sanitaria territorial se puede considerar la presentación de la situación en el marco del sistema territorial para la gestión de riesgo de desastres

como Consejos territoriales de Gestión del Riesgo o aquellos específicos para la situación.

En estos espacios debe participar la máxima autoridad en salud o sus delegados, quienes serán los encargados del planteamiento del problema, posibles repercusiones, necesidades de apoyo y de gestión de recursos, articulación de otros niveles y aquellas consideradas de acuerdo con la situación en salud pública. La activación, mantenimiento y gestión de este nivel de respuesta se realizará de acuerdo con lo estipulado en la normatividad vigente.

Un ejemplo de gestión del riesgo colectivo en salud pública a una emergencia compleja que integró todo el proceso, se evidencia al analizar la respuesta a una emergencia compleja por el paso del huracán Iota en la isla de Providencia en noviembre de 2020.

Con la integración de fuentes de información se identificó la alerta de huracán, se realizó el análisis de la situación en salas de análisis del riesgo y dada la afectación e interrupción de servicios se consideró un nivel máximo de respuesta del INS requiriendo la implementación de una estructura de sistema de manejo de incidente-SMI en el COE-SP.

Fueron desplegados ERI con el objetivo de abordar los riesgos sanitarios y el control de eventos de interés en salud pública, tal como COVID-19, en articulación con los equipos locales. Desde el nivel nacional a través de la UNGRD se apoyaron los procesos de coordinación local en el marco de la activación del sistema nacional y territorial para la gestión de riesgo de desastres y emergencias complejas. Los ERI desplegados se integraron a los procesos del puesto de mando unificado.

Líneas generales de respuesta para los planes de gestión de riesgo a eventos emergentes, ideas.

Para la gestión de riesgos de eventos emergentes, las entidades territoriales deben tener en cuenta algunas consideraciones resumidas en los siguientes puntos:

1. Fortalecimiento de la vigilancia

   - Sistemas de alerta temprana.
   - Vigilancia rutinaria.
   - Monitoreo y valoración del riesgo, riesgo epidémico, inmunidad de rebaño.

2. Comunicación del riesgo

   - Niveles subnacionales.
   - Prestación de servicios y atención asistencial.
   - Comunidad en general.

3. Intervención y modificación del riesgo.

   a. Fortalecimiento del conocimiento.

      - Guías de manejo clínico.
      - Redes de laboratorio.
      - Guías para la gestión de salud y el medio ambiente.

b. Redes para el cuidado y manejo médico

- Estándares de funcionabilidad y operabilidad.
- Gestión de paraclínicos.

c. Gestión de la salud y prevención de la enfermedad.

- Medidas para el fortalecimiento de laboratorios.
- Gestión de la salud pública.
- Tratamiento.
- Manejo y saneamiento básico.
- Gestión del recurso humano.

Ejemplo sarampión

1. Fortalecimiento de la vigilancia

   a. Sistemas de alerta temprana, movimiento poblacional migratorio, seguimiento de rumores en medios locales, intensificación de alertas en puntos fronterizos y alto tránsito migratorio.

   b. Vigilancia rutinaria, intensificación de la vigilancia, notificación inmediata y super inmediata, actualización de canales endémicos y detección de desviaciones del comportamiento epidemiológico.

c. Monitoreo y valoración del riesgo, riesgo epidémico, inmunidad de rebaño. Actualización de coberturas de vacunación, mapas de riesgo.

2. Comunicación del riesgo

   a. Niveles subnacionales, identificación de signos y síntomas, asistencia y aplicación de biológicos.

   b. Prestación de servicios y atención asistencial, actualización y entrenamiento de profesionales de salud en el reconocimiento de casos.

   c. Comunidad en general, identificación de signos y síntomas y medidas de prevención y autocuidado.

3. Intervención y modificación del riesgo

   a. Fortalecimiento del conocimiento

      i. Guías de manejo clínico, divulgación de guías de manejo y complicaciones secundarias de la enfermedad.

      ii. Redes de laboratorio, fortalecimiento y capacidad para el envío de muestras al nivel central y LSP.

      iii. Guías para la gestión de salud y medio ambientales, prevención de sarampión en ambientes hospitalarios, rutas de atención.

   b. Redes para el cuidado y manejo médico

      i. Estándares de funcionabilidad y operabilidad, elementos de protección personal, áreas de aislamiento.

ii. Gestión de paraclínicos, ampliación de capacidad diagnostica en los niveles subnacionales.

c. Gestión de la salud y prevención de la enfermedad

i. Medidas para el fortalecimiento de laboratorios, capacidad diagnostica, referencia y contrarreferencia de muestras en niveles territoriales.

ii. Gestión de la salud pública, gestión de equipos de respuesta inmediata, salas de análisis del riesgo.

iii. Tratamiento, gestión de vacunación y manejo en casa de pacientes leves.

iv. Manejo y saneamiento básico, actualización de rutas de atención clínica.

v. Gestión del recurso humano, ampliación de la capacidad de personal y recurso humano para la atención de alertas, casos y brotes.

6.5 Comunicación del riesgo

La comunicación del riesgo es transversal a todas las fases de gestión del riesgo, su aplicación debe ser en simultánea. La comunicación del riesgo es el proceso de «preparar y brindar información oportuna y eficaz ante un evento adverso a la salud, aún y cuando se cuente con poca información sobre el evento, integrando a la población en la respuesta» (12).

La comunicación del riesgo es un componente integral de la gestión de riesgo para la salud pública. Está centrada

en el diálogo con los interesados y se esfuerza por asegurar que las estrategias de comunicación estén basadas en la evidencia.

En el marco del RSI, la comunicación de riesgos para emergencias de salud pública incluye la gama de capacidades de comunicación que se requieren durante las fases de preparación, respuesta y recuperación de una situación grave de salud pública, para fomentar la toma de decisiones informadas, el cambio positivo a un comportamiento positivo y el mantenimiento de la confianza (1).

Las actividades de comunicación del riesgo serán lideradas por la institución responsable de la salud pública ante cualquier potencial situación de emergencia en salud pública, independientemente del nivel de respuesta de la emergencia. La institución diseña un plan de comunicación en crisis para responder rápidamente y designa un vocero para las comunicaciones oficiales.

La comunicación debe tener un enfoque diferencial para responder las necesidades de la audiencia, que promueva una adecuada percepción del riesgo, que permita conocer con claridad el riesgo y sus potenciales consecuencias, respetando la confidencialidad y considerando parámetros de seguridad para todos los involucrados.

6.6 Evaluación del proceso y la respuesta

La evaluación del proceso es transversal a toda la gestión del riesgo y funciona de manera simultánea desde la primera fase.

La evaluación del proceso es realizada durante la preparación y la etapa post emergencia, sin embargo, ante la identificación de una variación en la gestión de riesgo se debe corregir y ajustar de inmediato. La evaluación de la gestión del riesgo es la herramienta que afina los circuitos internos del sistema, identificando opciones de mejora, ajuste u optimización de los recursos y herramientas.

Existen diferentes metodologías para llevar a cabo la evaluación tanto del resultado como del proceso ejecutado, mediante la reflexión sistemática y colectiva de los equipos de trabajo y la identificación de lecciones aprendidas.

Algunos métodos de evaluación son: las revisiones después de la acción (After Action Reviews-AAR por sus siglas en inglés), los estudios de caso y los observatorios de experiencias (13).

La más utilizada es la AAR que se desarrolla mediante una discusión dinámica y estructurada entre los integrantes del equipo de trabajo con el objetivo de analizar la experiencia o actividad en función de las expectativas y los resultados logrados: ¿qué sucedió?, ¿por qué?, ¿qué funcionó bien?, ¿qué necesita mejorarse? y ¿cuáles son las lecciones y recomendaciones?

Se recomienda aplicar esta técnica cuando se busca mejorar los métodos y procesos, que son dimensiones tácticas y operativas, pues la AAR responde más a preguntas sobre el cómo y el por qué.

Los informes generados a través de estas reflexiones podrán ser aplicados al fortalecimiento de las estrategias

utilizadas anteriormente y también al diseño de nuevas estrategias, proyectos o planes de trabajo, como se mencionó en la fase de preparación.

Así mismo, la entidad territorial en el marco de la gestión del riesgo debe generar indicadores que den cuenta del proceso, medición de hitos en los momentos clave de brotes y de la respuesta en salud pública.

La métrica de los tiempos de respuesta establece hitos para la atención de brotes tales como los tiempos entre fecha de inicio de síntomas del primer caso y captación por el sistema de salud, desde la captación del sistema hasta su notificación, desde la notificación hasta su intervención, desde la intervención hasta la aplicación de medidas o toma de muestras (si aplica) y fecha de cierre de la situación (14).

7. Claves para recordar

- La gestión del riesgo adecuada a los EISP, brotes y epidemias aborda cuatro fases: la identificación del riesgo, análisis y valoración del riesgo, la modificación del riesgo y la comunicación del riesgo. La preparación es un proceso transversal en el ciclo de mejoramiento continuo.

- La preparación utiliza el acrónimo PREPARO el cual permite a las instituciones de la salud pública identificar y reconocer capacidades básicas territoriales y su gestión.

- La gestión del riesgo en salud pública permite intervenir adecuadamente a nivel territorial los riesgos colectivos, minimizando el impacto de una emergencia en la salud poblacional.

- La gestión del riesgo en salud pública debe estar armonizada e implantada en los procesos de calidad institucional y de gestión documental. Los procedimientos operativos, instructivos y formatos son los documentos que se deben generar.

- El sistema de alerta temprana es el eje para la gestión del riesgo, compuesto por procesos para la identificación, el análisis y valoración del riesgo. Su finalidad es la descripción detallada de la situación, la comprensión del riesgo y la estimación de su nivel, así como la facilitación de la toma de decisiones por niveles de respuesta.

- La identificación del riesgo debe contemplar fuentes de información territorial, dinámicas poblacionales y comportamiento histórico.

- Los procesos de análisis y evaluación deben contemplar variables de riesgo tales como categoría municipal, magnitud, extensión, capacidad de respuesta, entre otros, lo que permite la ponderación adecuada del riesgo.

- La determinación de la respuesta correspondiente a la valoración del riesgo oscila entre el acompañamiento técnico hasta la implementación de un sistema de manejo de incidente o la integración en los mecanismos superiores de gestión del riesgo nacional o territorial.

- Los ERI deben ser desplegados en acompañamiento a los niveles locales para la concurrencia en las actividades de investigación de campo, pueden estar conformados por profesionales de diferentes áreas y organizaciones. Estos equipos deben contar con la concurrencia de los procesos de apoyo institucional para que la intervención se desarrolle en los tiempos oportunos y de acuerdo con las consideraciones de riesgo.

- La implementación de estructuras de sistema de manejo de incidentes permite la articulación y armonización de objetivos de las áreas de la entidad territorial para la respuesta a emergencias complejas o con potencial capacidad de disrupción grave social, funcional, en una estructura organizacional común y con adecuada administración de los recursos.

- Las fases de comunicación y evaluación son transversales, son realizadas no solo al final de los procedimientos sino de manera permanente a lo largo de la gestión del riesgo.

8. Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional. 2005. [Internet]. [citado 23 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf

2. Global Health Security Agenda (GHSA). GHSA 2024 Framework [Internet]. [citado 23 de enero de 2022]. Disponible en: https://ghsagenda.org/wp-content/uploads/2020/06/ghsa2024-framework.pdf

3. Congreso de Colombia. 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. [Internet]. [citado 23 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=47141

4. Unidad Nacional para la Gestión del Riego de Desastres PNGRD-2015-2025-Version-Preliminar.pdf [Internet]. [citado 23 de enero de 2022]. Disponible en: http://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Documents/PNGRD-2015-2025-Version-Preliminar.pdf

5. Unidad Nacional para la Gestión del Riego de Desastres UNGRD. Estructura del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres [Internet]. [citado 23 de enero de 2022]. Disponible en: http://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Paginas/Estructura.aspx

6. Organización Internacional de Normalización. ISO 31000:2018(es), Gestión del riesgo — Directrices [Internet]. [citado 23 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:31000:ed-2:v1:es

7. Gómez-Rivadeneira A. Marco conceptual y legal sobre la gestión del riesgo en Colombia. Monitor Estratégico N° 5. | PDF | Riesgo | Bienestar [Internet]. Scribd. [citado 23 de enero de 2022]. Disponible en: https://es.scribd.com/document/512197688/Marco-conceptual-y-legal-sobre-la-gestion-del-riesgo-en-Colombia

8. Centro de Operaciones de Emergencia (COE) Transcript | CDC-TV | CDC [Internet]. [citado 23 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.cdc.gov/cdctv/spanish/emergencypreparednessandresponse/eoc101-transcript.html

9. Sarmiento F, Castelblanco S. Multi-facility Study in Colombia (South America): A Proposed Methodology for an Integral Evaluation of Emergency Hospital Risk Management Disaster Planning for California Hospitals, Planning for today, tomorrow and beyond. 2015.

10. Organización Panamericana de la Salud OPS. Detección temprana, evaluación y respuesta ante eventos agudos de salud pública: puesta en marcha de un mecanismo de alerta temprana y respuesta con énfasis en la vigilancia basada en eventos. Versión provisional. 2014. [Internet]. [citado 23 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_LYO_2014.4es.pdf?ua=1

11. Organización Mundial de la Salud. Marco para un centro de operaciones en emergencias de salud pública [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 [citado 23 de enero de 2022]. 74 p. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/329378

12. Organización Panamericana de la Salud OPS. Gestión de la información y comunicación en emergencias y desastres. 2009. [Internet]. [citado 23 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/chi/dmdocuments/GestionDeInformComunica_LowRes%20Dic%2009.pdf

13. Banco Interamericano de Desarrollo. Pautas para la realización de «after action reviews» o reuniones de reflexión después de la acción. 2009. [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://publications.iadb.org/es/publicacion/14980/pautas-para-la-realizacion-de-after-action-reviews-o-reuniones-de-reflexion

14. Smolinski MS, Crawley AW, Olsen JM. Finding Outbreaks Faster. Health Secur. 2017 apr.;15(2):215-20.

1

CAJA DE HERRAMIENTAS

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

ETAPA 1.

SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA: IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Etapa 1. Sistema de alerta temprana: identificación del riesgo en salud pública/Franklyn Prieto Alvarado, Angela Alarcón Cruz, Jorge Luis Díaz.

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

Corrección de estilo, diseño, diagramación, impresión y acabados: Editorial Scripto SAS

Primera edición: 30 de marzo de 2022

Guiovanni Rubiano García
Director General INS

Martha Lucía Ospina Martínez
Directora General 2016-2022

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 la Organización Panamericana de la Salud, representación Colombia"

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

ETAPA 1.

SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA: IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA

1. Introducción

Las emergencias por eventos de interés en salud pública que ha enfrentado Colombia, especialmente en los últimos 20 años, evidenciaron la necesidad de fortalecer las capacidades nacionales y territoriales de vigilancia en salud pública, con generación de respuestas coordinadas en el sector salud y otros ámbitos, atención en salud, administración de recursos, entre otros.

Colombia, durante la última década, ha enfrentado enfermedades con relevancia para la salud pública, como el virus chikungunya, en el 2014-2015; zika, en el 2015-2017; sarampión, en el 2018- 2019, y SARS-CoV-2, en el 2020-2021, este último que generó afectación en los servicios asistenciales y requirió la generación de estrategias que llevaran a cambios conductuales a nivel personal y social.

Los cambios poblacionales, los procesos migratorios, el tránsito internacional de personas y mercancías, y las afectaciones medioambientales traen retos para las autoridades en salud, porque aumentan el riesgo de comportamientos inusuales en los eventos de interés en salud pública, así como la más rápida transmisión de enfermedades emergentes y reemergentes.

Las emergencias sanitarias tienen costos altos para el bienestar de la población, debido a las afectaciones social, económica, política y del sistema sanitario; por ello, es necesario adaptar la gestión del riesgo para abordar estos procesos colectivos de manera efectiva y coordinada, con

el fin de disminuir este posible impacto se requieren estrategias de detección temprana.

Este manual de "Identificación del riesgo en salud pública" da continuidad al documento "Abecé de la gestión del riesgo colectivo de brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública". La intención de este módulo es facilitar a las entidades territoriales la adopción y adaptación de los procesos para la identificación del riesgo.

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 basada en eventos, a partir de diferentes fuentes de información, formales y no formales, que busca detectar señales (indicios) de lo que puede convertirse en una alerta (materialización del riesgo) en el esquema de gestión del riesgo. Esto se suma a la vigilancia basada en indicadores, que permite la detección de los comportamientos inusuales de las enfermedades de interés en salud pública.

La detección de alertas debe llevar a su análisis y evaluación, temas que serán tratados en el módulo 2. 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 identificación del riesgo en salud pública, una herramienta para la

implementación en los niveles nacionales y subnacionales, cuya finalidad facilita la identificación, intervención y control de alertas, brotes o situaciones de emergencia en salud pública. En este manual se establecen lineamientos y recomendaciones que pueden servir como insumo para la implementación de alertas tempranas y la identificación del riesgo a través de la inteligencia epidemiológica.

Este manual no contiene especificaciones sobre las salas de análisis del riesgo, ni los procesos de valoración del riesgo, y tampoco el tipo de respuesta que debe generarse tras la identificación de una alerta que requiera intervención; estos temas serán revisados en los manuales de valoración y modificación del riesgo.

Esperamos que, a medida que el proceso se incorpore a la práctica habitual, los usuarios sugieran mejoras y también provean estudios de caso adicionales, que permitirán perfeccionar este manual y contribuyan a la capacitación.

3. Cómo se elaboró el manual

Este manual responde a la necesidad de fortalecer los procesos de identificación de señales que puedan desencadenar una respuesta en salud pública; en la elaboración del manual participaron expertos temáticos que trabajan y operan el sistema de alerta temprana del nivel nacional y se sometió a revisión por pares evaluadores con experiencia en sistemas de alerta temprana, procesos de identificación del riesgo, como profesionales del Instituto Nacional de Salud o egresados del Programa de Entrenamien-

to 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

El manual está estructurado en dos secciones, más un anexo y las referencias. En la primera sección, denominada Generalidades del sistema de alerta temprana, se enuncian los objetivos de la identificación del riesgo en salud pública y su incorporación en el sistema de alerta temprana. En la segunda sección se describen los pasos para realizar la identificación del riesgo: Uso de las fuentes de información; Integración, clasificación y gestión de las señales; Análisis de la información para la vigilancia basada en indicadores; Emisión de alertas, y derivación y plan de manejo de la situación.

Finalmente se incluye un anexo, con una breve descripción de metodologías básicas de análisis de información epidemiológica y su utilidad para la vigilancia en salud pública.

5. Objeto

Establecer las actividades para la identificación del riesgo, en el marco de la gestión del riesgo en brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública.

6. Alcance

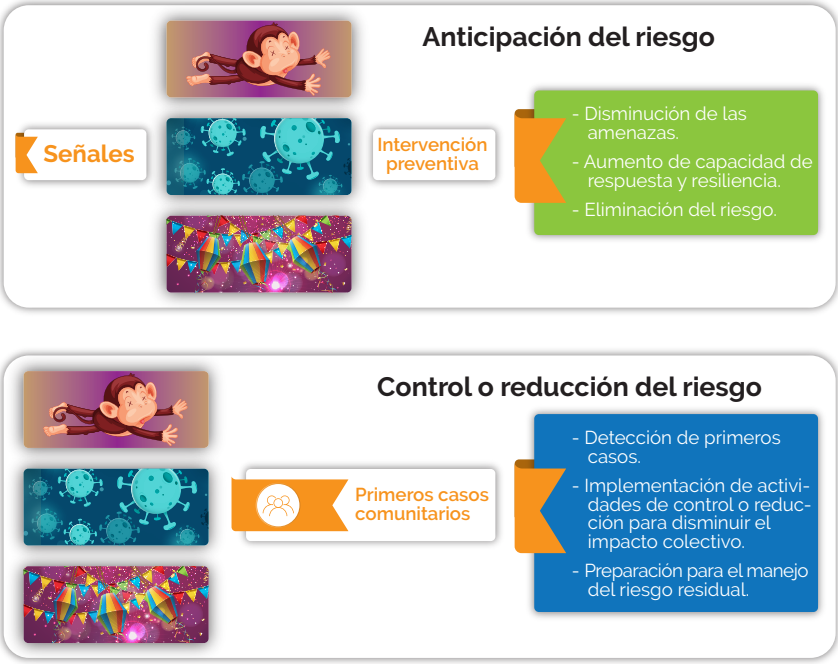
Este documento está dirigido a las instituciones responsables de la vigilancia y de la respuesta en salud pública, encargadas de armonizar la identificación del riesgo en sus procesos rutinarios, con el fin de emitir alertas que deban ser analizadas y evaluadas para establecer las estrategias de intervención y control en caso de requerirse.

7. Generalidades del sistema de alerta temprana

El sistema de alerta temprana (SAT) es el componente de la gestión del riesgo que busca detectar oportunamente cualquier situación anormal, emergente o reemergente, incluyendo la alteración de la frecuencia en un evento de interés en salud pública, para generar su análisis inmediato (1). Un SAT está compuesto por dos fases: la primera, de identificación, y la segunda, de análisis y valoración.

Los sistemas de alerta temprana pueden tener la capacidad para identificar indicios o señales de alarma previos al riesgo o tener la sensibilidad de identificar con rapidez un primer caso o conglomerado de casos; en dichas situaciones se hace referencia a la anticipación del riesgo o control y mitigación, respectivamente, como se explica en la figura 1.

Figura 1. Sistema de alerta temprana, anticipación, control y reducción del riesgo

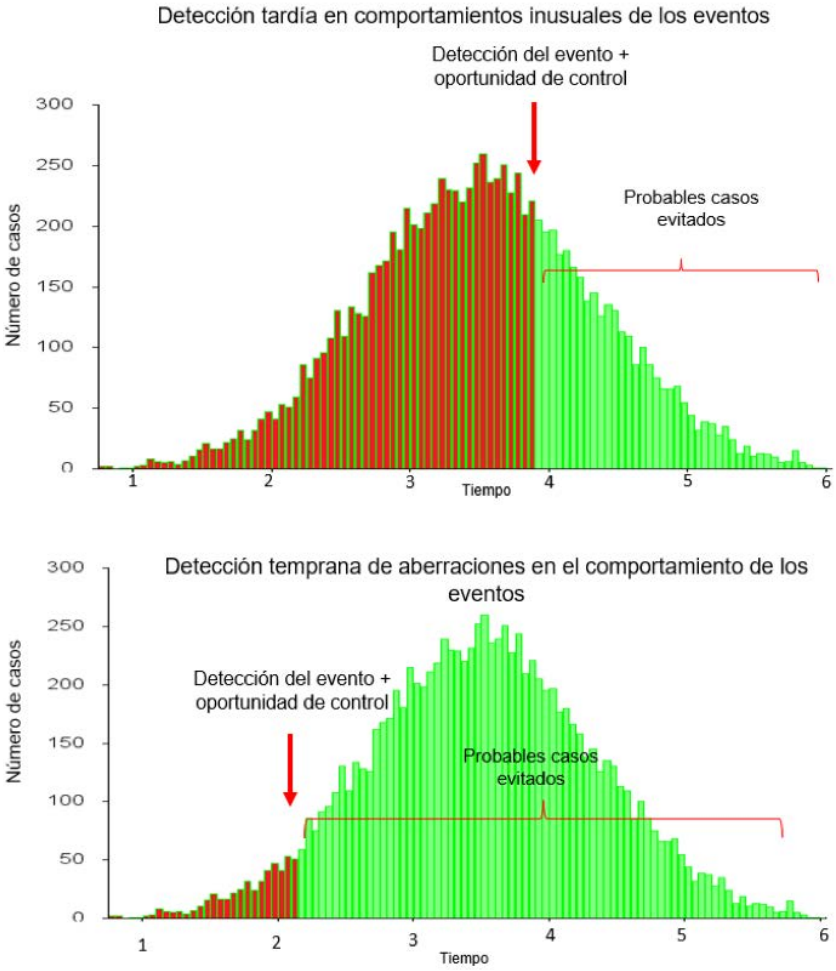


Fuente: GGRRI, 2021

En la figura 2 se presenta la diferencia en el comportamiento de un evento cuando se realiza una identificación temprana o tardía, pues de esto depende la oportunidad del control. En el primer escenario se observa una detección tardía de un brote que genera un mayor número de casos, así como más dificultad para cortar la cadena de transmisión. En el segundo escenario se muestra la identificación eficaz de una alerta o un comportamiento inusual, lo cual genera una reducción de casos, mayor oportunidad

para el control, lo que supone una interrupción temprana de la cadena.

Figura 2. Diferencia en la progresión de casos por la oportunidad de detección de comportamientos inusuales



Fuente: CNE-MSPS, Adaptado GRRI-INS, 2020.

Objetivos de la identificación del riesgo

Los objetivos estratégicos del proceso de identificación de riesgos son:

- Identificar y verificar tempranamente señales de eventos de interés en salud pública.
- Establecer las potenciales alertas y realizar la gestión de estas hasta su cierre.
- Coordinar y articular la labor con las partes interesadas directas, nacionales e internacionales.
- Gestionar información de interés en relación con la situación objeto de gestión del riesgo.
- Promover la respuesta inmediata para la verificación y gestión de potenciales riesgos.

Los objetivos operativos del proceso de identificación de riesgos son:

- Gestionar las fuentes y la búsqueda activa de información.
- Obtener información relacionada con los eventos de interés en salud pública o riesgos para su presentación.
- Garantizar la notificación inmediata de los datos de un nivel a los siguientes niveles.

- Registrar, actualizar y almacenar la información sobre las señales y las alertas detectadas.
- Verificar la veracidad de la información a partir de diferentes fuentes.
- Valorar inicialmente el nivel de riesgo y canalizar para su respuesta oportuna.
- Emitir la información a los actores relacionados con el evento de interés.

La identificación del riesgo en el SAT

De acuerdo con la NTC ISO 31000, el propósito de la identificación del riesgo es encontrar, reconocer y describir los riesgos que puedan ayudar o impedir a una organización lograr sus objetivos; en este caso, determinar la sensibilidad de la operación de encontrar señales de riesgo o posibles amenazas en salud pública (2).

El sistema de alerta temprana toma información de diferentes fuentes, tales como la vigilancia basada en indicadores, en la que se encuentra la vigilancia rutinaria, para detectar comportamientos inusuales o posibles eventos con alta repercusión colectiva; también contempla lo identificado en la vigilancia basada en eventos, tales como el monitoreo de medios, las redes sociales o los rumores, entre otros.

Algunas de las enfermedades de interés especial, para la identificación de señales o alertas de eventos, brotes y epidemias, están relacionadas en la tabla 1; sin embargo, cada nivel puede definir los eventos que se deben monitorear en el marco del SAT, de acuerdo con su contexto.

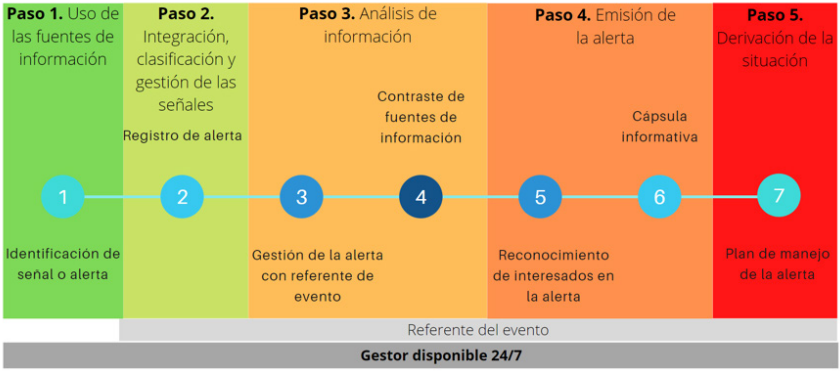
Tabla 1. Eventos con potencial epidémico que pueden ingresar al sistema de alerta temprana con prioridad

Establecidos por el RSI como ESPII	Viruela, polio por poliovirus salvaje, gripe humana por un nuevo virus y síndrome respiratorio agudo severo.
Declaradas ESPII por la OMS	Ébola, COVID-19
Erradicación y eliminación en la región	Sarampión, rubéola y rubéola congénita, y rabia humana transmitida por perros y gatos, fiebre amarilla, cólera.
Mediáticos, que impactan programas nacionales	Eventos de posible impacto en medios de comunicación.
Posibles eventos de interés en salud pública, posteriores a desastres y amenazas	Emergencias por amenazas naturales: terremotos, tsunamis, inundaciones, deslizamientos de tierra o avalanchas, entre otros. Emergencias por peligros antropogénicos: desplazamiento de personas, daño a líneas vitales, entre otros. Las situaciones mencionadas pueden generar la interrupción de servicios esenciales y producir condiciones de riesgo para la salud pública secundarias a hacinamiento, interrupción de agua, electricidad, saneamiento, entre otros.
Otros eventos con potencial epidémico	Con circulación activa en el exterior o con riesgo de ser ESPII, según el anexo 2 del RSI 2005. Eventos resultantes de la exposición a materiales tóxicos o peligrosos, determinados por otras instituciones, como el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) y el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), y que puedan tener una alta repercusión en salud pública.

RSI 2005: Reglamento Sanitario Internacional;
ESPII: Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional;
OMS: Organización Mundial de la Salud

En la figura 3 se presenta la identificación del riesgo como un proceso lógico y secuencial, donde cada elemento es indispensable para el siguiente. Note que, como lo indica la secuencia, el primer paso es determinar las fuentes de información que alimentarán al SAT, por medio de las cuales se identificarán las señales que deben ser analizadas y derivadas para su manejo, y ante la evidencia de su control, para su cierre.

Figura 3. Componentes de la identificación del riesgo en el sistema de alerta temprana



Fuente: GGRRI-INS

Para la operación permanente del sistema de alerta temprana se requiere de un gestor que realice monitoreo, clasificación, gestión de la verificación, integración y administración de alertas, todos los días del año con disponibilidad 24/7, y promover su respectivo seguimiento hasta el cierre.

Recuerda:

Debido a la cantidad de información recibida en un SAT, emergen dudas sobre cuáles situaciones requieren análisis profundo y presentación a una SAR. Entre los elementos para tener en cuenta para esta decisión están la potencial afectación por el evento analizado y las consecuencias en materia de gobernanza y riesgo reputacional del sector.

Otras consideraciones incluyen aquellas catalogadas como emergencias en salud pública, la alta mortalidad, la afectación de poblaciones especiales y las que involucren al personal sanitario por la vulnerabilidad para el sistema de salud.

La información de cada señal que administra el gestor se deposita en una matriz, que contiene el lugar de ocurrencia, el tipo de evento en salud pública, los responsables de su atención, el total de casos, los expuestos, los fallecimientos, la tasa de ataque, las muestras tomadas, entre otros.

Recuerda:

Una señal es cualquier información no depurada y no verificada, que brinda indicios de un posible comportamiento inusual y que está relacionado con el monitoreo predefinido de eventos de interés o con potencial epidémico. Una alerta se constituye cuando la señal es verificada y se confirma la existencia de un brote o una situación de interés especial que merece análisis y seguimiento.

La trazabilidad de cada señal o alerta permite establecer la cronología de las acciones, lo que es útil para evaluar

los tiempos de respuesta de las acciones del SAT, con indicadores como: las señales detectadas, las alertas analizadas, las salas de análisis de riesgo realizadas, los equipos de respuesta inmediata (ERI) desplegados y las alertas cerradas, entre otros. Estos indicadores los revisaremos en el módulo de Evaluación de la Respuesta.

Recuerda:

A partir de la matriz del SAT se emiten alertas que son divulgadas a los actores interesados para la toma de decisiones. La matriz tiene una sección para almacenar todas las alertas o informaciones de interés captadas, tanto en el monitoreo de medios como en el sistema de vigilancia (entre ellos, los eventos con etiología por establecer).

8. Pasos para la identificación del riesgo

A continuación, se presentan los pasos para la identificación del riesgo, que serían simultáneos o secuenciales, dependiendo de la situación objeto de seguimiento.

8.1. Paso 1. Uso de las fuentes de información

En este paso se determinan las fuentes de información que alimentarán el SAT o serán utilizadas por él. En estas

fuentes se identificarán las señales que serán gestionadas para su verificación, análisis y producción de alertas.

Las fuentes se clasifican como **vigilancia basada en indicadores** y **otras fuentes de información** (vigilancia basada en eventos). El análisis realizado a partir de estas fuentes se conoce como inteligencia epidemiológica, y es la metodología por la cual se gestiona la vigilancia epidemiológica. A continuación, se mencionan aquellas fuentes fundamentales para la identificación de señales y alertas.

Vigilancia basada en indicadores

La vigilancia basada en indicadores es la recopilación, el seguimiento, el análisis y la interpretación sistemática de datos estructurados (indicadores) producidos por algunas fuentes conocidas, formales, predominantemente relacionadas con la atención en salud.

Una de estas fuentes es el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (en el caso de Colombia, Sivigila), cuyos datos son recolectados por una red de notificación según definiciones de caso establecidas, específicas para la enfermedad o síndrome, y que se detallan en los protocolos de vigilancia. Los datos son recolectados de manera individual o colectiva. La red está integrada por instituciones de salud públicas y privadas, que captan la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública (3).

Los datos semanales son comparados con valores de referencia o umbrales, para evaluar su comportamiento y, si es el caso, determinar comportamientos epidemiológicos inusuales. En el caso de encontrar un comportamiento inusual,

se produce una señal que debe ser verificada. A la vez, la notificación de un evento tiene la posibilidad de convertirse en una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), que también genera una señal para ser valorada.

Recuerda:

El principal sistema de información para la vigilancia epidemiológica en Colombia es el Sivigila. Todos los niveles subnacionales verifican su adecuada implementación y operación.

Entre las fuentes de la vigilancia basada en indicadores también están los sistemas de estadísticas vitales, que registran información de nacimientos y muertes (muertes por eventos de interés), los registros administrativos de prestación de servicios (RIPS en Colombia) y el PAIWEB en Colombia.

Recuerda:

Toda señal identificada debe ser corroborada, bien por el especialista asignado o quien corresponda. La gestoría del SAT compila señales, alertas o brotes en una matriz que ordena la información y genera una cápsula de información "alerta", de ser el caso para todos los actores involucrados que se considere que deban conocer lo ocurrido para orientar la toma de decisiones.

Vigilancia basada en otras fuentes de información

También se conoce como vigilancia basada en eventos, y es el proceso que permite la recopilación, el seguimiento, el

análisis y la interpretación de información de fuentes no estructuradas sobre eventos o riesgos relacionados con la salud. Esta fuente incluye medios de comunicación, rumores, redes sociales, el reporte por la comunidad, entre otros (4).

Recuerda:

Los rumores son opiniones espontáneas y no confirmadas, originadas en la comunidad y divulgadas por sus líderes o por los medios de comunicación, asociadas al incremento u ocurrencia de casos o muertes por una determinada causa.

En la tabla 2 se describen las fuentes de información regulares que se utilizan en el SAT del INS.

Tabla 2. Fuentes de información para el proceso de identificación del riesgo en salud pública del INS

Fuentes de información usadas en el proceso de identificación del riesgo en salud pública	
Vigilancia basada en indicadores	Notificación inmediata de EISP
	Notificación superinmediata de EISP
	Notificación de eventos o síndromes sin establecer
	Tableros de control de la vigilancia en salud pública semanales
	Análisis semanales de los eventos de interés en salud pública
	Análisis periódicos de los EISP en poblaciones especiales

Fuentes de información usadas en el proceso de identificación del riesgo en salud pública	
Vigilancia basada en indicadores	Recepción de muestras de EISP en central de muestras de laboratorio
	Solicitud o resultado de pruebas de laboratorio en la red de laboratorios de salud pública
	Notificación de brotes
	Otras fuentes con indicadores, como estadísticas vitales, registros individuales de prestación de servicios o registros de vacunación
Vigilancia basada en otras fuentes	Vigilancia epidemiológica basada en comunidad
	Vigilancia epidemiológica innovadora
	Gestión de medios, tendencias en motores de búsqueda, redes sociales, organizaciones internacionales y otras fuentes
	Centro Nacional de Enlace (CNE)
	Seguimiento a situaciones internacionales
	Situaciones ambientales
	Eventos de afluencia masiva de personas
	Eventos de desplazamiento poblacional
	Reportes de farmacovigilancia
	Reportes de seguridad de alimentos
	Reportes de situación ambiental
	Reportes de la vigilancia sanitaria animal

Fuente: GGRRI-INS

Algunas de las fuentes de información se explican a continuación:

Notificación inmediata de EISP

Esta notificación corresponde al envío o reporte de información por una institución prestadora de servicios de salud al siguiente nivel administrativo (municipio o distrito), de aquellos eventos que por su impacto deben ser informados de manera "inmediata", mediante los sistemas de información (Sivigila, en el caso de Colombia) y canales correspondientes (5).

Recuerda:

Se debe instruir a las instituciones de salud sobre no retrasar el cargue de información al Sivigila de aquellos eventos con potencial capacidad de repercusión colectiva (6).

Notificación superinmediata de EISP

Aprovechando los atributos tecnológicos de un sistema de información para la vigilancia, cuando una institución prestadora de servicios de salud notifica un evento priorizado, el sistema envía un mensaje automático al correo oficial o al chat de los niveles relacionados con la respuesta. De esta manera, la gestión para su confirmación o descarte se puede realizar antes de concluir la notificación regular del evento. Esta disminución del tiempo de reporte de los eventos de mayor impacto facilita su control o mitigación (5).

En el grupo de eventos de interés en salud pública que requieren una gestión inmediata por su gravedad, dado el posible impacto para las comunidades o la prestación de

servicios, la gobernanza y gobernabilidad, entre otros, pueden estar enfermedades como fiebre amarilla, sarampión, cólera, rabia humana, Chagas agudo, etc. (6).

Notificación de eventos o síndrome sin etiología establecida

Los eventos sin establecer son situaciones de salud que tienen el potencial de convertirse en un evento de interés en salud pública de alta repercusión colectiva. Estos no cuentan con protocolos de vigilancia, ni fichas de notificación (Colombia utiliza la ficha de datos básicos), pero deben ser gestionados en el territorio (7).

Entre los eventos que deben ser notificados, pero que no tienen protocolo, están: brucelosis, accidentes lonómico, adípico o arácnido, encefalitis del Nilo Occidental, entre otros. Así mismo, el evento sin establecer podría llegar a usarse como uno de la vigilancia sindrómica, previo acuerdo con el administrador nacional (7).

Tableros de control de la vigilancia en salud pública semanales

El tablero de control es la visualización de los datos de la vigilancia producidos cada semana epidemiológica y que están disponibles en portales web o en programas de usuario múltiple con acceso abierto o limitado.

El especialista o referente que administra el evento bajo vigilancia recibe la información semanal y la analiza contra su comportamiento histórico, para determinar si correspon-

de con su forma de comportarse habitual o es inusual (incremento o decremento).

Como ejemplo, la tabla 3 es un tablero de control que utiliza la metodología incremento-decremento, y en color mostaza resalta los aumentos de intento de suicidios por encima de lo esperado en cuatro departamentos de Colombia, y en gris, el comportamiento decreciente en cinco. Nótese que al no presentarse variaciones estadísticamente significativas entre lo esperado y lo observado, la casilla se conserva transparente o en color blanco para el departamento de Amazonas.

Este tipo de herramientas son útiles para presentar información de modo rápido a tomadores de decisión.

Tabla 3. Tablero de control del comportamiento de la notificación intento de suicidio por departamento, SE 19 de 2021.

	Intento de Suicidio		
Departamento	**Acumulado 2021**	**Esperado**	**Observado**
Amazonas	12	11	12
Antioquia	1.362	1.822	1.362
Arauca	54	76	54
Atlántico	232	215	232
Barranquilla	248	290	248
Bogotá	1.372	1.072	1.372
Bolívar	164	150	164
Boyacá	212	260	212
Buenaventura	32	23	32
Caldas	353	375	353

Fuente: Boletín Epidemiológico Semanal (BES), INS, 2021

Recuerda:

El INS publica sus tableros de control semanalmente, en el portal Sivigila y en su Boletín Epidemiológico Semanal. Tienen como salidas el análisis especializado de los referentes nacionales y permiten a la entidad territorial (departamento o distrito) conocer alertas identificadas a nivel nacional. El INS promueve el desarrollo de estas capacidades en los niveles subnacionales e insta por su elaboración en todos los niveles. Puede consultarse en las siguientes páginas web del INS Colombia:

http://portalsivigila.ins.gov.co/

https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Vista-Boletin-Epidemilogico.aspx

- **Seguimiento a recepción de muestras y resultados de laboratorio**

La integración de los laboratorios en salud pública o de referencia en la identificación de riesgo permite detectar situaciones inusuales, por el aumento en el ingreso de muestras, para un evento o agente particular, su procedencia, entre otros. La entidad territorial establece los canales de información para el reporte de dichas situaciones y su articulación con el sistema de alerta temprana.

La armonización del flujo de información entre los laboratorios y el SAT permite monitorear e identificar oportunamente aquellos casos cuyas muestras reportan resultados para la confirmación o descarte de patologías o eventos que son de interés por su importancia para la salud individual y colectiva.

Recuerda:

Como herramienta de ayuda, el INS puso en funcionamiento el sistema de administración central de muestras del laboratorio (Sivilab-LabMuestras), que tiene como objetivo la automatización y la articulación de procesos de envío, registro, trazabilidad y consulta de los resultados de las muestras, para vigilancia por laboratorio de los eventos de interés en salud pública remitidos desde las entidades territoriales a los laboratorios de referencia del INS. En la entidad territorial debe realizarse una articulación, para que el Sivilab emita alertas a las áreas de vigilancia y los programas territoriales, a fin de identificar de inmediato cuando se registra una muestra para los eventos priorizados.

- **Situación de los eventos de interés en salud pública en poblaciones especiales priorizadas**

Los eventos de interés en salud pública deben ser analizados o monitoreados con un enfoque diferencial, en algunos grupos que por sus características tienen mayor susceptibilidad o vulnerabilidad; por ejemplo, por situaciones tales como el hacinamiento, los contextos de tipo laboral o social, la pertenencia a grupos de especial protección (comunidades indígenas), entre otros (7).

El INS ha priorizado el monitoreo de ciertos hechos de interés en algunas poblaciones. Los eventos aquí presentados son sugerencias, pero cada territorio evalúa la necesidad de incluir o excluir los sucesos que considere, acorde con su contexto epidemiológico y social, y condiciones del momento. Se deben considerar eventos con alta repercusión colectiva (tabla 4).

Tabla 4. Ejemplos de eventos de interés priorizados según población especial

Grupo poblacional	Evento de interés
Población Privada de la Libertad (PPL)	Dengue
	Hepatitis B
	Intento de suicidio
	Malaria
	Tuberculosis
	Varicela
	Meningitis
	IRA
	Parotiditis
	COVID-19
Fuerzas Militares y Policía	Dengue
	Intento de suicidio
	Malaria
	Tuberculosis
	Varicela
	Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitada)
	Leishmaniasis cutánea
	Leptospirosis
	Malaria
	Meningitis
	Parotiditis
	COVID-19
	Violencia

Grupo poblacional	Evento de interés
Población grupos étnicos	Dengue
	Malaria
	Leishmaniasis
	Tuberculosis
	Desnutrición (en menores de cinco años)
	Mortalidad IRA-EDA
	Mortalidad materna
	COVID-19

IRA: infección respiratoria aguda, EDA: enfermedad diarreica aguda

- **Sistemas de estadísticas vitales nacionales y registros administrativos de atención en salud**

Las estadísticas vitales son una fuente de monitoreo de las defunciones cuya causa es un evento de interés en salud pública. En Colombia, el Registro Único de Afiliados (RUAF) tiene un módulo de defunciones. Se recomienda la consulta periódica de estas fuentes de información, con el objetivo de identificar excesos de muertes, entendiendo un comportamiento histórico, durante epidemias con amplia extensión geográfica y duración prolongada (8).

Producto de las cualidades de las estadísticas vitales, se pueden estimar el exceso de mortalidad nacional, en áreas geográficas específicas o en periodos objeto de análisis. La comparación de los decesos por todas

las causas observados contra los esperados proporciona una métrica del impacto en general de la mortalidad. Por ejemplo, el análisis en el exceso de mortalidad por COVID-19 ha permitido identificar un aumento de la mortalidad en el periodo de pandemia, en comparación con periodos previos.

En ocasiones, la ocurrencia de un solo caso detectado por el componente de mortalidad de las estadísticas vitales también puede ser útil para detectar una señal o una alerta.

Los registros administrativos de la atención en salud son el conjunto de datos mínimos y básicos derivados de la prestación de los servicios de salud. Su análisis permite conocer el perfil de morbilidad y mortalidad poblacional; así mismo, son herramientas indispensables en las actividades de investigación de campo de estudios de brote. La gestión y búsqueda activa en las instituciones de estos registros permite identificar riesgos o aumento de eventos de interés en salud pública o potenciales situaciones de riesgo que no hayan sido captadas por la atención médica a través del sistema de vigilancia.

- **Vigilancia epidemiológica basada en comunidad**

Es una estrategia para la participación comunitaria en salud, que articula los diferentes actores sociales a las acciones de la vigilancia en salud pública. La comunidad es la que identifica los riesgos y las alternativas de solución, y se convierte en actores sociales activos de su transformación y mantenimiento de la salud.

Esta vigilancia involucra a los miembros de la comunidad y moviliza su corresponsabilidad en la construcción de los diagnósticos comunitarios de salud, en el análisis de la información, en la detección y notificación oportuna y en el establecimiento adecuado de medidas de control y/o alternativas de solución (9).

La vigilancia de base comunitaria puede tener fuentes de información derivadas de la participación ciudadana en mesas de trabajo participativas, por líderes sociales o redes de vigilancia, con base en personal no sanitario que puede captar necesidades, amenazas o vulnerabilidades. Por ejemplo, los Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (Covecom) o redes de líderes sociales, o personal del sector educación, pueden servir como mecanismo de noti-

ficación de riesgos en salud pública. Un líder, por ejemplo, puede reportar un síndrome neurológico en una mascota, para su oportuna intervención.

- **Vigilancia epidemiológica innovadora**

La vigilancia epidemiológica innovadora usa las tecnologías de la información y la interconectividad, a través de las redes sociales y dispositivos móviles, para la identificación de tendencias sociales en búsquedas de información o el autorreporte de enfermedades en redes sociales. El análisis de estas búsquedas o autorreportes puede predecir el aumento de la presentación de síndromes o enfermedades.

En Colombia se han implementado las aplicaciones Guardianes de la Salud (vigilancia sindrómica) y CoronApp Colombia (COVID-19), para eventos de gran magnitud y que suponen el movimiento social; en ellas se obtiene información de la población y del autorreporte, lo cual permite ubicar posibles conglomerados de personas enfermas.

- **Gestión de medios, tendencias en motores de búsqueda y organizaciones internacionales**

Monitoreo de medios

Es el seguimiento a los distintos portales web de noticias, para identificar rumores relacionados directa o indirectamente con eventos de interés en salud pública, y hacer su contraste con la información que ha sido reportada en las diferentes fuentes. En ocasiones, la información pudo ser

divulgada, sin filtro, por los medios de comunicación, y hay un rezago de reporte al sistema de notificación, por lo que se constituye en una señal que se debe verificar y determinar una respuesta inmediata.

Un miembro del equipo del SAT puede hacer este monitoreo con frecuencia. Para esto, elabora un listado de posibles medios de comunicación (locales, regionales, nacionales e internacionales) donde pueda hacerlo, asegurándose de que estén representados los periódicos, emisoras, blogs y canales de televisión locales. Quien haga esta labor debe programar una revisión con una frecuencia diaria o de acuerdo con la detección de noticias en desarrollo.

También puede programar su explorador de internet para que emita alertas cuando se produzcan contenidos con palabras clave, tales como brote, epidemia o el nombre de algunas de las enfermedades de interés en salud pública.

Estas señales deben ser registradas y actualizadas con el resultado de la verificación. La matriz de alertas debe incluir: la fecha de la detección, la fecha de inicio reportada y el medio de comunicación; el titular de la noticia, el grupo funcional o especialista asignado a quien se remitió, si hubo o no confirmación y otras que sean consideradas relevantes para demostrar la gestión. La base servirá para analizar los comportamientos de las noticias y buscar patrones de los eventos encontrados con esta metodología.

Cuando se identifica una señal, se puede solicitar al especialista o referente para que haga la verificación de la noticia. El especialista hace el contraste con el análisis de los datos de vigilancia, en comunicación con el territorio, la institución de salud que atiende o explorando con la co-

munidad. En ocasiones puede ser necesario desplegar un equipo de respuesta inmediata (ERI) para verificar la noticia.

Los especialistas que sean asignados como responsables o referentes de un evento o de un grupo de eventos, pueden establecer una rutina similar, e informar al gestor del SAT aquellos que en su propia consulta sean detectados.

Ejemplo:

Revisando la página web de un portal de noticias comunitario, se encuentra información sobre que algunos menores de edad han sido mordidos por un perro callejero, y que la comunidad mató al animal a golpes. Esta información deberá ser remitida al grupo funcional o al especialista de enfermedades zoonóticas, para su verificación y análisis.

¿Qué se espera?

1. El especialista revisa los datos que tiene del sistema de vigilancia, para determinar si hay notificación del evento de accidentes por animales potencialmente transmisores de rabia.

2. El especialista verifica si hay información de boletines epidemiológicos sobre el evento, a nivel nacional o regional.

3. Hay comunicación con el municipio o con la institución de salud, para corroborar y ampliar la información.

4. Puede indicarse el despliegue de un equipo de respuesta inmediata y la implementación de las acciones individuales y colectivas contenidas en el protocolo de vigilancia.

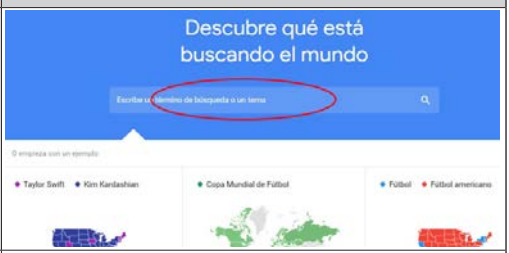
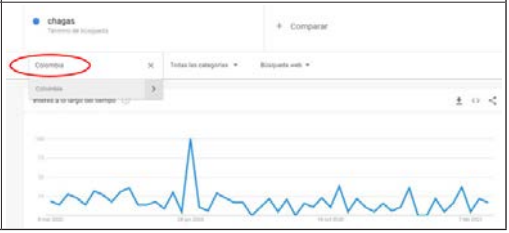
5. El especialista informa al gestor del SAT si se debe considerar una alerta para continuar el proceso como tal.

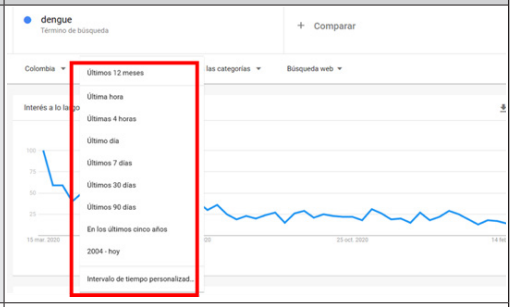
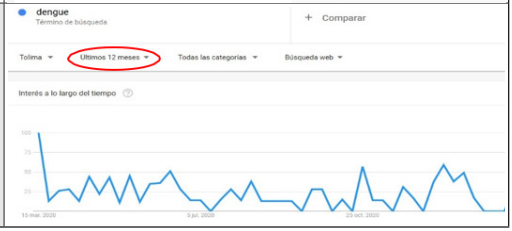
- **Tendencias en motores de búsquedas web**

Google Trends® es una herramienta gratuita que permite seguir la evolución de las búsquedas por una determinada palabra clave en el tiempo. La valoración de esta tendencia es útil para la identificación de posibles amenazas, dados los cambios en el patrón de interés (lo que buscan) de los usuarios en la web.

Esta herramienta permite configurar criterios de búsqueda, el periodo de consulta en términos de horas, días y años (desde el 2004), además de la opción de combinar dos o más criterios, lo que puede ser útil en situaciones relacionadas con desastres naturales. Cuando se accede a esta herramienta, el sistema solicita un criterio de búsqueda para presentar las tendencias.

A continuación, un paso a paso para realizar búsqueda de tendencia en Google.

Actividad	Descripción visual
Determinación del criterio de búsqueda:	
Establecer área geográfica de búsqueda y el periodo del que se quiera la información:	

Actividad	Descripción visual
Definición del periodo:	
La herramienta muestra un gráfico de tendencias y los departamentos en un orden descendente. Departamento por observar:	
Presentación de tendencia de búsqueda por departamento seleccionado:	

El resultado está expresado en una escala de 0 a 100, en función de la proporción de un tema con respecto al total de búsquedas de todos los temas (10). Muestra en la escala qué tanto se buscó el término o tema en el periodo. Cuando se realiza este monitoreo como parte de la vigilancia epidemiológica, se debe sospechar que un aumento en las tendencias de búsqueda de un tema específico en un departamento o país puede ser una señal de comportamiento inusual del evento que se está consultando.

Como este ejercicio se realiza desde la lógica de quien busca información de su interés en la web, es preciso considerar un aspecto relevante que afecta dicho ejercicio, y

es el lenguaje propio de las comunidades, la utilización de palabras comunes y los nombres vulgares. Estos se pueden convertir también en criterios de búsqueda o palabras clave.

Por ejemplo:

La manera como en algunas regiones se conoce el vector de la enfermedad de Chagas o tripanosomiasis; en Colombia se menciona como "pito", pero en otros lugares se identifica como vinchuca, chinche, chinchorro o chirimacha. Es necesaria esta consideración, porque una búsqueda no ajustada al lenguaje local podría perder información valiosa para el sistema de alertas y la posibilidad de desplegar medidas.

- **Tendencias en redes sociales**

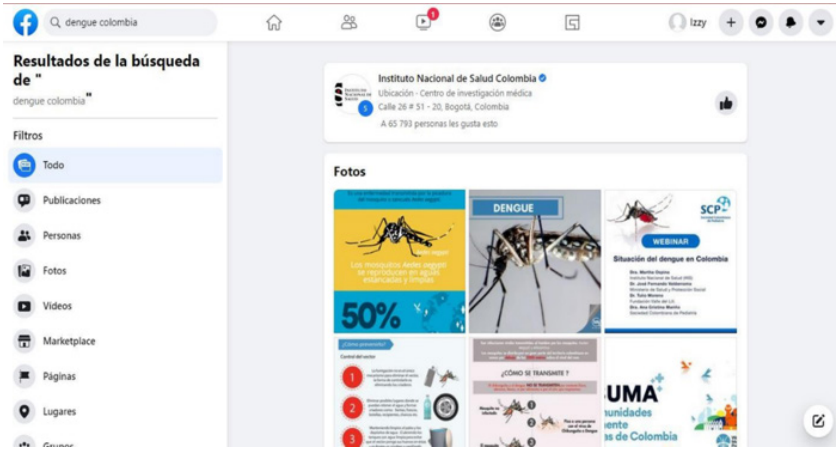
Las redes sociales son una forma de interacción mediante la cual se comparte información instantánea. La importancia de este monitoreo es que ese conocimiento puede, por un lado, incluir situaciones de potencial interés en salud pública reportadas por ciudadanos –por ejemplo, el reporte de un accidente vehicular que involucra derrame de sustancias químicas, personas intoxicadas, desastres naturales, etc.–, y por otro lado, la facilidad del acceso a las redes ha hecho que en ellas se aniden medios informativos, especialmente los locales y comunitarios, los cuales tienen una visión muy cercana al territorio y sus pobladores.

Por ejemplo:

A partir del autorreporte en redes sociales, como Facebook®, las personas pueden manifestar en sus estados síndromes particulares, como gripa; la integración y gestión de estas fuentes puede permitir la identificación de conglomerados de gripa en una comunidad en particular.

Es posible que, al igual que con Google Trends®, al acceder a redes muy populares, como Facebook, se puedan definir unos criterios de búsqueda. Automáticamente se desplegarán las publicaciones que contengan dichos criterios (figura 4).

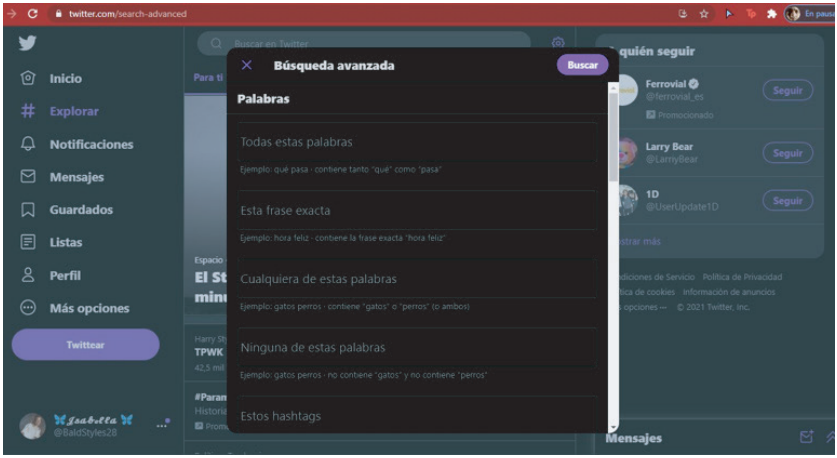
Figura 4. Descripción de la búsqueda de criterios de eventos de interés en salud pública, red social Facebook



Fuente: Hootsuite, 2021

Lo mismo sucede al realizar búsquedas en Twitter, aunque esta permite ajustar las búsquedas más avanzadas por criterios específicos, que incluyen palabras o frases exactas, cuentas definidas que pueden ser de personas o medios informativos, y fijar un tiempo de publicación de los mensajes, entre otros, ahorrando tiempo en depurar la cantidad de noticias que serían distractores (figura 5).

Figura 5. Descripción de la búsqueda de criterios de eventos de interés en salud pública, red social Twitter



- ## Gestores de redes sociales

Debido al aumento de redes sociales y la información disponible en ellas, la búsqueda de rumores en cada una tiende a ser muy dispendiosa, lo cual consume tiempo de quienes realizan esta tarea. Para hacer eficiente el proceso y disminuir el tiempo empleado, se pueden usar herramientas web y móviles, cuya lógica de búsqueda de información es igual a la descrita en búsqueda de tendencias web. A continuación, se relacionan algunos gestores de redes sociales sugeridos, con versiones gratuitas y pagas (tabla 5).

Tabla 5 Ejemplos de gestores de redes sociales sugeridos para búsqueda de información

Gestor de redes sociales	
HubSpot	https://www.hubspot.es/products/marketing/social-inbox
Sprout Social	https://sproutsocial.com/es/

Gestor de redes sociales	
Falcon.io	https://www.falcon.io/
Later	https://later.com/
Hootsuite	https://www.hootsuite.com/en-sg/plans/free
TweetDeck	https://tweetdeck.twitter.com/
Buffer	https://buffer.com/pricing/publish
TalkWalker	https://www.talkwalker.com/es?gclid=Cj0K CQiApsiBB hCKARIsAN8o_4iW5Y6EeYmBX4e3 buTTkvoU8RzRhl-6pFILiNONYJ97k9BGLqXe37 dYaAv3gEALw_wcB
Everypost	http://everypost.me/es/
Agorapulse	https://www.agorapulse.com/es/
ContentCal	https://www.contentcal.io/
BuzzSumo	https://buzzsumo.com/
Sendible	https://www.sendible.com/agencies
Nuvi	https://www.nuvi.com/
HeyOrca!	https://heyorca.com/
Metricool	https://metricool.com/es/

- **Otras fuentes de información**

Algunas entidades del orden nacional e internacional publican información de acceso libre en sus páginas web, que es posible analizar e integrar a la vigilancia rutinaria, como parte de los procesos del sistema de alerta temprana. Dentro de las entidades que emiten dicha información es posible destacar a:

- Institutos para la vigilancia y el control en sanidad animal

Tienen la responsabilidad de trabajar por el control de la sanidad agropecuaria de un país, aplicando las medidas sanitarias y fitosanitarias, con la orientación de acciones mediante los procesos de vigilancia epidemiológica, evaluación, gestión y comunicación del riesgo en la producción primaria (11).

Es importante para el SAT vigilar las alertas emitidas en los boletines epidemiológicos de las instituciones con funciones de vigilancia animal, especialmente las de eventos zoonóticos, por la potencial afectación que implicaría para la salud humana, y poder desplegar acciones de respuesta de manera oportuna y proporcional.

- Institutos para la vigilancia o monitoreo del clima y el ambiente

De manera permanente se debe realizar el monitoreo del clima y el ambiente, que está a disposición regularmente en los sistemas de cada país. Estos informes permiten predecir el comportamiento climatológico y anticipar riesgos derivados para la salud pública; es decir, el aumento de precipitaciones puede suponer un incremento posterior de densidad de mosquitos por cúmulo en criaderos y depósitos de agua (12).

Recuerda:

El INS de Colombia diseñó y estructuró el sistema de alerta temprana ambiental y efectos en salud (SATAES), para generar alertas y optimizar la vigilancia, con el fin de enriquecer la inteligencia epidemiológica sobre el tipo de acciones ante riesgos ambientales que puedan afectar la presentación de los eventos de interés en salud pública.

También desarrolló la matriz de alertas, seguimiento de situaciones ambientales y efectos en salud MASSAES, para generar alertas predictivas para eventos ambientales y eventos o desenlaces de interés en salud pública, desagregando el territorio hasta el nivel municipal, teniendo en cuenta factores sociales, ambientales, económicos, zoonóticos y epidemiológicos.

- Alertas y actualizaciones epidemiológicas OPS/OMS

La OPS/OMS, mediante alertas epidemiológicas, informa a los Estados miembros acerca de la ocurrencia de un evento de salud pública que tiene o puede impactar a los países y territorios de América. También presenta las recomendaciones de la OPS en relación con el evento. La Organización Mundial de Salud Animal (OIE), a través del producto del seguimiento demográfico y los efectos del cambio climático, realiza el seguimiento de las enfermedades animales que podrían socavar riesgos colectivos y para los humanos.

Las actualizaciones epidemiológicas de OPS/OMS son puestas al día de la información acerca de eventos que están ocurriendo en la región y sobre los cuales se alertó o informó previamente.

La mayoría de los eventos incluidos en las alertas y actualizaciones epidemiológicas están relacionados con agentes infecciosos, aunque también con mercancía contaminada, inocuidad de alimentos, origen químico o radio nuclear, de acuerdo con las provisiones del Reglamento Sanitario Internacional (13).

- **Reporte del monitoreo**

Producto de las actividades de monitoreo de medios, y una vez realizada la búsqueda rutinaria en portales de noticias y redes sociales, es necesario divulgar a los interesados. Se puede optar por un formato amigable con el lector, destacando el titular de la noticia, que incluya el enlace de la publicación y un resumen que al leerlo permita la decisión sobre revisar o no determinada publicación.

Esta recopilación es enviada a los correos electrónicos de los especialistas asignados, los grupos funcionales y todos aquellos que se consideren necesarios, para su verificación. Se recomienda que el monitoreo de medios se realice, mínimo, una vez al día, y que el envío del reporte sea lo más temprano posible, para que las personas que verifican sean oportunas. Sin embargo, el monitoreo de medios debe ser una actividad constante, porque se pueden presentar señales en el transcurso del día.

Algunos de los portales de consulta de alertas y monitoreo de situaciones internacionales se describen a continuación, desde su enlace en internet:

- OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)

- Oficina Regional para África, https://www.afro.who.int/

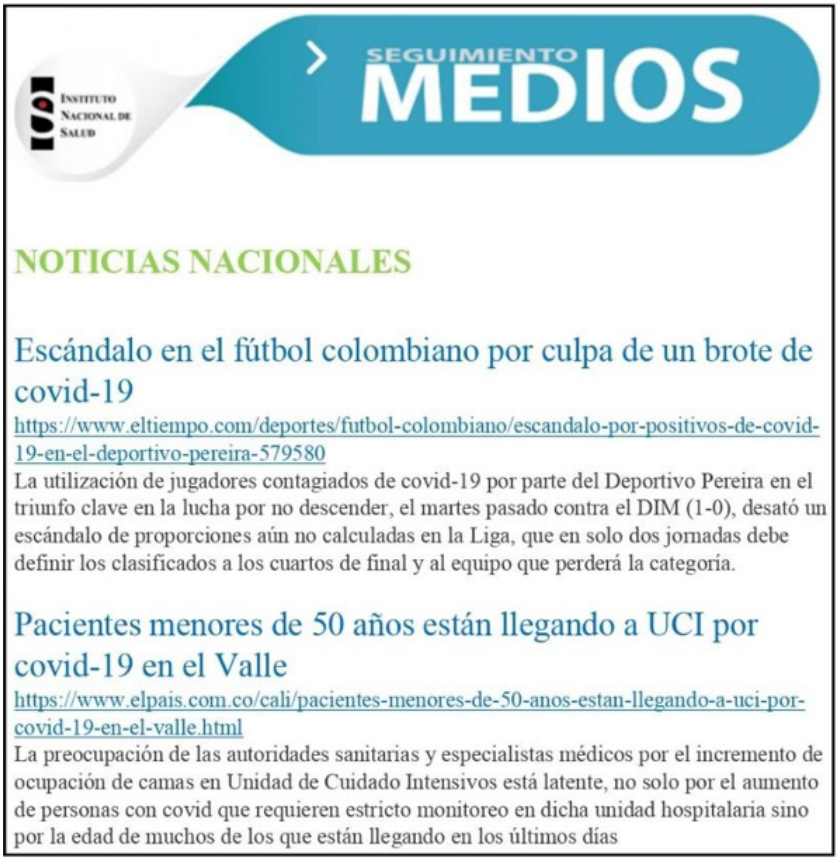
- Oficina Regional para las Américas, https://www.paho.org/en

- Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental, https://www.emro.who.int/index.html

- Oficina Regional para Europa, https://www.euro.who.int/en/home
- Oficina Regional para Asia Sudoriental, https://www.who.int/southeastasia
- Oficina Regional para el Pacífico Occidental, https://www.who.int/westernpacific
- Alertas y actualizaciones epidemiológicas | OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades - CDC
- Homepage | European Centre for Disease Prevention and Control (europa.eu)
- HealthMap https://www.healthmap.org/en/
- Program for Monitoring Emerging Diseases (ProMED-Mail), https://www.promedmail.org
- Inicio - OIE - Organización Mundial de Sanidad Animal

A continuación se presenta un ejemplo (facsímil) de boletín de noticias diarias publicada en el INS, producto de la revisión diaria de fuente de información para consulta y verificación de referentes de evento o especialistas temáticos (figura 7).

Figura 6. Boletín de noticias sobre eventos bajo vigilancia captadas en el monitoreo de medios



Fuente: GGRRI-INS

8.2. Paso 2. Integración, clasificación y gestión de las señales

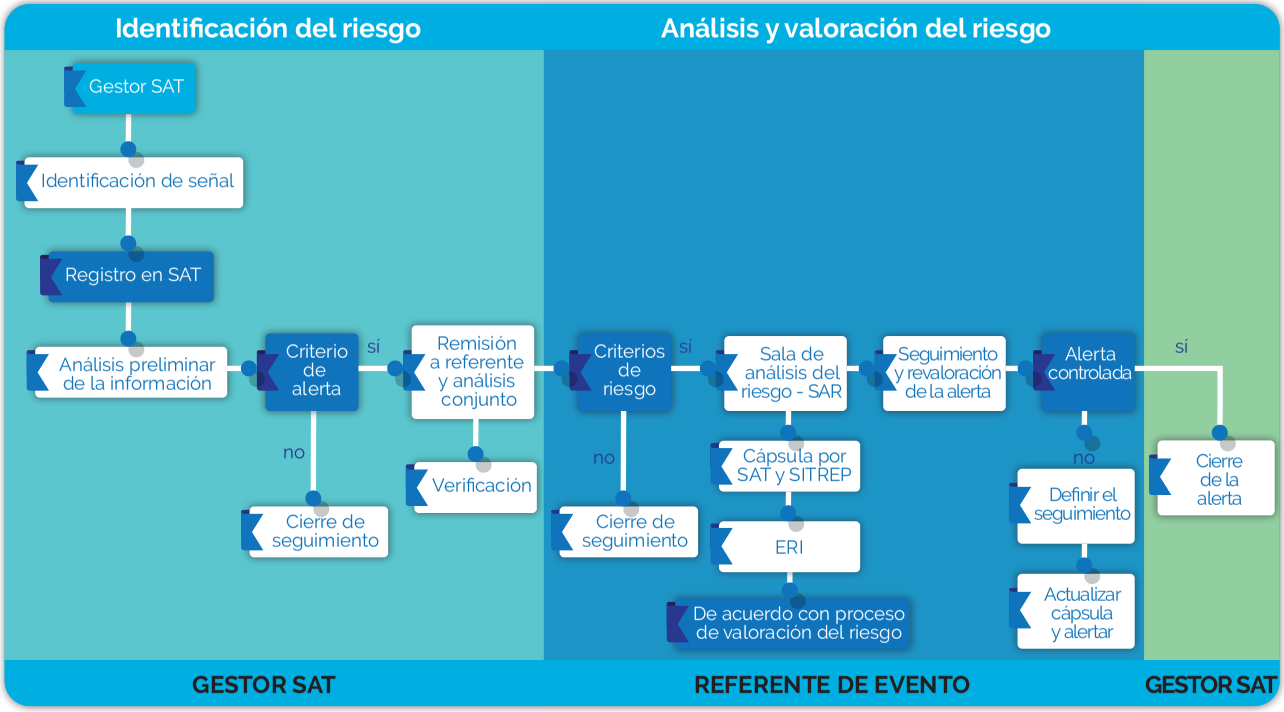
La información captada inicialmente en el paso 1 se denomina "señal". Cada señal debe ser registrada y gestionada por el gestor del SAT, quien debe realizar una evaluación preliminar de la información y determinar si puede constituir una "alerta".

La señal puede proceder del monitoreo general que hace el gestor, de un especialista de un evento, población o situación ambiental en particular, de un tomador de decisiones o del Centro Nacional de Enlace.

La información identificada a través de las diferentes fuentes de información y lo que se genere de manera secundaria debe tener un registro en las matrices y repositorios documentales destinados para tal fin. Esta información es equiparable con la historia clínica de un paciente; el gestor debe garantizar su completitud y seguimiento hasta el cierre. Se recomienda generar consecutivos numéricos únicos de cada situación.

La integración de información requiere de la interacción con el especialista o especialistas de la vigilancia del evento. De acuerdo con las variables de riesgo identificadas, se podrían generar procesos de activación de SAR y despliegue de actividades a nivel subnacional o territorial de manera prioritaria e inmediata. La decisión y conducta de cada situación dependerá de la situación de riesgo (figura 8).

Figura 7. Flujograma de integración, clasificación y gestión de las señales y alertas identificadas por el SAT



Fuente: GRRI, INS

Cada señal que ingresa debe quedar registrada, y debe ser posible realizar la trazabilidad hasta su cierre. Si se convierte en una alerta o brote que continúa con una fase de análisis y valoración del riesgo, el repositorio debe consolidar la información emitida, tal como informes recibidos de la investigación, reportes de situación (SITREP), historias clínicas, evoluciones, reportes de laboratorio, etc.

No todas las situaciones captadas en la identificación del riesgo serán llevadas a una SAR; por ello, es fundamental hacer una compilación metódica y ordenada de todos los eventos identificados y gestionados, lo que permitirá análisis periódicos en busca de comportamientos inusuales o patrones repetitivos de eventos en el territorio, así como consolidar un documento histórico de las actividades del equipo de trabajo.

8.3. Paso 3. Análisis de la información para la vigilancia basada en indicadores

La identificación de señales de riesgo puede derivarse de aquellas relacionadas con eventos de alto interés e impacto, o del análisis epidemiológico de eventos colectivos y su cambio en el comportamiento observado frente al esperado.

1. Situaciones relacionadas con eventos de alto impacto (por ejemplo, ébola, cólera, poliomielitis, eventos con alerta internacional, ESPII, etc.).

El gestor o gestores, a través de las herramientas de búsqueda, identifica señales de eventos de alto impacto en

redes sociales, rumores, notificación superinmediata, entre otros; realiza la interacción inmediata con el especialista del evento o especialistas relacionados (muchas veces a la institución de salud donde sucede el evento) para la verificación de la situación. De manera particular, y de acuerdo con el enfoque sindrómico de la situación, se recomienda identificar si hay desviaciones en el comportamiento de eventos de interés en salud pública similares.

2. Situaciones relacionadas con eventos de vigilancia rutinaria (parotiditis, dengue, varicela, etc.).

a. El gestor o gestores, a través de las herramientas de búsqueda, en especial de los tableros de control, identifican aumentos inusitados de la incidencia de eventos de interés en salud pública en un área geográfica definida, situación que genera la interacción con el especialista o especialistas del evento o eventos relacionados, para corroborar, de acuerdo con la notificación en el sistema, la posible desviación, con la consecuente generación de la alerta.

b. El especialista o especialistas de los eventos de interés en salud pública identifican, a través de su propio análisis, la desviación del comportamiento de un evento o grupo de eventos de interés en salud pública, realizan un análisis diferenciado y comunican oportunamente al gestor o gestores del SAT la alerta identificada.

El análisis del comportamiento de la notificación por los referentes o especialistas de eventos, o quien haga sus veces, debe incluir metodologías apropiadas que se aplican de manera rutinaria con los mismos criterios, según las ca-

racterísticas del evento observado, en consideración, por ejemplo, a la frecuencia con que se presentan.

Un análisis adecuado, permanente y riguroso facilita identificar comportamientos inusuales del evento, en especial los relacionados con aumentos significativos, lo que constituye una verdadera alerta, que será remitida inmediatamente por los canales establecidos tipo correo electrónico o mensajería instantánea, al gestor del sistema de alerta temprana, para que este la analice y defina el curso de la información.

El silencio epidemiológico también debe producir una alerta para el referente del evento, y se debe generar una acción de verificación cuando en más de tres semanas, de manera consecutiva, no se notifiquen casos, sobre todo en eventos trazadores, por ejemplo, en la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA), enfermedad diarreica aguda (EDA), accidente por animal potencialmente transmisor de rabia o varicela.

Recuerda:

Debido a las diferencias en el comportamiento de los eventos, es necesario considerar los eventos de baja frecuencia a nivel nacional o los análisis en territorios pequeños, e implementar metodologías acordes. Sin embargo, para hacer una identificación amplia de eventos de interés en salud pública, es indispensable realizar seguimiento a otras fuentes de información que, por su naturaleza, no están en una base de datos. Esta información entra en el plano de la búsqueda y seguimiento de rumores en medios de comunicación, redes sociales, líderes comunitarios que asumen roles de informantes a los sistemas de salud.

Por ser un tema de abordaje en otro módulo, no se ahondará en aspectos metodológicos del análisis de eventos de interés en salud pública; se describen como anexo a este documento algunas de las metodologías más relevantes que pueden aplicarse al análisis de datos e información por los equipos de vigilancia epidemiológica.

Recuerda:

Una vez detectados los posibles comportamientos inusuales, se solicita la verificación de estas señales al especialista asignado del evento o grupo funcional, quien deberá, en articulación con el gestor del SAT y de manera inmediata, establecer las comunicaciones necesarias para ampliar la información con los municipios o las instituciones de salud, y que se determine el comportamiento previo del evento en las bases de datos del sistema de vigilancia rutinario.

Estas acciones permitirán confirmar o descartar el evento y, de ser necesario, generar la alerta correspondiente.

8.4. Paso 4. Emisión de la alerta

La emisión de la alerta puede suceder en cualquiera de las etapas de gestión del riesgo; ella estará condicionada por las características de la situación, las variables de riesgo, los detonadores, las posibles implicaciones y los riesgos institucionales. La emisión se realizará con la información disponible, y está sujeta a cambios.

Algunos de los criterios o variables de riesgo que se deben considerar, para una mayor celeridad en la decisión de

priorización de las intervenciones y emisión de información, son: alta mortalidad, riesgo de gobernanza, potencial nivel de impacto, entre otros; por ejemplo, si el criterio afectado está relacionado con la gobernanza o se trata de un evento en salud pública de importancia internacional, se tiene un tiempo máximo de dos horas (tabla 6).

Tabla 6. Tiempos para la emisión del resumen de la situación detectada al siguiente nivel (cápsulas de información), y criterios de afectación de los eventos para tener en cuenta.

Criterio	Impacto/Tiempo para verificación y envío de cápsula
Gobernanza	ALTO/2 HORAS
Potencial ESPII	
Alta mortalidad o letalidad	MODERADO/4 HORAS
Riesgo reputacional	
Personal de salud afectado	BAJO/6 HORAS
Grupos especiales afectados (indígenas, PPL, FF. MM., Policía, migrantes)	

PPL: población privada de la libertad; FF. MM.: fuerzas militares

Los tiempos señalados dependen, en gran medida, de la capacidad de la entidad de gestionar la información desde su captación hasta la emisión de la cápsula o sinopsis referida.

La información será emitida en forma ejecutiva, mediante una "cápsula informativa" a las partes interesadas y a los

tomadores de decisiones, que tendrán unos tiempos máximos definidos en función del riesgo potencial que suponga, es decir, de las afectaciones que genere si no se interviene el riesgo de manera efectiva. Algunos de los criterios de riesgo se describen en la Tabla 6. Es importante tener en cuenta que la emisión de información sensible puede requerir de la aprobación de la coordinación del SAT, sin que ello afecte su pronta emisión.

Recuerda:

Estas cápsulas son un resumen del evento con información clave. Su intención es ubicar al lector en aspectos tales como el lugar de ocurrencia, la fecha de inicio o de notificación, una descripción preliminar de los casos, las acciones desarrolladas para la atención o control, los pendientes y el tipo de población, especialmente aquellas priorizadas. Considera también aspectos relevantes, como casos fallecidos y personas hospitalizadas, por ser agravantes de la situación.

Ejemplo:

CASO CONFIRMADO DE DIFTERIA, MUNICIPIO, DEPARTAMENTO. OCTUBRE 25 DE 2021.

Femenina, 11 años, extranjera, sin antecedentes vacunales, FIS* 27/09/2021, fecha de consulta: 01/10/2021, 02/10/2021 se administra antitoxina e inicia antibiótico, fallece 05/10/21. Hipótesis: fiesta comunitaria 19/09/2021 vs. contaminación por arroyo donde drenan pozos sépticos. Se identificaron 67 contactos estrechos, toma de 47 muestras; a la fecha se tienen resultados de 13 muestras de contactos estrechos:

dos (2) portadores de *C. diphtheriae*. Femenina de 20 años y niño menor de 8 años, asintomático, amigo de juego del caso confirmado. Ambos recibieron profilaxis y vacuna. Todos los contactos estrechos tuvieron seguimiento 20 días y ninguno presentó signos o síntomas compatibles con definición del caso. Pendiente resultado de 34 muestras.

* FIS: fecha de inicio de síntomas

8.5. Paso 5. Derivación y plan de manejo de la situación

La derivación y planteamiento final de cada situación dependerá de las condiciones y características del riesgo. Estas condiciones deben llevar a solicitar la valoración de la situación en una SAR (análisis y valoración del riesgo), derivar su manejo por el referente del evento, la posibilidad de desplegar un equipo de respuesta inmediata (ERI) subnacional o el apoyo de un nacional.

El registro de avances de la situación se realizará hasta la finalización de esta. Es responsabilidad del referente o especialista actualizar al SAT del avance de la situación y del posible cambio de las condiciones de esta de manera oportuna y de acuerdo con la recepción de nueva información o resultados.

La asignación y derivación de cada situación que se considere una alerta puede generar un SITREP, en el que se plantea y da cuenta de la condición y las necesidades,

para que los tomadores de decisiones, el personal estratégico, táctico y operativo puedan identificar rápidamente las características de la situación y se realicen las actividades e intervenciones de control respectivas. Estos informes pueden ser de utilidad para la comunicación del riesgo, pues unifica el discurso de los voceros y genera confianza en la comunidad.

Los SITREP se establecerán con una periodicidad determinada y acorde con el avance de la condición. En las situaciones en las que se requiere de un análisis y seguimiento en SAR, se realizará la convocatoria de los grupos, personal, secciones, jefes de área, entre otros, de acuerdo con la situación y la celeridad necesaria para ella. Para continuar el manejo en SAR, remítase al documento de valoración del riesgo en vigilancia en salud pública de la caja de herramientas.

Cierre de la alerta

Todas las situaciones que han ingresado al sistema de alerta temprana (SAT) hasta este paso han requerido de la gestión permanente e interacción entre diferentes actores; algunas requirieron una gestión más participativa en actividades como SAR o simplemente del seguimiento del especialista o referente del evento.

En la gestión de calidad y soporte documental se debe verificar que el archivo para el almacenamiento de cada situación se encuentre con los productos de la gestión realizada, tales como documentos, fotos, informes, resultados de laboratorio, entre otros.

Una vez verificada la completitud documental, se debe proceder al cierre de la alerta. Esto permitirá un control e identificación de las situaciones que se encuentran abiertas, su estado, las acciones por implementar, las actividades de respuesta y activación de personal, con el alistamiento de insumos necesarios, así como el análisis de la gestión en general, estableciendo métricas en los hitos de atención de brotes, alertas, epidemias o situaciones de riesgo en general.

Aspectos clave de la identificación del riesgo de eventos de interés en salud pública

- La oportunidad en la identificación de señales o alertas permite la anticipación o mitigación de riesgos en salud pública.

- Se requiere de diversas fuentes de identificación de alertas que estén integradas y controladas por el sistema de alerta temprana.

- El análisis de datos epidemiológicos de la vigilancia rutinaria permite la identificación oportuna en la desviación del comportamiento de los eventos de interés y generar alertas. Para esto se requiere del uso de metodologías específicas.

- La operación del sistema de alerta temprana requiere de gestores del sistema 24x7, repositorios documentales y herramientas objetivas rápidas para la derivación y conducta frente a situaciones de alerta o riesgos.

- El equipo semanal encargado de la gestoría del SAT debe realizar la consolidación de las alertas y actualización documental, y de las matrices del repositorio para la entrega al equipo entrante, indicando los pendientes y situaciones en seguimiento.

- Una de las fuentes de información más importantes y que deben ser integradas al sistema de alerta se deriva del laboratorio de salud pública o el laboratorio nacional de referencia.

- La integración de fuentes de información basada en otras fuentes (medios de comunicación, redes sociales, entre otros), conocida como vigilancia basada en eventos, requiere de un proceso metódico de exploración; estas fuentes deben ser incluidas en todos los sistemas de alerta, para la identificación de señales de riesgo en salud pública.

- Los gestores del sistema deben tener la capacidad de identificar posibles alertas con criterios de riesgo objetivos e iniciar o impulsar actividades de verificación, concurrencia con especialistas, SAR, entre otros.

- Se deben identificar aquellas alertas o eventos de alto impacto o repercusión (detonadores), que requieren la derivación inmediata y convocatoria de SAR.

- El momento de emisión de la información inicial se genera según los criterios de riesgo establecidos. El resumen se produce con los datos disponibles y de

acuerdo con la verificación rápida en el sistema u origen de la señal. Se debe tener en cuenta que esta información está sujeta a cambios y su formato de emisión es en cápsulas de informes.

- La emisión de SITREP o reportes de situación puede ser considerada por los referentes de eventos o especialistas ante la identificación de un comportamiento inusual de la vigilancia.

- Se recomienda a los niveles subnacionales o territoriales consultar los tableros de control y la emisión periódica de información divulgada por el nivel nacional, así como los boletines epidemiológicos semanales o de otras instancias (ambiente, medicamentos, sanidad animal).

Anexo. Descripción de metodologías básicas de análisis de información epidemiológica

Existen diferentes metodologías para el análisis de la información, cada una con atributos específicos que deben ser reconocidos a la hora de su aplicación. Por cuanto este documento está diseñado para la identificación del riesgo, solo se señalarán algunas metodologías básicas, para ser consideradas por quienes administrarán el SAT. En el módulo posterior de análisis de la información se ahondará en la materia (tabla 7).

Tabla 7. Metodologías básicas de análisis de información

Metodologías básicas de análisis de información	
Tablas	En los modelos más sencillos las variables por lo general se expresan en tablas simples de dos categorías mutuamente excluyentes. Las tablas de contingencia se usan con mucha frecuencia para analizar la relación entre dos o más variables.
Variaciones porcentuales	Permiten establecer la relación y variación porcentual con respecto a una medida inicial.
Percentiles	Medidas que permiten establecer la posición de un valor con respecto a un conjunto de datos.
Canal endémico	Un corredor o canal endémico permite ver representada, en forma gráfica, la incidencia actual de una patología sobre su incidencia histórica, lo cual da lugar a la detección temprana de cifras anormalmente altas (o bajas) de los casos de la enfermedad en estudio. Algunas de las metodologías que se sugieren para implementar en el análisis de información son: canales Bortman, MMWR y cuartiles. La decisión sobre su uso dependerá del número de datos, incidencia, estimación de medida central y límites de confianza.
Canal endémico Bortman	Se usa para sistemas de vigilancia maduros (5 o 7 años), y utiliza la mediana cuando son pocas observaciones. Para el control de valores extremos usa la media geométrica: sumatoria de logaritmos de cada uno de los valores. Una limitación del cálculo de las medias geométricas es que los valores deben ser siempre mayores de 0, ya que no es posible calcular el logaritmo de 0 ni de números negativos.
Distribución de Poisson	Método para evaluar eventos de baja incidencia. Se usa cuando es necesario determinar el número de eventos que se pueden producir en un intervalo de tiempo o de espacio, bajo presupuestos de aleatoriedad y ciertas circunstancias restrictivas.

Metodologías básicas de análisis de información	
Método MMWR	Compara el valor observado para un evento (número de casos reportados en un periodo) con una línea de base que se utiliza como referencia (información de los casos de esa enfermedad reportados en 15 intervalos de tiempo pertenecientes a cinco o más años anteriores). Útil en casos de alta incidencia. Para eventos inusuales, la inestabilidad causada por el escaso número de casos reportados puede provocar que la notificación de casos aislados sea considerada como epidemia. Ventajas: fácil interpretación, sencillez y operatividad, no requiere usar tecnologías complicadas.
Incremento-decremento	Método que permite comparar el comportamiento observado de un evento determinado en el periodo actual (cuatro semanas) con relación al comportamiento histórico, que está conformado por la información de casos en 15 intervalos de tiempo pertenecientes a cinco o más años anteriores.
Mapas	Su utilidad se basa en reconocer que el entorno de un individuo o grupo poblacional es determinante para entender la relación salud-enfermedad. Los objetivos del análisis epidemiológico espacial son la descripción de patrones espaciales, la identificación de grupos de enfermedades y la explicación o predicción del riesgo de enfermedad, y para ello se utiliza información de la localización de las personas y de los eventos que se van a estudiar.
Mapa de calor	Corresponde a la asignación por colores e intensidad, y conforme a la medida de posición de los percentiles. Refleja de manera gráfica la posición de un dato con respecto a su distribución.
Gráfico de control	Método que utiliza la distribución media de los datos de la muestra, y que a través de la estimación de la desviación estándar calcula la concentración de datos en el 68 % o 95 % de ellos cuando se usan una o dos desviaciones estándar, respectivamente.
Ajuste de tasa	Comparación de casos a partir de la estimación de casos con respecto al número de habitantes o población estimada.

9. Referencias

1. IHR_2005_es.pdf [Internet]. [Citado el 9 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf

2. ISO 31000:2018(es), Gestión del riesgo - Directrices [Internet]. [Citado el 9 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:31000:ed-2:v1:es

3. Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 [Internet]. [Citado el 8 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normativa/Paginas/decreto-unico-minsalud-780-de-2016.aspx

4. OPS. Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE) [Internet]. [Citado el 8 de marzo de 2022]. Disponible en: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:jnr4prXsnPgJ:https://www.paho.org/col/dmdocuments/MOPECE4.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=co

5. Landínez WEA, Aragón CMH. Instituto Nacional de Salud. (00): 372.

6. Instituto Nacional de Salud. Lineamientos para la vigilancia en salud pública, 2021 [Internet]. [Citado el 8 de marzo de 2022]. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.ins.gov.co%2FBibliotecaDigital%2Flineamientos-nacionales-2022.pdf&clen=3246401&chunk=true

7. lineamientos-nacionales-2022.pdf [Internet]. [Citado el 8 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/lineamientos-nacionales-2022.pdf

8. RUAF - Registro Único de Afiliados [Internet]. [Citado el 9 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/RUAF-Registro-Unico-de-Afiliados.aspx

9. VEBC-Final-211112.pdf [Internet]. [Citado el 8 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/col/dmdocuments/VEBC-Final-211112.pdf

10. Explicación de la página principal - Ayuda de tendencias de búsqueda [Internet]. [Citado el 8 de marzo de 2022]. Disponible en: https://support.google.com/trends/answer/6248105?hl=es&ref_topic=6248052

11. Instituto Colombiano Agropecuario - ICA [Internet]. [Citado el 9 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.ica.gov.co/el-ica/historia?lang=es-co

12. Información geográfica de datos abiertos del IDEAM - IDEAM - IDEAM [Internet]. [Citado el 8 de marzo de 2022]. Disponible en: http://www.ideam.gov.co/inicio?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=91482640&_101_type=content&_101_urlTitle=capas-geo

13. Alertas y actualizaciones epidemiológicas | OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [Citado el 8 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/es/alertas-actualizaciones-epidemiologicas

GESTIÓN DEL RIESGO Y RESPUESTA INMEDIATA

2

CAJA DE HERRAMIENTAS

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

ETAPA 2.

VALORACIÓN DEL RIESGO E INTEGRACIÓN DE FUENTES

(Enfoque Sala de Análisis del Riesgo)

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Etapa 2. Valoración del Riesgo e Integración de Fuentes /Luz Mary Velandia, Franklyn Prieto Alvarado, Angela Alarcón Cruz, Jorge Luis Díaz, Patricia Salas Suspes.

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

Corrección de estilo, diseño y diagramación: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, IETS.

Impresión y acabados: Editorial Scripto SAS

Primera edición: julio de 2022

Guiovanni Rubiano García
Director General INS

Martha Lucía Ospina Martínez
Directora General 2016-2022

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 No. 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 Centers for Disease Control and Prevention.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

ETAPA 2.

VALORACIÓN DEL RIESGO E INTEGRACIÓN DE FUENTES

(Enfoque Sala de Análisis del Riesgo)

I. Introducción

Múltiples eventos son de importancia para la salud pública, algunos pueden generar situaciones que afectan la salud de las poblaciones, dependiendo de las características del agente agresor o amenaza y la vulnerabilidad. Estas situaciones o emergencias en salud pública pueden tener impactos sobre las poblaciones de forma directa e indirecta en el sistema de salud, la economía, el comercio y otros sistemas. Por esto es importante abordarlas con un enfoque de gestión del riesgo, en el cual se identifiquen y analicen los riesgos y sus factores, se tomen medidas de anticipación, control o reducción del riesgo y medidas de preparación para el manejo de sus consecuencias o riesgos residuales.

En Colombia, la gestión del riesgo en vigilancia en salud pública se trabaja en etapas, lo cual facilita un modelo común y un abordaje lógico de las situaciones de riesgo. Estas etapas están relacionadas. En primer lugar, el establecimiento del contexto, cuando se identifican las amenazas y vulnerabilidades y se estiman los objetivos y metodologías para la preparación. En segundo lugar, el Sistema de alerta temprana y valoración del riesgo, compuesto por las fases de identificación, análisis y valoración del riesgo. En tercer lugar, la modificación del riesgo que es el componente para la respuesta integrada por los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) y la estrategia de manejo de incidentes. La comunicación del riesgo y la evaluación del proceso son componentes transversales a la gestión del riesgo (1).

Este Manual brinda, de manera sencilla y simplificada, conceptos claves en la fase de valoración del riesgo en el escenario denominado Sala de Análisis del Riesgo - SAR, que es un espacio extraordinario o habitual, presencial o virtual de análisis de la información disponible y de establecimiento de recomendaciones), lo que facilita la toma de decisiones para una respuesta ante una potencial situación de emergencia.

1.1 Guía para el uso del Manual

Esta es la primera edición del Manual "Valoración del riesgo e integración de fuentes" como herramienta para su implementación en los niveles nacionales y subnacionales, que facilita la intervención y control de alertas, brotes o situaciones de emergencia en salud pública. En el Manual se realizan recomendaciones como insumo para organizar la Sala de Análisis del Riesgo- SAR.

El Manual contribuirá a la toma de decisiones en salud pública ante un riesgo para la salud humana, mediante la

aplicación de un proceso sistemático que abarca desde la valoración del riesgo hasta la toma de decisiones y permitiendo una respuesta escalada.

Este Manual no contiene las fuentes de información del Sistema de Alerta Temprana ni las metodologías básicas de análisis de información epidemiológica. Estos temas están en el Manual "Sistema de Alerta Temprana: identificación del riesgo en salud pública" (2).

Esperamos que, a medida que el proceso esté incorporado en la práctica habitual, los usuarios sugieran mejoras y provean estudios de caso que permitirán perfeccionar este Manual y contribuyan con éste al entrenamiento.

1.2 ¿Cómo se elaboró el Manual?

Este Manual responde a la necesidad de fortalecer la respuesta en salud pública. Es así como, un grupo de profesionales que operan la vigilancia en el nivel nacional, establecen herramientas para la implementación de la gestión del riesgo en terreno. En la elaboración del Manual participaron expertos temáticos y se realizó en dos fases: una inicial con componente cualitativo donde fueron recopiladas experiencias y conocimientos sobre la implementación del modelo de gestión del riesgo y una segunda fase de validación o contraste con la información bibliográfica disponible.

1.3 Estructura y contenido del Manual

El Manual está estructurado en cuatro secciones, bibliografía y sus anexos. En la primera sección, denominada Introducción se enuncian las fases de la gestión del riesgo en salud pública y como se elaboró este Manual. En el segundo numeral, Alcance, se definen los objetivos y a quién va dirigido. En el numeral tres se relacionan las generalidades del análisis y evaluación del riesgo en salud pública en el contexto de la Sala de Análisis del Riesgo (SAR), se define qué es, insumos y usos. En el capítulo cuarto se establece la implementación o desarrollo de la SAR en seis fases: 1. reconocimiento de la alerta que requiere ser valorada, 2. convocatoria de actores, 3. integración de información, 4. valoración del riesgo, 5. determinación del nivel de riesgo y 6. nivel de respuesta e información para la toma de decisiones. Además, se ha incluido la referencia a los principales textos revisados para la elaboración de este documento y los anexos.

II. Alcance

El presente Manual hace énfasis en conceptos claves en la fase de valoración del riesgo, en el escenario denominado Sala de análisis del riesgo-SAR, que es un espacio extraordinario o habitual (periódico), presencial o virtual, de análisis de la información disponible y de establecimiento de recomendaciones que facilita la toma de decisiones para una respuesta ante una situación de emergencia.

Este documento está dirigido a los niveles subnacionales o nacionales encargados de la vigilancia en salud pública para orientar la valoración del riesgo ante potenciales brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública.

2.1 Objetivo general

Establecer las actividades de análisis del riesgo de alertas en salud pública captadas a través del Sistema de Alerta Temprana - SAT mediante espacios de discusión como las Salas de Análisis del Riesgo - SAR.

2.2 Objetivos específicos

Identificar elementos para la valoración del riesgo e integración de fuentes de información.

Identificar y clasificar el nivel de riesgo de eventos de interés en salud pública que ingresaron a la SAR.

Establecer recomendaciones para facilitar la toma de decisiones sobre las estrategias y actividades más adecuadas para la modificación del riesgo y respuesta.

III. Generalidades del análisis y valoración del riesgo en salud pública en el contexto de la Sala de Análisis del Riesgo (SAR)

El análisis de riesgo es el proceso para comprender la naturaleza del riesgo y proporcionar las bases para su valoración y determinación de la respuesta. Esta fase es realizada en el escenario denominado Sala de Análisis del Riesgo - SAR, que es un espacio presencial o virtual de análisis de la información disponible y de establecimiento de recomendaciones. Este escenario es diferente, de acuerdo con el contexto, a las salas de crisis o salas situacionales.

En la SAR se espera el acopio de la mayor cantidad y calidad de información a la inicialmente recolectada por el gestor del SAT en la etapa de identificación del riesgo. En la SAR se presenta la situación y se profundiza su análisis e interpretación.

En la SAR participan los actores clave de los diferentes sectores e instituciones para el abordaje de la situación: especialistas del evento, personal del laboratorio, especialistas en las intervenciones, personal médico especializado, entre otros. Dicho análisis es el máximo esfuerzo para el reconocimiento de la situación que incluye el uso de herramientas epidemiológicas, la visualización de los datos, la correlación de la información de la vigilancia con otras fuentes (clima, ambiente, entre otras), las mesas de trabajo con pares, las reuniones con otras instancias institucionales, intra e intersectoriales (1).

El análisis del riesgo proporciona un insumo para la valoración del riesgo, las decisiones sobre los riesgos y la necesidad de intervención, estrategia y métodos más apropiados. Los resultados del análisis permiten una

comprensión del riesgo para tomar decisiones, cuando se está eligiendo entre distintas alternativas, y las opciones implican diferentes tipos y niveles de riesgo (3).

Es así como se plantean las salas de análisis del riesgo donde se debe establecer el nivel de riesgo y un eventual nivel de respuesta institucional frente a una situación. En este espacio confluye el nivel técnico y estratégico (4).

Para el análisis y valoración del riesgo en la salud pública, es importante identificar las vulnerabilidades de la población o del sistema de salud frente a sus amenazas.

En salud pública y de acuerdo al Reglamento Sanitario Internacional-RSI 2005 son consideradas como amenazas o riesgos aquellas condiciones o situaciones que tienen un gran impacto sobre la salud dada su alta capacidad de propagación tales como:

Enfermedades infectocontagiosas

Alimentos contaminados

Zoonosis

Problemas relacionados con el agua y el saneamiento ambiental

Emergencias con sustancias químicas o radioactivas

Emergencias o desastres de origen natural o antrópico que pueden afectar la salud de una población directa o indirectamente

La vulnerabilidad es la susceptibilidad o fragilidad física, económica, social, ambiental o institucional que tiene una comunidad de ser afectada o de sufrir efectos adversos cuando sucede una amenaza para la salud. Corresponde a la predisposición a sufrir pérdidas o daños de los seres humanos y sus medios de subsistencia, así como de sus sistemas físicos, sociales, económicos. Adicionalmente, la falta o insuficiente comunicación del riesgo diferencial a la población genera diferentes percepciones del riesgo, situación que condicionará que las intervenciones para la anticipación o control del riesgo tengan diferentes grados de efectividad.

En el proceso de análisis de riesgos, la vulnerabilidad se debe evaluar de manera específica para cada una de las amenazas para la salud pública en los siguientes niveles:

- **De la población expuesta (social, económico, organización, acceso a servicios, sistema de salud, etc.).**
- **Del sector salud (personal, recursos y procesos).**
- **Capacidades del territorio (recurso humano, planes de respuesta, del sistema de vigilancia)**

¡Recuerda!

El análisis de riesgo es el proceso para comprender la naturaleza del riesgo y proporcionar las bases para su valoración y la determinación de la respuesta. Esta fase es realizada en el escenario denominado Sala de Análisis del Riesgo - SAR. **Por ejemplo, si en el nivel local se presenta una situación inusual para el evento dengue y requiere ser analizado en la SAR, es importante incluir datos sobre factores de riesgo y percepción del riesgo relacionado con el comportamiento de prácticas de prevención y control del dengue a nivel comunitario, permitiendo evaluar las amenazas y las vulnerabilidades.**

3.1 ¿Qué es la Sala de Análisis del Riesgo?

Es un escenario físico o virtual que permite el análisis y evaluación del riesgo a alertas y brotes, permitiendo establecer los niveles de riesgo y una respuesta proporcionada al riesgo analizado. La SAR es un mecanismo excepcional y analiza los riesgos en salud pública que tienen alto potencial epidémico. Se pueden implementar SAR a nivel nacional o subnacional.

También la SAR puede funcionar en un nivel superior de manejo de incidentes, como parte de la sección de planificación en un Centro de Operaciones de Emergencia. Este escenario favorece el uso de la información para la toma de decisiones, apoya procesos decisorios, define prioridades, y la periodicidad de actualización de situación, para que sean presentadas y discutidas, a través de informes técnicos.

En la SAR participan los actores clave de los diferentes sectores e instituciones para el abordaje de la situación: especialistas del evento, personal del laboratorio, especialistas en las intervenciones, personal médico especializado, entre otros. Ejemplo: si se requiere analizar un brote de tos ferina en población migrante, es pertinente convocar a los actores que manejan y analizan la información, como áreas de la Secretaria de Salud: Plan Ampliado de Inmunizaciones, prestación de servicios, laboratorio de salud pública, área que maneja asuntos migratorios a nivel subnacional.

¡Recuerda!

Es un escenario físico o virtual que permite el análisis y evaluación del riesgo a alertas y brotes, permitiendo establecer los niveles de riesgo y una respuesta proporcionada al riesgo analizado. La SAR es un mecanismo excepcional y analiza los riesgos en salud pública que tienen alto potencial epidémico. Se pueden implementar SAR a nivel nacional o subnacional.

3.2 Recursos para el funcionamiento de la Sala de Análisis del Riesgo

La Sala de Análisis del Riesgo debe contar con una estructura de acuerdo al nivel de capacidad instalada en cada territorio o región y a los recursos disponibles del lugar donde se implemente, no requiere estructuras robustas para garantizar su funcionamiento, pues lo más importante es su funcionalidad. Deberá contar con:

- **Un espacio físico o virtual**
- **Unos sistemas de información que fluyan y se renueven constantemente en función de la demanda que generan las decisiones tomadas.**
- **Tecnología adecuada para el análisis de los datos que puede ir desde ordenadores, redes informáticas, hasta calculadoras o papel milimetrado.**
- **Un equipo humano responsable de la sala y con formación adecuada y continuada dependiendo de la tecnología que tengan que utilizar y del nivel de decisiones que se deban tomar en función de donde se implemente la sala de situación.**
- **Documentos como informes, presentaciones, actas y la matriz de priorización para eventos de interés en salud pública. Se deben establecer repositorios de documentos.**
- **Directorios o inventarios de actores clave actualizados para realizar una convocatoria amplia y eficiente.**
- **Repositorios de información de situaciones analizadas.**

3.3 Usos y funciones

Dependiendo del nivel administrativo donde esté situada la sala de análisis del riesgo, podrán observarse, entre otras, las siguientes funciones:

- **Monitorizar las tendencias de los eventos de salud que se notifiquen para SAR y de sus factores de riesgo.**
- **Monitorizar las actividades de intervención frente a las epidemias, emergencias, desastres naturales u otros factores de riesgo.**
- **Analizar datos para la toma de decisiones en el nivel correspondiente.**

- **Información oportuna y relevante, con una base científico-técnica, proceso de toma de decisiones en las áreas correspondientes participando en la propuesta de alternativas de intervención a corto y mediano plazo y su evaluación.**

- **Integrar otras áreas o instituciones del nivel subnacional, así como organizaciones externas. Esta es la oportunidad para determinar y articular los equipos que se puedan desplegar, por ejemplo, de los Centros Reguladores de Urgencias, los programas de Promoción y Prevención, otros sectores, la empresa privada, entre otras.**

- **Apoyar a los Equipos de Respuesta Inmediata desplegados, en el procesamiento de datos e información, según necesidad.**

IV. Fases de implementación o de desarrollo de la SAR

Es importante tener en cuenta que existen niveles de SAR: subnacionales, cuando el espacio es convocado desde ese nivel o también puede realizarse una SAR nacional, cuando se involucran niveles superiores del orden nacional. A continuación, se presentan las seis fases a considerar para el desarrollo.

Diagrama 1. Fases de implementación o desarrollo de la SAR

Fuente: elaboración propia

4.1 Fase 1. Reconocimiento de la alerta que requiere ser valorada

Determinar que se requiere valorar una alerta por la SAR es un proceso en el cual integra la información recolectada por el gestor en el Sistema de Alerta Temprana como parte de la identificación del riesgo en salud pública, donde esas

señales captadas son revisadas y clasificadas como alertas para seguimiento, remisión a la SAR, cierre o descarte, teniendo en cuenta su impacto o gravedad y en acuerdo con el especialista del evento se determina el manejo.

No todas las situaciones captadas en el proceso de identificación del riesgo serán llevadas a una SAR. Por ello es fundamental hacer una compilación metódica y ordenada de todos los eventos identificados y gestionados, lo que permitirá análisis periódicos en busca de comportamientos inusuales o patrones repetitivos de eventos en el territorio, así como consolidar un documento histórico de las actividades del equipo de trabajo.

Se deben identificar aquellas alertas o eventos de alto impacto o repercusión (detonadores) que requieren la derivación inmediata y convocatoria de una SAR; o aquellas situaciones de la vigilancia rutinaria cuya desviación del comportamiento histórico puedan suponer un riesgo colectivo mayor, integración de áreas, oficinas o instituciones.

De acuerdo con lo anterior, recuerde que no todos los riesgos en salud pública requieren ingresar a un análisis por la SAR. Tenga en cuenta las siguientes consideraciones:

- **Eventos de interés en salud pública vigilados rutinariamente:** cuando sus condiciones epidemiológicas cambian o se genera un aumento de la morbimortalidad o cambia el agente causal, en su patogenicidad, virulencia, resistencia a tratamientos instaurados, entre otros.
- Eventos con potencial epidémico o de preocupación nacional e internacional **(ver tabla 1)**.

Tabla 1. Criterios y Eventos con potencial epidémico

Criterios	Eventos
Establecidos por el RSI como ESPII	Viruela, polio por poliovirus salvaje, gripe humana por un nuevo virus y síndrome respiratorio agudo severo. Ébola, Covid-19.
Erradicación y eliminación en la región	Sarampión, rubeola y rubeola congénita y rabia humana transmitida por perros, gatos, y cólera.
Mediático que impactan programas nacionales	Eventos de posible impacto en medios de comunicación.
Posibles eventos de interés en salud público posteriores a desastres y amenazas	Emergencias por amenazas naturales: terremotos, tsunamis, inundaciones, deslizamientos de tierra o avalanchas, entre otros. Emergencias por peligros antropogénicos: desplazamiento de personas, daño a líneas vitales, entre otros. Las situaciones mencionadas pueden generar la interrupción de servicios esenciales y producir condiciones de riesgo para la salud pública secundario a hacinamiento, interrupción de agua, electricidad, saneamiento, entre otros.
Otros eventos con potencial epidémico	Con circulación activa en el exterior o con riesgo de ser ESPII según el anexo 2 del RSI 2005. Eventos resultantes de la exposición a materiales tóxicos o peligrosos determinados por otras instituciones como INVIMA, ICA y que puedan tener una alta repercusión en salud pública.
Eventos por solicitud administrativa o gubernamental	Los no detectados en las estrategias anteriores o que por su condición en principio no requieren de su análisis en la SAR.

Fuente: Manual Sistema de alerta temprana: identificación del riesgo en salud pública. Instituto Nacional de Salud.

- Situaciones que pueden ser objeto de valoración en la SAR.

a. Brotes de enfermedades transmisibles que se extiende a más de un municipio/departamento.

b. Brotes de enfermedades transmisibles en población especial y confinada.

c. Muertes de animales que pueden estar asociados con la aparición de enfermedades en humanos (zoonosis) y epizootias.

d. Riesgos derivados de microorganismos marinos que producen toxinas con el potencial de causar daño a la salud humana, animal y al ambiente. Por ejemplo, la ciguatera.

e. Muertes de origen desconocido o por eventos de interés en salud pública.

f. Casos de síndrome neurológico, icterohemorrágico.

g. Infección Respiratoria Aguda Grave Inusitada.

¡Recuerda!

Después de confirmar que un evento notificado es objeto de la SAR y puede ser considerado un riesgo inmediato para la salud pública, se debe determinar su importancia en términos de salud pública, según la calidad y el grado de integridad de la información disponible para evaluar el riesgo.

4.2 Fase 2. Convocatoria de actores

Se debe disponer del listado o directorio de actores requeridos para la valoración del riesgo del evento que ingresa a la SAR.

La decisión sobre las disciplinas o los actores que debe incluir el equipo de valoración de riesgos es un paso que a menudo se pasa por alto y es clave para la valoración del riesgo y emisión de recomendaciones, es así como los conocimientos y la experiencia del equipo influyen en el análisis de riesgos. Así mismo, dependerá del evento a valorar por la SAR para la convocatoria de tomadores de decisión.

Una vez identificados los actores que se requieren para el desarrollo de la SAR se realiza la convocatoria por la vía más expedita y se comparte la información disponible. A su vez, si se requiere información que pueda ser aportada por los actores identificados con el fin de recabar conocimientos técnicos adicionales, debe ser solicitada.

Es importante disponer de los directorios o inventarios de actores clave para realizar una convocatoria asertiva al momento de requerir realizar una sala de análisis del riesgo, a continuación relacionamos propuesta de plantilla a utilizar:

Tabla 2. Directorio de actores

DIRECTORIO/LISTADO DE ACTORES CLAVE PARA SALA DE ANÁLISIS DEL RIESGO							
INSTITUCIÓN	DEPENDENCIA	NOMBRES	CARGO	PROFESIÓN	TELÉFONO	EXPERIENCIA	EMAIL

Fuente: Elaboración propia

4.3 Fase 3. Integración de la información

Es importante que se cuente con información suficiente, verificada y contrastada con las fuentes de información disponibles, pues no hay que desgastar el equipo de especialistas de otras áreas sin contar con insumos suficientes.

Antes de realizar la SAR, se deben recabar conocimientos técnicos adicionales. Por ejemplo, en toxicología, sanidad animal, inocuidad de los alimentos o protección contra las radiaciones, lo que depende del tipo de evento o riesgo que se está valorando.

Se debe contar con los insumos necesarios, para la valoración de riesgos, por ejemplo, cuando:

- El evento tiene pocas probabilidades de ser causado por un agente infeccioso.
- El evento está asociado con enfermedad o muerte de animales o como presunta zoonosis.
- El evento se relaciona con un alimento, bebida o medicamento contaminado con un agente (químico, físico o microbiológico) con amplia distribución nacional o internacional.
- Con un accidente conocido que involucra productos químicos o un incidente radionuclear, aunque no existan informes sobre enfermedad en humanos.

El conocimiento sobre el entorno local en el cual se está produciendo el evento es un componente fundamental de la valoración de riesgo.

El alistamiento e integración de información para el riesgo a valorar debe recabar datos desde lo disponible hasta una gama de posibilidades revisando el comportamiento epidemiológico de posibles riesgos y sus condiciones, así

como lo relacionado con las amenazas y las vulnerabilidades, revisar bibliografía si es un evento nuevo o hacer una búsqueda de datos con otros países o realizar consultas con entidades del orden territorial o nacional que por competencia manejen el tema.

¡Recuerda!

Es importante que se cuente con información suficiente, verificada y contrastada con las fuentes de información disponible, pues no hay que desgastar el equipo de especialistas de otras áreas sin contar con insumos suficientes.

4.4 Fase 4. Valoración del riesgo

La valoración del riesgo es el proceso para comprender la naturaleza del riesgo mediante la evaluación de las amenazas y vulnerabilidades, donde el objetivo principal en la SAR es proporcionar las bases para determinar un nivel de riesgo y un nivel de respuesta.

Para cumplir con la objetividad del proceso, se tienen en cuenta variables tales como impacto poblacional, impacto al sistema de salud, competencias o capacidades territoriales, autonomía administrativa del nivel local, disrupción social, resiliencia del sistema de vigilancia y de salud, capacidad de respuesta, foco mediático, riesgos estratégicos, operativos y reputacionales. Esta situación específica debe ser evaluada periódicamente por la SAR, para actualizar la valoración del riesgo y adaptar la respuesta.

Por lo general, establecer un nivel de riesgo y nivel de respuesta institucional es factible con metodologías de análisis y evaluación de las situaciones en matrices de riesgo o mapas de calor.

El nivel de riesgo de un evento agudo de salud pública depende de las condiciones sociales, económicas, ambientales y políticas en la zona afectada y de la eficacia de los servicios de salud locales (por ejemplo, servicios de salud curativos y públicos). Respecto de algunas amenazas, la eficacia de las conexiones entre los servicios de salud y otros sectores y organismos responsables (por ejemplo, el sector de la sanidad animal en caso de enfermedades zoonóticas) también puede influir en el riesgo y se debe evaluar (5).

La valoración de riesgos incluye varios componentes, mencionamos tres: evaluación de la amenaza, la exposición y el contexto. El resultado de estas tres evaluaciones se utiliza para caracterizar el nivel general de riesgo.

Figura 1. Proceso de valoración de riesgos

Fuente: Valoración Rápida de Riesgos de Eventos Agudos de Salud Pública. OPS/OMS

Para valorar el riesgo fueron seleccionados unos criterios después de una revisión de diferentes metodologías de análisis disponibles, con el objetivo de considerar una evaluación objetiva a la hora de tomar decisiones. Sin embargo, llegar a medir objetivamente no es tan fácil, por ello es importante que el nivel subnacional o local **puede adaptar y adoptar algunas, o inclusive tener en cuenta otras**, por ejemplo la categoría a nivel local, interculturalidad, etc.

En la tabla 3 y 4 se relaciona un ejemplo sobre los criterios seleccionados para evaluar amenazas y vulnerabilidades.

Evaluando amenazas:

Impacto humano: evalúa extensión geográfica y características del evento (patogenicidad, transmisibilidad, frecuencia y gravedad).

Impacto sobre el sistema de salud: prestación de servicios de Salud.

Impacto social: evalúa el impacto sobre el turismo o el comercio en la región afectada.

Acceso geográfico: evalúa la accesibilidad y las características del área afectada.

Tabla 3. Criterios para evaluar amenazas

Impacto humano	**Extensión geográfica**	
	◉ **Cualquiera de los siguientes:** • Casos aislados a nivel local. • Casos notificados en una sola familia. • Casos en una sola Institución.	○ **Cualquiera de los siguientes:** • Casos o evento diseminado a nivel local. • Casos en varias Instituciones a nivel local.
	Características del evento	
	○ **Cualquiera de los siguientes:** • Evento endémico conocido. • Evento en zona de seguridad. • Tasa de ataque baja < 1% del nivel local	◉ **Cualquiera de los siguientes:** • Evento epidémico conocido recurrente en el área. • Evento con aberración epidémica positiva o en zona de alerta. • Tasa de ataque moderada a alta 1 a 2% del nivel local. • Posibilidad de diseminación por cantidad de susceptibles. • Baja patogenicidad, virulencia y transmisibilidad.
Impacto sobre el SGSSS	**Carga económica, disponibilidad y efectividad**	
	○ **Cualquiera de los siguientes:** • Número de casos que asisten a servicios es menor a lo usual. • Tratamiento disponible en los primeros niveles de atención	◉ **Cualquiera de los siguientes:** • El número de casos que asisten a servicios de salud es igual a lo usual. • Tratamiento disponible en algunos niveles de atención de mayor complejidad.
Impacto social	**Impacto turístico o comercial**	
	○ **Cualquiera de los siguientes:** • Zona afectada es rural y no es visitada por turistas. • El sistema económico no está afectado.	○ **Cualquiera de los siguientes:** • Zona afectada es un nivel local no turístico y no es capital . • El evento no genera afectación de la convivencia social.
Acceso geográfico	**Accesibilidad geográfica y características del área afectada**	
	○ **Cualquiera de los siguientes:** • Se puede acceder al área afectada en menos de 6 horas. • Población no indígena o no son grupos poblacionales especiales.	○ **Cualquiera de los siguientes:** • Se puede acceder al área afectada entre 6 y 12 horas. • Población no indígena o no son grupos poblacionales especiales.

○ **Cualquiera de los siguientes:** • Casos o eventos con extensión a varias áreas locales. • Casos o eventos notificados en dos o más regiones.	○ **Evento con extensión en varios países con alto trafico nacional o evento en países limítrofes**
○ **Cualquiera de los siguientes:** • Evento emergente, re emergente o de etiología desconocida que no ha ocasionado muertes. • Evento con aberración positiva en brote. • Evento de interés en salud pública con muertes relacionadas. • Tasa de ataque alta 2 a 5% del nivel local. • Evento de alta patogenicidad, virulencia y transmisibilidad.	○ **Cualquiera de los siguientes:** • Evento de etiología desconocida con muertes. • Evento en alerta internacional,ESPII, evento en el marco de RSI con inminente ingreso al País. • Tasa de ataque muy elevada más del 5% del nivel local. • Tasa de ataque en el área mayor del 50%.
○ **Cualquiera de los siguientes:** • El número de casos que asiste a servicios de salud es superior a lo usual. • Evento que requiere de medicación controlada o en el marco de la Salud pública • Tratamiento en hospitales centrales: no hay tratamiento específico; los hospitales de mayor complejidad no tienen capacidad.	○ **Cualquiera de los siguientes:** • Colapso de los servicios de salud. • Afectación de personal de salud.
◉ **Cualquiera de los siguientes:** • Zona afectada es un nivel local turístico o con alta influencia económica. • Evento que genera afectación de la convivencia social.	○ **Cualquiera de los siguientes:** • Zona afectada es un nivel local o subnacional fronterizo internacional de alto movimiento. • Evento que genera alteración de convivencia local con muertes relacionadas.
◉ **Cualquiera de los siguientes:** • Se puede acceder al área afectada entre 12 horas y 24 horas. • Población es indígena o son grupos poblacionales especiales. • Población afectada por calamidad natural o antrópica, sin afectación a la capacidad de respuesta.	○ **Cualquiera de los siguientes:** • Población afectada por una situación de desastre natural con compromiso de la capacidad de respuesta. • No se cuenta con capacidad para el ingreso al área.

Evaluando vulnerabilidades:

Perfiles, logística y recursos: capacidad de respuesta por niveles (local, subnacional y nacional).

Vigilancia epidemiológica: capacidad de respuesta del sistema rutinario de vigilancia epidemiológica.

Tabla 4. Criterios para evaluar vulnerabilidades

Perfiles, logística y recursos	**Investigación epidemiológica de campo**	
	El nivel local cuenta con capacidad de respuesta: • Planes de preparación y respuesta a emergencias. • Disponibilidad de ERI local y profesionales con entrenamiento en investigación de campo. • Cuentan con insumos suficientes.	**El nivel local no cuenta con capacidad de respuesta, pero el nivel subnacional cuenta con capacidad de respuesta:** • Planes de preparación y respuesta a emergencias. • Disponibilidad de un ERI subnacional y profesionales con entrenamiento en investigación de campo. • Cuentan con insumos suficientes.
Vigilancia epidemiológica	**Capacidad de vigilancia epidemiológica**	
	El nivel local no tiene retraso en la notificación y realiza el análisis de los datos, cuenta con responsable de la vigilancia para el evento.	El nivel local tiene retrasos en la notificación, pero el nivel subnacional no tiene retrasos en la notificación, realiza el análisis de los datos y cuenta con responsable de la vigilancia para el evento.
Medios de comunicación	**Difusión en medios de comunicación**	
	La situación no está en medios y el nivel local cuenta con planes de manejo de medios y comunicación del riesgo.	La situación aparece en medios locales o regionales, el nivel subnacional tiene capacidad para la implementación del plan de manejo de medios y comunicación del riesgo.

Medios de comunicación: difusión en medios de comunicación.

○ **El nivel subnacional no cuenta con capacidad de respuesta, pero el nivel nacional cuenta con capacidad de respuesta:** • Planes de preparación y respuesta a emergencias. • Disponibilidad de un ERI nacional con capacidad de despliegue. • Recursos limitados del nivel local y subnacional.	○ El nivel central no tiene capacidad de respuesta, recursos limitados nacionales para la respuesta. Se requiere del apoyo del nivel internacional para las actividades de respuesta.
○ El nivel subnacional tiene retrasos en la notificación o silencio epidemiológico, pero el nivel nacional realiza el análisis de los datos y cuenta con capacidad para la vigilancia de los eventos.	○ Cualquiera de los siguientes: • El sistema de vigilancia no es capaz de identificar cambios inusuales o inusitados del comportamiento de los eventos de interés en salud pública. • Silencio epidemiológico persistente del nivel subnacional.
○ La situación está en medios nacionales, el nivel subnacional no tiene capacidad para la implementación del manejo de medios. El nivel nacional cuenta con capacidad para el manejo de medios y comunicación del riesgo.	○ Cualquiera de los siguientes: • El nivel nacional no tiene capacidad para el manejo de medios y comunicación del riesgo. • Solicitud explícita de apoyo de una autoridad subnacional, nacional o internacional.

Algunas situaciones abordadas en una SAR son aquellas en las que es necesaria la articulación con otras áreas o sectores, por ejemplo, al recibir alertas sobre infecciones asociadas a la atención en salud en las que el trabajo es con las áreas de farmacovigilancia o tecnovigilancia de la agencia reguladora de medicamentos, los responsables de la inspección vigilancia y control de la prestación de servicios de salud, entre otras. De igual forma pasa con las alertas ambientales que requieren otros sectores como comités de

Tabla 5. Criterios para evaluar el riesgo en brotes de IAAS

Brotes de IAAS	○ • Brotes de IAAS por microorganismos sensibles o una o dos familias de anitbióticos. • Brote de IAAS con entidad territorial e institucional con capacidad de respuesta demostrada con envio de informes y adecuado abordaje. • Brote de IAAS sin muertes relacionadas o atribuibles al evento.	○ **Cualquiera de los siguientes en entidad territorial sin capacidad de respuesta (no informes de brote, no manejo apropiado de brote establecido por equipo funcional):** • Brotes en población de riesgo (inmunocomprometidos, edades extremas, UCI, comorbilidades como cáncer, pacientes con enfermedades crónicos). • Brote de IAAS con muertes relacionadas o atribuibles. • Brotes de IAAS por microorganismos multidrogoresistente. • Brote que requiere articulación de diferentes áreas intersectoriales territoriales. • Solicitud de apoyo desde el nivel administrativo territorial. • No se evidencia articulación entre el área de vigilancia y el laboratorio subnacional de salud pública. • La situación requiere de ampliación de información según requierimiento priorizado por el nivel nacional. • Brotes por microorganismos de interés en salud pública o con mecanismos de resistencia priorizados por el nivel nacional en entidades territoriales que han respondido a este evento en anteriores ocasiones y con capacidad de respuesta. • Brote de IAAS con afectación en varias instituciones con el mismo agente etiológico con entidad territorial sin capacidad de respuesta y control de la situación.

gestión del riesgo municipales, departamental y/o nacionales, institutos de clima o meteorología, entre otras.

En caso de una situación relacionada con brotes de IAAS, se debe evaluar un rango que abarca desde la ausencia del evento, presencia de microorganismos sensibles sin presencia de muertes, hasta la afectación de población de riesgo, presencia de muertes relacionadas o como alerta internacional emergente en el país.

Entidad territorial con capacidad de respuesta (informes de brote que dan cuenta del correcto abordaje de la situación)

- Brote de IAAS con afectación en varias instituciones con el mismo agente etiológico con entidad territorial con capacidad de respuesta y control de la situación, pero cuyo agente define un interés particular de seguimiento.
- Brote de IAAS con fuente (posible o confirmada) de infección en medicamentos, productos biológicos, soluciones o insumos de amplia distribución en diferentes entidades territoriales donde puede haber o no hay capacidad de respuesta o esta se ve superada por la situación.
- Brotes por microorganismos de interés en salud pública o con mecanismos de resistencia priorizados por el nivel nacional o de alertas internacionales en entidades territoriales como primer evento emergente o de acuerdo a criterios nacionales.
- Brote de IAAS en que a pesar de medidas instauradas no se ha logrado el control de la situación o que puede implicar el cierre de servicios en una entidad territorial sin capacidad de respuesta.

Cualquiera de los siguientes:

- Alerta internacional emergente en el marco de RSI (bacterias multirresistentes o de difícil identificación por los métodos automatizados disponibles en las UPGD)
- Brotes multicéntricos que exceda un total de 40 casos (independiente de las instituciones involucradas).
- Brotes que superen una letalidad del 5%.
- Brotes que superen una tasa de ataque del 10%.

Cuando es una situación que esté relacionada con alertas ambientales, se evalúa teniendo en cuenta la situación establecida. Ejemplo: evento o fenómeno climático extremo.

Tabla 6. Criterios para evaluar el riesgo en situaciones ambientales

	Situaciones Ambientales	
Situaciones ambientales	○ **Cualquiera de las siguientes:** • El agente es conocido y la situación se puede controlar en menos de 72 horas. • Sin afectación de líneas vitales (agua, suelo, aire).	○ **Cualquiera de las siguientes:** • El agente es conocido y la situación requiere menos de 72 horas para controlarse. • Probable aparición de eventos de interés en salud pública. • Afectación en área rural.

¡Recuerda!

La valoración del riesgo, para cumplir con la objetividad del proceso, tiene en cuenta variables tales como impacto poblacional, impacto al sistema de salud, competencias o capacidades territoriales, autonomía administrativa a nivel local, disrupción social, resiliencia del sistema de vigilancia y de salud, capacidad de respuesta, foco mediático, riesgos estratégicos, riesgos operativos y riesgos reputacionales. Esta situación específica debe ser evaluada periódicamente por la SAR, para actualizar la valoración del riesgo y adaptar de la misma manera, la respuesta.

(Huracán), afectación de una o más líneas vitales y aparición de eventos de interés en salud pública secundarios, entre otros que se consideren.

Cualquiera de las siguientes: • El agente es desconocido o conocido y la situación requiere más de 72 horas para controlarse. • Afectación en corto plazo. • Afectación de una línea vital y alto riesgo de aparición de eventos de interés en salud pública. • Afectación urbana localizada. • Afectación de animales de consumo.	**Cualquiera de las siguientes:** • Evento o fenómeno climático extremo (por ejemplo Huracán) • Afectación de una o más líneas vitales y aparición de eventos de interés en salud pública secundarios. • Afectación urbana extensa.

4.5 Fase 5. Determinación del nivel de riesgo y nivel de respuesta

La determinación del nivel de riesgo la proporcionan los participantes de la SAR, posterior a la valoración del riesgo, por lo tanto, el equipo de valoración de riesgos debe tener el conocimiento y la experiencia en el abordaje de estas situaciones, y es un aspecto clave como se mencionó en las anteriores fases.

Posterior a la valoración del riesgo, mediante el contraste entre los datos epidemiológicos, la capacidad de respuesta y la información científica, determine un nivel de riesgo y a la vez un nivel de respuesta, este debe ser proporcional a dicho riesgo establecido.

Proceda a evaluar el riesgo teniendo en cuenta la matriz de riesgos “Matriz de priorización para eventos de interés en salud pública” del Instituto Nacional de Salud. Sobre el eje “X”

se establece el puntaje de riesgo con la siguiente escala: 1, 5, 15 y 100 puntos, el puntaje es determinado por los criterios de riesgo establecidos en las amenazas y vulnerabilidades; la sumatoria de los puntajes permite determinar un nivel de riesgo y eventual requerimiento de respuesta, así como la semaforización de los eventos. Los puntajes de 100 o superiores se han determinado como criterios detonantes que pueden requerir de una respuesta nacional coordinada. En el contenido de las celdas se establecen los valores de referencia que se deben tener en cuenta para la priorización y análisis del riesgo. De acuerdo con el puntaje definitivo, se realizarán las recomendaciones a los tomadores de decisiones para la respuesta a la situación de emergencia en salud pública.

Tabla 7. Nivel de riesgo y nivel de respuesta

Puntaje	Nivel de riesgo	Respuesta
<10	I	Local
11 a 50	II	Subnacional
51 a 100	III	Subnacional/Nacional
>101	IV	Intersectorial

Este componente es el producto de la recomendación de la SAR como respuesta al diagnóstico y reconocimiento de la situación. Hay cuatro niveles de riesgo, de los que se desprenden cuatro niveles de respuesta. El proceso de modificación del riesgo se puede realizar de un modo variado que incluye el acompañamiento funcional al nivel local, el despliegue de equipos de respuesta inmediata,

la estructuración de sistemas de manejo de incidente, la activación de los consejos para la gestión del riesgo de desastres (4). Revisemos dos ejemplos, Nivel de riesgo II y Nivel de riesgo III:

Nivel de riesgo II: cualquier evento de interés en salud pública y su manejo se puede dar en lo local con acompañamiento del nivel subnacional, evaluación de priorización para eventos de interés en salud pública: con resultado de 46, con respuesta desde el nivel local. Evento en situación de seguridad de acuerdo al análisis epidemiológico o cuentan con capacidad de respuesta.

Nivel de riesgo III: cualquier evento de interés en salud pública y su manejo se puede dar en el nivel subnacional con el acompañamiento nacional, evaluación de priorización para eventos de interés en salud pública: con resultado de 76, con apoyo de respuesta desde el nivel nacional, con un ERI, se decide por confirmación del caso y dificultades en la identificación de la fuente de contagio, el desplazamiento de ERI del INS se indaga con la ET el recurso humano disponible, manifiesta no contar con personal contratado suficiente.

Gráfico 2. Pirámide de riesgo

Fuente: Abecé para la Gestión del Riesgo Colectivo en Brotes, Epidemias y Eventos de Interés en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud.

¡Recuerda!

Posterior al análisis, la SAR procede a la valoración del riesgo mediante el contraste entre los datos epidemiológicos y la capacidad de respuesta. Este contraste determina un nivel de riesgo y de respuesta, que debe ser proporcional al riesgo establecido.

4.6 Fase 6. Información para la toma de decisiones

En esta fase se pueden derivar acciones, productos o documentos que apoyen la modificación del riesgo evaluado, que debe ser coherente con el nivel de riesgo y respuesta de acuerdo con la fase 5:

- **Asistencia técnica**
- **Planes de acción para la respuesta**
- **Seguimiento en SAR o nueva reunión**
- **Seguimiento por especialista o referente del evento**
- **SITREP o informes de situación**
- **Activación del COE-ESP o de un sistema manejo de incidentes**

Una vez revisado por el equipo de evaluación de riesgo, el nivel de riesgo y el nivel de respuesta, se procede a consignar en el repositorio de la SAR: actas, presentaciones y reportes de situación- SITREP cuando se defina su elaboración por la SAR.

Acta de SAR: este registro se realiza de acuerdo al formato disponible en el nivel subnacional o nacional, se consigna el nivel de riesgo y se emiten recomendaciones técnicas para la toma de decisiones. Esta acta se debe enviar a todos los participantes de la SAR para aprobación.

SITREP: se genera de acuerdo con la información disponible en caso de ser necesario y **definido por la SAR**, su periodicidad básica es 24 y 72 horas, avances y final o cierre. En ocasiones se requiere un un SITREP semanal o quincenal.

Consolide y archive toda la información producto de la SAR de acuerdo con el sistema de calidad implementado en su institución.

Existen situaciones que pueden generar el mantenimiento activo de la SAR, es decir, un seguimiento de la situación, emitir SITREP ante nueva evidencia de información y revalorar hasta su cierre. Ejemplo: un brote de infección respiratoria aguda grave en población indígena en zona de dificil acceso y barreras culturales, que continúe con presentación activa de casos y muertes, requiere mantener la situación en SAR para garantizar una articulación interinstitucional, emisión de información periódica a través de SITREP y cápsulas e intercambio de información entre SAR subnacional y nacional.

Aspectos clave para la valoración del riesgo e integración de fuentes

- La valoración del riesgo se conforma por las etapas de identificación del riesgo y el análisis, y la evaluación del riesgo.
- El análisis de riesgo es el proceso para comprender la naturaleza del riesgo y proporcionar las bases para su valoración y la determinación de la respuesta. Esta fase es realizada en el escenario denominado Sala de análisis del riesgo-SAR.
- La SAR que es un espacio presencial o virtual de análisis de la información disponible y de establecimiento de recomendaciones, en otros escenarios puede denominarse sala de crisis o sala situacional.
- Para el análisis y valoración del riesgo en la salud pública, es importante identificar las vulnerabilidades de la población o del sistema de salud en todo su campo, frente a sus amenazas.
- La vulnerabilidad es la susceptibilidad o fragilidad física, económica, social, ambiental o institucional que tiene una comunidad de ser afectada o de sufrir efectos adversos cuando sucede una amenaza para la salud.
- La amenaza es la identificación de un factor o de un número de potenciales factores externos que causa el evento.
- La evaluación del contexto es la evaluación del entorno en el cual se produce el evento.
- Se deben identificar aquellas alertas o eventos de alto impacto o repercusión (detonadores) que requieren la derivación inmediata y convocatoria de SAR.

- En la SAR participan los actores clave de los diferentes sectores. e instituciones para el abordaje de la situación: especialistas del evento, personal del laboratorio, especialistas en las intervenciones, personal médico especializado, entre otros.

- La SAR incluye el uso de herramientas epidemiológicas, la visualización de los datos, la correlación de la información de la vigilancia con otras fuentes (clima, ambiente, entre otras), mesas de trabajo con pares, reuniones con otras instancias institucionales, intra e intersectoriales.

- Después de confirmar que un evento notificado es objeto de la SAR y puede ser considerado un riesgo inmediato para la salud pública, se debe determinar su importancia en términos de salud pública, según la calidad y el grado de integridad de la información disponible para evaluar el riesgo.

- Posterior al análisis, la SAR procede a la valoración del riesgo mediante el contraste entre los datos epidemiológicos y la capacidad de respuesta. Este contraste determina un nivel de riesgo y a la vez un nivel de respuesta debe ser proporcional a dicho riesgo establecido.

- Como producto final de la SAR se pueden derivar acciones o documentos que apoyen la modificación del riesgo evaluado, que debe ser coherente con el nivel de riesgo y respuesta.

- Existen situaciones que generan el mantenimiento activo de la SAR, es decir, mantener en seguimiento una situación, la cual debe ser revalorada hasta su cierre.

Referencias

1. Prieto, F. Alarcón, A. Díaz, J. Abecé para la Gestión del Riesgo Colectivo en Brotes, Epidemias y Eventos de Interés en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud. Febrero 2022.

2. Prieto, F. Alarcón, A. Díaz, J. Etapa 1. Sistema de alerta temprana: identificación del riesgo en salud pública. Instituto Nacional de Salud. Marzo 2022.

3. Norma técnica colombiana NTC – ISO 31000. Gestión del Riesgo, Principios y Directrices [Internet]. [Citado el 11 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.academia.edu/40418832/NORMA_T%C3%89CNICA_NTC_ISO_COLOMBIANA_31000_GESTI%C3%93N_DEL_RIESGO_DIRECTRICES.

4. Mendoza, E. Díaz, J. Instructivos Sala de Análisis del Riesgo y Priorización de riesgos en salud Pública. Instituto Nacional de Salud. Agosto 2021.

5. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de Salud. 2015. Evaluación Rápida de Riesgos de Eventos Agudos de Salud Pública. [Internet] [Citado el 30 de abril de 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/7701

Anexos

1. “Matriz de priorización para eventos de interés en salud pública”. Disponible en la caja de herramientas

2. Formatos: memorias de la SAR (plantilla de acta, presentaciones y Reportes de situación SITREP). Disponible en la caja de herramientas

3. Planes de acción. Disponible en la caja de herramientas

GESTIÓN DEL RIESGO Y RESPUESTA INMEDIATA

3

CAJA DE HERRAMIENTAS

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

ETAPA 3.1

PREPARACIÓN Y ALISTAMIENTO DE LOS EQUIPOS DE RESPUESTA INMEDIATA (ERI)

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Etapa 3.1 Preparación y Alistamiento de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI)/ Jaime Guerrero Montilla, Franklyn Prieto Alvarado, Angela Alarcón Cruz, Patricia Salas, Jorge Luis Díaz.

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

Corrección de estilo, diseño y diagramación: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, IETS.

Impresión y acabados: Editorial Scripto SAS

Primera edición: julio de 2022

Guiovanni Rubiano García
Director General INS

Martha Lucía Ospina Martínez
Directora General 2016-2022

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 No. 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 Centers for Disease Control and Prevention.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

ETAPA 3.1

PREPARACIÓN Y ALISTAMIENTO DE LOS EQUIPOS DE RESPUESTA INMEDIATA (ERI)

I. Introducción

En Colombia la gestión del riesgo en vigilancia en salud pública aborda las etapas de la gestión del riesgo, lo cual facilita un modelo común y un abordaje lógico de las situaciones de riesgo. Dentro de este marco de la gestión del riesgo en salud pública, una vez se identifican y analizan los riesgos y sus factores se deben tomar medidas de reducción del riesgo y de preparación para el manejo de sus consecuencias, aspecto que hace parte de la modificación del riesgo (1). Como estrategia fundamental para actuar en este proceso de modificación del riesgo, encontramos la conformación y despliegue de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI)

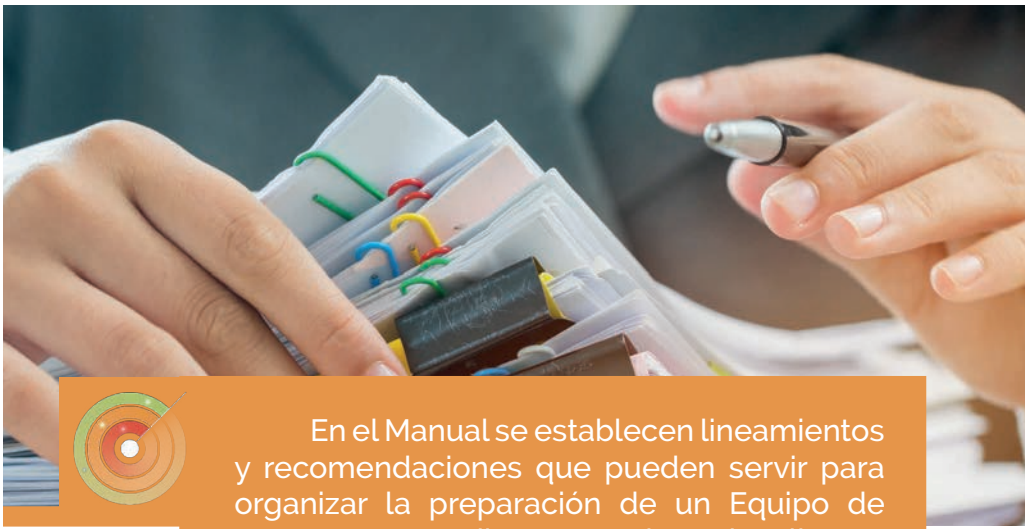
La preparación es todo aquello que se dispone y organiza previo a una amenaza o un incidente, para anticipar lo requerido lo que facilitará una respuesta organizada. Entre las buenas prácticas de preparación está el desarrollo de ejercicios de simulación, simulacros o entrenamiento del personal que sale a campo en estrategias de respuesta.

Este Manual incluye conceptos clave para el personal de vigilancia en salud pública de los niveles nacional y subnacional en el desarrollo de la capacidad de respuesta en alertas, brotes o potenciales situaciones de emergencia en salud pública y que facilite la aplicación en su contexto.

1.1 Guía para el uso del Manual

Esta es la primera edición del Manual para el desarrollo de capacidades de preparación y alistamiento de Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) ante la ocurrencia de eventos de interés en salud pública y hace parte del componente de la

gestión del riesgo en salud pública en la etapa de modificación del riesgo, siendo una herramienta para la implementación en los niveles nacionales y subnacionales que facilita la intervención y control de alertas, brotes o situaciones de emergencia en salud pública.



En el Manual se establecen lineamientos y recomendaciones que pueden servir para organizar la preparación de un Equipo de Respuesta Inmediata, antes de su despliegue, para mejorar la efectividad y eficacia en la respuesta.

Este Manual no contiene los objetivos, actividades, productos y requisitos para el despliegue de un Equipo de Respuesta Inmediata, esta información está contenida en el Manual de Plan de Acción de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI).

Esperamos que, a medida que el proceso se incorpore a la práctica habitual, los usuarios sugieran mejoras y también provean estudios de caso adicionales que permitirán perfeccionar este Manual y contribuyan a la capacitación.

1.2 ¿Cómo se elaboró el Manual?

Este Manual surge de la necesidad de fortalecer la respuesta en salud pública, es así como un grupo de profesionales que ejecutan la vigilancia en el nivel nacional, establecen estas herramientas. La elaboración del Manual se ejecutó en dos fases, una fase inicial con componente cualitativo donde se recopilaron experiencias y conocimientos previos en la implementación del modelo de gestión del riesgo y una segunda fase de validación con la información bibliográfica disponible en la que participaron expertos temáticos del Instituto Nacional de Salud.

1.3 Estructura y contenido del Manual

El Manual está estructurado en tres numerales más el glosario de términos, bibliografía y sus anexos. En el primer numeral denominado Introducción se enuncian las fases de la gestión del riesgo en salud pública y como se elaboró este Manual. En el segundo numeral se definen los objetivos. En el numeral tres se relacionan las generalidades en la preparación y alistamiento de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) que incluyen las características que se deben tener en cuenta para convocar a los integrantes del equipo en términos de conformación, lista de candidatos, selección y capacitación.

II. Alcance

El presente Manual hace énfasis en la conformación y alistamiento de equipos de respuesta inmediata para la vigilancia en salud pública, la información contenida tiene carácter genérico por lo cual puede ser utilizada ante brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública.

2.1 Objetivo general

Establecer las actividades para el alistamiento, preparación y conformación de los Equipos de Respuesta Inmediata – ERI para la atención de brotes, alertas o situaciones de emergencia en salud pública a nivel nacional.

2.2 Objetivos específicos

Describir los puntos clave en los procesos de preparación para la respuesta a una alerta, brote o situaciones de emergencia en salud pública.

Introducir el concepto técnico y operacional de la respuesta a alertas, brotes o situaciones de emergencia en salud pública.

Identificar los perfiles necesarios para la selección de los integrantes de un Equipo de Respuesta Inmediata (ERI).

Identificar requisitos de alistamiento para el despliegue de Equipo de Respuesta Inmediata (ERI).

III. Generalidades en la preparación y alistamiento de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI)

Un Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) es un grupo interdisciplinario de profesionales con entrenamiento en identificación, notificación, planificación, ejecución y evaluación de la respuesta ante situaciones de alerta, brote o emergencias en salud pública. Los equipos de respuesta inmediata están integrados por profesionales con diferentes perfiles, habilidades y competencias y se conforman luego de un espacio de análisis del riesgo o SAR. Durante las actividades de campo se debe mantener disponibilidad de 24/7 por ello se requiere dedicación exclusiva durante la atención de la situación de emergencia (2).

Fuente: Instituto Nacional de Salud

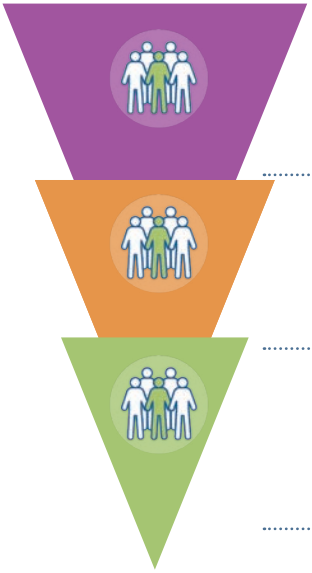
Un equipo de respuesta inmediata debe conformarse y desplegarse en las primeras 24 horas de notificada la situación, para realizar las acciones de investigación de campo, gestión de la información, comunicación del riesgo e implementar las acciones de prevención y control acorde a la situación de emergencia, en articulación con los Equipos territoriales, cuando sea el caso, otras instituciones u otros sectores (2).

Tener presente que los niveles subnacionales deben cumplir con unas capacidades básicas mínimas tales como garantizar la contratación del talento humano para realizar las actividades de vigilancia en salud pública, esto permitiría una respuesta inmediata en términos de la verificación o primer respondiente, para lo cual deben tener los procedimientos adecuados que eviten trabas administrativas en la respuesta, despliegue y repliegue.

Es importante que, en el plan operativo anual de la institución, se incluya la creación, implementación y logística de los ERI, lo cual garantiza recursos para su sostenibilidad.

¡Recuerda!

Dependiendo de la emergencia y los procesos de valoración del riesgo, la respuesta puede darse por un ERI local o recibir apoyo por el nivel subnacional o inclusive por el nivel nacional.



ERI NACIONAL

Equipo desplegado para apoyar la respuesta subnacional y local.

ERI SUBNACIONAL

Equipo encargado de apoyar al ERI local cuando aumenta la valoración del riesgo y el nivel de respuesta es subnacional.

ERI LOCAL

Equipo encargado de dar la respuesta inicial o controlar situaciones de rutina.

3.1 Actividades para la preparación de los ERI

La preparación es todo aquello que se dispone y organiza previo a una amenaza o un incidente, para anticipar lo requerido, lo cual facilitaría una adecuada respuesta, incluso para aquellas situaciones que requieran un amplio despliegue (3, 4).

Cuando no hay una respuesta activa, es decir antes de una situación de alerta, brote o emergencia en salud pública, la gestión de un ERI puede estar enfocada en diferentes actividades:

1. Identificación de actores clave en la respuesta, con las que se requiera articulación para responder o para buscar ayudas necesarias para la respuesta, por ejemplo, instituciones privadas, universidades, ONG, Fuerzas Militares, comunidad.

Fuente: Instituto Nacional de Salud

Una metodología para la identificación de actores que puede ser utilizada es el Mapeo de Actores Clave, la cual consiste en el establecimiento de un listado de posibles actores presentes en un territorio de acuerdo con sus roles y acciones ante determinada situación, así como de potenciales

actores que, aunque no estén en el territorio pueden ser requeridos desde el nivel nacional (5). De acuerdo con Tapaella, los actores claves se caracterizan porque pueden influenciar significativamente, ya sea de manera positiva o negativa, una intervención y, por lo tanto son relevantes para propiciar o cambiar una situación (5)

¡Recuerda!

"Con el mapeo de actores se busca no solo tener un listado de los diferentes actores que participan en una iniciativa, sino conocer sus acciones y los objetivos de su participación. En tal sentido, es importante destacar que en el mapeo de actores hay que identificar roles y poderes de los actores sociales más relevantes" (5)

El listado preliminar se construye en equipo a partir de análisis de la situación o evento a abordar, la pregunta que orienta el listado es ¿qué instituciones, grupos organizados o personas podrían ser relevantes en la situación o evento (ya sea para intervenir, mitigar, apoyar, comunicar, financiar, etc.)?; este proceso de establecimiento de los actores clave puede seguir los siguientes pasos:

Fuente: Elaboración propia a partir de Tapaella, E. (5)

2. Elaboración de Procedimientos Operativos Estándar, manuales y formatos estandarizados para conformación de ERI, transporte de muestras, planes de contingencia, planes de acción del incidente, elaboración de reportes de situación SITREP, así como procedimientos de evaluación de la respuesta.

3. La dotación de insumos para trabajo de campo: viáticos, dispositivos móviles, elementos de protección personal, medicamentos, elementos de supervivencia en campo como mosquiteros, carpas, chalecos de identificación, entre otros.

4. El entrenamiento y el desarrollo de ejercicios prácticos (cronograma de capacitación, talleres, simulaciones y simulacros).

5. Identificación de un área o responsable que cumpla con las actividades de coordinación lo que facilitaría el cumplimiento de funciones y recomendaciones anteriores.

6. Alistamiento de kits sindrómicos, útiles en las investigaciones de brote de etiología desconocida.

Para el despliegue rápido de los ERI, se debe mantener listo un stock de insumos para ser utilizados en terreno, tanto para la recolección de muestras como para la protección personal. Estos insumos se organizan de acuerdo con el síndrome que se va a abordar (Anexo 2).

Estas actividades preparan a los miembros de los ERI para que sean efectivos en la respuesta a una situación en particular.

Fuente: Instituto Nacional de Salud

Mediante el esquema "PREPARO" se pueden observar las actividades a tener presente en la preparación y alistamiento de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) y la logística para su despliegue, permitiendo mejorar la capacidad de respuesta y un despliegue rápido ante una situación de emergencia (1).

Tabla 1. Elementos de la preparación —"PREPARO"—

Personal	Personal en disponibilidad y alistamiento (condiciones de salud-afiliación a seguridad en el trabajo-vacunas-estado de contratación, competencias).
	Directorios de los niveles gerenciales, directivos y técnicos.
	Mecanismos para escalar la respuesta.
Recursos	Comunicaciones, desplazamientos y transporte.
	Insumos generales.
	Elementos de protección personal.
	Insumos para laboratorio y paquetes de diagnóstico sindrómico.
Entrenamiento	Capacidades y habilidades.
	Talleres, cursos virtuales y certificaciones.
	Simulaciones y simulacros.
	Asistencias técnicas.
Políticas, planes y procedimientos	Plan de Salud, Plan Operativo Anual, Plan Anual de Caja.
	Procedimientos operativos para la respuesta.
	Integración de todos los actores institucionales.
	Plan de acción de los equipos de respuesta inmediata.

Articulaciones y alianzas	Mapa de actores externos.
	Procedimientos de cooperación interinstitucional.
	Convenios.
Recolección, análisis y divulgación de la información	Cadena de llamadas.
	Flujos y periodicidad en los reportes.
	Instrumentos de recolección de información.
	Informes y publicaciones.
	Tableros de control.
Organización y administración	Sustentabilidad del sistema.
	Espacios de análisis, toma de decisiones, preparación y respuesta permanente.
	Sistema de alerta temprana.
	Sala de análisis del riesgo -COE-ESP.

Fuente: adaptado de F. Sarmiento, S. Castelblanco, 2015.

3.2 Personal del ERI

Una de las características que debe contemplar un ERI es su capacidad de despliegue, esta debe ser rápida y depende en gran medida que se cuente con personal entrenado y listo para movilizarse al lugar donde se está presentado la alerta, brote o emergencia en salud pública (4).

Para priorizar a los integrantes de un ERI, se debe realizar un listado de posibles candidatos o una base de expertos e instituciones a las que pertenecen. Idealmente se requiere formación en epidemiología, salud pública, atención de brotes, o que hayan participado en el pasado atendiendo situaciones de alerta o emergencias en salud pública (6).

Un criterio de selección puede estar basado en los siguientes temas o competencias:

- Enfermedades Endo-epidémicas.
- Emergencia de Interés en Salud Pública Internacional (ESPII), Emergencia de Salud Pública de interés Nacional (ESPIN).
- Eventos de erradicación y eliminación.
- Eventos mediáticos.
- Programas de entrenamiento de epidemiología de campo (FETP por sus siglas en inglés).
- Desastres.
- Capacitación en Sistema Manejo de Incidentes o estructuras de mando.
- Consejo Municipal de Gestión de Riesgo y Desastres.
- Organizaciones No Gubernamentales.

Una vez identificada la emergencia a la que se va a responder, la selección de los integrantes del ERI puede estar basada en las necesidades de la respuesta y sus habilidades (ver figura 1). En niveles subnacionales generalmente se articulan acciones de vigilancia con programas de control tales como Plan Ampliado de Inmunizaciones, Enfermedades transmitidas por vectores o zoonóticas, Salud ambiental, laboratorios de referencia, entre otros. Se debe valorar que los ERI también cuenten con personal de estas áreas.

Figura 1. Proceso de selección de candidatos ERI:

Fuente: CDC, 2021

El tamaño de la lista del ERI, en términos de cantidad (Integrantes), va a depender de los recursos financieros y del personal disponible para apoyar y gestionar un ERI en una institución.

Tener presente que un ERI en algún momento puede estar conformado por uno o dos integrantes o en emergencias grandes, puede requerir hasta seis personas, todo depende de la magnitud de la situación; incluso en extensiones muy

grandes puede haber más de un equipo en terreno y por experiencia técnica puede ser convocado sin estar en un listado de disponibilidad.

Las instituciones, si lo desean, pueden realizar un cronograma de disponibilidad, mediante el cual, su personal se programa o está en alistamiento por semanas en caso de desplegarse a atender una situación de emergencia (5, 6).

3.3 Entrenamiento de los ERI

Se debe garantizar que cada integrante del ERI tenga un entrenamiento y capacitación durante su disponibilidad como integrante del equipo. Normalmente se basa en información técnica, como características biológicas y epidemiológicas del evento que se va a investigar o la identificación, embalaje y transporte adecuado de las muestras que se recolectan en campo (7-9).

Nota: El objetivo de la formación del talento humano de un ERI es prepararse para atender emergencias en salud pública.

¿Qué puede lograr con el entrenamiento de los integrantes del ERI?

Asegurar que todos los integrantes tengan el mismo nivel de conocimientos y habilidades básicas.

Brindar oportunidades para aprender nuevas habilidades y practicar las existentes.

Actualizar los conocimientos y habilidades de acuerdo con la dinámica de los Eventos de Interés en Salud Pública.

Permitir interactuar con los compañeros de equipo.

Retroalimentar al ERI las lecciones aprendidas del trabajo de campo durante la respuesta a una emergencia.

Informar oportunamente dificultades en el trabajo de campo, relacionadas con la investigación o con el personal que conforma el equipo.

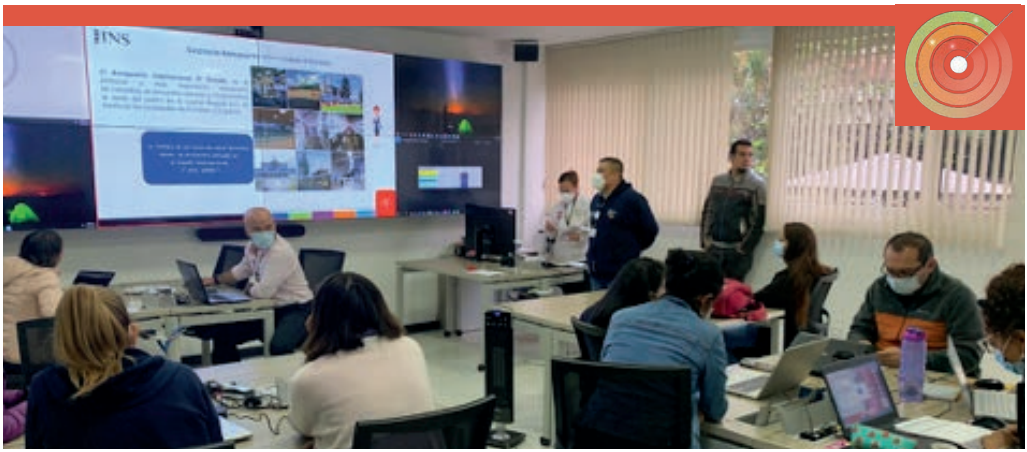
Tabla 2: Temas de interés para equipos ERI

Como parte del entrenamiento pueden desarrollarse capacitaciones en temas de interés para el ERI, la siguiente tabla muestra algunos de estos temas y los aspectos clave a tratar en cada uno.

Tema	Aspectos claves
Panorama general de la respuesta ante situaciones de emergencia	• Infraestructura de respuesta a emergencias. • Instituciones a convocar según emergencia. • Tipos de emergencias y desastres.

Tema	Aspectos claves
Actividades operativas de los ERI	• Evaluación del riesgo. • Investigación de casos. • Búsqueda activa de casos. • Búsqueda activa comunitaria. • Búsqueda activa institucional. • Gestión de datos. • Movilización social. • Manejo clínico de casos. • Pruebas de laboratorio. • Recolección, transporte y envío de muestras de laboratorio. • Creación de capacidad de emergencia. • Otras actividades comunes en la respuesta a emergencias en salud pública.
Equipos y herramientas	• Uso de herramientas/equipos comunes. Apps, radios, tablets, georreferenciación, programas/software offline. • Uso de formularios, encuestas estandarizadas.
Ética	• Confidencialidad. • Consentimiento informado. • Uso e intercambio de información.
Lineamientos y Protocolos de Vigilancia en Salud Pública	• Investigación de brotes. • Sistema de Alerta Temprana (SAT). • Definiciones de casos (ESPII, ESPIN). • Factores de riesgo y transmisión. • Acciones individuales y colectivas. • Actividades de prevención y control. • Procedimientos, herramientas, formularios, fichas de notificación. • Equipo y suministros específicos de acuerdo al EISP.
Retos de la respuesta	• Conceptos erróneos y rumores comunes sobre las emergencias. • No adherencia a los Lineamientos y Protocolos de Vigilancia en Salud Pública. • Calidad del dato. • Vulnerabilidades preexistentes de la población. • Retos técnicos y de comunicación.

Tema	Aspectos claves
Productos	• Resultados y actividades medibles. • Información a recoger en por cada actor. • Indicadores y métricas. • Presentación de informes (SITREP).
Comunicación del riesgo	• Mensajes clave para las emergencias en salud pública. • Directrices para interactuar con los medios de comunicación. • Formación para los medios de comunicación.
Bienestar	• Primeros auxilios psicológicos. • Cómo afrontar el estrés y la fatiga. • Trabajar en equipo. • Espacios físicos adaptados para relajación en situaciones de estrés "cuarto de calma".



Fuente: Instituto Nacional de Salud

Los anteriores temas pueden ser puestos en práctica mediante actividades y ejercicios como:

Simulacros: es una actividad práctica, con escenarios reales, planificada y organizada de la ejecución de un plan

de preparación o de contingencia, en el cual se señalan disposiciones y acciones como respuesta concreta durante una situación hipotética de una alerta, brote o emergencia en salud pública (1).

Simulaciones: Son ejercicios de escritorio que se realizan bajo situaciones ficticias controladas, en un local cerrado con un grupo de personas confinadas, con los elementos de trabajo mínimos para desarrollar su labor y sin comodidades que distraigan su atención, creando un ambiente de tensión y presión semejantes a las que se espera encontrar ante una alerta, brote o emergencia en salud pública (1).

3.3.1 Programa de entrenamiento en epidemiología de campo (FETP)

En Colombia el Instituto Nacional de Salud apoya a los niveles subnacionales y demás actores relacionados con la vigilancia y control en salud pública, en el desarrollo de estrategias en formación de agentes para la vigilancia y control epidemiológico, a través del programa de entrenamiento en epidemiologia aplicada FETP por sus siglas en inglés.

Es un programa de entrenamiento EN SERVICIO para desarrollar y fortalecer competencias en epidemiología de campo y vigilancia en salud pública para dar respuesta oportuna y efectiva a situaciones de brote o emergencia en salud pública desde el nivel local hasta el nivel mundial. Los profesionales en entrenamiento cuentan con capacidad y habilidades para apoyar la respuesta en los ERI a nivel nacional y subnacional.

3.4 Verificación de condiciones de los profesionales ERI antes del despliegue

Antes del despliegue de los ERI es importante hacer una verificación final de factores que pueden afectar el desempeño en campo, como lo son el estado de salud, comorbilidades, alergias, antecedentes de vacunación, entrenamiento en uso de EPP, capacidad para reaccionar al estrés y trabajo bajo presión, capacidad para trabajo en grupo (10,11). La manera adecuada da verificar los requisitos es a través de una lista de chequeo. Si el integrante no cumple con alguno de los requisitos, no debe ser elegido para el despliegue.

Los aspectos logísticos también deben ser verificados, recuerde que la dotación de un ERI debe estar en función de suministros técnicos, científicos, operativos y de seguridad, por ejemplo, contar con carné y entrenamiento en misión médica (11).

En el anexo 1 se presenta una guía de los componentes básicos que debe tener el equipo en terreno, los cuales se puede clasificar o encontrar en el nivel Nacional, subnacional y local.

3.5 Puntos clave en la Preparación y alistamiento de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI)

Un Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) es un grupo interdisciplinario de profesionales con entrenamiento en identificación, notificación, planificación, ejecución y evaluación de la respuesta ante situaciones de alerta, brote o emergencias en salud pública.

La gestión de un ERI puede estar enfocada en diferentes actividades:

- Identificación de actores clave en la respuesta, con las que se requiera articulación para responder o para buscar ayudas necesarias para la respuesta, por ejemplo Instituciones privadas, Universidades, ONG, Fuerzas Militares, comunidad.
- Elaboración de procedimientos - Procedimientos Operativos Estándar, manuales y formatos estandarizados para conformación de ERI, transporte de muestras, planes de contingencia, planes de acción del incidente, elaboración de reportes de situación Sitrep, así como procedimientos de evaluación de la respuesta.
- La dotación insumos para trabajo de campo: viáticos, equipos electrónicos, elementos de protección personal, medicamentos, insumos de supervivencia en campo como mosquiteros, carpas, chalecos de identificación, entre otros.
- Entrenamiento y el desarrollo de ejercicios prácticos (cronograma de capacitación, talleres, simulaciones y simulacros).
- Coordinación con el nivel que recibirá el apoyo, identificar un área o responsable que cumpla con las actividades de coordinación, esto facilitaría el cumplimiento de funciones y recomendaciones anteriores.
- Alistamiento de kits sindrómicos, útiles en las investigaciones de brote de etiología desconocida (Anexo 2).

Referencias

1. Prieto, F. Alarcón, A. Díaz, J. Abecé Para la Gestión del Riesgo-Colectivo en Brotes, Epidemias y Eventos de Interés en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud. Febrero de 2022.

2. Instituto Nacional de Salud. Proceso de Vigilancia y Análisis del riesgo en Salud Púbica. POE-R02.4220-001. 2018. Disponible en: https://www.ins.gov.co/conocenos/sig/SIG/POE-R02.4220-001.pdf

3. World Health Organization, 2017. Emergency response framework – 2nd ed. Geneva:. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Internet]. 2017 [Consultado febrero 2022]. Disponible en: https://www.who.int/publications-detail/emergency-response-framework-(-erf)-2nd-ed

4. Centers for Disease Control and Prevention, 2021. Composición del Equipo de Respuesta Inmediata: Consideraciones sobre COVID-19. [Internet]. 2021 [Consultado febrero 2022] Disponible en https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-19/pre-deployment-processes-COVID-19-considerations.html

5. Tapaella, E. El mapeo de actores claves. Documento de trabajo del Proyecto: "Efectos de la biodiversidad funcional sobre procesos ecosistémicos, servicios ecosistémicos y sustentabilidad en las Américas: un abordaje interdisciplinario", financiado por el Inter-American Institute for Global Change Research (IAI). Disponible en: https://planificacionsocialunsj.files.wordpress.com/2011/09/quc3a9-es-el-mapeo-de-actores-tapella1.pdf

6. Centers for Disease Control and Prevention, 2020. Guidance for U.S. Centers for Disease Control and Prevention Staff for the Establishment and Management of Public Health Rapid Response Teams for Disease Outbreaks [Internet]. 2020[Consultado Febrero 2022]. Disponible en: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/global-covid19/RRT-ManagementGuidance-508.pdf

7. Centers for Disease Control and Prevention, 2021. Planificación de la respuesta sostenible a la COVID-19. [Internet]. 2021 [Consultado febrero 2022]. Disponible en https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-19/sustainable-response-planning.html.

8. Centers for Disease Control and Prevention, 2021. COVID-19 Rapid Response Team Guide. [Internet]. 2021 [Consultado febrero 2022]. Disponible en https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-19/rtt-management-introduction.html

9. Centers for Disease Control and Prevention, 2021. Pre-deployment processes: considerations on COVID-19. [Internet]. 2021 [Consultado febrero 2022]. Disponible en https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-19/covid-19-rtt-activation.html.

10. Instituto Nacional de Salud. Instructivo Sala de Análisis del Riesgo y Priorización de riesgos en salud Pública. Procedimiento interno. 2018, Actualizado 2021.

11. Instituto Nacional de Salud. Instructivo conformación y despliegue de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI). Procedimiento interno. 2018, Actualizado 2021

Anexos

Anexo 1. Lista de verificación para la optimización de la respuesta de un ERI

Componente	Elementos	Cumple			Observación
		Si	No	Parcial	
Dotación general	Lista de contactos clave (funcionarios locales, partes interesadas etc.)				
	Generalidades de la emergencia presentada				
	Viáticos				
	Mapas				
	Teléfono celular/Avantel				
Epidemiología	Recomendaciones nacionales para la respuesta a la emergencia				
	Información epidemiológica disponible (Datos nacionales, Departamentales, Municipales)				
	Software de análisis de datos (R, Excel©, EpiInfo, etc.)				
	Material de capacitación en vigilancia/epidemiología				
	Formatos estandarizados (IEC, Unidad de análisis, autopsia verbal Impresiones/electrónicos)				
	Ficha de Notificación Individual				
	Definición de caso				
	Hojas de papel y utensilios de escritura				
	Cámara fotográfica				
	GPS				

Laboratorio	Protocolos y pruebas de laboratorio a nivel Nacional (Laboratorio Nacional de Referencia)				
	Infografía recolección de muestras biológicas (Impresos/Videos)				
	Ficha de notificación Laboratorio (Cara C)				
	Equipo de Protección Personal para recolección de muestras (Guantes, tapabocas, batas desechables, protectores faciales, gafas, polainas) Marcador indeleble				
	Insumos para la recolección de muestras (hisopos, tubos estériles, solución salina estéril, recipiente para la recolección de muestras, medios de transporte, stickers)				
	Transporte y envío de muestras (pilas refrigerantes, neveras portátiles, doble/triple embalaje)				
Prevención y control de infecciones	Mascarillas quirúrgicas y respiradores				
	Protectores faciales o gafas				
	Guantes				
	Batas				
	Otro EPP según las recomendaciones nacionales				
	Correcto lavado de manos				
	Jabón				
	Suministros para limpieza y desinfección				
	Contención para grandes derrames				
Gestión de casos	Medicamentos para la atención de la emergencia				
	Suministros médicos para la atención de la emergencia				
	Recomendaciones para la atención clínica de casos derivados de la emergencia				

Fuente: CDC, 2021

Anexo 2. KIT

Kit Sindrómico	Síndrome Neurológico	Síndrome Neurológico / Respiratorio	Síndrome Respiratorio	Síndrome Respiratorio Gastrointestinal	Síndrome Gastrointestinal	Síndrome Gastrointestinal/ febril	Síndrome febril	Eventos RSI
KIT 1. Básico **Guantes** (nitrilo, vinilo o látex) **Bata** (desechable, antifluidos) **Monogafas:** protección ocular, clase **óptica 1,** resistencia al empañamiento N. Se puede reemplazar por escudo facial Mascarilla Quirurgica < 1 m Higiene de manos con clorhexidina	✓				✓	✓	✓	
KIT 2. **Guantes** (nitrilo, vinilo o látex) **Bata** (desechable, antifluidos) **Monogafas:** protección ocular, clase **óptica 1,** resistencia al empañamiento N. Se puede reemplazar por escudo facial **Respirador N95** (clasificación NIOSH) o FFP2 O FFP3 (equivalente en la clasificación europea) **Higiene de manos** con clorhexidina		✓	✓	✓				
KIT 3. **Guantes** (nitrilo, vinilo o látex) **Monogafas:** protección ocular, clase **óptica 1,** resistencia al empañamiento N. Se puede reemplazar por escudo facial **Respirador N95** (clasificación NIOSH) o FFP2 O FFP3 (equivalente en la clasificación europea) **Traje de seguridad o vestuario de protección** tipo mameluco con capucha, protección frente a microorganismos y frente a productos químicos: EN 14126 EN 14605, Tipo 3B o 4B **Higiene de manos** con clorhexidina			✓					

Kit Sindrómico	Síndrome Neurológico	Síndrome Neurológico / Respiratorio	Síndrome Respiratorio	Síndrome Respiratorio Gastrointestinal	Síndrome Gastrointestinal	Sindrome Gastrointestinal/ fébril	Síndrome fébril	Eventos RSI
KIT 4. Evento RSI **1. Traje de seguridad** o vestuario de protección tipo mameluco **2. Polainas** (cubrebotas, sobrecalza, sobrebota, antipara) **3. Capuz o capucha:** Protección frente a microorganismos y frente a productos químicos: EN 14126 EN 14605, Tipo 3B ó 4B **4. Guantes** (tres pares por persona) especializados para protección, categoría III, certificados riesgo biológico. Color naranja Nitrilo doble barrera de protección, ambidiestros, no estériles, desechables, 300 mm de longitud. 0,14 mm de espesor. AQL 0,65. sin polvo. **5. Respirador N95** (clasificación NIOSH) o FFP2 O FFP3 (equivalente en la clasificación europea) **6. Pantalla facial o gafas protectoras (en su caso)**								✓
KIT Complementario Toldillo Repelente (Autan) Ropa Blanca Camiseta manga larga Pantalón	✓						✓	

GESTIÓN DEL RIESGO Y RESPUESTA INMEDIATA

3

CAJA DE HERRAMIENTAS

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

ETAPA 3.2

PLAN DE ACCIÓN DE LOS EQUIPOS DE RESPUESTA INMEDIATA

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Etapa 3.2 Plan de Acción de los Equipos de Respuesta / Jaime Guerrero Montilla, Franklyn Prieto Alvarado, Angela Alarcón Cruz, Jorge Luis Díaz.

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

Corrección de estilo, diseño y diagramación: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, IETS.

Impresión y acabados: Editorial Scripto SAS

Primera edición: julio de 2022

Guiovanni Rubiano García
Director General INS

Martha Lucía Ospina Martínez
Directora General 2016-2022

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 No. 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 Centers for Disease Control and Prevention.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

ETAPA 3.2

PLAN DE ACCIÓN DE LOS EQUIPOS DE RESPUESTA INMEDIATA

I. Introducción

En el marco de la gestión del riesgo en salud pública, la modificación del riesgo se entiende como un proceso que permite cambiar, en cierta medida, el aumento del riesgo, cambiar las consecuencias o efectos en la población (1), Una de las estrategias para esta modificación es la conformación y activación de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI), cuyo rol es responder de manera oportuna y óptima ante situaciones de alerta, brote o emergencias en salud pública.

La responsabilidad y estrategia de despliegue de los ERI se fundamenta en un plan de acción que describe las actividades a desarrollar, los flujos de comunicación y la generación de información (2), siendo este plan, la carta de navegación de los ERI para lograr su objetivo.

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente Manual busca dar de manera sencilla y simplificada, conceptos y estrategias clave al personal que conforman los ERI para organizar el plan de acción, implementarlo y evaluarlo.

1.1 Guía para el uso del Manual

Esta es la primera edición del Manual para el despliegue, acción y repliegue de los equipos de respuesta inmediata (ERI) ante la ocurrencia de eventos de interés en salud pública y hace parte del componente de la gestión del riesgo en salud pública y sus diferentes etapas, siendo una herramienta para la implementación en los niveles nacionales y subnacionales cuya finalidad es facilitar la intervención y control de alertas, brotes o situaciones de emergencia en salud pública.

En el Manual se establecen lineamientos y recomendaciones que pueden servir para organizar la respuesta de un Equipo de Respuesta Inmediata en terreno y de esta manera, mejorar su impacto.

Este Manual no contiene los lineamientos y recomendaciones para organizar la preparación de un Equipo de Respuesta Inmediata, antes de su despliegue, esta información está contenida en el Manual de preparación y alistamiento de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI).

1.2 ¿Cómo se elaboró el Manual?

Este Manual nace de la necesidad de fortalecer la respuesta en salud pública, es así como un grupo de profesionales que ejecutan la vigilancia en el nivel nacional establecen estas herramientas. En la elaboración del Manual participaron expertos temáticos. Se realizó en dos fases: una fase inicial con componente cualitativo donde se recopilaron

experiencias y conocimientos previos en la implementación del modelo de gestión del riesgo y una segunda fase, de validación con la información bibliográfica disponible.

1.3 Estructura y contenido del Manual

El Manual está estructurado en tres numerales más la bibliografía y sus anexos. En el primer numeral, denominado Introducción, se enuncia la finalidad del Manual y como se elaboró. En el segundo numeral, Alcance, se definen los objetivos y en el numeral tres se desarrollan los aspectos a tener en cuenta para la activación de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI), su conformación, el despliegue, la estructura del plan de acción del equipo y las funciones posibles en el marco de la etapa de modificación del riesgo, así como su desactivación.

II. Alcance

El presente Manual hace énfasis en Equipos de Respuesta Inmediata para la vigilancia en salud pública (desde su conformación hasta el despliegue), incluyendo funciones y habilidades a desarrollar en terreno. La información contenida en el documento tiene carácter genérico por lo cual puede ser utilizada ante brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública.

2.1 Objetivo general

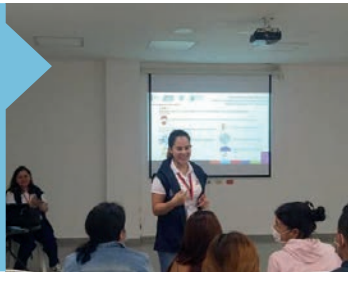
Establecer las pautas generales para la elaboración, implementación y seguimiento de un plan de acción para los Equipos de Respuesta Inmediata - ERI durante la etapa de modificación del riesgo en la atención de brotes, alertas o situaciones de emergencia en salud pública a nivel nacional.

2.2 Objetivos específicos

Identificar las características de planificación y organización de la respuesta a brotes, alertas o situaciones de emergencia en salud.

Identificar los actores para la gestión y articulación nacional o subnacional con el fin de desarrollar las acciones contempladas en los objetivos de la respuesta.

Establecer las acciones a realizar en campo, así como los requerimientos para la respuesta por parte del ERI.



III. Generalidades para la respuesta de los ERI en terreno

Un ERI es un grupo interdisciplinario de profesionales con entrenamiento en identificación, notificación, planificación, ejecución, investigación de brotes y evaluación de la respuesta ante situaciones de alerta, brote o emergencias en salud pública. Dependiendo del evento también puede incorporar profesionales para la atención en salud, vacunadores, técnicos de saneamiento ambiental, líderes o informantes clave que trabajen en vigilancia comunitaria. Algunos brotes pueden requerir un abordaje interinstitucional que involucre a las agencias sanitarias de vigilancia y control de medicamentos, de vigilancia y control de los servicios de salud, de la sanidad animal, de la autoridad ambiental, entre otros.

Para la investigación de brotes o de casos de eventos de interés en salud pública frecuentes en el contexto epidemiológico local, por ejemplo: enfermedades transmitidas por alimentos, varicela, parotiditis, sin que tengan algún criterio de gravedad (altas tasas de ataque, muertes o poblaciones especiales) se pueden desplegar ERI de manera rutinaria, articulado con los programas, sin la necesidad de realizar Salas de Análisis del Riesgo - SAR; ya que son acciones rutinarias de los equipos de vigilancia locales. Así mismo, en

ocasiones puede requerirse la movilización de un ERI como primer respondiente ante la verificación de un rumor o la recolección de información inicial de una situación.

Para las alertas que se salgan de esta fase de vigilancia rutinaria de acuerdo con protocolos y procedimientos, es necesario el desarrollo de las SAR para estimar el nivel de riesgo y el nivel de respuesta para el control de la situación.

Figura 1. Identificación, planificación y ejecución de la respuesta en salud pública

Fuente: GGRRI-INS

¡Recuerda!

Un ERI es un grupo interdisciplinario de profesionales con entrenamiento en identificación, notificación, planificación, ejecución, investigación de brotes y evaluación de la respuesta ante situaciones de alerta, brote o emergencias en salud pública.

3.1 Activación ERI

La identificación de la alerta es el primer paso para elevar el nivel de riesgo. La decisión de activar un ERI depende de la clasificación de la alerta y la valoración del riesgo de una amenaza para la salud pública lo cual se evalúa en una Sala de Análisis de Riesgo. Con base en el nivel de respuesta, un ERI puede estar conformado por personal del nivel local, subnacional o nacional o inclusive por los tres niveles. Siempre se deben garantizar los procesos de articulación.

Los ERI siempre deben estar articulados por un enlace en el grupo del nivel subnacional o local que centraliza la respuesta o en el caso de activación del Sistema Manejo Incidente y el COE-ESP, dependerán de la sección de operaciones.

La activación de los ERI puede darse en el marco de los procesos de vigilancia rutinaria de eventos, de acuerdo con los protocolos establecidos, o por decisión en la SAR.

Una vez definido el nivel de respuesta se realizará una reunión con los integrantes del ERI y expertos en la respuesta a la amenaza para la salud pública para construir el plan de acción del ERI. Este paso se realiza siempre con apoyo del especialista o referente del evento de interés en salud pública en la sala de análisis del riesgo y en el caso de activación del COE-ESP con la sección de planificación (2).

Figura 2. Escenarios para la conformación y despliegue de los ERI

¡Recuerda!

Los criterios para la activación del ERI deben estar contemplados en un Procedimiento Operativo Estándar (POE) o instructivo, de acuerdo con el mecanismo de gestión de calidad institucional, de acuerdo con el nivel de riesgo establecido en la evaluación del riesgo.

3.2 Conformación ERI

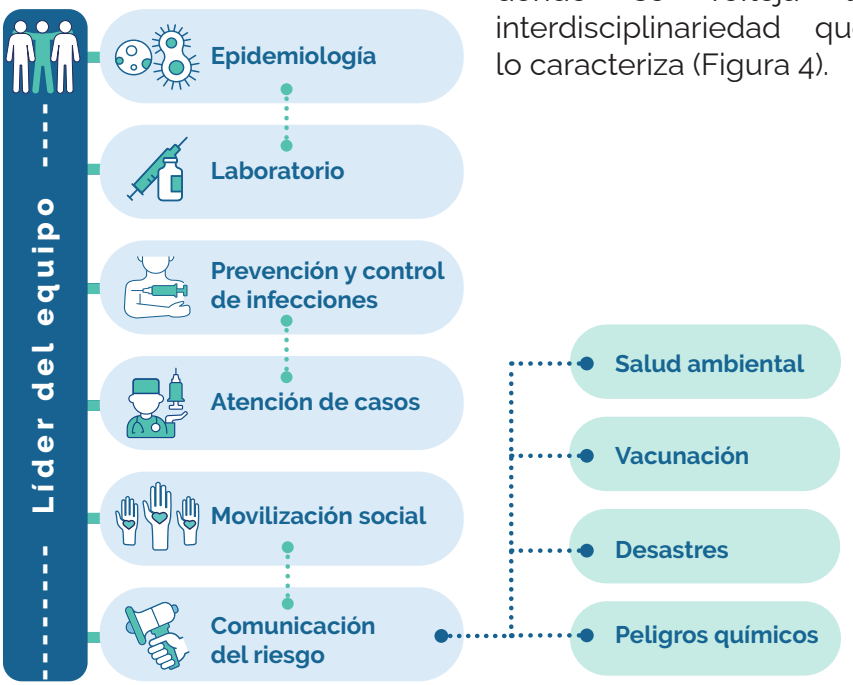
Una vez tomada la decisión de activar el ERI para su despliegue en terreno, se debe acudir a la base de expertos o al listado de disponibilidad de ERI para seleccionar los integrantes del equipo (Ver Manual Preparación ERI). Algunas de las acciones que realizan los expertos que conforman el ERI son:

- Caracterizar la información epidemiológica en tiempo, persona y lugar.
- Implementar estrategias de búsqueda de casos como la búsqueda activa comunitaria e institucional.
- Implementar medidas de comunicación del riesgo a la comunidad.

- Reestablecer o intensificar la vigilancia epidemiológica.
- Asegurar el proceso diagnóstico a través de la recolección de muestras biológicas.
- Realizar unidades de análisis para revisión o clasificación de casos.
- Elaborar reportes de situación.
- Activar rutas de atención o estrategias que permitan controlar infecciones en ámbitos hospitalarios.
- Otras actividades pueden estar relacionadas con los programas, por ejemplo, saneamiento ambiental, vacunación, control vectorial, etc (3).

Los ERI agrupan diferentes saberes necesarios para un abordaje integral del brote, lo cual se hace evidente en la estructura del mismo, donde se refleja la interdisciplinariedad que lo caracteriza (Figura 4).

Figura 3. Estructura ERI



Fuente: Adaptado de CDC

Todo ERI debe tener un líder, que usualmente es la persona que tiene más experiencia atendiendo emergencias, quien además de coordinar, planificar e informar actividades y dificultades en terreno, debe ser asertivo en su comunicación y resolver conflictos (4). Dependiendo de la necesidad, los miembros del equipo pueden cumplir con más de una función. (Ver numeral 3.4.1)

Otras consideraciones para la composición del ERI son el contexto de seguridad y logística. Si la seguridad es un problema, considere la inclusión de un experto en seguridad.

Incluso, si el equipo es muy grande o necesita cubrir una extensión geográfica grande, considere el despliegue de un experto en logística (4-5).

¡Recuerda!

Un ERI es un equipo integrado por personas con diferentes perfiles, habilidades y competencias; conformadoluego de una SAR o de un procedimiento regular de la vigilancia.

Durante las actividades de campo se debe mantener disponibilidad permanente, lo cual significa 24 horas durante los 7 días de la semana, por ello se requiere dedicación exclusiva durante la atención de la situación presentada.

La conformación, el despliegue y el inicio de las actividades en terreno se deben realizar idealmente en las primeras 24 horas posteriores a la notificación y la valoración del riesgo para la alerta, brote o emergencia en salud pública.

Si se trata de una investigación de brote de un evento de etiología conocida, es prioritario identificar las poblaciones en riesgo, la magnitud del evento, determinar las posibles causas, fuentes de infección y mecanismos de trasmisión, obtener las muestras e implementar las acciones de prevención y control.

Si la emergencia es causada por un desastre natural o antrópico, se requiere la identificación de las fuentes de información y capacidades de vigilancia locales, asegurar la articulación con el sistema nacional, subnacional o local para la gestión del riesgo de desastres, así como iniciar la vigilancia epidemiológica especial durante estas situaciones de desastres y de ser el caso, la evaluación de necesidades de salud (5-7).

3.3 Reunión previa al despliegue

El principal objetivo de esta actividad es preparar y equipar a los miembros de un ERI lo más pronto posible para que la respuesta sea segura y efectiva en terreno. Los retrasos en generar la respuesta a un brote, alerta o emergencia, puede generar una gran exposición, transmisión o afectación de la población lo cual puede superar la capacidad de respuesta del nivel local (4, 5).

La reunión preoperacional o previa al despliegue es un espacio diferente a la Sala de Análisis del Riesgo, generalmente se realiza con el especialista o referente del evento, el equipo que coordina la respuesta, el nivel que recibirá el apoyo y el equipo de respuesta inmediata que será desplegado. En esta reunión se identifican las siguientes actividades:

1. Priorizar las líneas de acción para la contención del brote de acuerdo con sus características iniciales más amplias.
2. Establecer objetivos de las actividades a realizar en terreno.

3. Reconocer las intervenciones realizadas previamente al despliegue del ERI.
4. Establecer las necesidades de tipo e itinerario de transporte, traslados aéreos, marítimos, fluviales y terrestres de acuerdo con el tiempo que estarán en campo.
5. Establecer el reporte para efectos de seguridad en el trabajo.
6. Identificar las necesidades e insumos para el trabajo de campo, por ejemplo, papelería, tabletas, copias de formatos, encuestas, elementos de identificación y telecomunicación.
7. Establecer las necesidades de elementos de supervivencia en terreno tales como alimentos en ración o conserva, menaje, campamento, medios para dormir, carga eléctrica, energía portátil, entre otras.
8. Estandarizar las herramientas captura y análisis de información que se utilizarán en el terreno.
9. Organizar la logística para la toma, el embalaje, el almacenamiento y el transporte de muestras y recepción en los laboratorios de referencia.
10. Considerar las acciones que garantizan la seguridad del ERI.
11. Escribir el plan de acción del ERI.

En este espacio es importante coordinar con el nivel territorial que va a intervenir para identificar las acciones requeridas y lo que es necesario complementar durante la intervención, para contemplar la logística del desplazamiento. Cuando hay intervención en comunidad es importante articular con la fuerza pública o si se requiere acceso a una población especial (comunidad indígena, afro, raizal, en situación de calle o de migrantes), solicitar los permisos de acceso a la zona. El desplazamiento de un ERI debe ser armonizado siempre entre los niveles de respuesta.

Si no hay tiempo para una sesión informativa presencial, se puede compartir la información en papel o en medio electrónico a los miembros del ERI, quienes la pueden revisar en camino a la emergencia; sin embargo, se sugiere que esta reunión siempre se realice.

3.4 Plan de acción del ERI

El plan de acción del ERI organiza, con base en la evidencia disponible, las acciones a realizar en campo, así como establecer los requerimientos que puedan presentarse para hacer articulación subnacional o nacional y definir aspectos importantes de la respuesta, como la delegación de la vocería y los puntos de enlace (figura 5).

Figura 4. Estructura básica de un plan de acción ERI

Fuente: GGRRI-INS

En el anexo 2, las líneas generales de respuesta para los planes de gestión de riesgo a eventos emergentes a nivel nacional, las cuales permiten comprender las funciones y estructura de las acciones del ERI del nivel nacional.

3.4.1 Funciones del ERI

Todo ERI en terreno tiene un líder de equipo, con la responsabilidad de dirigir y coordinar las actividades de respuesta en campo, además de reportar las necesidades de su equipo y los resultados preliminares de la investigación realizada al nivel superior. Dependiendo de la magnitud la intervención puede involucrar al nivel nacional. El líder del ERI debe mantener una comunicación permanente con la SAR para intercambiar información, informar novedades encontradas en campo, cambio de alguna línea de acción del plan, entre otros. (6).

El ERI debe generar alianzas a nivel subnacional y local con las entidades gubernamentales de salud y de la comunidad para que las actividades de respuesta a la alerta, brote o emergencia en salud pública se desarrollen eficientemente. Ante la ocurrencia de emergencias por desastres naturales, es necesario articular las acciones en salud pública con los comités locales de gestión del riesgo u otras organizaciones como organizaciones no gubernamentales, que pueden estar realizado acciones complementarias o similares, que si no se organizan pueden generar duplicidad de funciones.

Ejemplo:

En Colombia, durante el Huracán Iota ocurrido en el 2020, el ERI que se desplegó del nivel nacional se integró con el ERI local para ampliar la respuesta y las líneas de acción. De igual forma, se eligieron algunos integrantes para asistir a las reuniones del Puesto de mando unificado donde cada sector involucrado brindaba la información y novedades realizadas en el día y los requerimientos para continuar y realizar acciones unificadas.

Es necesario que las actividades a desarrollar en terreno se ajusten a las tradiciones y cultura de las comunidades; además se debe asegurar la confidencialidad de la información, la reserva de los datos y mantener las consideraciones éticas (6,7).

La comunicación regular y eficaz es fundamental para la coordinación de la respuesta. En la siguiente tabla se presentan funciones, actividades e indicadores que pueden ser usado como guía en el plan de acción de un ERI en campo.

En la tabla 1 se muestran algunas actividades clave a desarrollar en campo y los productos que se deben generar para evidenciar el trabajo realizado, cada brote o situación de emergencia es diferente, así que la tabla solo proporciona una orientación que puede ser adaptada.

Tabla 1. Funciones, actividades e indicadores como guía para el plan de acción de un ERI en terreno

Función	Actividad
Líder ERI	• Asistir a reuniones con el personal de autoridades locales y socios externos que participen en actividades de respuesta en el terreno, por ejemplo, Puestos de mando unificados. • Priorizar actividades. • Establecer sesiones rápidas diarias para identificar necesidades de actualización del plan de acción o de alguno de los objetivos. • Generar espacios de bienestar. • Enviar informes regularmente (por SMS, WhatsApp, teléfono o correo electrónico) al siguiente nivel en la cadena de decisiones. • Implementar un monitoreo diario de la salud de los miembros del ERI.
Producto/Indicador: informes del estado en salud del ERI/ Envío oportuno de informes SITREP a las 24 H o avance del ERI, planes, prioridades del ERI/Cumplimiento diario, semanal.	
Vigilancia epidemiológica	• Garantizar el uso y el seguimiento de una lista de variables estandarizadas. • Construir y mantener una base de datos con casos sospechosos, probables y confirmados. • Implementar un monitoreo a la aparición de casos nuevos en el tiempo. • Verificar que los casos cumplan con definiciones estandarizadas. • Garantizar la notificación negativa en ausencia de casos. • Intensificar la vigilancia del evento en las instituciones de salud del área de referencia. • Realizar Búsqueda Activa Comunitaria (BAC). • Realizar Búsqueda Activa Institucional (BAI). • Registrar en una lista las personas que se definen como contacto de un caso confirmado. • Si la emergencia es un desastre natural que afecta la infraestructura de las instituciones de salud, es importante reestablecer las actividades de notificación obligatoria y el despliegue de equipos para realizar la evaluación rápida de necesidades.
Producto/Indicador: IEC de caso, ficha de laboratorio, recolección de muestras, líneas de tiempo, lista de contactos, tasas de ataque.	
Laboratorio	• Identificar la capacidad del laboratorio de salud pública. • Realizar la recolección de muestras (biológicas, ambientales, animales) de acuerdo con protocolos de VSP y los lineamientos vigentes. • Proporcionar capacitación a personal en terreno sobre la recolección, transporte y envío de muestras. • Proporcionar información a los casos y al equipo en terreno de los resultados de laboratorio.
Producto/Indicador: informe de total de muestras, positivas, negativas, tipo de prueba, informe de capacidad analítica del LSP.	

Función	Actividad
Prevención y control de infecciones	• Asegurar que los trabajadores de la salud y el personal de vigilancia en salud pública utilicen los elementos de protección personal. • Establecer procedimientos de limpieza, en las áreas en las cuales permanecieron los casos confirmados para agentes de transmisión por gotas. • Promover el cumplimiento de las guías de prevención y control de infecciones. (Revisión de rutas de atención de casos). • Establecer procedimientos recomendaciones que reduzcan el riesgo de transmisión de agentes infecciosos a trabajadores de la salud, los visitantes y a otros pacientes.
Producto/Indicador: políticas de prevención y control de infecciones desarrolladas e implementadas, evaluaciones de la prevención y control de infecciones a nivel institucional realizadas, personal de la salud capacitados, IEC de prevención y control de infecciones.	
Atención en salud de casos	• Articular la ruta atención en salud de los casos. • Realizar asistencia técnica a los trabajadores de la salud sobre los protocolos de vigilancia del evento. • Monitorear el uso adecuado de EPP por parte de los trabajadores de la salud, incluyendo al personal de vigilancia en salud pública. • Divulgar los procedimientos operativos estándar (gestión de casos, prevención y el control de infecciones, IEC). • Identificar hospitales, centros médicos o de atención alternativos más rutas de atención.
Producto/Indicador: cantidad y porcentaje de ocupación diaria, cantidad y porcentaje de utilización de medicamentos, EPP, etc.), tasa de letalidad en hospitales, centros médicos, tasa de infección en trabajadores de la salud.	
Movilización social	• Monitorear en la comunidad ideas erróneas y rumores de la enfermedad en estudio. • Identificar el público objetivo para sensibilizar sobre la enfermedad. • Recopilar información sobre los conocimientos, prácticas y comportamientos relacionados con la enfermedad en estudio. • Recopilar y responder las preguntas de la comunidad. • Identificar a los líderes comunitarios, líderes religiosos, trabajadores de salud, curadores tradicionales y proveedores de medicina alternativa. • Identificar redes comunitarias como grupos de mujeres, activistas, voluntarios de salud, asociaciones de jóvenes, grupos religiosos, sindicatos y movilizadores sociales. • Proveer la información especial e identificar las necesidades de participación de las personas discapacitadas, analfabetas, que utilizan otro idioma.
Producto/Indicador: lista de líderes y redes comunitarias, Mensajes adaptados para públicos y necesidades de información diferentes/ Cantidad y porcentaje de distintos públicos que reciben pósteres y materiales educativos, encuestas sobre conocimientos, actitudes y percepciones, informes de vigilancia de comunicaciones de canales formales e informales/Cantidad de rumores y/o percepciones erróneas informadas y abordadas.	

Función	Actividad
Comunicación del riesgo	• Preparar mensajes clave en un lenguaje sencillo. • Fomentar la adopción de comportamientos protectores. • Proporcionar mensajes claros y concisos sobre los síntomas de la enfermedad en estudio. • Establecer una línea única para llamadas que atienda los requerimientos en salud de la comunidad. • Determinar los medios de comunicación más efectivos (redes sociales, radio, televisión, materiales impresos) para la comunidad. • Capacitar a los líderes, al personal de respuesta y a los portavoces sobre las recomendaciones para elaborar mensajes a la comunidad. • Definir el vocero.
Producto/Indicador: plan de comunicaciones/Cantidad y porcentaje de líderes, personal de respuesta y portavoces con capacitación sobre las recomendaciones en comunicación de riesgos, capacitación sobre habilidades de comunicación de riesgos/ Cantidad de rumores y/o percepciones erróneas informadas y abordadas/ Redes sociales y/o análisis de sitios web, guión para el personal, línea única.	

Fuente: Adaptado de CDC

3.5 Investigación de brote

Durante la investigación del brote, alerta o emergencia en salud pública, es importante que la intervención siga los pasos recomendados por el CDC para la investigación de brotes (7):

1	**Preparar el trabajo de campo.**
2	**Establecer la existencia de un brote:** un brote o una epidemia es la ocurrencia de más casos de enfermedad de lo esperado en un área determinada o entre un grupo específico de personas durante un período particular.
3	**Verificar el diagnóstico:** garantiza que la enfermedad se ha identificado adecuadamente, ya que las medidas de control suelen ser específicas de la enfermedad. Además, permite descartar errores de laboratorio como base para el aumento de los casos notificados.

4	**Construir una definición operativa de caso:** una definición de caso es un conjunto de criterios para decidir si un individuo debe clasificarse con la enfermedad en estudio. Una definición de caso incluye criterios clínicos y epidemiológicos, y particularmente en el contexto de una investigación de brote, restricciones por tiempo, lugar y persona.
5	**Detectar casos sistemáticamente y registrar la información:** es la búsqueda de casos adicionales de la enfermedad en estudio, que no son captados por las instituciones de salud, lo que determina la verdadera extensión geográfica del problema y las poblaciones afectadas por él. Los casos se registran en formatos estandarizados en los cuales se recopila información social y demográfica, clínica, factores de riesgo y la fuente de información.
6	**Realizar epidemiología descriptiva:** es la caracterización del brote en las variables tiempo (curva epidémica), lugar (extensión geográfica, mapa residencial, mapa laboral, georreferenciación) y la persona (edad, condición étnica, sexo, estado de salud, ocupación, actividades de ocio, uso de medicamentos, cigarrillo, drogas, etc).

7	**Establecer hipótesis:** en un contexto de brote, las hipótesis se generan de diversas maneras, se puede empezar por aquello que se conoce de la enfermedad: ¿cuál es el reservorio habitual del agente?, ¿cómo se transmite habitualmente?, ¿qué vehículos están comúnmente implicados? y ¿cuáles son los factores de riesgo conocidos? La epidemiología descriptiva puede proporcionar pistas útiles que pueden convertirse en hipótesis, por ejemplo, si la curva epidémica apunta a un período estrecho de exposición, ¿qué eventos ocurrieron alrededor de ese momento?, ¿por qué las personas residentes en un área en particular tienen la tasa de ataque más alta? y ¿por qué algunos grupos con características particulares de edad, sexo u ocupación, tienen un mayor riesgo que otros grupos? Toda hipótesis debe ser probada por técnicas analíticas apropiadas.
8	**Evaluar hipótesis epidemiológicamente:** las hipótesis en una investigación de campo se evalúan utilizando una combinación de evidencia ambiental, de laboratorio y epidemiología. La característica clave de la epidemiología analítica es un grupo de comparación. El grupo de comparación permite a los epidemiólogos comparar el patrón observado entre pacientes o un grupo de personas expuestas con el patrón esperado entre personas no enfermas o no expuestas (según el enfoque como casos y controles, o cohortes).
9	**Reconsiderar, refinar y reevaluar las hipótesis cuando sea necesario:** cuando la epidemiología analítica no sea reveladora, reconsidere sus hipótesis. Considerar una reunión con los casos para identificar vínculos o visitar sus hogares. Considerar nuevos factores de riesgo, fuentes o modos de transmisión.

10	**Comparar y correlacionar con estudios de laboratorio y/o ambientales:** la epidemiología puede implicar fuentes y guiar la acción apropiada de salud pública; sin embargo, la evidencia de laboratorio permite confirmar la etiología del brote.
11	**Implementar medidas de control y prevención:** en las investigaciones de brotes, el objetivo principal es el control del brote y la prevención de casos adicionales. Las actividades de control y prevención deben llevarse a cabo lo antes posible. La primera responsabilidad del respondiente es proteger la salud pública, por lo que, si se conocen y están disponibles las medidas de control adecuadas, deben iniciarse incluso antes de que se inicie una investigación epidemiológica. En general, las medidas de control suelen dirigirse contra uno o más segmentos de la cadena de transmisión (agente, fuente, modo de transmisión, portal de entrada).
12	**Iniciar o mantener la vigilancia:** una vez que se han implementado las medidas de control y prevención, deben continuar siendo monitoreadas. Si la vigilancia no ha sido continua, se puede iniciar una vigilancia activa, esto permite la identificación de nuevos casos y determinar si el brote está controlado o no.
13	**Comunicar los hallazgos:** resumir la investigación, sus hallazgos y sus resultados en un informe, y comunicar este informe de manera efectiva.

3.5.1 Emisión de información

Todo brote, alerta o emergencia en salud pública requiere la emisión de un reporte de situación (Situation Report-SITREP). La periodicidad de esta información puede darse a las 24 h, 72 h o más, de acuerdo con el avance de la situación o se genere nueva información o requerimientos de la Sala de Análisis del Riesgo (SAR). Cada situación es variable pero mínimo debe tener un SITREP de apertura y uno de cierre de brote (8). Un formato ejemplo se muestra en el anexo 2.

En términos generales un SITREP es un documento ejecutivo, se sugiere que máximo contenga 2500 palabras, es un informe práctico, fácil de leer y útil para la toma de decisiones (Ver anexo 2); debe ser elaborado con rigor metodológico y contener al menos los siguientes aspectos:

1. Detalles de la situación: lugar de ocurrencia (ciudad, vereda, barrio).
2. Ubicación geográfica (mapa).
3. Situación:
   a. Antecedentes: ¿qué sucedió?, ¿cuál fue el resultado de la SAR?.
   b. Situación/información actual: reporte de afectación en cuanto a número de casos, estado de los casos, tasas de ataque, curva epidémica (si se cuenta con información), línea de tiempo y comportamiento del evento a nivel subnacional y nacional.
4. Actividades realizadas en control de situación y recomendaciones generadas, por ejemplo: búsqueda activa comunitaria e institucional. De acuerdo con el brote, monitoreo rápido de coberturas de vacunación o, por ejemplo, de resultados de estudios entomológicos.
   a. Pendientes: informar las acciones por desarrollar.
   b. Necesidades: identificadas en la respuesta.

5. Otras actividades: incluya reuniones, mesas de trabajo, unidades de análisis, entre otras.
6. Conclusiones.

Alguno de los Sitrep pueden ser evolucionados para convertirse en un informe de brote con metodología tipo articulo científico (Introducción Metodos Resultados Discusion Conclusiones).

3.6 Repliegue del ERI

La desactivación o repliegue del ERI ocurre cuando se haya cumplido con los objetivos propuestos en el plan de acción. Para el monitoreo a la situación presentada, se puede establecer un plan de seguimiento con base en actividades concertadas con la autoridad local de salud e instituciones competentes (8,9).

Cuando la situación requiere una mayor permanencia en terreno, se recomienda hacer relevos de personal, para evitar agotamiento en campo, estos relevos pueden realizarse cada 7 o máximo 10 días; el nuevo ERI puede mantener el mismo plan de acción o adicionar nuevas líneas de acuerdo con la nueva evidencia recogida.

Es importante que el nivel subnacional y local continúen realizando seguimiento a la situación intervenida y a la notificación, a los reportes de laboratorio que continúen llegando o inclusive revisar sensores que hayan dejado capacitados en comunidad.

Una vez se establece que el brote se ha controlado, los integrantes del ERI en concurrencia con el especialista técnico del evento deben generar un SITREP de cierre que incluya las actividades de control, metodología aplicada en terreno, tipo de estudio, discusión y conclusiones sobre el criterio de cierre de la situación (9).

3.6.1 Informe de retroalimentación – After Action Review

Una vez los ERI regresen del terreno, cada uno de los integrantes debe proporcionar información sobre la respuesta, identificando debilidades y fortalezas. Se puede realizar de forma individual, en grupo o mediante la aplicación de una encuesta anónima.

En lo posible involucrar profesionales en salud mental, quienes pueden identificar potenciales factores de estrés y proporcionar apoyo emocional a su regreso. Esta intervención puede encontrarla en el Manual 4.1 Evaluación de la respuesta (AAR).

3.7 Puntos clave en el plan de acción de los Equipos de Respuesta Inmediata

- Contar con una base de expertos o listado de disponibilidad facilita la selección de los integrantes del ERI.
- La conformación, el despliegue y el inicio de las actividades en terreno se deben realizar idealmente en las primeras 24 horas posteriores a la notificación y la valoración del riesgo para la alerta, brote o emergencia en salud pública.
- El plan de acción del ERI permite organizar con base en la evidencia disponible las acciones a realizar en campo y necesidades de articulación subnacional o nacional.
- Todo ERI en terreno debe tener un líder de equipo, que además de dirigir debe coordinar las actividades de respuesta en terreno como: vigilancia epidemiológica, laboratorio, prevención y control de infecciones, atención en salud de casos, movilización social, comunicación del riesgo.
- Todo brote, alerta o emergencia en salud pública requiere la emisión de un reporte al menos al inicio y al cierre de la situación.
- Una vez los ERI regresen del terreno, cada uno de los integrantes debe proporcionar información sobre la respuesta, identificando debilidades y fortalezas.

¡Recuerda!

El cumplimiento de los pasos de investigación de brote es importante para la efectividad de la acción del ERI.

Referencias

1. Congreso de Colombia. Ley 1523 de 2012. Política nacional de gestión del riesgo de desastres y Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres [Internet]. 2012 [Consultado febrero 2022]. Disponible en: http://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Documents/Normatividad/LEY%201523%20DEL%2024%20DE%20ABRIL%20DE%202012.pdf.

2. Centers for Disease Control and Prevention, 2020. Guidance for U.S. Centers for Disease Control and Prevention Staff for the Establishment and Management of Public Health Rapid Response Teams for Disease Outbreaks [Internet]. 2020[Consultado Febrero 2022]. Disponible en: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/global-covid19/RRT-ManagementGuidance-508.pdf

3. World Health Organization, 2017. Emergency response framework – 2nd ed. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Internet]. 2017 [Consultado febrero 2022]. Disponible en: https://www.who.int/publications-detail/emergency-response-framework-(-erf)-2nd-ed.

4. Centers for Disease Control and Prevention, 2021. Planificación de la respuesta sostenible a la COVID-19. [Internet]. 2021 [Consultado febrero 2022]. Disponible en https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-19/sustainable-response-planning.html.

5. Centers for Disease Control and Prevention, 2021. COVID-19 Rapid Response Team Guide. [Internet]. 2021 [Consultado febrero 2022]. Disponible en https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-19/rtt-management-introduction.html

6. Centers for Disease Control and Prevention, 2021. Pre-deployment processes: considerations on COVID-19. [Internet]. 2021 [Consultado febrero 2022]. Disponible en https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-19/covid-19-rtt-activation.html.

7. Centers for Disease Control and Prevention, 2021. Composición del Equipo de Respuesta Inmediata: Consideraciones sobre COVID-19. [Internet]. 2021 [Consultado febrero 2022] Disponible en https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-19/pre-deployment-processes-COVID-19-considerations.html

8. Instituto Nacional de Salud. Instructivo Sala de Análisis del Riesgo y Priorización de riesgos en salud Pública. Procedimiento interno. 2018, Actualizado 2021.

9. Instituto Nacional de Salud. Instructivo conformación y despliegue de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI). Procedimiento interno. 2018, Actualizado 2021

Anexos

Anexo 1. Ejemplo de plan de acción ERI

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

GRUPO DE GESTIÓN DEL RIESGO Y RESPUESTA INMEDIATA – GGRRI

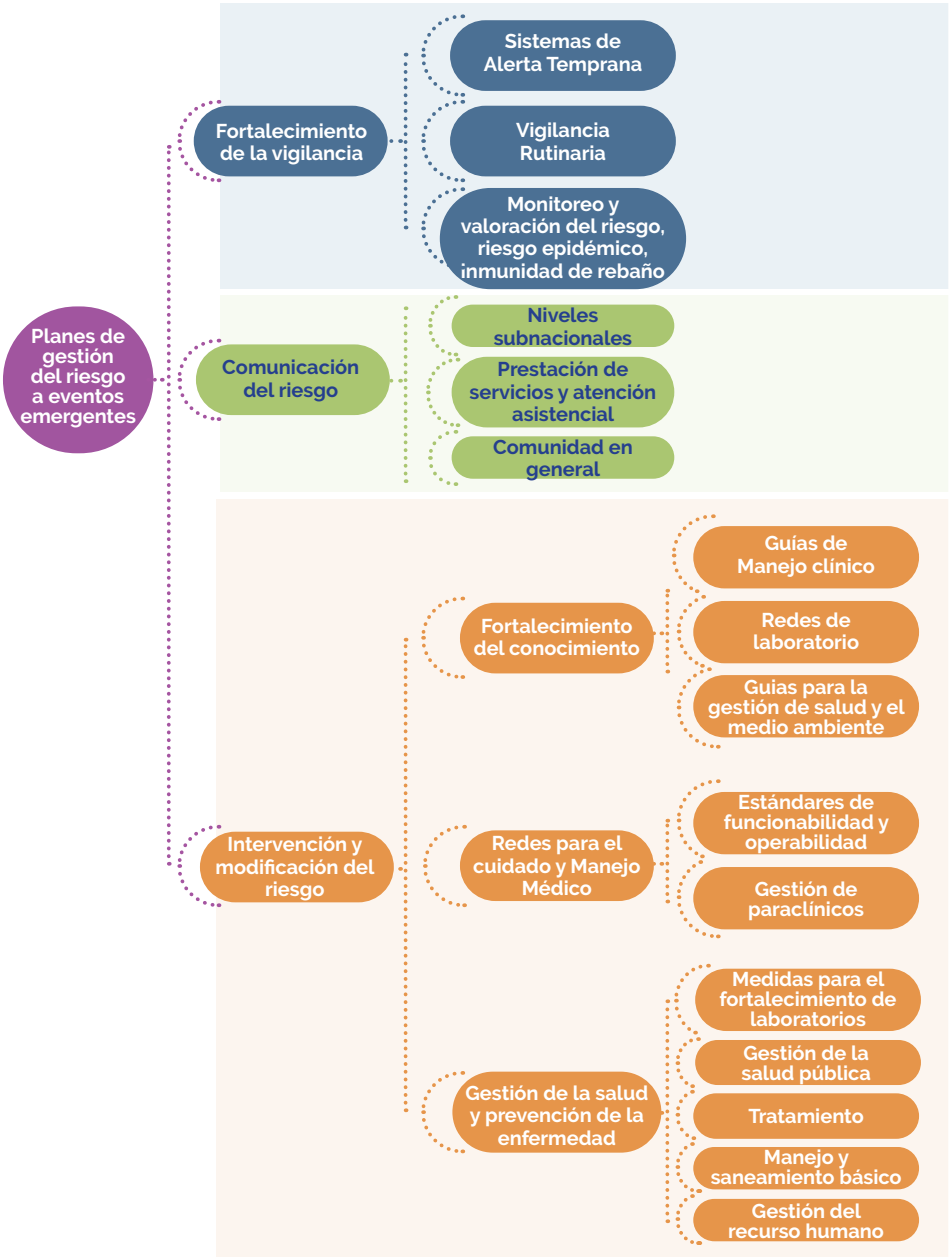
CENTRO DE OPERACIONES DE EMERGENCIA, EVENTOS, BROTES Y EPIDEMIAS EN SALUD PÚBLICA (COE - ESP)

Teniendo en cuenta la situación de emergencia y la conformación y activación del ERI, es necesario el diseño de un plan de acción para la respuesta articulada en el territorio. Esta actividad no debe tomar más de media hora y se puede ajustar acorde con los hallazgos identificados en campo.

Nombre de quien elabora el documento:	
Fecha de elaboración:	
Líneas de acción	Actividades
Antecedentes / situación reportada	(Elabore un breve resumen de la situación, identifique las áreas geográficas afectadas, características de población en riesgo, análisis de condiciones de salud y necesidades).
Objetivos de la respuesta	(Defina concretamente los objetivos del desplazamiento del ERI). (Describa las actividades para la investigación de campo, captura de información, diseño de instrumentos, búsqueda y seguimiento de contactos, inteligencia epidemiológica, implementación de medidas de prevención y control, describa las medidas farmacológicas y no farmacológicas, diseño de estrategias de vigilancia en situaciones de desastre, vigilancia intensificada)

Medidas de seguridad del ERI e insumos (ver Anexo 1)	Elementos de Protección Personal Kit general: Kit 1: de Etiología desconocida Kit 2: Neurológico Kit 3: Respiratorio Kit 4: Gastrointestinal Kit 5: Febril Carné de misión médica Chaleco de identificación
Personal que conforma el ERI	(Liste los nombres, cargos, y funciones asignadas al ERI conformado).
Gestión y articulación nacional y subnacional	(Liste los profesionales responsables con los que se realizará comunicación por niveles).
Investigación de la situación / brote	(Actividades para la investigación de campo, captura de información, diseño de instrumentos, búsqueda y seguimiento de contactos, inteligencia epidemiológica, implementación de medidas de prevención y control, describa las medidas farmacológicas y no farmacológicas, diseño de estrategias de vigilancia en situaciones de desastre, vigilancia intensificada).
Comunicación del riesgo	(Comunicados, mensajes clave, información a la comunidad), en articulación con la ET y el MSPS.

Anexo 2. Líneas generales de respuesta para los planes de gestión de riesgo a eventos emergentes a nivel nacional.



GESTIÓN DEL RIESGO Y RESPUESTA INMEDIATA

3

CAJA DE HERRAMIENTAS

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

ETAPA 3.3

SISTEMA DE MANEJO DE INCIDENTES

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Etapa 3.3 Sistema de Manejo de Incidentes /Luz Mary Velandia, Franklyn Prieto Alvarado, Angela Alarcón Cruz, Patricia Salas, Jorge Luis Díaz.

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

Corrección de estilo, diseño y diagramación: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, IETS.

Impresión y acabados: Editorial Scripto SAS

Primera edición: julio de 2022

Guiovanni Rubiano García
Director General INS

Martha Lucía Ospina Martínez
Directora General 2016-2022

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 No. 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 Centers for Disease Control and Prevention.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

ETAPA 3.3

SISTEMA DE MANEJO DE INCIDENTES

I. Introducción

En Colombia, la gestión del riesgo en vigilancia en salud pública utiliza las etapas de gestión de riesgo. Como se ha revisado en los manuales anteriores, la gestión del riesgo en salud pública, aborda las etapas de gestión de riesgo propuestas por la NTC ISO31000. Por medio de la etapa inicial, en la cual se establece el contexto de la situación, se identifican las amenazas y vulnerabilidades, a través de un Sistema de Alerta Temprana, que son analizadas en la etapa de valoración del riesgo, para establecer una respuesta asertiva en la etapa de modificación del riesgo, con el objetivo de disminuir los efectos negativos en la salud de la población, brindando una respuesta organizada y proporcionada de acuerdo con la situación (1).

En la etapa de modificación del riesgo, para brindar una respuesta eficiente y adecuada a los eventos de situaciones de emergencia en salud pública, se establece la metodología del Sistema de Manejo de Incidente (SMI), bajo una estructura organizacional, basada en principios administrativos, que permiten optimizar los recursos y dar respuestas eficaces ante los diferentes escenarios de riesgo que afectan la salud pública. Es así como este sistema facilita la organización y cooperación entre las áreas, el manejo de la información, comunicación externa, manejo de recursos y permite dar soporte más amplio a los equipos de respuesta inmediata. Suele utilizarse de manera flexible dependiendo de la naturaleza de la amenaza y del contexto en el que se produce la emergencia (1).

El Sistema de Comando de Incidentes (SCI) fue desarrollado en los años 70, después que la organización FIRESCOPE identificara una serie de dificultades y falencias recurrentes y comunes en varias instituciones que daban respuesta a varios incendios forestales en el sur de California. Entre las dificultades se identificaron la terminología diferente, la falta de capacidad para ampliar o contraer la estructura organizacional, el déficit de estandarización e integración de las comunicaciones, la falta de planes de acción y el no contar con instalaciones precisas para la respuesta (2).

La adopción del Sistema de Manejo de Incidente para responder a las situaciones de emergencia en salud pública, bajo una estructura de Sistema Comando de Incidentes, permite a las entidades territoriales fortalecer la preparación del personal, del equipamiento y las instalaciones, así como diseñar protocolos y estandarizar procedimientos, que permitan la disminución de los eventos negativos y efectos adversos en la salud de la población.

Este Manual pretende brindarle de manera sencilla y simplificada, conceptos claves para el manejo de una emergencia en salud pública en el marco del sistema de manejo de incidente.

1.1 Guía para el uso del Manual

Esta es la primera edición del Manual titulado Sistema de Manejo de Incidente, siendo una herramienta para la implementación en los niveles nacionales o subnacionales cuya finalidad facilita el manejo efectivo de una emergencia en salud pública. En el Manual se establecen los conceptos generales del sistema, su estructura y adaptabilidad a las emergencias en salud pública.

El Manual contribuirá a que se genere una respuesta efectiva y eficaz, bajo la organización de una estructura específica, frente a una situación de emergencia en salud pública, de acuerdo con la capacidad de respuesta de cada nivel.

Este Manual no contiene conformación y despliegue de los equipos de respuesta inmediata, la cual se describe en el manual de equipos de respuesta inmediata disponible en la caja de herramientas.

Esperamos que, a medida que el proceso se incorpore a la práctica habitual, los usuarios sugieran mejoras y también provean estudios de caso adicionales que permitirán perfeccionar este Manual y contribuyan a la capacitación.

1.2 ¿Cómo se elaboró el Manual?

Este Manual responde a la necesidad de fortalecer la respuesta en salud pública, es así como un grupo de profesionales que operan la vigilancia en el nivel nacional, establecen herramientas para la implementación de la gestión del riesgo en terreno. En la elaboración del Manual participaron expertos temáticos y se realizó en dos fases: una inicial con componente cualitativo donde fueron recopiladas

experiencias y conocimientos sobre la implementación del modelo de gestión del riesgo y una segunda fase de validación o contraste con la información bibliográfica disponible.

1.3 Estructura y contenido del Manual

El Manual está estructurado en cuatro secciones, bibliografía y sus anexos. En el primer numeral, denominado Introducción, se enuncian los antecedentes del Sistema de Manejo de Incidente y como se elaboró este Manual. En el segundo numeral se define el alcance y sus objetivos. En el numeral tres se relacionan las generalidades, los principios, la estructura del SCI y la formulación del plan de acción de incidente. En el capítulo cuarto se establece el paso a paso para la activación del sistema de manejo de incidente. Además, se ha incluido la referencia a los principales textos revisados para la elaboración de este documento y los anexos.

II. Alcance

El presente Manual está dirigido a los niveles nacionales o subnacionales encargados de la vigilancia en salud pública y de la respuesta a brotes, emergencias y eventos de interés en salud pública. El Manual está enfocado en la organización de una respuesta bajo el Sistema de Manejo de Incidente con el fin de disminuir los efectos negativos en una potencial situación de emergencia en salud pública.

2.1 Objetivo general

Orientar las actividades de preparación y respuesta, en las entidades subnacionales y nacionales bajo el Sistema de Manejo de Incidente, que permitan establecer una respuesta organizada, coordinada y eficaz, con adecuado manejo de los recursos ante diferentes escenarios en una situación de emergencia en salud pública. Situación en la que concurran las áreas misionales, de apoyo y estratégicas necesarias de acuerdo al contexto de la emergencia.

2.2 Objetivos específicos

Promover el conocimiento de los principios administrativos del sistema de manejo de incidente, que mejoran la efectividad y la eficiencia en la respuesta a las situaciones de emergencias en salud pública.

Conocer la estructura y las funciones del personal que gestiona y opera la respuesta a una situación de emergencia en salud pública, de acuerdo con el SMI.

Identificar los recursos como instalaciones, equipamiento y personal para dar respuesta a una situación de emergencia en salud pública.

Orientar los procedimientos que permiten dar respuesta en los diferentes escenarios de emergencias en salud pública.

III. ¿Qué es el Sistema de Manejo de Incidente (SMI) ?

3.1 Generalidades

Como se describió en el Manual de Valoración del Riesgo e integración de fuentes de información en la Sala de Análisis del Riesgo, cuando se valora una alerta pueden tener diferentes puntuaciones que permiten diferenciar la respuesta para modificar el riesgo y cuando se obtiene la máxima puntuación en el Nivel III, requiere la activación de espacios y estrategias como el Sistema de Manejo de Incidente, para ajustar rápidamente la respuesta, el personal y los recursos a las necesidades de la situación.

El SMI facilita la organización y cooperación entre las áreas, el manejo de la información, la comunicación externa, el manejo de recursos y permite dar soporte más amplio a los equipos de respuesta inmediata. Consta de funciones básicas que pueden y deben utilizarse de manera flexible dependiendo de la naturaleza de la amenaza y del contexto en el que se produce la emergencia (1).

El Sistema de Manejo de Incidente en respuesta de salud pública coordina el flujo de información y acciones, proporcionando el apoyo científico, asistencia técnica y recursos y cuenta con las siguientes características y beneficios (2):

- **Gerencia de la respuesta.**
- **Estandarización, reconocimiento y consistencia.**
- **Flexibilidad ante la planificación o no de eventos.**
- **Capacidad de gestión de brotes (se repite con el primero).**
- **Respuesta ágil y coordinada.**
- **Eficiencia en el uso de recursos.**
- **Logro de los objetivos o metas de la respuesta.**
- **Reducción del tiempo de respuesta.**
- **Control del personal para asegurar su salud y seguridad.**

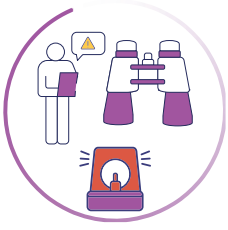
El Sistema de Manejo de Incidente, permite el manejo efectivo y eficiente de incidente, integrando una combinación de instalaciones, equipo, personal, procedimientos y comunicaciones que operan dentro de una estructura organizacional común (3).

3.2 Principios

El SMI tiene unos principios administrativos que permiten mejorar la eficacia y eficiencia de los diferentes respondientes en una situación de emergencia, ya que aseguran una respuesta rápida, coordinada y efectiva:

Terminología común: propone a todas las personas e instituciones involucradas en la respuesta, manejar una terminología estándar y coherente que permite emplear nombres comunes para recursos, instalaciones, así como funciones y niveles del sistema organizacional.

Alcance de control: es el número de personas subordinadas, que un responsable puede tener a cargo con efectividad, la cual debe ser entre 3 y 7, siendo lo óptimo de 5 personas, para alcanzar el control. Los factores de seguridad y fundamentos de planificación, organización y operación que tienen en cuenta todas las características del incidente, determinan cuál es el nivel manejable de supervisión.



Cadena de mando: es una línea ordenada de gestión dentro de la organización de respuesta. Permite a los gerentes de incidente dirigir y manejar las acciones de todo el personal bajo su supervisión. Evita la confusión. Mejora el intercambio de información.

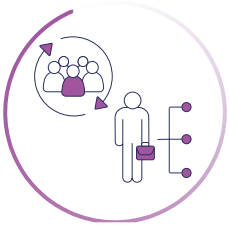
Organización modular: se desarrollará de acuerdo al tipo y magnitud del incidente y su complejidad. Establece la dirección, organización, comunicación y coordinación del funcionamiento de la respuesta al incidente, comenzando con el gerente del incidente y expandiéndose con otros actores, de acuerdo a las necesidades. La estructura organizativa del manejo de incidente depende del tamaño, tipo y complejidad del incidente, es horizontal y vertical que cambia según el incidente y su evolución, y se gestiona mediante un plan de acción.

Comunicaciones integradas: la organización del SMI incluye redes de comunicaciones con canales y frecuencias, en las que se utiliza lenguaje claro y terminología común, para la respuesta.

Consolidación del plan de acción del incidente: el plan de acción es el resultado de la consolidación de los objetivos, las acciones y estrategias, así como el uso de los recursos para dar respuesta a la situación de emergencia. Se debe incluir el periodo operacional, las competencias de los respondientes, los cambios de turnos de personal y equipo.

Unidad de mando: cada persona dentro de la estructura, debe responder e informar solo a una persona designada.

Manejo Unificado: se aplica cuando hay una respuesta intersectorial, permite hacer acuerdos conjuntos, determinando así objetivos generales, planificando las actividades y operaciones integradas del personal respondiente, optimizando los recursos asignados.



Manejo integral de los recursos: la aplicación de este principio permite consolidar el control de los recursos, optimizando su eficacia y la seguridad del personal (2,4).

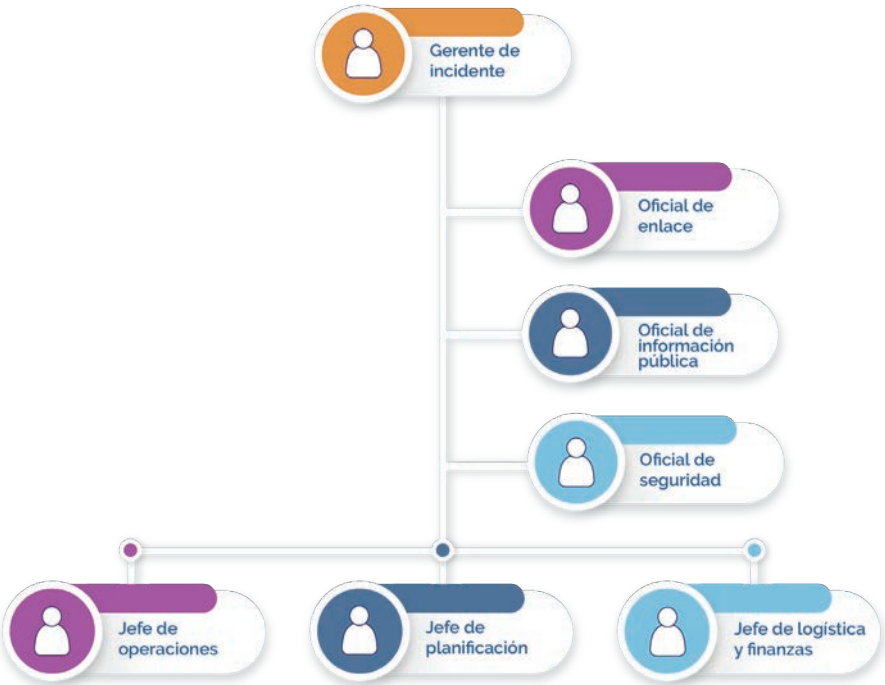
¡Recuerda!

El SMI es un concepto de gestión de incidente estandarizado de todos los riesgos que permite una respuesta coordinada entre varias jurisdicciones y organismos, estableciendo procesos comunes para la planificación y gestión de los recursos, permitiendo así la integración dentro de una estructura organizativa común. Se basa en unos principios administrativos para su adecuado funcionamiento.

3.3 Estructura

Para asegurar una respuesta efectiva en una situación de emergencia en salud pública, se debe realizar una preparación, determinar las funciones y establecer una estructura, que optimice la capacidad. El SMI establece una estructura y funciones que deben ser asignadas a las diferentes áreas misionales, de apoyo y estratégicas necesarias en el territorio, esta asignación se realizará de acuerdo a la complejidad de la emergencia (2, 4), (figura 1).

Figura 1. Estructura general del sistema de manejo de incidente



Fuente: GGRRI, INS, 2018.

Con base en la estructura definida, se establecen unas posibles actividades, acciones o responsabilidades que debe realizar el personal asignado de acuerdo con el cargo:

Cargo	Funciones o responsabilidades
Gerente del incidente: es la persona que tiene más experiencia para conducir la respuesta del incidente. Es la mayor autoridad en el incidente.	• Establece objetivos del incidente, estrategias y prioridades. • Asume la responsabilidad general de la dirección y coordinación del incidente. • Obtiene la aprobación para activar la estructura de manejo de Incidente. • Mantiene conocimiento de la situación general del evento y de todos los recursos desplegados. • Obtiene informes sobre el incidente y aprueba informes que se presentarán de acuerdo a las necesidades identificadas.

Cargo	Funciones o responsabilidades
El oficial de enlace: es la persona encargada de ser el punto de contacto entre las diferentes organizaciones respondientes.	• Asiste al Gerente de Incidente sirviendo como punto de contacto con los representantes de otras organizaciones de respuesta • Proporciona sesiones informativas y respuestas a las preguntas de organizaciones de apoyo.
Oficial de información pública: es la persona encargada de contactar con los medios de comunicación u otras organizaciones que busquen información acerca del incidente.	• Asesora al Gerente de Incidente en la difusión de información y relaciones con los medios. • Obtiene y proporciona información a la Sección de Planificación, la comunidad y los medios de comunicación. • Solicita la aprobación del Gerente de Incidente sobre la información a publicar.
Oficial de seguridad: es la persona encargada de garantizar lo relativo a la seguridad del personal del incidente.	• Asesora al Gerente de Incidente sobre la seguridad del incidente. • Funciona con operaciones para garantizar la seguridad del personal de campo. • Garantiza la seguridad de todo el personal de respuesta al incidente.
Jefe de Operaciones: es la persona encargada de coordinar las operaciones tácticas del incidente.	• Dirige y coordina todas las operaciones tácticas del incidente. • Organiza logísticamente a los equipos de respuesta inmediata. • Apoya la construcción de los planes de acción de los ERI, a la sección de planificación.

Cargo	Funciones o responsabilidades
Jefe de Logística y finanzas: se establece cuando las actividades de comando de incidente requieren finanzas y otros servicios de apoyo administrativo, siguiendo los procedimientos financieros habituales de la institución.	• Apoya a los respondientes del incidente. • Provee los alimentos para el personal del incidente. • Asegura Insumos, instalaciones y apoyo en el campo. • Mantiene el apoyo para la atención de emergencias en salud pública
Jefe de Planificación: es la persona encargada de gestionar la información producto de los análisis y necesidades identificadas en el incidente.	• Recolecta, valora y distribuye la información del incidente. • Prepara y documenta los planes de acción del incidente en conjunto con el personal del comando de incidente. • Da seguimiento a los recursos asignados al incidente. • Mantiene la documentación del incidente. • Genera informes de acuerdo a la evolución del incidente.

¡Recuerda!

Una estructura organizada del SMI permite la coordinación de la respuesta y administración de recursos, por medio de principios administrativos y la participación de los diferentes integrantes, con funciones y tareas asignadas.

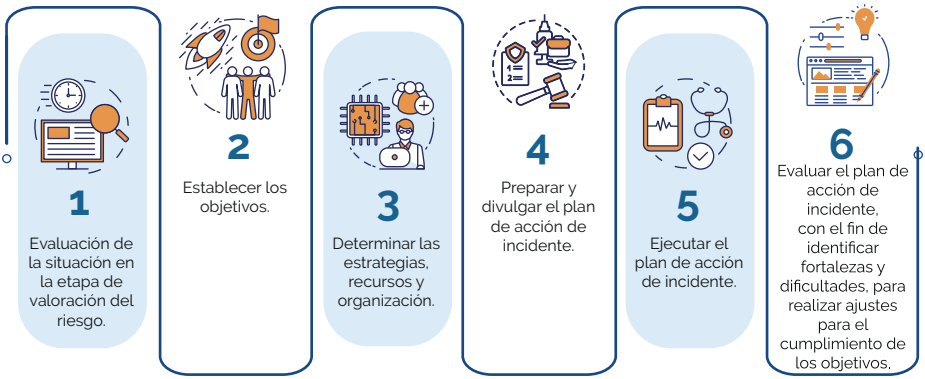
3.4 Plan de acción del incidente

El plan de acción de incidente es un documento que define las líneas operativas institucionales y el plan de trabajo general de los equipos de respuesta inmediata. Asimismo, relaciona las actividades que se formulan para cumplir con los objetivos y estrategias, Y dar respuesta a una situación de emergencia en salud pública. El documento debe identificar los recursos y establecer la organización de los actores involucrados, el periodo operacional, los flujos de comunicación y la generación de información en la respuesta al incidente (3).

El plan de acción de incidente permite trabajar con objetivos claros y acciones definidas, optimizar los recursos y controlar el cumplimiento de los objetivos y el progreso del trabajo.

Los periodos operacionales son intervalos de tiempo específicos de trabajo de cada integrante de la respuesta, en la cual se deberá cumplir con los objetivos formulados; también incluyen el periodo de renovación del plan de acción de incidente, ya que los objetivos y acciones cambian con las circunstancias de la emergencia.

Pasos para elaborar y ejecutar el plan de acción de incidente:



Los componentes del plan de acción de incidente son (ver Anexo 1):

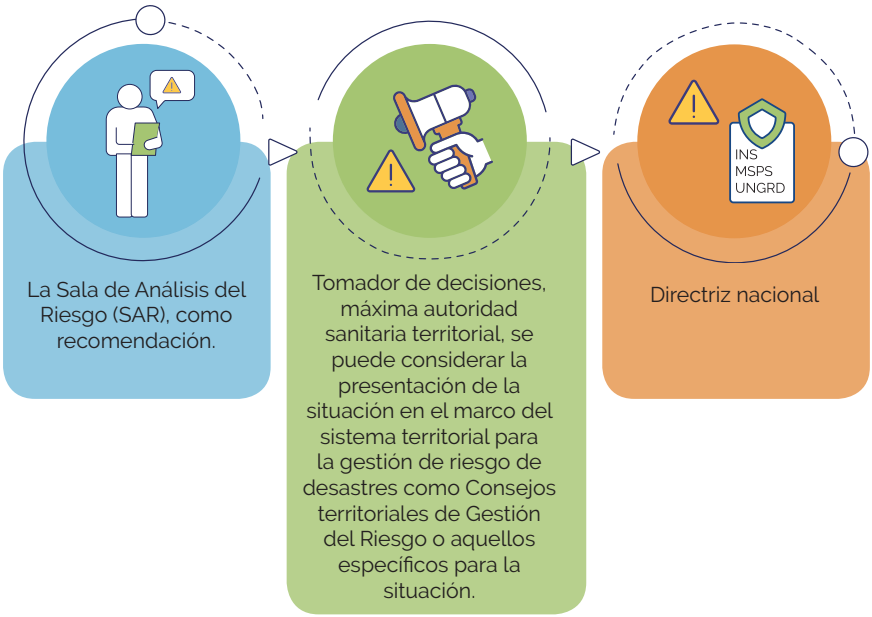
- **Antecedentes:** incluye la descripción del evento, la información actual, los resultados del análisis en la Sala de Análisis del Riesgo-SAR y la decisión del nivel de activación de respuesta.
- **Objetivos de la respuesta**, tanto los estratégicos como operacionales, deben ser concretos, coherentes, plausibles, definidos en tiempos (periodo operacional) medibles.
- Establecer los **recursos** de personal, administrativos y físicos. Se deben establecer nombre y responsabilidades de cada actor involucrado en la respuesta.
- La **organización estructural** de la respuesta, de acuerdo al nivel de alerta, incluyendo las secciones activadas, oficiales, las tareas, responsables y fecha de cumplimiento.
- **Criterios de desactivación** de las secciones, oficiales y retorno del equipo de respuesta inmediata (ERI).

¡Recuerda!

El plan de acción de incidente permite definir los objetivos, las estrategias y los recursos para la respuesta a la situación de emergencia en salud pública, requiere un seguimiento y actualización de acuerdo a la evolución de la emergencia.

IV. Determinación de activación del Sistema de Manejo de Incidente

A partir del análisis de la información de la valoración del riesgo, se generan recomendaciones de respuesta y modificación del riesgo para los tomadores de decisiones. La activación del SMI para dar una respuesta a una emergencia en salud pública puede estar determinada por (3):



La activación del Sistema de Manejo del Incidente dependerá del nivel de alerta, respuesta y emergencia, con base en la valoración del riesgo de la situación y la capacidad de respuesta territorial.

Si la respuesta requiere de la articulación de diferentes áreas de la institución, como misionales,

estratégicas y de apoyo, el SMI permite organizar una respuesta estructurada, que facilita la cooperación entre las áreas, el manejo de la información, la comunicación externa, el manejo de los recursos y da soporte a los equipos de respuesta inmediata (3, 5).

La decisión de activación del SMI (no debe ser superior a dos horas) **debe ser aprobada por la máxima autoridad sanitaria territorial o tomador de decisiones,** con base en la información aportada por la SAR y las consideraciones de los niveles participantes. Si la situación objeto de respuesta e intervención tiene una alta capacidad de disrupción económica, social o funcional, se puede considerar la presentación de la situación en el marco del sistema territorial para la gestión de riesgo de desastres.

Por ejemplo, en estas situaciones se puede requerir la activación de un Sistema de Manejo de Incidente:

- Eventos establecidos por el RSI como ESPII (Viruela, polio por poliovirus salvaje, gripe humana por un nuevo virus y síndrome respiratorio agudo severo).
- Eventos con potencial epidémico: eventos resultantes de la exposición a materiales tóxicos o peligrosos determinados por otras instituciones como agencias reguladoras de alimentos o sanidad animal y que puedan tener una alta repercusión en salud pública.
- Emergencias por amenazas naturales: terremotos, tsunamis, inundaciones, deslizamientos de tierra o avalanchas, entre otros.
- Emergencias por peligros antropogénicos: desplazamiento de personas, daño a líneas vitales, entre otros.
- Producto del análisis de la emergencia en salud pública en la Sala de análisis de riesgo, que entregue las recomendaciones a los tomadores de decisiones.

Un Sistema de Manejo de Incidente es un modelo reconocido internacionalmente para responder a emergencias, esta estructura formal, entre otras, facilita las demandas de la respuesta (6).

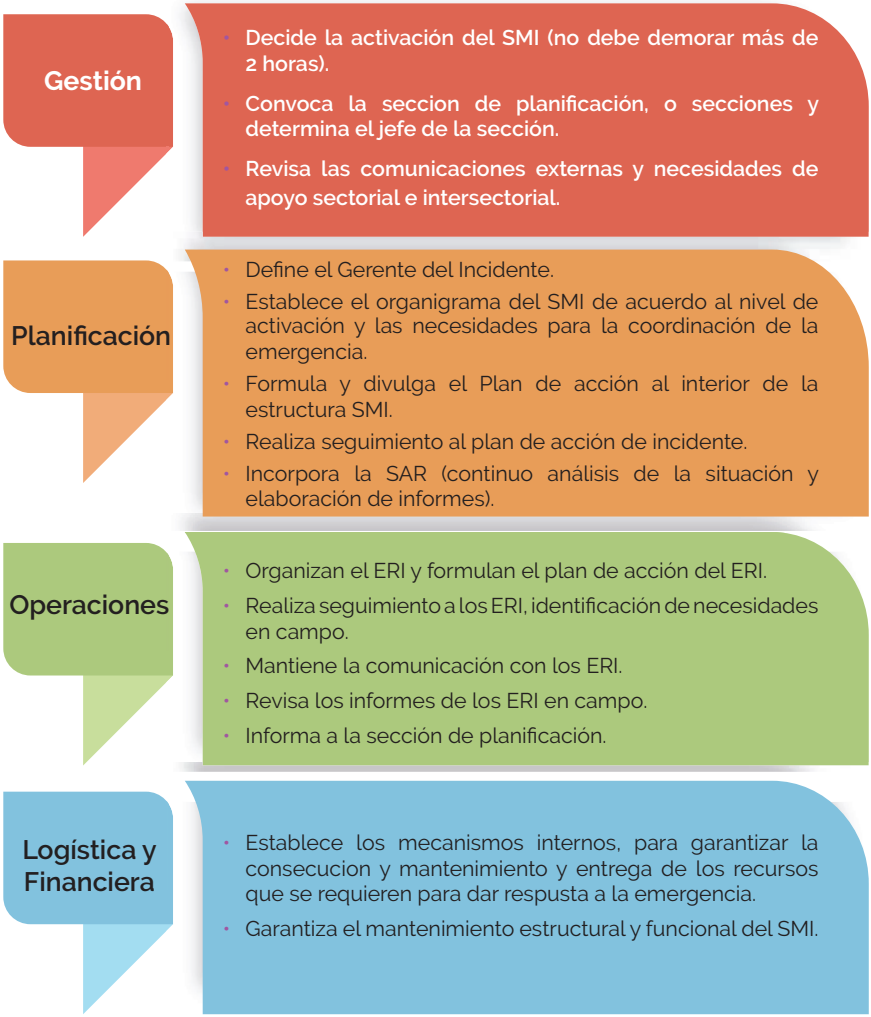
4.1 Activación del Sistema de Manejo de Incidente

Una vez se determine que se requiere la activación del Sistema de Manejo de Incidente, se procede a activar la sección o secciones de este sistema. Para dicha activación concurren las áreas misionales, de apoyo y estratégicas necesarias, incluye organismos y jurisdicciones a nivel territorial y/o nacional. Se debe realizar la convocatoria de acuerdo con la situación de emergencia en salud pública que se esté presentando y los flujos de información o comunicación expeditos en cada territorio.

Para la activación de estas secciones tenga en cuenta, el SMI realiza unas funciones básicas las cuales deben utilizarse de manera flexible dependiendo de la situación

de emergencia en salud pública que se esté presentando, incluye mínimo: gestión, planificación, operaciones, logística y finanzas (7). (Figura 2).

Figura 2. Secciones del Sistema de Manejo de Incidente



Fuente: elaboración propia

La sección de planificación será la primera instancia en activarse, incorporando a la SAR y estableciendo el plan de acción de incidente (ver anexo 1), así como el nivel de activación de la estructura del sistema manejo de incidente.

La sección de planificación de acuerdo a la valoración del riesgo de la situación, **al tipo de emergencia y la capacidad de respuesta, activará las otras secciones en las cuales pueden concurrir otros sectores del nivel territorial o del nivel nacional.**

Para que el sistema sea efectivo, haya claridad y coherencia en cuanto a lo que se está gestionando, se establecen unos niveles de activación (ver tabla 1), estos van a depender del tipo de emergencia y la capacidad de respuesta.

Tabla 1. Niveles de activación de la estructura SMI

Nivel de activación	Estructuras o secciones	Áreas del territorio
Preactivación	Sala de Análisis del Riesgo	VSP, programas, instituciones del sector salud
I	Gerente de incidente-sección de planificación y operaciones +ERI	Jefes de áreas, programas, oficinas o coordinaciones, Secretaría de Salud o a quien se designe, equipos técnicos de OTICS, personal de los ERI
II	Gerente de incidente-sección de planificación y operaciones +ERI+ Oficiales (de acuerdo con la necesidad)	Las áreas del nivel uno, oficina de comunicaciones, salud ocupacional
III	Estructura completa	Las áreas del nivel I, II, INS, MSPS, sector salud (INVIMA, SUPERSALUD) y Otros sectores

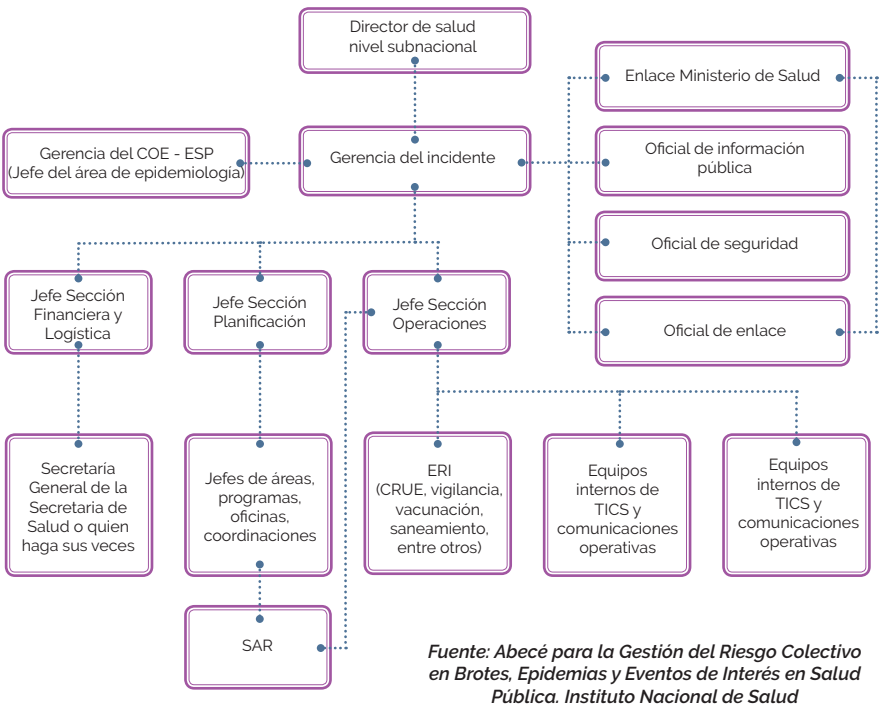
Fuente: Instructivo activación y desactivación del COE-ESP. INS
A consideración del territorio

Se debe establecer el gerente de incidente temporal o definitivo que deberá cumplir con las responsabilidades y tareas asignadas y quien será la que tiene más experiencia para conducir la respuesta del incidente. Es la mayor autoridad en el incidente.

Para determinar el jefe de cada sección y las posiciones, diríjase al numeral 3.3 del presente Manual.

El organigrama o estructura del SMI se adaptará a los diferentes incidentes, organismos y jurisdicciones de acuerdo al nivel de activación y las necesidades para la coordinación de la emergencia. (figura 3).

Figura 3. Estructura del Sistema de Manejo de Incidente para respuesta a emergencias en salud pública



Fuente: Abecé para la Gestión del Riesgo Colectivo en Brotes, Epidemias y Eventos de Interés en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud

4.3 Formulación del plan de acción de incidente

Antes de formular el plan de acción de incidente recordemos que es un instrumento que define las líneas operativas y plan de trabajo con las actividades para lograr los objetivos planeados y dar respuesta a una situación de emergencia en salud pública (3).

El plan de acción del incidente permite trabajar con objetivos claros y acciones definidas y optimizar los recursos, a continuación los aspectos a tener en cuenta para su formulación:

- Deberá ser formulado por la sección de planificación, determinando los objetivos y las estrategias, para el control de la situación de emergencia en salud pública (3).
- Establecerá la activación de estructura del SMI, de acuerdo al nivel de alerta de la situación de emergencia en salud pública.
- Define las funciones y tareas asignadas, los periodos operacionales, los flujos de información y la comunicación.

El plan de acción del incidente debe ser divulgado por el gerente del incidente a los oficiales y los jefes de sección; los mismos serán responsables de dar a conocer el plan de acción de incidente a su equipo de trabajo.

Para la formulación del plan de acción de incidente consulte el numeral 3.4 y el formato anexo 1.

Para seguimiento del plan de acción de incidente se dispone del anexo 2 en este documento, o si la institución dispone de matrices, formatos o listas para seguimiento a objetivos, pueden hacer uso de ellas.

4.4 Monitoreo de la emergencia

Durante la emergencia, la sección de planificación continúa con el monitoreo de la situación de tal manera que permita la identificación de información, el análisis y la revaloración del riesgo en la situación de emergencia en salud pública (3), que lleva a:

- Establecer nueva clasificación del riesgo (ver manual "Valoración del riesgo e integración de fuentes de información).
- Actualizar el plan de acción de incidente de acuerdo al cumplimiento de los objetivos.
- Mantener o ampliar la respuesta en las diferentes etapas de la emergencia.
- Desactivar el ERI, cuando haya un retorno a las condiciones basales.
- Desactivar la estructura SMI, de acuerdo al restablecimiento de las capacidades locales y el control de la situación de emergencia en salud pública.

4.5 Cierre y desactivación del Sistema de Manejo de Incidente

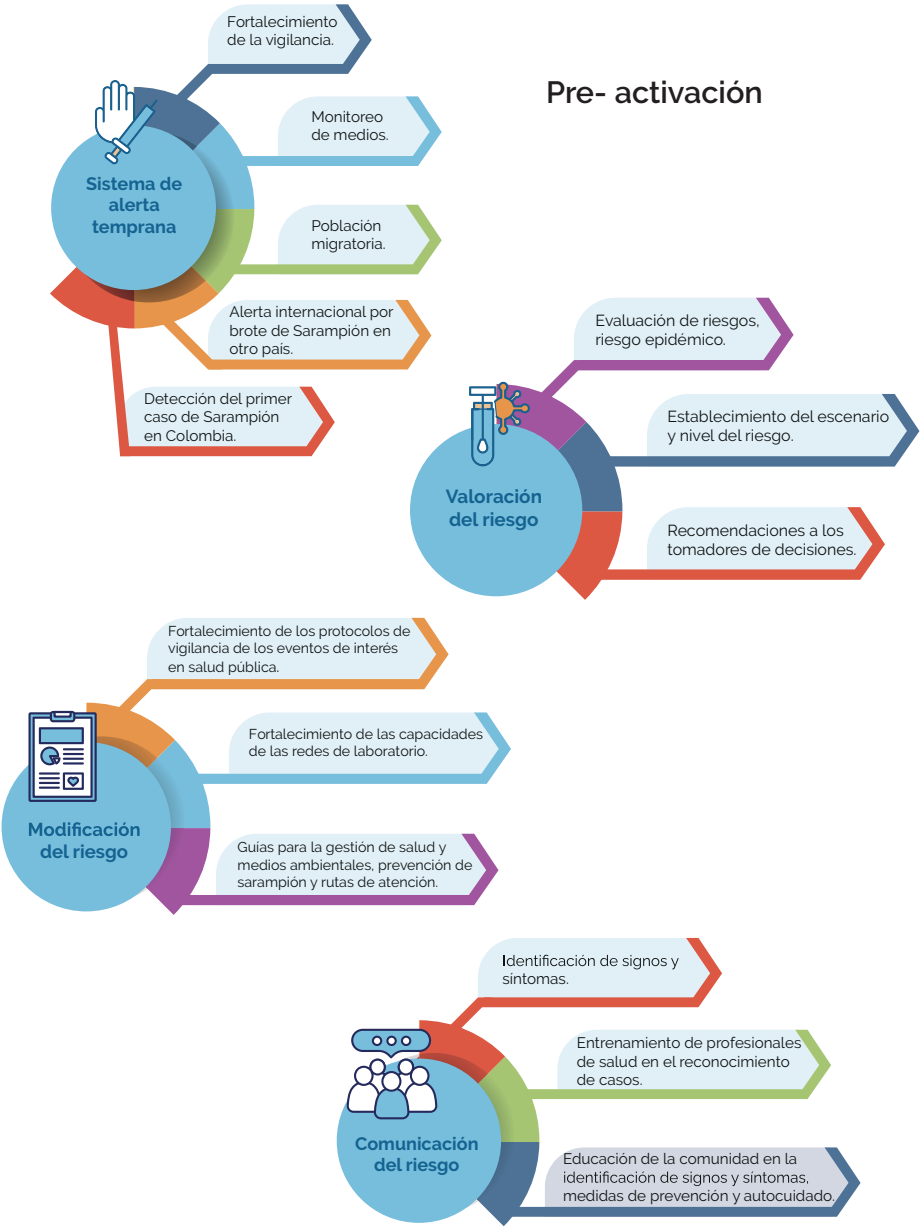
El cierre y desactivación del SMI será determinado por el gerente del incidente, de acuerdo con el cumplimiento de los objetivos establecidos en el plan de acción de incidente, así como la normalización de las condiciones basales y las capacidades locales, y se controle la situación de emergencia en salud pública (3).

El gerente de incidente, la sección de planificación y la SAR son las últimas estructuras en desactivarse, estas deben establecer las acciones de seguimiento y de verificación, así como el cumplimiento de los compromisos. La desactivación de las estructuras se debe planear desde el momento de la activación de los grupos.

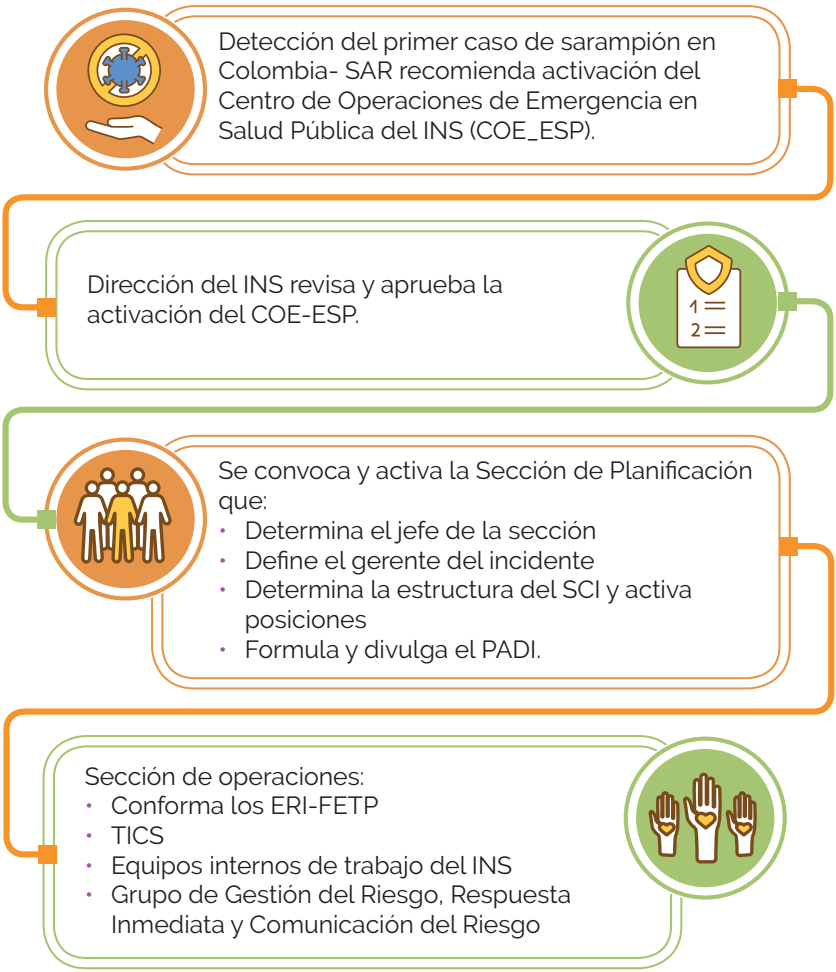
Se debe continuar con el monitoreo y seguimiento de la situación por la sala de análisis del riesgo o el referente técnico del evento de acuerdo a la evolución del incidente, hasta el restablecimiento de las condiciones basales y capacidades locales.

Posterior a la desactivación del SMI, se debe realizar una evaluación de los procesos de la coordinación y administración de la respuesta, identificando fortalezas y debilidades que permitan establecer planes de mejora para las siguientes situaciones de emergencia que se puedan presentar en el territorio.

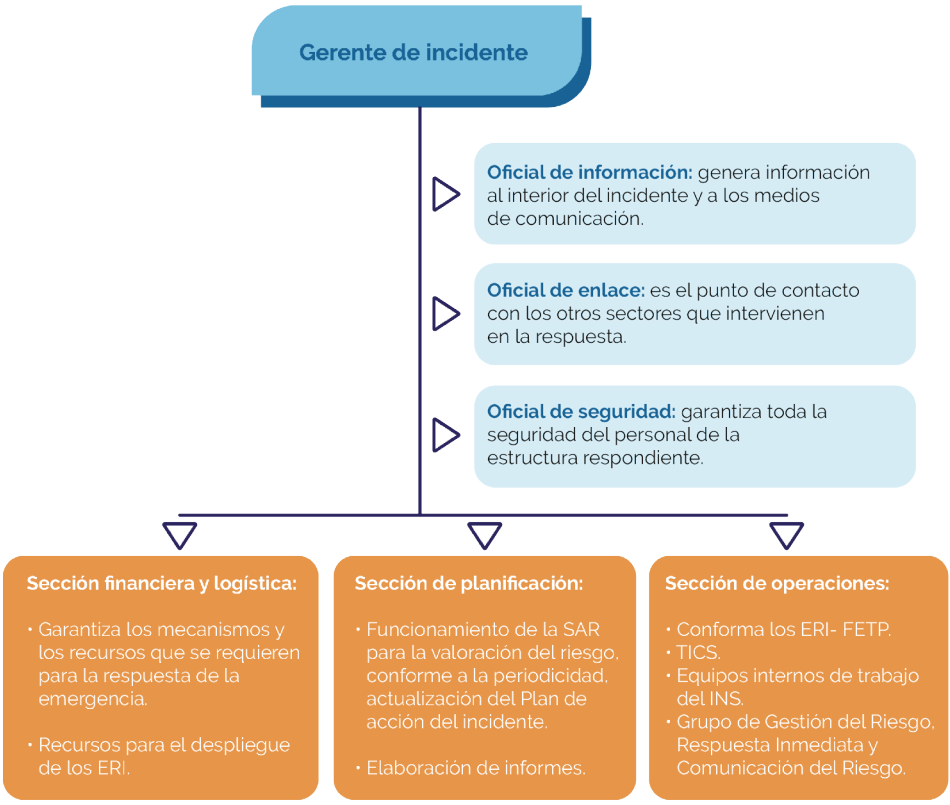
4.6 Ejemplo de activación por niveles del SMI, evento sarampión, Instituto Nacional de Salud, 2018



Nivel I

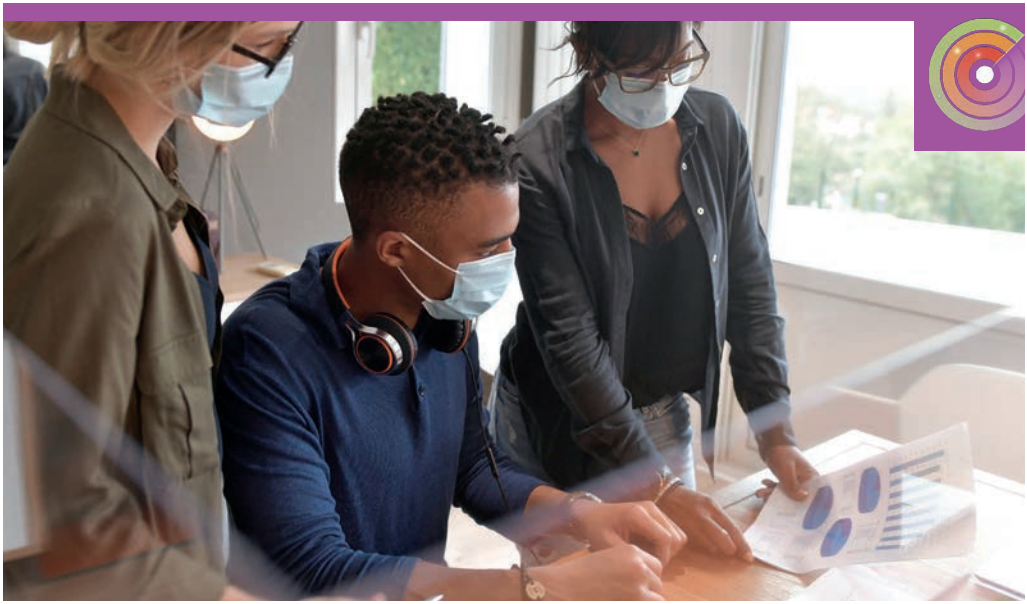

Detección del primer caso de sarampión en Colombia- SAR recomienda activación del Centro de Operaciones de Emergencia en Salud Pública del INS (COE_ESP).
Dirección del INS revisa y aprueba la activación del COE-ESP.
1
2
Se convoca y activa la Sección de Planificación que:
• Determina el jefe de la sección
• Define el gerente del incidente
• Determina la estructura del SCI y activa posiciones
• Formula y divulga el PADI.
Sección de operaciones:
• Conforma los ERI-FETP
• TICS
• Equipos internos de trabajo del INS
• Grupo de Gestión del Riesgo, Respuesta Inmediata y Comunicación del Riesgo

Nivel II


Gerente de incidente
Oficial de información: genera información al interior del incidente y a los medios de comunicación.
Oficial de enlace: es el punto de contacto con los otros sectores que intervienen en la respuesta.
Oficial de seguridad: garantiza toda la seguridad del personal de la estructura respondiente.
Sección financiera y logística:
• Garantiza los mecanismos y los recursos que se requieren para la respuesta de la emergencia.
• Recursos para el despliegue de los ERI.
Sección de planificación:
• Funcionamiento de la SAR para la valoración del riesgo, conforme a la periodicidad, actualización del Plan de acción del incidente.
• Elaboración de informes.
Sección de operaciones:
• Conforma los ERI- FETP.
• TICS.
• Equipos internos de trabajo del INS.
• Grupo de Gestión del Riesgo, Respuesta Inmediata y Comunicación del Riesgo.

Nivel III

- Se activó la estructura completa del COE- ESP y otros sectores para responder a la situación de emergencia.
- Cuando se cumplieron los objetivos instaurados en el plan de acción de incidente, se realizó la desactivación escalonada del COE-ESP.
- Seguimiento por el grupo funcional del INS.
- Se evaluaron los procesos de la coordinación y administración de la respuesta en el COE-ESP, se identificaron fortalezas y debilidades y se generó oportunidades de mejora.



V. Aspectos clave del Sistema de Manejo de Incidentes

- Las acciones en la etapa de valoración del riesgo, establecen el nivel de respuesta a la situación de emergencia y dan recomendaciones a los tomadores de decisiones, puede estar incluida la conformación del SMI.
- La implementación de una estructura organizada por medio del SMI, de acuerdo con las capacidades de respuesta de cada entidad territorial, permite una respuesta efectiva a las situaciones de emergencia en salud pública.
- La sección de planificación será la primera en activarse e incorporará a la SAR. El gerente de incidente determina los objetivos, las estrategias y la formula y divulga el plan de acción del incidente.
- La activación de los diferentes niveles o secciones de la estructura organizacional del SMI se dará de acuerdo a las necesidades de la respuesta a la emergencia.
- La sección financiera y logística establecerá los mecanismos internos para garantizar la consecución, mantenimiento y entrega de los recursos que se requieren para dar respuesta a la emergencia.
- La sección de operaciones dirige y coordina todas las acciones para el control de la emergencia en salud pública. El ERI depende de esta sección.
- El Gerente del incidente es la persona con mayor experticia para conducir la respuesta al incidente.

- El oficial de información obtiene, produce, proporciona y divulga la información del incidente a los medios de comunicación, previa aprobación por el gerente del incidente.
- El oficial de seguridad garantiza la seguridad de todo el personal que participa en la respuesta del incidente.
- El oficial de enlace es el punto de contacto entre la estructura respondiente y los otros sectores involucrados en la respuesta.
-
- Durante la emergencia, la sección de planificación continúa con el monitoreo de la situación de tal manera que permita la identificación de información, el análisis y la revaloración del riesgo en la situación de emergencia en salud pública.
- El cierre y desactivación del SMI será determinada por el gerente del incidente, de acuerdo al cumplimiento de los objetivos establecidos en el plan de acción de incidente, así como la normalización de las condiciones basales, de las capacidades locales y se controle la situación de emergencia en salud pública
- La evaluación posterior permite identificar las fortalezas y debilidades e implementar planes de mejora para enfrentar próximas situaciones de emergencia en los territorios.

Referencias

1. Prieto, F. Alarcón, A. Díaz, J. para la Gestión del Riesgo Colectivo en Brotes, Epidemias y Eventos de Interés en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud. Febrero de 2022.

2. USAID. Curso Sistema de comando de Incidentes, material de referencia. Disponible en: https://scms.usaid.gov/sites/default/files/documents/1866/Material%20de%20Referencia1%20SCI.pdf.

3. Mendoza, E. Díaz, J. Instructivos Activación y desactivación del COE-ESP. Instituto Nacional de Salud. Agosto de 2021.

4. Habidah E.Jaffar A. Centro de Operaciones de Emergencia en Salud Pública, un componente crítico de la gestión de la infraestructura en reuniones masivas. Revista de The journal of infection in developing countries. 2016. Doi: 10.3855/jidc.8332.

5. Organización Mundial de la Salud, 2015. Informe resumido de revisiones sistemáticas para centros de operaciones de emergencia de salud pública. Disponible en: https://researchonline.jcu.edu.au/45291/.

6. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Emergency Operations Center: How an EOC Works. Disponible en: https://www.cdc.gov/cpr/eoc/how-eoc-works.htm.

7. U.S. Department of Health and Human Services. Emergency Management and the Incident Command System. Disponible en: https://www.phe.gov/Preparedness/planning/mscc/handbook/chapter1/Pages/emergencymanagement.aspx.

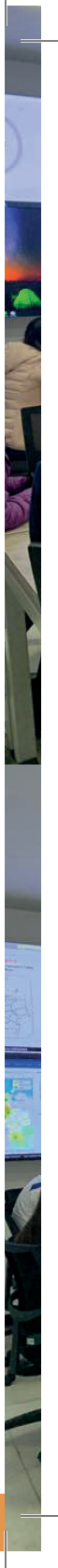
Anexos

1. Formato “Plan de acción de incidente”. Disponible en la caja de herramientas.

2. Formato “Actualización de plan de acción de incidente”. Disponible en la caja de herramientas.

3. Otros formatos: memorias (plantilla de acta, presentaciones), Reportes de situación SITREP, Plan de acción de los ERI. Disponible en la caja de herramientas.

4. Formatos de comunicados. Disponible en la caja de herramientas.



INS
Escenario Aeropuerto Internacional el Dorado

INS
Caso bajo investigación

Próximos Pasos
Jerarquía de controles aplicados por NIOSH
Más efectivo
Menos efectivo
Eliminación
Sustitución
Controles de Ingeniería
Controles Administrativos
EPP
Remover físicamente el peligro
Reemplazar el peligro
Aislar al personal del peligro
Cambiar la manera en que las personas trabajan
Proteger al trabajador con EPP

GESTIÓN DEL RIESGO Y RESPUESTA INMEDIATA

4

CAJA DE HERRAMIENTAS

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

ETAPA 4.1

COMUNICACIÓN DEL RIESGO EN CRISIS

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Etapa 4.1 Comunicación del Riesgo en Crisis / Angélica María Rojas, Ana María Ayala, Ángela Alarcón Cruz, Franklyn Prieto Alvarado.

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

Corrección de estilo, diseño y diagramación: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, IETS.

Impresión y acabados: Editorial Scripto SAS

Primera edición: julio de 2022

Guiovanni Rubiano García
Director General INS

Martha Lucía Ospina Martínez
Directora General 2016-2022

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 No. 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 Centers for Disease Control and Prevention.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

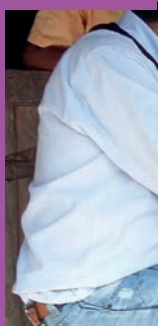
ETAPA 4.1

COMUNICACIÓN DEL RIESGO EN CRISIS

I. Introducción

La gestión del riesgo para el abordaje de brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública está organizada de acuerdo con los parámetros establecidos en la norma ISO 31000 y la organización secuencial de los componentes promovidos en el Reglamento Sanitario Internacional. Este proceso incluye el establecimiento del contexto, la identificación, el análisis, la valoración y la modificación del riesgo; la comunicación del riesgo y la evaluación del proceso y del resultado ocurren transversalmente (1).

La comunicación del riesgo implica brindar la información, herramientas y condiciones para que, una vez se analice un riesgo, como un peligro potencial, y se comparen opciones de control con miras a seleccionar la mejor respuesta, se desarrolle un proceso de toma de decisiones que considere factores políticos, sociales, económicos y culturales. En momentos de crisis, es una actividad para mejorar el diálogo con las poblaciones afectadas y transmitir de manera asertiva mensajes de prevención, control y tranquilidad a la comunidad (2).



Este Manual entrega de manera sencilla y simplificada, conceptos clave para el desarrollo de acciones y estrategias de comunicación del riesgo, en el marco de las etapas de preparación y respuesta que realizan los equipos de respuesta inmediata ante brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública a nivel subnacional, en el marco de la gestión del riesgo, como elemento transversal para el logro de los objetivos y propósitos definidos en el plan de acción.

1.1 Guía para el uso del Manual

Esta es la primera edición del Manual para el desarrollo de estrategias sencillas de comunicación del riesgo de manera transversal en las etapas de preparación y respuesta que realizan los equipos de respuesta inmediata ante brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública a nivel subnacional. La comunicación del riesgo tiene como objetivo que la población conozca las características y naturaleza de las situaciones relacionadas con eventos de interés en salud pública, facilitando la participación en las actividades de prevención y control e incluso en el desarrollo de estrategias de vigilancia comunitaria.

En el Manual se presentan conceptos y orientaciones básicas para el desarrollo de actividades de comunicación del riesgo, en el marco de las acciones de preparación y respuesta que realizan los ERI a nivel subnacional. Aquí no se desarrollan aspectos relacionados con la formulación del plan de comunicación del riesgo ni produce orientaciones o recomendaciones para el desarrollo de la comunicación del riesgo ante brotes, epidemias o eventos de interés en salud

pública con participación de actores y autoridades del nivel nacional o subnacional.

Se espera que a medida que el proceso se incorpore a la práctica habitual, los usuarios sugieran mejoras y aporten insumos adicionales, basados en la experiencia, que permitan mejorar este Manual y contribuyan al desarrollo de procesos de formación y capacitación.

1.2 ¿Cómo se elaboró el Manual?

Este Manual nace de la necesidad para fortalecer la respuesta en salud pública, es así como un grupo de profesionales que ejecutan la vigilancia en el nivel nacional, establecen estas herramientas. En la elaboración de este contenido participaron expertos temáticos y se ejecutó en dos fases: una fase inicial con componente cualitativo donde se recopilaron experiencias y conocimientos previos en la implementación del modelo de gestión del riesgo y una segunda fase de validación con la información bibliográfica disponible.

1.3 Estructura y contenido del Manual

El Manual está estructurado en cinco capítulos más el glosario de términos, y bibliografía. En el primer capítulo denominado Introducción se enuncian la guía para el uso del Manual, cómo se elaboró, su estructura y contenido. En el segundo capítulo se presenta el alcance, se definen los objetivos y se enuncia el marco legal. En el capítulo tres llamado Generalidades se presentan aspectos básicos y conceptuales relacionados con la comunicación del riesgo. En el capítulo cuatro se presentan los elementos clave para el desarrollo de estrategias básicas de comunicación del riesgo

en el marco de fases de preparación y respuesta que realizan los equipos de respuesta inmediata en el nivel subnacional y, en el capítulo cinco sus beneficios y contribuciones.

II. Alcance

El presente Manual hace énfasis en el abordaje de la comunicación del riesgo como elemento transversal a las etapas de la gestión del riesgo en salud pública, para los niveles subnacionales y en el marco de la preparación y respuesta de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI). Se identifican herramientas de la comunicación del riesgo ante brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública.

2.1 Objetivo general

Brindar herramientas básicas para el abordaje de la comunicación del riesgo en las etapas de respuesta ante brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública, por parte de los equipos de respuesta inmediata.

2.2 Objetivos específicos

Identificar elementos conceptuales de la comunicación del riesgo.

Presentar los elementos clave para el desarrollo de acciones básicas de comunicación del riesgo en las etapas de preparación y respuesta ante brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública.

Reconocer los beneficios y contribuciones de la comunicación del riesgo como parte de los objetivos y propósitos de las etapas de preparación y respuesta ante brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública por parte de los equipos de respuesta inmediata.

III. Generalidades

La comunicación es el proceso de intercambio o transmisión de información, a través de símbolos, signos y/o representaciones entre sujetos involucrando a un emisor, un mensaje transmitido a través de un canal seleccionado y a un receptor. Este proceso puede responder a funciones distintas: informar, entretener, estimular, persuadir, entre otros. (3)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud – OMS, la comunicación del riesgo está basada en preparar y ofrecer información oportuna y eficaz ante un evento adverso a la salud, aun cuando exista poca información sobre el mismo, además de integrar a la población en la respuesta (4).

La comunicación de riesgos es un componente fundamental de la gestión del riesgo por lo que su desarrollo incluye la planificación de acciones necesarias para las fases de preparación, respuesta, control, recuperación y evaluación de una emergencia con impacto en la salud pública (2,4).

Es necesario que las autoridades y equipos a cargo de la respuesta ante brotes, epidemias y Eventos de Interés en Salud Pública – EISP cuenten con los elementos necesarios que contribuyan a mantener la confianza de la población en la gestión y en las recomendaciones que se le entreguen en el marco de la respuesta, de manera que participe de manera adecuada y activa en el proceso, y con ello se facilite el control del evento (2,4).

¡Recuerda!

Cuando la población está informada de manera adecuada frente a un evento, tiene una mayor capacidad de reaccionar y actuar ante los riesgos. Por ejemplo, contará con información sobre las manifestaciones y consecuencias de una amenaza o evento, contribuyendo a la notificación de casos y al desarrollo de estrategias de vigilancia comunitaria.

Si bien la comunicación del riesgo debe estar enmarcada en un "Plan de comunicación" y es necesario que, en el marco de los procesos de preparación y respuesta, los Equipos de Respuesta Inmediata – ERI, cuenten con elementos básicos para dar información clave a la población, sobre las características y naturaleza del evento, los riesgos reales o potenciales y recomendaciones claras como parte de la prevención y control.

Por lo anterior cualquier miembro del ERI deberá tener en cuenta los siguientes aspectos para abordar de manera sencilla y adecuada, la comunicación del riesgo, en el marco de la preparación y respuesta (Figura No 1).

Figura 1. Elementos clave – Comunicación del riesgo en el marco de la preparación y respuesta ante brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública.

Fuente: Adaptado de: Sandman, P. Comunicación de crisis: una introducción muy rápida (4)

IV. Elementos clave de la comunicación del riesgo en las etapas de preparación y respuesta ante brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública, por parte de los equipos de respuesta inmediata

4.1. Contenido de la información

En el momento de la preparación y respuesta: ¿qué se sabe acerca del evento?, ¿qué deseamos que conozca o sepa la población?

Frente a este aspecto es necesario que los miembros del ERI cuenten con datos claves de las características del evento y la información que consideran se requiere que la población conozca, de manera que:

- Se disminuya el temor y miedo de la población.

- Se facilite el desarrollo de las acciones de prevención y control.

- Se facilite la vinculación activa de la población en la detección temprana y oportuna de casos y en estrategias de vigilancia comunitaria.

Identifique la información relevante, básica y clave que la población debe conocer. Para lograrlo, intente ponerse en el lugar de los habitantes de la comunidad a la cual quiere comunicar y piense en cuáles son sus miedos y por qué existen, quizá por una experiencia previa, rumores o falta de información. A partir de este ejercicio, organice la información respondiendo a las siguientes preguntas: ¿cuál es el hecho?, ¿cuándo ocurrió u ocurrirá?, ¿dónde?, ¿quiénes están implicados o se verán afectados?, ¿cómo? y ¿por qué?

4.2 Público

Evalúe: ¿cuál es el público al cual se le dará la información?, ¿cuál es el público clave al cual se quiere y se necesita llegar?

Durante la preparación y respuesta ante un EISP, no todo el público es igual ni cuenta con las mismas características sociales o culturales ni con un conocimiento similar. De acuerdo con la teoría del conductismo o de efectos limitados de la comunicación, entre el emisor y el receptor hay un contexto en el que la información pasa y puede transformarse puesto que las personas no reciben la comunicación de un mismo modo ya que depende del contexto cultural, social, político y económico al cual pertenecen (3). Por ello, es necesario tener en cuenta:

- Conocimientos, valores y emociones.

- Nivel educativo y características sociales y culturales.

- Tipo de información y conocimientos previos frente al brote, epidemia o EISP.

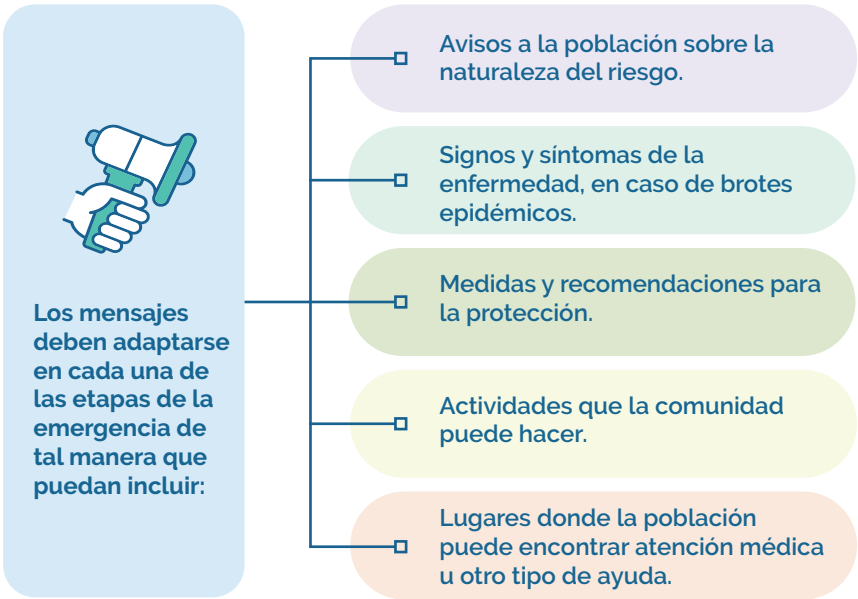
Lo anterior le permitirá al ERI adaptar o adecuar los contenidos de la información a los conocimientos previos y características específicas del público o audiencia.

Una vez caracterizada la población, categorice sus públicos objetivo por grupo de edad, género u otra categoría que considere apropiada, de acuerdo con el tipo de población y a la información que desea comunicar. Esto le dará las bases para los siguientes pasos en la comunicación del riesgo.

4.3 Elaboración de mensajes

Una vez definida la información e identificado el público o audiencia, es necesario construir los mensajes clave.

Ilustración 1. Elementos a tener en cuenta en la elaboración de mensajes



Fuente: Adaptado de: Center of Control of Diseases (CDC), Canadian International Development Agency, Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía para la elaboración de la estrategia de comunicación de riesgo: de la teoría a la acción. Washington, Estados Unidos. 2011 (2).

En atención a los propósitos y objetivos de la respuesta, tenga en cuenta:

- Identificar los objetivos de la comunicación del riesgo.
- Definir el lenguaje más adecuado. Priorice el lenguaje visual sin descartar el escrito. Si la mayoría del público objetivo es analfabeto, opte por usar fotos o gráficos con los que

se identifiquen, por ejemplo, que sean personajes con un vestuario similar, con tonos de piel cercanos a los reales y elementos que se identifiquen fácilmente como una cruz en un puesto de salud.

- Tomar en cuenta las percepciones y emociones del público receptor de los mensajes.
- Elaborar en conjunto con el equipo mensajes claros y fáciles de entender.
- Elaborar de dos a cuatro "llamados a la acción": frases cortas que inviten al público objetivo a realizar acciones concretas, por ejemplo: Asiste al centro médico si presentas … (el signo más frecuente).
- Evitar el lenguaje técnico. Lo ideal es que la población se sienta en una conversación. Tenga presente la jerga de la comunidad y haga buen uso de ésta.
- Priorizar los mensajes cortos, con la información más relevante que apoye el momento de la respuesta (por ejemplo, manifestaciones, signos, síntomas, medidas de prevención, medidas de control, etc).
- Es importante que todos los miembros de equipo divulguen los mismos mensajes de manera que no se generen contradicciones que aumenten la incertidumbre y el temor.

Ejemplos de mensaje clave:

Si a tu familia quieres cuidar, el tapabocas debes usar.

El dengue se transmite por la picadura de mosquitos infectados.

¡Recuerda!

Al construir los mensajes clave evite tranquilizar y dar confianza en exceso, sea empático y sensible con los sentimientos, temores e inquietudes que pueda tener la población.

4.4 Logística – canales de comunicación y difusión

En el contexto de la preparación y respuesta, teniendo en cuenta los medios disponibles, ¿cuál es la manera más adecuada de entregar los mensajes al público o audiencia?

Frente a este aspecto es importante que el equipo use los canales disponibles de manera que se facilite la difusión de los mensajes sin que esto represente una carga adicional en el marco del plan de acción.

En ocasiones "el voz a voz", la conversación y el diálogo como parte de las actividades planeadas (por ejemplo, en las actividades y visitas domiciliarias cuando el equipo se encuentra realizando búsqueda activa), puede ser el recurso más eficiente para la trasmisión de los mensajes; sin embargo, el equipo puede utilizar volantes, carteles, perifoneo con apoyo de vehículos, entre otros recursos escritos para difundir los mensajes clave.

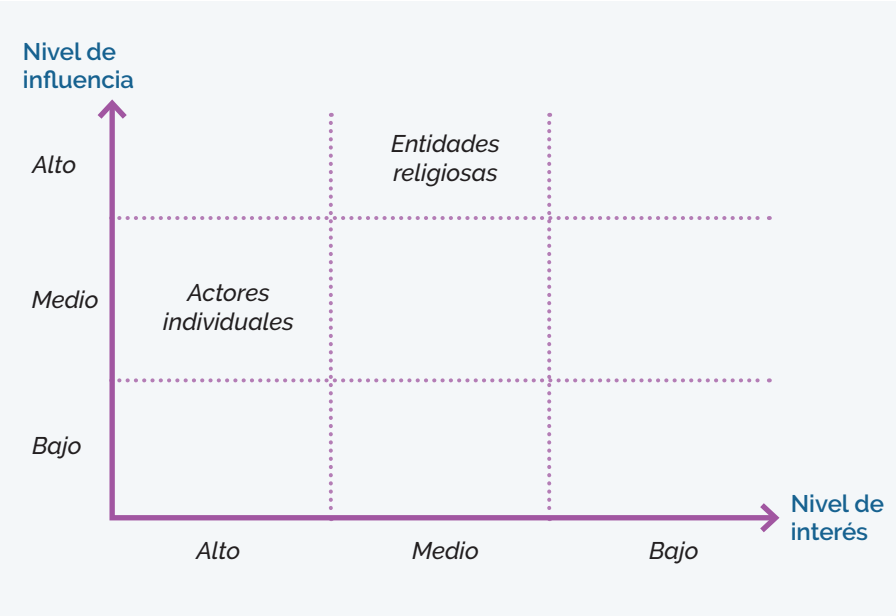
Otra estrategia útil es realizar un inventario o mapa de actores comunitarios clave (docentes, líderes, representantes de la comunidad, entre otros), juntas de acción comunal y asociaciones para que también divulguen los mensajes clave. Por ejemplo, se pueden publicar los mensajes en las redes

sociales de los actores y en las sedes físicas. Tenga presente que entre más joven sea el público al cual desea llegar, los canales digitales, como las redes sociales, tendrán un mayor alcance. No obstante, todas las redes sociales aplican a los mismos públicos. Por ejemplo, Twitter está pensado para un público adulto que desea opinar, estar informado rápidamente y conocer temas de interés general. Tik tok está pensado para un público adolescente que busca entretenimiento; sin embargo, se pueden tratar temas de interés general de manera creativa.

Un mapa de actores, además de identificar a los principales actores, permite analizar sus intereses, su importancia e influencia sobre los resultados que se buscan (5). En este caso, el mapa tiene como objetivo reconocer a los actores que pueden promover los mensajes clave a partir de su influencia (alta, media y baja) y su interés en usar sus canales propios de comunicación (cuentas en redes sociales, grupos externos de Whatsapp, página web, cartelera física, emisora

comunitaria, participación en otros espacios de difusión físicos o virtuales como ferias y jornadas de salud). Para lograrlo, se sugiere hacer una lluvia de ideas de todos los actores y posteriormente, si son un número alto, clasificarlos en grupos: instituciones públicas locales, instituciones privadas locales, organizaciones no gubernamentales, organizaciones sociales, entidades religiosas y actores individuales.

Ilustración 2. Mapeo de Actores Clave



Fuente: Adaptado de: Tapella, E. El mapeo de Actores clave. Universidad Nacional de Córdoba, Inter-American Institute for Global Change Research (IAI). 2007.

¡Recuerda!

Estrategias de información y comunicación más elaboradas podrán ser desarrolladas, incluso con el uso de otro tipo de medios audiovisuales como radio y televisión local; no obstante, estos procesos implican su articulación con el plan de comunicaciones en el que participan las autoridades del sector en cada nivel, lo cual excede el propósito de este manual.

El objetivo es dar información clave y relevante en el marco de las acciones de preparación y control.

4.5 Participación

Además de la identificación de la información y su adecuación al público receptor a partir de los mensajes clave y los medios disponibles, es importante definir estrategias que faciliten la participación del público.

La participación de la comunidad desde el primer momento, tanto en la consecución de la información como en el desarrollo de las acciones, e incluso en la difusión de mensajes, puede reducir la tensión y temor de la población frente a la situación.

Es importante apoyarse del inventario y mapeo de actores clave, involucrar, cuando sea posible, a los líderes, representantes y comunidad en general, en el marco de la preparación y respuesta y de manera transversal en los procesos de comunicación y difusión de la información. Cuando se convoque a Salas de Análisis del Riesgo evalúe la posibilidad de invitar representantes clave en la respuesta, por ejemplo, ante el apoyo por la instalación de alojamientos

temporales de emergencia (albergues), la Policía, la Defensa civil y organizaciones no gubernamentales pueden ser importantes en el despliegue de acciones unificadas.

Puede crear grupos focales con los actores y la comunidad para socializar y recibir una retroalimentación de los mensajes, los canales de comunicación y la estrategia de difusión antes de hacerlos públicos.

Un grupo focal es una técnica de recolección de información y análisis, es un proceso dinámico en el que los participantes intercambian ideas, las confirman o refutan a partir del diálogo y la reflexión colectiva. Gracias a esta técnica se accede a la información desde diferentes miradas resultado de opiniones, sentimientos y puntos de vista individuales que difícilmente serían obtenidos fuera de este espacio.

Para lograrlo, antes del grupo focal se debe definir un moderador (a) y dos o tres observadores (as). El (la) moderador (a) presentará el tema, explicará la dinámica, permitirá que

los participantes se presenten y guiará la actividad con unas preguntas orientadoras. Los (as) observadores (as) analizan las interacciones del grupo y registran la información en audio o video y anotaciones. Se recomienda que sean grupos que no superen las 15 personas, se ubiquen en círculo para facilitar la interacción y que la actividad dure 1 hora 30 minutos máximo. Dependiendo de las características del grupo y el lugar, se podría apoyar en herramientas multimedia o juegos para ceder la palabra.

Tras finalizar el grupo focal, los organizadores (as) discuten las primeras impresiones y analizan los datos jerarquizando y categorizando la información en cuadros sinópticos, palabras clave u otras herramientas que permitan entender los resultados. (6)

4.6 Evaluación

En el desarrollo de las acciones de comunicación del riesgo en el marco de la preparación y respuesta, ¿se han logrado los objetivos planteados?, ¿la población ha comprendido los mensajes e información planteada?, ¿se ha reducido la tensión y el temor, o, por el contrario, la población tiene más inquietudes o dudas frente a la situación?

Es necesario que de manera trasversal y como parte de todas las actividades, se facilite la retroalimentación y se generen estrategias de evaluación rápida que permitan identificar si se han logrado los objetivos o si se requiere mejorar el proceso. Por ejemplo: a) encuestas de cinco preguntas en las que se identifique la edad, el género y se califique en una escala de 1 a 5 el nivel de satisfacción, b) evaluación de conocimientos por medio de una dinámica grupal de preguntas con respuestas de opción múltiple.

Como parte del desarrollo de las actividades dialogue con la población, realice preguntas frente a la información transmitida por el equipo. Esto le permitirá evaluar la estrategia y contenidos.

Este proceso se debe realizar de manera constante durante las actividades de forma que se evalúe y valore el cumplimiento de los objetivos y de ser necesario se ajuste o mejore la estrategia, información o contenidos.

4.7 Divulgación de información sensible

Los equipos de respuesta inmediata ante brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública pueden ser abordados por periodistas o líderes de opinión para solicitar datos e información de cualquier índole. Para evitar la desinformación y el pánico, el equipo no debe dar declaraciones y puede remitir a estas personas con el vocero oficial que generalmente es el secretario de salud o líder encargado.

Además, al atender una contingencia, el equipo no debe convocar reuniones públicas ni divulgar información por redes sociales, incluyendo fotos, ubicación u otros.

Como último punto en la divulgación de información sensible, en ninguna de las comunicaciones brinde información personal de quienes hayan hecho parte de los casos: nombres, ubicación, edades, profesiones o rasgos que permitan a la comunidad identificar el caso.

V. Beneficios y contribuciones del desarrollo de acciones básicas de comunicación del riesgo en el marco de la preparación y respuesta ante brotes, epidemias y EISP

La comunicación cumple un rol estratégico y protagónico en el marco de la preparación y la respuesta ante brotes, epidemias y EISP. Cada vez más, la población asume un papel mucho más activo y muestra mayor interés por temas relacionados con la salud pública, por lo que la información y mensajes clave deben favorecer además de la generación de conocimientos, la participación activa de la población en la toma de decisiones.

Como parte de la gestión del riesgo, la comunicación es un proceso trasversal en las fases de preparación, respuesta, control, recuperación y evaluación de una emergencia con impacto en la salud pública (2-11).

Planear y desarrollar estrategias sencillas con información clave, como parte de la respuesta, facilita el desarrollo de las actividades y contribuye al logro de las metas y objetivos definidos como parte del plan de acción. Además, cuando la población conoce y comprende las características y naturaleza de la situación, participa de manera más activa, en el desarrollo de actividades y estrategias de vigilancia comunitaria y se involucra en la aplicación de recomendaciones de prevención y control.

Puntos clave de la comunicación del riesgo en crisis

- La comunicación es un proceso trasversal a la gestión del riesgo en salud pública y hace parte de las acciones de preparación y respuesta de los ERI. Debe estar enmarcada en un "Plan de comunicación".

- Es importante que los ERI cuenten con elementos básicos para dar información clave a la población para disminuir el temor, la incertidumbre y evitar la desinformación.

- Los elementos clave que los ERI deben conocer en el marco de la comunicación del riesgo son: Contenido de la información; Público clave; Mensajes; Logística - canales de comunicación y difusión; Participación, y Evaluación.

- Planear y desarrollar estrategias sencillas con información clave, como parte de la respuesta, facilita el desarrollo de las actividades y contribuye al logro de las metas y objetivos definidos como parte del plan de acción ERI.

Referencias

1. Prieto, F. Alarcón, A. Díaz, J. Abecé para la Gestión del Riesgo Colectivo en Brotes, Epidemias y Eventos de Interés en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud. Febrero de 2022.

2. Center of Control of Diseases (CDC), Canadian International Development Agency, Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía para la elaboración de la estrategia de comunicación de riesgo: de la teoría a la acción. Washington, Estados Unidos. 2011

3. Sánchez, L. Campos, M. La Teoría de la comunicación: diversidad teórica y fundamentación epistemológica. Publicado en Diálogos de la comunicación (78), enero - julio 2009, pp. 2 – 12.

4. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Conceptos básicos módulo 1, material del curso de autoaprendizaje Comunicación de riesgo: fortaleciendo capacidades para la implementación del RSI. 2011.

5. Ollari, M. El mapeo de actores como herramienta visual para el diagnóstico de un programa. Enero de 2013. Publicado en https://zigla.la/blog/el-mapeo-de-actores-como-herramienta-visual-para-el-diagnostico-de-un-programa/

6. Silveira, D., Colomé, C., Heck, T., Nunes, M., Viero V. Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. Index Enferm [Internet]. 2015. 24 (1-2): 71-75. Publicado en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100016&lng=es. https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100016.

7. Sandman, P. Comunicación de crisis: una introducción muy rápida. 2006. Publicado originalmente como "Crisis Communication: A Very Quick Introduction", por Peter M. Sandman, en The Synergist (American Industrial Hygiene Association), abril 2004, pp. 26, 28.
Traducción cortesía de Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OPS).

8. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OPS). Comunicación de riesgos para emergencias de salud pública. Guía para facilitadores del taller. 2010.

9. Organización Panamericana de la Salud, USAID. Guía para la Elaboración de la Estrategia de Comunicación de Riesgo. 2011.

10. Instituto Nacional de Salud. Colombia. IQEN, Informe Quincenal epidemiólogo Nacional, volumen 21, número 16, 2016.

11. Tapella, E. El mapeo de Actores Claves, documento de trabajo del proyecto Efectos de la biodiversidad funcional sobre procesos ecosistémicos, servicios ecosistémicos y sustentabilidad en las Américas: un abordaje interdisciplinario", Universidad Nacional de Córdoba, Inter-American Institute for Global Change Research (IAI). 2007, pp. 5 – 9.

GESTIÓN DEL RIESGO Y RESPUESTA INMEDIATA

4

CAJA DE HERRAMIENTAS

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

ETAPA 4.2

MÉTRICAS PARA EL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE BROTES

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Etapa 4.2 Métricas para el Monitoreo y Evaluación de Brotes / Franklyn Prieto, Angela Alarcón Cruz, Víctor Rizo, Jaime Guerrero Montilla.

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

Corrección de estilo, diseño y diagramación: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, IETS.

Impresión y acabados: Editorial Scripto SAS

Primera edición: septiembre de 2022

Guiovanni Rubiano García
Director General INS

Martha Lucía Ospina Martínez
Directora General 2016-2022

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 No. 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 Centers for Disease Control and Prevention.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

ETAPA 4.2

MÉTRICAS PARA EL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE BROTES

I. Introducción

Una de las acciones en salud pública para evaluar las etapas de identificación y respuesta durante la identificación y control de brotes es la caracterización de los hitos durante la evolución de un brote y su investigación, así como la determinación de los tiempos requeridos para la identificación, la intervención y la respuesta, denominados métricas.

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de 2005 insta a las autoridades sanitarias de los países miembros a definir el agente etiológico, la fuente y el modo de propagación cuando ocurre un brote en su jurisdicción, y a notificar dicha información a la comunidad internacional. La medición de la capacidad para las actividades básicas de vigilancia identificadas por el RSI es supervisada en los países miembros mediante la Evaluación Externa Conjunta (JEE por sus siglas en inglés), y el informe Anual de Autoevaluación de los Estados Partes (SPAR por sus siglas en inglés), que presenta 24 indicadores relacionados con las 13 capacidades del RSI necesarias para detectar, evaluar, notificar, informar y responder a los riesgos para la salud pública y a los eventos agudos de interés nacional e internacional (3,4,5).

A nivel mundial, no hay consenso que defina tiempos ideales para el abordaje de los brotes, pues no siempre muestran el mismo comportamiento, dado el contexto sociodemográfico y cultural en el que ocurre, motivo por el cual se identifican los principales hitos y sus métricas para construir parámetros de efectividad en el abordaje. Lo que se ha evidenciado es que cada país ha tomado esas métricas para evaluar cómo es este proceso al interior de sus grupos

de vigilancia para optimizar las actividades y los tiempos que lleven a una mayor oportunidad de control.

Identificar el uso de métricas permite el comportamiento de eventos de interés con impacto poblacional (2). Su uso es fundamental para la toma de decisiones, así como para valorar la gestión de los sistemas de alerta temprana, los equipos de vigilancia, las intervenciones y la creación de los indicadores de evaluación. Tanto el procedimiento como los instrumentos establecidos para los procesos de medición tienen un rol para la generación y consolidación de información para todas las etapas de la gestión del riesgo en salud pública.

Ante la importancia de la medición de la capacidad de respuesta e intervención ante un brote, el presente Manual busca herramientas y conceptos de uso sencillo para la implementación de métricas para su uso en la evaluación de los tiempos de las intervenciones en los brotes.

1.1 Guía para el uso del Manual

Esta es la primera edición del Manual métricas para el monitoreo y evaluación de brotes de eventos de interés en salud pública y hace parte del componente de la gestión del riesgo en salud pública y sus diferentes etapas, siendo una herramienta para la implementación en los niveles nacionales y subnacionales cuya finalidad es evaluar los diferentes hitos de la intervención y el control de brotes.

En el Manual se establecen las métricas de utilidad para evaluar el impacto de las intervenciones realizadas durante la investigación de un brote de interés en salud pública y mejorar la capacidad de respuesta en los territorios.

1.2 ¿Cómo se elaboró el Manual?

Este Manual proporciona herramientas para fortalecer la respuesta en salud pública y establecer los rangos de tiempo entre la identificación, notificación y respuesta de una amenaza en salud pública. En la elaboración del Manual participaron expertos temáticos. Se ejecutó en dos fases: una inicial con componente cualitativo donde se recopilaron experiencias y conocimientos previos en la implementación de métricas, y una segunda fase de validación con la información bibliográfica disponible en la literatura científica.

1.3 Estructura y contenido del Manual

El Manual desarrolla tres componentes, la bibliografía y los anexos. En el primer componente, denominado Introducción, se enuncia la finalidad del Manual y cómo se

elaboró. En el segundo componente se definen los objetivos y en el tercer componente se relaciona las generalidades de las métricas para el monitoreo y evaluación de brotes.

II. Alcance

El presente Manual hace énfasis en cómo realizar la evaluación de la intervención de los brotes (desde la detección hasta el cierre. Desarrolla los momentos de: detección, notificación, respuesta, confirmación y comunicación.

2.1 Objetivo general

Establecer los principales hitos y métricas mediante las cuales se puede evaluar la oportunidad en la respuesta de los diferentes momentos de un brote.

2.2 Objetivos específicos

Identificar los hitos de los brotes de eventos de interés en salud pública transmisibles.

Establecer las métricas para evaluar la implementación de acciones en la detección y respuesta a los brotes.

III. Generalidades

Recordemos que un brote se define como el aumento en el número de casos relacionados epidemiológicamente (tiempo, lugar y espacio), de aparición súbita y diseminación en un espacio específico. Los brotes se intervienen para la implementación de medidas de prevención y control oportunas y efectivas en la comunidad, a partir de la identificación de la fuente y el modo de transmisión, el control de la fuente y el estudio de factores de riesgo probablemente asociados. Entre más eficiente sea la intervención, menos efectos colaterales se observarán en la población (6).

El análisis rutinario de métricas en el abordaje integral de las epidemias o eventos de interés desde la identificación hasta la emisión del informe final en el contexto de enfermedades transmisibles agudas permite hacer la evaluación del proceso, la efectividad de las intervenciones y la consecuente implementación de acciones de mejora.

¡Recuerda!

Hito: dato o momento clave en las actividades de identificación y respuesta a un brote (7). Ejemplo de algunos de estos son: fecha de inicio del brote, fecha de inicio de síntomas, fecha de notificación, fecha de la investigación epidemiológica de campo y fecha de recolección de muestra, entre otros.

Métrica: es el intervalo medido entre un hito y otro. Las métricas cuantifican y evaluan la operación y gestión en la respuesta de la autoridad sanitaria en un brote, algunas de ellas son el tiempo transcurrido entre el inicio y la detección del brote, tiempo entre la detección y la notificación al sistema de vigilancia, tiempo entre la verificación y la respuesta (7).

Las métricas de brotes por enfermedades transmitidas por alimentos han sido estudiadas en algunos países y son el fundamento de este documento. Identifican los tiempos para calcular el número de días para investigar un brote, tiempo en días de la investigación, tiempo en días del brote y tiempo en días para emitir un informe. Algunos estudios han mostrado que la morbilidad, la mortalidad y las pérdidas económicas evitables durante los brotes, aumentan en la medida en que falta planeación y preparación, demoras en la identificación y en la investigación epidemiológica de campo con las consecuentes actividades de control (8).

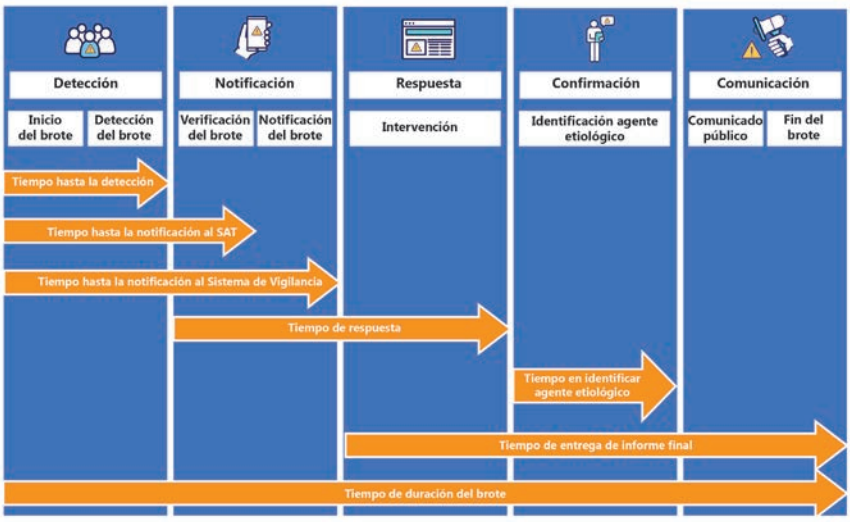
En el escenario de un Sistema de Alerta Temprana (SAT), una métrica potencia el mecanismo de operación del

sistema de identificación y generación de alertas tempranas ante situaciones de brotes, epidemias y situaciones de emergencias en salud pública, de tal manera que se garantice una respuesta oportuna y adecuada.

La mejor forma de visualizar estas acciones es mediante una línea de tiempo, en la que se establecen una serie de hitos, dependiendo de la característica a evaluar.

Para ciertas enfermedades existen definiciones específicas para identificar fechas importantes en la investigación de un brote y asignar unos tiempos mínimos y máximos para evaluar si la respuesta fue oportuna o no.

Figura 1. Hitos y métricas en la investigación de brotes



Fuente: adaptado de Analysis of enteric disease outbreak metrics, British Columbia Center for Disease Control, 2005–2014

Fuentes de información útiles en la evaluación de métricas:

- Ficha de notificación individual o colectiva.
- Fecha emisión de resultado por laboratorio.
- Reportes del Sistema de Alerta Temprana.
- Informes de brote, reportes de situación (Sitrep).
- Plan de acción del Equipo de Respuesta Inmediata (ERI).
- Actas de las Salas de Análisis del Riesgo (SAR).
- Comunicados técnicos o de prensa emitidos por el nivel nacional o subnacional.

¡Recuerda!

Todo brote, alerta o emergencia en salud pública requiere la emisión de un reporte de situación (Situation Report - Sitrep). La periodicidad de esta información debe darse a las **24 h, 72 h o más**, de acuerdo con el avance de la situación, se genera nueva información o requerimientos de la Sala de Análisis del Riesgo (SAR), cada situación es variable pero mínimo debe tener un Sitrep de apertura y uno de cierre de brote.

En la línea de tiempo de un brote se pueden establecer cinco fases específicas: la detección, la notificación, la respuesta, la confirmación y la comunicación, las cuales, mediante su monitoreo, permiten establecer la oportunidad en la respuesta.

3.1. Detección

La oportunidad está demarcada por la detección de brotes o de los indicios de éste. Desde el punto de vista de la vigilancia, se considera como el tiempo transcurrido desde la exposición de una persona a un agente patógeno y el inicio de una intervención en salud.

Es importante tener en cuenta que, dependiendo de la enfermedad y los protocolos de vigilancia en salud pública, se manejan conceptos diferentes de brote (8,9):

- Para algunas enfermedades, un caso se considera brote. Por ejemplo, en enfermedades en eliminación y/o erradicación, de acuerdo con Reglamento Sanitario Internacional o el aislamiento de microorganismos emergentes o con nuevo patrón de resistencia, entre otros.

- En algunas, de control nacional, dos o más casos relacionados en tiempo, lugar y persona configuran un brote.

- Al analizar la información de la vigilancia en salud pública, se considera brote a la aparición súbita de casos por más de tres semanas consecutivas, ya que representa un incremento no esperado en la incidencia o lo esperado de una enfermedad en un espacio geográficamente limitado. Un ejemplo de este seguimiento, se presenta en la tabla a continuación, que relaciona el seguimiento a tres eventos de interés por semana epidemiológica y departamento o distrito, el color verde indica que el evento está en control, el amarillo, que está en alerta y el naranja muestra el exceso de casos por más de tres semanas.

Un cuadro de control semanal para los niveles subnacionales puede ser una herramienta que permita identificar incrementos no esperados en la incidencia del evento. Este cuadro de alertas puede tener la siguiente estructura:

Reporte: Tablero de control de alertas para eventos de interés en salud pública

Convenciones: C Evento en control | A Alerta | E Exceso de casos

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V
Met1 2-1 IRAG inusitado	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8	Semana 9	Semana 10	Semana 11	Semana 12	Semana 13	Semana 14	Semana 15	Semana 16	Semana 17	Semana 18	Semana 19	Semana 20	Semana 21
Amazonas	C	C	C	C	A	A	E	E	E	C	C	C	C	C	C	C	C	A	A	E	E

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V
Met1 2-9 Parotidis	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8	Semana 9	Semana 10	Semana 11	Semana 12	Semana 13	Semana 14	Semana 15	Semana 16	Semana 17	Semana 18	Semana 19	Semana 20	Semana 21
Quindío	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V
Met1 4-1 Mortalidad perinatal	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8	Semana 9	Semana 10	Semana 11	Semana 12	Semana 13	Semana 14	Semana 15	Semana 16	Semana 17	Semana 18	Semana 19	Semana 20	Semana 21
Amazonas	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C

En el Sistema de Alerta Temprana (SAT), la detección de un brote de un evento de interés en salud pública puede lograrse de las siguientes maneras (10):

1. Al recibir, revisar e investigar de forma oportuna y completa los casos notificados de una enfermedad en estudio, incluyendo el reconocimiento y la notificación inmediata a las autoridades de salud, por los médicos, hospitales, centros de salud, laboratorios clínicos, de acuerdo con los lineamientos y protocolos de vigilancia en salud pública.
2. Al reconocer los comportamientos inusuales, detectados por cualquiera de las metodologías de análisis de información epidemiológica.
3. Al analizar y verificar los comportamientos de datos suministrados por otras fuentes de información (compra de medicamentos, ausentismo laboral o escolar, demanda de pruebas de laboratorio).
4. Al utilizar la información aportada por otros actores colaboradores en la vigilancia epidemiológica, tales como las instituciones de cooperación internacional, sanidad animal, salud ambiental, vigilancia y control de alimentos y medicamentos, de clima, entre otros.
5. Al detectar eventos de notificación inmediata y súper inmediata y su confirmación.

6. Al monitorear poblaciones especiales (población procedente del exterior, grupos étnicos, población privada de la libertad, fuerzas militares y policía).
7. Al verificar las noticias o rumores captados en el monitoreo de medios y redes sociales.
8. Al integrar la información captada por estrategias de vigilancia basada en la comunidad.

¡Recuerda!

En el Manual 1 de la caja de herramientas se puede revisar con detalle los procesos de identificación del riesgo en los Sistemas de Alerta Temprana.

Los hitos y las métricas identificadas y definidas en la etapa de detección de un brote o caso de un evento de interés en salud pública son (7, 11-13):

Hitos:

- **Fecha de inicio del brote**
  Es la fecha de inicio de los signos y/o síntomas de la enfermedad del primer caso que hace parte del brote.

- **Fecha de detección del brote**
  Corresponde a la fecha en la que el primer caso o el brote fueron sospechosos, detectados, registrados e informados por primera vez por cualquier fuente de información (sistema de vigilancia, telefónicamente o por email al SAT subnacional) a la autoridad o entidad sanitaria correspondiente.

- **Fecha de verificación del brote**
  Corresponde a la fecha en la que se confirma que la señal identificada corresponde verdaderamente a una alerta o brote.

Métricas del cumplimiento:

- **Tiempo de detección del brote**
  Tiempo transcurrido entre la notificación de la señal o sospecha del brote hasta que es identificado por cualquiera de los profesionales y colaboradores de la vigilancia epidemiológica de los niveles local, subnacional o nacional.

- **Tiempo de verificación del brote**
  Tiempo transcurrido entre la detección de la señal o sospecha de brote y la verificación por los niveles subnacional o local, mediante el análisis epidemiológico y clínico, el cual confirma la veracidad de la información y posible brote en curso.

3.2 Notificación

Todos los integrantes de un sistema de vigilancia en salud pública, que generen información de interés, deben notificar de aquellos eventos de reporte obligatorio definidos en los protocolos de vigilancia del país, en los términos de estructura de datos, responsabilidad, clasificación, periodicidad y destino señalados en los mismos y observando los estándares de calidad, veracidad y oportunidad de la información notificada.

Los procesos básicos de la vigilancia en salud pública incluyen: la recolección y organización sistemática de datos, el análisis, la interpretación y la difusión de la información para su uso en la orientación de intervenciones en salud pública. Es función de las autoridades sanitarias velar por el mejoramiento continuo de la oportunidad y calidad de la información y la

profundidad del análisis tanto de las problemáticas como de las alternativas de solución.

¡Recuerda!

En Colombia, el sistema de información que recopila los datos de notificación obligatoria se llama Sivigila. Es una herramienta puesta en marcha desde el 2007, es automatizada y estandarizada para todos los usuarios del país y permite capturar y remitir a los niveles competentes de manera oportuna y completa los datos generados por los eventos que se vigilan.

SIVIGILA

Los hitos y las métricas identificadas y definidas en la etapa de notificación de un brote o caso de un evento de interés en salud pública son:

Hitos:

- **Fecha de notificación del brote al sistema de notificación obligatorio**
  Corresponde a la fecha en la que la fuente que captura la información notificó el caso primario o índice o brote al sistema de notificación.

- **Fecha de notificación del brote al SAT**
  Corresponde a la fecha en la cual la fuente realizó la notificación del caso primario o índice o brote al SAT de la autoridad de salud pública competente (entidad territorial).

Métricas del cumplimiento:

- **Tiempo hasta la notificación al sistema de vigilancia**
  Tiempo transcurrido entre la identificación del brote y su notificación al sistema de vigilancia.

- **Tiempo hasta la notificación al SAT**
  Tiempo transcurrido desde la notificación al sistema de vigilancia hasta que es notificado al Sistema de Alerta Temprana.

3.3 Respuesta

La decisión de realizar una investigación epidemiológica de campo es tomada por el referente o especialista técnico del evento de acuerdo con lo establecido en el protocolo de vigilancia o la sala de análisis del riesgo departamental o nacional según el caso, para recopilar información adicional encaminada a caracterizar la situación. Esto para identificar la fuente y el mecanismo de transmisión, los factores de riesgo, la morbilidad y mortalidad, que sirvan para la toma de decisiones en el marco de una mejor oportunidad de control y protección de salud pública.

El propósito de estos hitos y métricas en una respuesta es crear las condiciones necesarias para que los territorios actúen con suficiente tiempo y de manera oportuna ante una señal, para mitigar el riesgo y de esta forma reducir el impacto en la población.

Los hitos y las métricas identificadas y definidas en la etapa de respuesta de un brote o caso de un evento de interés en salud pública son:

Hitos:

- **Fecha de investigación del brote**
  Corresponde a la fecha en la que se inicia la investigación epidemiológica de campo, como primera intervención de salud pública para controlar la situación.

Métricas del cumplimiento:

- **Tiempo de respuesta**
  Tiempo transcurrido entre la verificación de la situación, caso o brote y el inicio de la investigación epidemiológica de campo. Se tendrá en cuenta el momento en que el equipo de vigilancia asiste al terreno para la atención de la situación o realiza un abordaje inicial remoto o virtual en apoyo.

- **Casos investigados**
  Corresponde al número de casos, contactos o comensales entrevistados en el caso de las ETA, que se realiza idealmente en las primeras 24 horas siguientes a la identificación del caso índice o primario.

¡Recuerda!

Los modelos y protocolos de eventos de vigilancia en salud pública deben establecer la obligatoriedad o no de la investigación epidemiológica de campo y el tiempo para la oportunidad de la investigación epidemiológica de campo.

3.4 Confirmación

Hace referencia a las pruebas analíticas orientadas al diagnóstico y/o confirmación de un evento de interés en salud pública. También debe contemplar la recolección, transporte y envío de muestras al laboratorio de referencia.

Los hitos y las métricas identificadas y definidas en la etapa de confirmación de un brote o caso de un evento de interés en salud pública son:

Hitos:

- **Fecha de confirmación por el laboratorio**
  Corresponde a la fecha del reporte del resultado del primer caso relacionado con la enfermedad en estudio, emitido por el laboratorio.

Métricas del cumplimiento:

- **Tiempo en la recolección de muestra**
  Tiempo transcurrido entre el inicio de la situación o fecha de inicio de síntomas de la enfermedad y la toma de la muestra.

- **Tiempo de procesamiento de la muestra**
  Tiempo transcurrido entre la recolección de muestras, según el contexto y los criterios epidemiológicos, y la fecha en la que se emite el reporte del resultado por parte del laboratorio, independiente de que el resultado sea positivo o negativo.

- **Confirmación de agente etiológico**
  Tiempo transcurrido entre el envío de un aislamiento positivo de un agente patógeno, por parte de un laboratorio, y la confirmación etiológica por parte del laboratorio nacional de referencia.

3.5 Comunicación

Las autoridades de salud, teniendo en cuenta las actividades de operación y gestión del sistema de vigilancia en salud pública y la importancia de la comunicación del riesgo, deben divulgar los resultados de las investigaciones de brotes, de acuerdo con lo establecido en los procedimientos

institucionales para mantener informada a la comunidad, mantener la calma y recibir el apoyo de la misma.

Los hitos y las métricas identificadas y definidas en la etapa de comunicación de un brote o caso de un evento de interés en salud pública son:

Hitos:

- **Fecha de comunicado público**
  Corresponde a la fecha de la primera divulgación oficial de la información a la comunidad por la autoridad de salud pública responsable.

- **Fecha de finalización del brote**
  Corresponde a la fecha en la cual las autoridades de salud pública responsables declaran que el brote está cerrado.

Métricas del cumplimiento:

- **Oportunidad en el informe final de brote**
  Tiempo transcurrido entre el final del brote y la entrega del informe final (SITREP) de la atención de la situación. Se considera oportuno cuando es enviado en el plazo según los protocolos de cada uno de los eventos y el lineamiento nacional de vigilancia anual.

- **Tiempo total del brote**
  Tiempo transcurrido entre la fecha de aparición de síntomas del caso índice o primario y la fecha de aparición de síntomas del último caso reportado dentro del brote. Es importante tener en cuenta que, en eventos transmisibles, se estiman dos periodos máximos de incubación sin presentar nuevos casos para cerrar el brote.

¡Recuerda!

Siempre se debe contemplar dar información a la comunidad, con mensajes claves y en un lenguaje sencillo, que promueva hábitos protectores ante la enfermedad y la identificación de síntomas, incluso se puede establecer una línea única para llamadas que atienda los requerimientos en salud de la comunidad.

3.6. Análisis de métricas en la investigación de brotes

La metodología de la evaluación de la respuesta a un brote se basa en el monitoreo de las métricas de cumplimiento, de esta manera se facilita el análisis de la información relacionada con vigilancia en salud pública para la toma de decisiones por parte de los grupos de trabajo en el nivel institucional, territorial y nacional.

Los hitos y métricas planteados en este documento pueden servir de referencia a los diferentes actores del sistema de vigilancia en salud pública para autoevaluarse en el cumplimiento de protocolos y lineamientos generales establecidos para el funcionamiento del sistema.

En la tabla 1 se pueden visualizar el conjunto de métricas e hitos básicos destacados en las acciones de detección y respuesta a brotes, para monitorear la evolución y contención del problema en salud pública y así guiar la toma de decisiones e implementar acciones de mejora cuando los tiempos no son los estimados.

La siguiente ayuda de semaforización, permite visualizar el monitoreo de las métricas en el tiempo: Bueno: >80%; Regular: 60 a 79,9% y Deficiente: <59,9%.

Tabla 1. Evaluación de métricas en la investigación de brotes

Métrica	Bueno	Regular	Deficiente	Observación
Tiempo de detección del brote				Depende del evento, un (1) día para eventos en eliminación, erradicación y control internacional (notificación inmediata), ocho (8) días para los eventos de mortalidad desde la fecha de defunción, ocho (8) días para el resto de los eventos.
Tiempo de verificación del brote				
Tiempo hasta la notificación al sistema de vigilancia				
Tiempo utilizado hasta la notificación al SAT				Depende del evento, casos probables o sospechosos, deben ser clasificados y ajustados, 30 días, 45 días, 60 días.
Tiempo de respuesta				
Tiempo en la recolección de muestra				Depende del evento, estudios de foco, caso, brote, primeras 24 horas, 48 horas, 8 días.
Tiempo en identificar el agente etiológico				Depende del evento, casos con muestra en las primeras 24 horas, 14 días, 30 días.
Confirmación de agente etiológico				Depende del evento, muestras enviadas o recibidas en el laboratorio en los primeros días luego de su recolección.
Oportunidad en el informe final de brote				Depende del evento, muestras procesadas en el laboratorio en los primeros cuatro días, 14 días luego de su recepción.
Tiempo total del brote				

La anterior tabla permite evaluar la detección, la notificación, la respuesta, la confirmación y la comunicación, evidenciando lo siguiente:

- El cumplimiento de la normatividad relacionada con vigilancia en salud pública.
- La aplicación de protocolos y lineamientos de vigilancia en salud pública en relación con la notificación de enfermedades de interés en salud pública.
- La identificación de instituciones, entidades, territorios o enfermedades con bajo cumplimiento y respuesta tardía e implementar estrategias de seguimiento y mejoramiento.
- La eficiencia del sistema de vigilancia para intervenir oportunamente un caso sospechoso, probable o confirmado, identificar factores de riesgo e implementar las medidas de control.
- La proporción de casos a los cuales se les realizan las pruebas diagnósticas como herramienta para definir la clasificación de casos sospechosos o probables.
- La eficiencia del sistema para iniciar oportunamente y continuar con el estudio por laboratorio de casos sospechosos o probables y su clasificación final.
- El cumplimiento en la recolección, transporte y envío de muestras biológicas y ambientales al laboratorio de referencia.

Aspectos claves en las métricas para el monitoreo y evaluación de brotes

La diferencia entre hito y métrica está dada en que el primero corresponde a un momento o fase de la línea de tiempo de un brote y el segundo es el tiempo transcurrido entre un hito y otro.

En la línea de tiempo de un brote se pueden establecer cinco fases específicas: la detección, la notificación, la respuesta, la confirmación y la comunicación, las cuales, mediante su monitoreo, permiten establecer la oportunidad en la respuesta.

Un marco para evaluar la oportunidad de la respuesta de brotes de enfermedades de interés en salud pública puede estar basada en un conjunto de medidas de rendimiento cuantitativo para el seguimiento de los progresos de forma rutinaria y coherente.

Las entidades responsables de la investigación, confirmación y configuración de los eventos de interés en salud pública dependen de la calidad y oportunidad de la información suministrada por las instituciones que captan la ocurrencia de los casos.

Las métricas pueden ser adaptadas por cada territorio, de acuerdo con el análisis histórico y los tiempos definidos por los protocolos de vigilancia del país.

Referencias

1. Smolinski MS, Crawley AW, Olsen JM. Finding Outbreaks Faster. Health Security. 2017;15(2):215–20.

2. Gawryszewkki, V (coord). Indicadores de Salud. Aspectos Conceptuales y Operativos. Organización Panamericana de Salud. Washington DC 2018.

3. World Health Organization (WHO). Reglamento Sanitario Internacional. Organizacion Mundial de la Salud [Internet]. 2016;2005(Tercera edición):1–104. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246186/9789243580494-spa.pdf?sequence=1

4. World Health Organization. e-SPAR: State Party Annual Report. Fecha de acceso Junio 2022. https://extranet.who.int/e-spar

5. World Health Organization. Joint External Evaluation (JEE) mission reports. Fecha de acceso junio 2022. http://www.who.int/ihr/procedures/mission-reports/en/

6. Organización Panamericana de la Salud. Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE) - Modulo: Salud y enfermedad en la población. Vol. 5. Washington, D.C: Biblioteca de la OPS; 2019. 17–24.

7. SalzburgGlobal.org; Ending Pandemics and Salzburg Global Seminar., All. The Salzburg Statement on Metrics for One Health Surveillance. SALZBURG GLOBAL SEMINAR [Internet]. 2020;I:1–2. Available from: https://www.salzburgglobal.org/fileadmin/user_upload/Documents/2010-2019/2019/Session_641/SalzburgGlobal_Statement_641_One_Health.pdf

8. Fong D, Otterstatter M, Taylor M, Galanis E. Analysis of enteric disease outbreak metrics, British Columbia Centre for Disease Control, 2005-2014. Can Commun Dis Rep. 2017;43(1):1-6. https://doi.org/10.14745/ccdr.v43i01a01

9. Instituto Nacional de Salud de Colombia. Análisis de indicadores para la vigilancia de eventos de interés en salud pública [Internet]. Instituto Nacional de Salud. Bogotá Colombia: Instituto Nacional de Salud de Colombia; 2021. p. 137. Available from: http://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Lineamientosydocumentos/Indicadores 2022.pdf.

10. Instituto Nacional de Salud de Colombia. Lineamientos de vigilancia y control en salud pública. Estrategia basada en casos predefinidos 2021 [Internet]. Instituto Nacional de Salud. Bogotá Colombia: Instituto Nacional de Salud de Colombia; 2021. p. 137. Available from: http://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Lineamientosydocumentos/Lineamientos 2022.pdf.

11. Centers for Disease Control and Prevention. Framework for evaluating public health surveillance systems for early detection of outbreaks; recommendations from the CDC Working Group. MMWR 2004;53(No. RR-5):[inclusive page numbers].

12. Crawley AW, Divi N, Smolinski MS. Using Timeliness Metrics to Track Progress and Identify Gaps in Disease Surveillance. Health Security. 2021;19(3):309–17.

13. After Action Reviews and Simulation Exercises under the International Health Regulations 2005 M&E Framework (IHR MEF). Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/WHE/CPI/2018.48). Licence: CC BYNC-SA 3.0 IG

GESTIÓN DEL RIESGO Y RESPUESTA INMEDIATA

4

CAJA DE HERRAMIENTAS

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

ETAPA 4.3

EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA (AAR)

After Action Review

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Etapa 4. Evaluación de la Respuesta (AAR) /Angélica María Rojas Bárcenas, Franklyn Prieto Alvarado, Angela Alarcón Cruz, Karen Andrea Soto.

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

Corrección de estilo, diseño y diagramación: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, IETS.

Impresión y acabados: Editorial Scripto SAS

Primera edición: julio de 2022

Guiovanni Rubiano García
Director General INS

Martha Lucía Ospina Martínez
Directora General 2016-2022

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 No. 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 Centers for Disease Control and Prevention.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

ETAPA 4.3

EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA (AAR)

After Action Review

I. Introducción

La evaluación del proceso y de los resultados de la gestión del riesgo en salud pública es un aspecto transversal que identifica opciones de mejora en todas las etapas del proceso (1). Esta evaluación requiere diversas fuentes de información, que en ocasiones no tienen unidades de medida comunes o basadas en indicadores, por lo cual son necesarias metodologías diferentes a las utilizadas en la evaluación en salud (2).

El reto de evaluar tanto el proceso como el resultado de las acciones para modificar el riesgo, implica una cuidadosa planeación y constante verificación de las variaciones en el proceso de manera que se implementen los correctivos de manera inmediata, a mediano y largo plazos, razón por la que se considera a evaluar como una acción transversal.

Este Manual proporciona de manera sencilla y simplificada, conceptos clave para complementar el monitoreo y evaluación de las actividades y procesos desarrollados como parte de la preparación, la planeación y la respuesta ante brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública y revisar la capacidad funcional de los equipos y sistemas de

respuesta con el objetivo de identificar experiencias exitosas, áreas o procesos que requieran revisión y análisis y para el desarrollo de acciones de mejora continua, a partir de la administración de una herramienta participativa de reflexión e identificación de lecciones aprendidas.

1.1 Guía para el uso del Manual

Esta es la primera edición del Manual para la evaluación de la respuesta con base en la metodología Evaluación después de la acción ("After Action Review"), como herramienta para su implementación en los niveles nacionales y subnacionales, cuya finalidad es la de aportar herramientas que contribuyan al desarrollo del monitoreo y la evaluación a la preparación, planeación y la respuesta ante brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública – EISP en el marco de la gestión del riesgo.

En el Manual se establecen lineamientos y recomendaciones que pueden servir como insumo para complementar los procesos de monitoreo y evaluación y contribuir a la formulación e implementación de mejoras a partir de la reflexión participativa.

Este Manual no desarrolla aspectos relacionados con métricas y metodologías cuantitativas para el monitoreo y evaluación de procesos.

Esperamos que, a medida que el proceso se incorpore a la práctica habitual, los usuarios sugieran mejoras y también provean insumos adicionales, basados en la experiencia, que permitirán mejorar este Manual y contribuyan al desarrollo de la formación y la capacitación.

1.2 ¿Cómo se elaboró el Manual?

Este Manual nace de la necesidad de fortalecer la respuesta en salud pública, en su elaboración participaron expertos temáticos. Se ejecutó en dos fases: una fase inicial con componente cualitativo donde se recopilaron experiencias y conocimientos previos en la implementación del modelo de gestión del riesgo y una segunda fase de validación con la información bibliográfica disponible.

1.3 Estructura y contenido del Manual

El Manual está estructurado en cinco capítulos más el glosario de términos, bibliografía y sus anexos. En el primer capítulo denominado Introducción, se enuncian la guía para el uso del Manual, cómo se elaboró, su estructura y contenido. En el segundo capítulo se presenta el alcance, se definen los objetivos y se enuncia el marco legal. En el capítulo tres Generalidades de la metodología, se presentan aspectos básicos y conceptuales relacionados con la metodología "Evaluación después de la acción" y cuando se aplica. En el capítulo cuatro se presentan las fases para la aplicación de esta metodología y en el capítulo cinco sus beneficios y contribuciones. Para finalizar se presentan las definiciones, abreviaturas y anexos, así como la referencia a los principales textos revisados para la elaboración de este documento.

II. Alcance

El presente Manual hace énfasis en cómo realizar una evaluación de la preparación, planeación y respuesta ante brotes, epidemias y EISP, en los diferentes ámbitos de la respuesta, con base en la metodología *Evaluación después de la acción (AAR, por sus siglas en inglés)*. La información contenida en el documento tiene carácter genérico.

2.1 Objetivo General

Establecer las fases para la administración de la metodología "Evaluación después de la acción" como herramienta complementaria a la evaluación de la preparación, planeación y respuesta ante brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública, en el marco de la gestión del riesgo.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar elementos conceptuales relacionados con la metodología **"Evaluación después de la acción".**

Presentar los pasos para la administración de la metodología **"Evaluación después de la acción".**

Identificar los beneficios y contribuciones de la aplicación de la metodología **"Evaluación después de la acción"**, como herramienta complementaria al desarrollo de los procesos de monitoreo y evaluación de la respuesta ante brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública, en el marco de la gestión del riesgo.

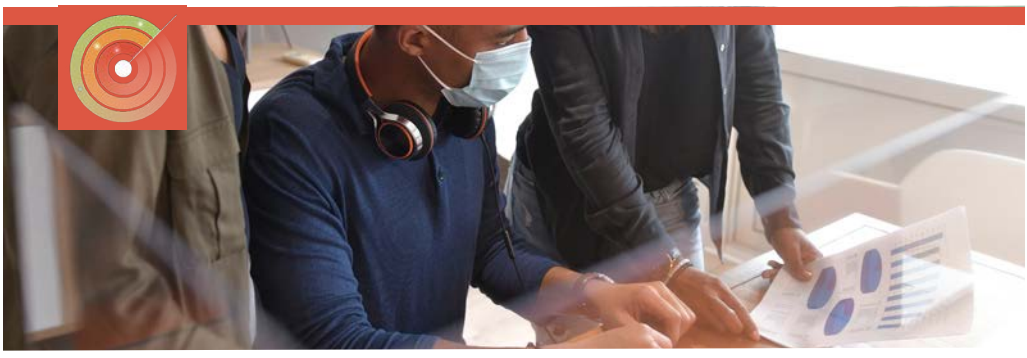
III. Generalidades de la metodología "Evaluación después de la acción"

3.1 ¿Qué es la "Evaluación después de la acción"?

La "Evaluación después de la acción" (*After Action Review*, AAR por sus siglas en inglés) es una metodología para reconocer lecciones aprendidas a partir de la reflexión crítica y sistemática sobre el desarrollo de una actividad o proceso para mejorar la comprensión sobre las causas posibles de su éxito o fracaso y con ello, generar recomendaciones o

procesos de mejora. Esta técnica puede complementar otros métodos y sistemas de monitoreo y evaluación (3 – 5).

La AAR fue desarrollada por el ejército de los Estados Unidos como una herramienta para identificar y compartir lecciones críticas de los ejercicios de entrenamiento en los Centros Nacionales de Capacitación del ejército en EE UU (1970) y posteriormente difundida como práctica de evaluación en las Fuerzas Armadas. Ha sido adaptada para su aplicación en otros contextos y organizaciones y se reconoce como un método valioso de aprendizaje en el trabajo en diferentes tipos de organizaciones (3).



Esta metodología se desarrolla a partir de la discusión estructurada de la experiencia durante la planeación y ejecución de una actividad o proceso en función de las expectativas y los resultados logrados.

En el contexto de la evaluación de la respuesta ante brotes, epidemias y EISP, en los diferentes ámbitos y niveles de la respuesta, esta reflexión permitirá identificar los puntos fuertes o débiles en el proceso de la preparación, planeación y ejecución de la respuesta ante un evento de salud pública, identificar y documentar las mejores prácticas y los retos

frente a la respuesta a EISP y con ello, identificar acciones a corto, mediano y largo plazos necesarias para fortalecer el proceso y contribuir a su mejora (6).

En términos generales la "Evaluación después de la acción" debe facilitar el proceso de medición del estado funcional de las capacidades básicas de preparación, planeación y ejecución de la respuesta ante un EISP, por lo que, en conjunto con los resultados de otras metodologías, genera evaluaciones más detalladas de las capacidades funcionales de las instituciones y organizaciones participantes de la respuesta, así como construir perfiles de riesgo o procesos prioritarios de intervención. (6).

3.2 ¿Qué son las lecciones aprendidas?

Las lecciones aprendidas son el conjunto de conocimiento generado a partir de la reflexión ordenada durante la preparación, planeación y ejecución de una actividad o proceso, que permiten identificar factores de éxito, deficiencias y contribuir a mejorar las actividades o procesos similares.

Para que este conocimiento sea útil debe ser: aplicable, válido y significativo.

Aplicable:

Tener una impacto real o potencial durante el desarrollo del proceso o actividad.

Válido

Basado en hechos verdaderos.

Significativo

Identifica procesos o decisiones que reducirían las fallas y reforzarían los resultados positivos.

3.3 ¿Cuándo se realiza una "Evaluación después de la acción"?

Esta metodología puede ser administrada después del desarrollo de una actividad o proceso en cualquiera de sus etapas, es decir, no necesariamente al final de la ejecución de la actividad (3-5).

En el caso de la respuesta ante brotes, epidemias y EISP, y teniendo en cuenta que la gestión del riesgo es desarrollada en etapas, esta metodología podrá ser administrada al final de la respuesta a un brote, en la activación de la estructura del sistema manejo incidente o en el desarrollo de cada etapa.

Es importante identificar etapas críticas durante el desarrollo del proceso de manera que la metodología tenga el potencial de generación de *lecciones aprendidas* que faciliten un proceso reflexivo, participativo, y con esto, las acciones de mejora.

¡Recuerda!

Al retorno de un equipo de respuesta inmediata se puede realizar en "caliente" una **Evaluación después de la acción,** para evaluar el cumplimiento del plan de acción del ERI, identificando las lecciones aprendidas en campo, los aciertos y aspectos a mejorar a partir de lo que sucedió en comparación con lo planeado, objetivos y resultados esperados.

Es importante indagar durante el ejercicio sobre el estado de salud y ánimo de los profesionales que llegan de terreno, sobre todo cuando las situaciones fueron adversas.

Objetivos de la **"Evaluación después de la acción"** ante la preparación, planeación y respuesta antes EISP.

Evaluar

La capacidad funcional de las entidades, instituciones o equipos para preparar, prevenir, detectar y responder a un evento de salud pública.

Identificar

Los desafíos y experiencias exitosas en el marco de la preparación y respuesta.

Documentar y compartir

Experiencias y lecciones aprendidas entre el equipo de respuesta, otros equipos y miembros de la entidad o institución.

*Fuente: Adaptado de **Guidance for After Action Review (AAR). World Health Organization; 2019 (6).***

IV. Pasos para el desarrollo de la "Evaluación después de la acción.

4.1 Fase 1: Preparación

Fuente: Elaboración propia a partir de ***Pautas para la realización de "After Action Reviews" o reuniones de Reflexión Después de la Acción.*** *Banco Interamericano de Desarrollo; 2009.*

4.1.1 Identificar el tema y propósito

En este momento es necesario definir cuál es el propósito, qué se quiere aprender o sobre qué proceso o etapa se va a reflexionar. De igual manera es importante identificar porque es necesario aplicar la metodología (ej ¿se requiere alguna mejora?, ¿se han presentado fallas o resultados inesperados?, ¿esta etapa es crítica para el desarrollo de las demás etapas o para el desarrollo completo de la actividad o proceso?).

El equipo participante discutirá y analizará en conjunto de manera que se genere consenso frente al tema y propósito.

El equipo debe identificar la etapa sobre la cual se va a realizar la evaluación, de igual manera las áreas, procesos o funciones técnicas específicas, en el marco de la preparación, la planeación y la respuesta, que permitan ordenar la administración de la metodología.

En la **tabla 1,** se presentan ejemplos de procesos o componentes y áreas o funciones en cada uno, en el marco de la respuesta ante un brote epidemia o EISP, para definir el enfoque de la evaluación.

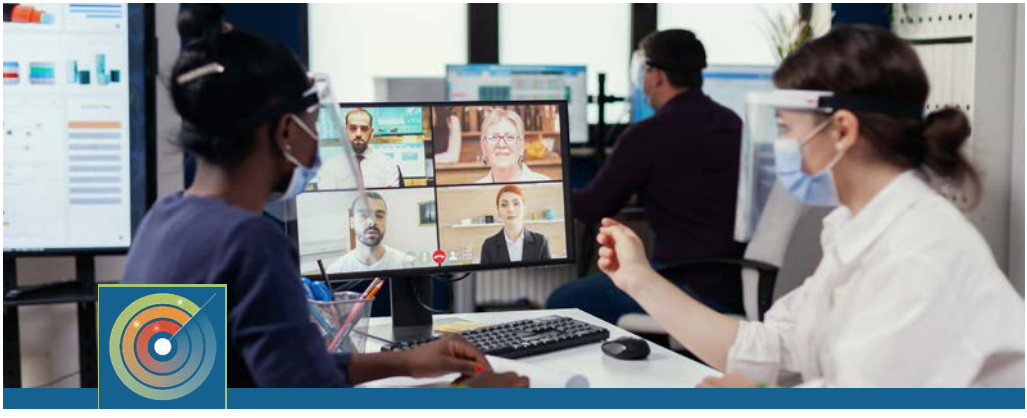


Tabla 1. Ejemplo procesos o componentes con sus áreas y funciones

Procesos o componentes	Áreas técnicas o funciones
Vigilancia	• Gestión de alertas • Gestión de la información de vigilancia • Seguimiento de contactos
Laboratorio	• Transporte y remisión de muestras • Gestión de muestras • Gestión de la información del laboratorio
Coordinación de la respuesta	• Logística • Planes de preparación • Sistema de gestión de incidente • Equipos de respuesta rápida • Capacidad de reacción
Comunicación e información	• Comunicación de riesgos • Participación de la comunidad
Manejo de casos	• Acciones de prevención y control de infecciones • Aislamiento – cuarentena • Vacunación • Manejo de cadáveres • Control de vectores y manejo de reservorios

Fuente: Adaptado de ***Guidance for After Action Review (AAR). World Health Organization; 2019 (6).***

Dependiendo del objetivo o propósito de la Evaluación se realizará la selección del proceso, componente o área técnica, en el que se aplicará la metodología, por ejemplo:

- El propósito es evaluar áreas técnicas o procesos en los cuales se han identificado fallas o desafíos,
- El propósito es evaluar áreas o procesos que usualmente no son analizadas o evaluadas,
- El propósito es evaluar todo el proceso desde la preparación hasta la ejecución de la respuesta.

4.1.2 Seleccionar participantes

Serán convocados los participantes, por lo que es necesario identificar un grupo representativo para la implementación de la metodología.

Además del equipo involucrado en la preparación, la planeación y la respuesta, se podría convocar a líderes o coordinadores, sin embargo, se debe tener en cuenta que cierto tipo de participantes o personas externas inhiben la participación del equipo.

El número de participantes recomendado está entre 5 y 8, para facilitar la participación activa. Para equipos más grandes, pueden realizarse varias sesiones (3 – 5).

Lo ideal es que la metodología sea administrada tan pronto como sea posible, al finalizar la respuesta (o la etapa seleccionada en el propósito), de manera que los participantes

estén disponibles y la información, las experiencias y las reflexiones estén "frescas" y las lecciones sean más relevantes y aplicables.

4.1.3 Definir roles

En este momento se definirán los roles y las personas asignadas a cada rol.

Para la aplicación de la metodología es necesario que se definan, mínimo, los siguientes roles:

- Facilitador
- Relator
- Moderador

Tabla 2. Roles y funciones generales, Evaluación después de la acción.

FACILITADOR	• Idealmente que sea una persona externa al desarrollo del proceso o actividad (es decir que no haya participado directamente durante el desarrollo de la actividad o proceso). • Su rol es enfocar la discusión planteando preguntas que contribuyan a la reflexión y el diálogo.
RELATOR	• Su rol es identificar las lecciones aprendidas y recomendaciones y registrar los puntos más relevantes del desarrollo de la evaluación, las conclusiones y recomendaciones.
MODERADOR	• Su rol es controlar el tiempo y el desarrollo de las intervenciones de los participantes.

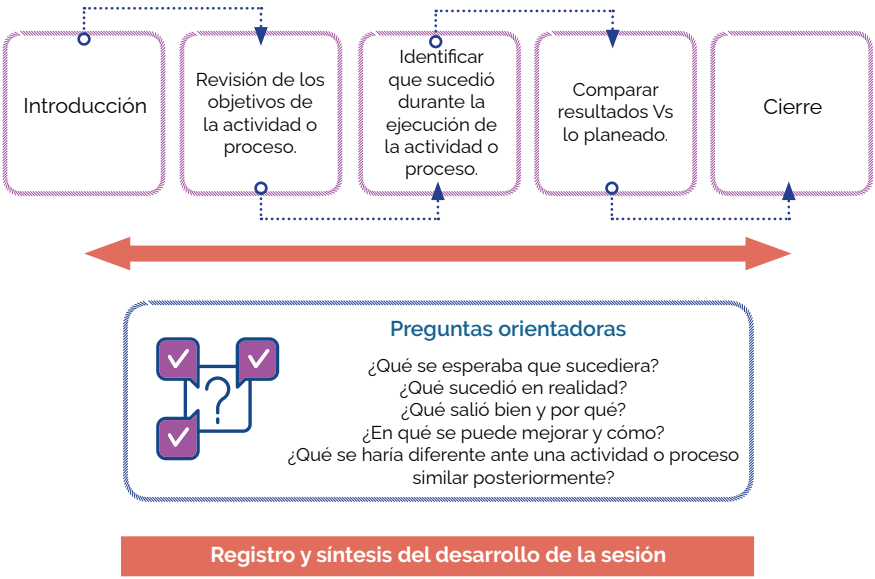
Fuente: Elaboración propia a partir de ***Pautas para la realización de "After Action Reviews" o reuniones de Reflexión Después de la Acción.*** *Banco Interamericano de Desarrollo. 2009.*

4.1.4 Preparar materiales y logística

En este momento se requiere preparar los materiales necesarios para el desarrollo de la metodología (tarjetas, listas de chequeo para abordaje de los diferentes temas, marcadores, tablero, computador, de ser posible una grabadora, entre otros), así como el lugar para la reunión.

En caso de que la actividad o proceso se haya desarrollado en áreas de difícil acceso, escenarios rurales o en condiciones geográficas o poblacionales particulares (como los escenarios en los que habitualmente se desarrolla la respuesta a brotes, epidemias y EISP), se usarán los materiales disponibles, adaptados a las condiciones (hojas, lápices, bolígrafos, entre otros).

4.2 Fase 2: Desarrollo



Fuente: Elaboración propia a partir de ***Pautas para la realización de "After Action Reviews" o reuniones de Reflexión Después de la Acción.*** *Banco Interamericano de Desarrollo. 2009.*

4.2.1 Introducción

El ***facilitador*** presentará la agenda para el desarrollo de la sesión, el tiempo disponible y los participantes, de igual manera aclarará los objetivos de la sesión a través de un recuento breve de la actividad o proceso (etapa) sobre el cuál se va a reflexionar, el propósito de la administración de la metodología "Evaluación después de la acción" y como se espera que las conclusiones de la sesión sean utilizadas.

Es importante que el ***facilitador*** recuerde las reglas para el desarrollo y aplicación de la metodología, enfatizando que se trata de un espacio de aprendizaje y no de evaluación, en términos de inspección, vigilancia y control.

- Roles y objetivos claros
- Participación activa
- Intercambio honesto de conceptos y experiencias
- Las opiniones de todos tienen el mismo valor
- No hay respuestas correctas o incorrectas
- Consenso cuando sea posible, aclaración donde no
- Creatividad
- Apertura y disposición

El ***facilitador*** y los participantes promueven un espacio amable y abierto que facilite una discusión crítica y sistemática durante el desarrollo de la sesión.

4.2.2 Revisión de los objetivos de la actividad o proceso (etapa).

En este momento el ***facilitador*** conducirá la reflexión a partir de la pregunta orientadora ***¿Qué se esperaba que sucediera?***, identificando los objetivos y propósitos planteados durante la preparación y la planeación de la respuesta.

Los participantes discutirán en torno a lo que se esperaba en el marco de la respuesta y los objetivos planteados durante su planeación. Es útil recordar información disponible en manuales, documentos de procesos y procedimientos o protocolos o listas de chequeo.

El ***facilitador*** podrá registrar información o una conclusión relacionada con las respuestas de los participantes en un tablero o en tarjetas, de manera que los participantes puedan ver la información relevante.

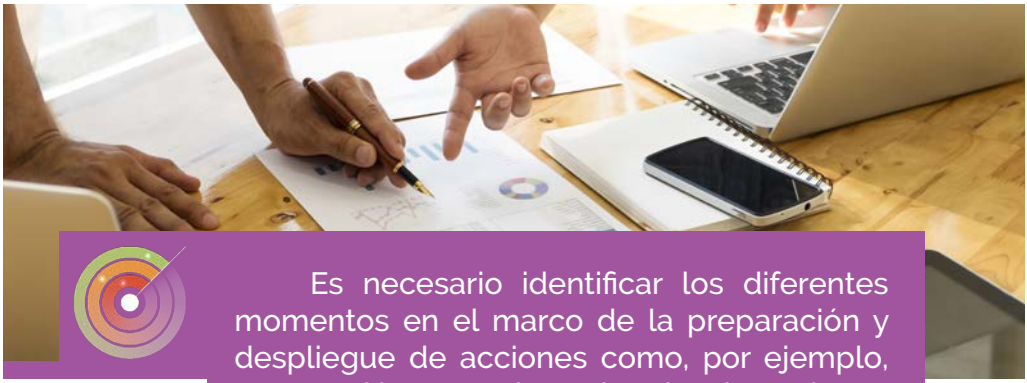
¡Recuerda!

En el marco de la gestión del riesgo y como parte de la respuesta a brotes, epidemias y EISP se encuentran disponibles manuales, procesos y procedimientos que pueden ser útiles para identificar los objetivos y propósitos de la respuesta. De igual manera son útiles los protocolos de vigilancia en salud pública en los que se indican los objetivos y propósitos en el marco del control o contención de EISP

Otro insumo clave es el Plan de Acción en el que los Equipos de respuesta inmediata – ERI, organizan las acciones a desarrollar en el marco de la respuesta a brotes, epidemias y EISP (ver Manual Preparación y alistamiento de los Equipos de Respuesta Inmediata).

4.2.3 Identificar qué sucedió y cuáles fueron los resultados alcanzados

Los participantes reconstruirán los hechos o hitos durante la preparación, la planeación y la respuesta, a partir de sus reflexiones y experiencias de manera que se identifique qué sucedió y establecer cómo fueron implementadas las acciones de respuesta a un evento en salud pública. El facilitador conducirá la reflexión a partir de la pregunta orientadora ***¿Qué fue lo que sucedió en realidad?***



Es necesario identificar los diferentes momentos en el marco de la preparación y despliegue de acciones como, por ejemplo, preparación previa al desplazamiento, capacidades, despliegue de acciones de respuesta, repliegue, entre otros.

A partir de la discusión, el ***facilitador*** utilizará técnicas tales como, la identificación de puntos críticos y la construcción de línea de tiempo, como herramientas que permiten ordenar las ideas y puntos de reflexión y discusión de los participantes.

El facilitador ubicará los resultados de estas dos técnicas en las tarjetas, en un tablero o lugar visible (o las aplicadas), para que los participantes puedan ver estos resultados.

Identificación de puntos críticos

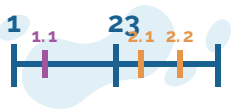
1. Identificación de pasos o hitos durante el desarrollo de la preparación, planeación y respuesta.

2. Cada paso o hito a su vez tiene un objetivo o actividades para responder a ese objetivo general.

3. A partir de los objetivos de la actividad o proceso evaluado y de la discusión y reflexión de los participantes se construyen los objetivos y actividades de cada momento crítico o hito identificado *(ver manuales, procedimientos o listas de chequeo como guía y orientación).*

Línea de tiempo

1. Los momentos críticos o hitos se pueden ordenar en secuencia temporal u orden cronológico.



2. A partir de los resultados de la reflexión y discusión de los participantes, se podrá, a su vez identificar aspectos positivos o negativos durante su desarrollo.

La información disponible en manuales, procesos y procedimientos, en los protocolos de vigilancia en salud pública o en el Plan de Acción del ERI es útil también para identificar puntos críticos en el marco de la respuesta a brotes, epidemias y EISP.

4.2.4 Comparar resultados contra lo planeado

El facilitador conducirá la reflexión a partir de las preguntas orientadoras ***¿Qué salió bien y por qué? ¿En qué se puede mejorar y cómo?, ¿Qué se haría diferente ante una actividad o proceso similar posteriormente?***

Los participantes a partir de la reflexión y como parte del ejercicio de comparar, qué se planeó, los objetivos, propósitos y resultados esperados en el marco de la preparación, planeación y respuesta, respecto a los resultados objetivos, identificarán los éxitos y logros, así como las situaciones o aspectos que podrán ser mejorados a corto, mediano y largo plazo.

En este momento es necesario reflexionar e identificar como pudieron ser realizadas las acciones de acuerdo con los procedimientos y planes establecidos.

Es importante que el ***facilitador*** convoque a los participantes a reflexionar frente a las razones, las circunstancias o los factores relacionados con estos resultados, para lo cual, los elementos abordados del momento previo (puntos críticos – línea de tiempo) son útiles, para identificar los aspectos que favorecieron los resultados, los elementos positivos a replicar y aquellos que requieren mejora.

Elementos clave para el desarrollo de la "Evaluación después de la acción" ante la preparación, planeación y respuesta antes EISP.

4.3 Fase 3: Cierre

El ***facilitador*** convocará a los participantes a concluir sus ideas y reflexiones. Al finalizar y como cierre de la actividad se presentará una síntesis que hará énfasis en los temas más relevantes identificados y los puntos o hitos clave tanto por los resultados positivos como aquellos que requieren mejoras.

Es clave que, en este momento, el ***facilitador*** utilice la información registrada en el tablero o tarjetas generadas durante la sesión.

4.3.1 Registro y síntesis de la sesión

Durante el desarrollo de la sesión, el ***relator*** registrará y documentará los resultados y conclusiones más relevantes, incluyendo los momentos críticos identificados, así como las reflexiones de los participantes frente a lo que funcionó bien, los aspectos que pueden mejorarse, las conclusiones y las recomendaciones.

De la sesión deberá generarse un informe breve para compartir estas reflexiones con otros miembros del equipo o con la institución, como insumo para el desarrollo de actividades y procesos similares a *"lecciones aprendidas"*.

Los resultados y hallazgos de la *Evaluación después de la acción* se constituyen en insumos para identificar y documentar los mejores resultados, prácticas y etapas que requieren revisión y mejora; así como los retos y desafíos frente a la respuesta a un EISP.

En conjunto con los resultados de otras metodologías de evaluación y monitoreo, estos hallazgos aportan elementos clave para el desarrollo de planes y procesos de mejora. Los equipos deberán construir planes que incluyan acciones, responsables, plazos, entre otros, que faciliten procesos de mejora continua y seguimiento a partir de los resultados obtenidos.

¡Recuerda!

Los resultados y hallazgos de la "Evaluación después de la acción", pueden ser compartidos con otras entidades o instituciones del nivel subnacional, nacional o incluso internacional. Las experiencias exitosas y lecciones aprendidas de un equipo o entidad pueden servir de insumo en los procesos de evaluación y mejora de otros equipos o instituciones.

V. Beneficios y contribuciones del desarrollo de la "Evaluación después de la acción".

La atención y respuesta ante brotes, epidemias y EISP es un proceso complejo que requiere de la intervención de diferentes grupos de personas en varios niveles de organización por lo que es necesario implementar metodologías y estrategias de evaluación que faciliten acciones de mejora continua.

Como parte de estas estrategias hay metodologías de tipo cuantitativo y métricas de evaluación que aportan elementos clave, pero requieren ser complementadas con metodologías cuantitativas y ejercicios de tipo participativo,

basados en la experiencia, que permitan identificar qué aspectos o factores influyen en los resultados.

La metodología "Evaluación después de la acción" facilita el aprendizaje a partir de la experiencia, permitiendo que los equipos participantes identifiquen posibles causas de los aciertos y errores durante la preparación, la planeación y la respuesta, teniendo en cuenta los objetivos, los propósitos y los resultados esperados.

Este tipo de metodologías promueve la discusión y reflexión activa, mejorando la comprensión de los procesos y actividades, sus resultados positivos y las debilidades y con ello la construcción de planes y procesos de mejora más centrados en los aspectos reales que influyen en estos resultados; permite además la identificación de experiencias exitosas y lecciones aprendidas que pueden servir de ejemplo y ser replicadas en procesos de respuesta posteriores.

El desarrollo de estas metodologías de tipo participativo genera espacios de escucha activa en la que los miembros del equipo pueden expresar y discutir frente a su desempeño individual y el del grupo, como parte de los procesos de evaluación.

La atención y respuesta ante brotes, epidemias y EISP a partir de la gestión del riesgo se desarrolla en etapas y procesos lo que facilita la evaluación, identificando momentos o puntos críticos los resultados positivos a replicar y aquellos que requieren mejora durante la actividad.

Referencias

1. Prieto, F. Alarcón, A. Díaz, J. Abecé para la Gestión del Riesgo Colectivo en Brotes, Epidemias y Eventos de Interés en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud; 2022.

2. Instituto de Estudios Ambientales – IDEA. Índice de Gestión de Riesgos IGR. Banco Interamericano de Desarrollo. ATN/JF-7907-RG +. Universidad Nacional de Colombia, (2002-2005) Disponible en: https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/28370/MIS51.pdf?sequence=1&isAllowed=y

3. Banco Interamericano de Desarrollo. Sector de Conocimiento y Aprendizaje. Pautas para la realización de "After Action Reviews" o reuniones de Reflexión Después de la Acción; 2009.

4. Banco Interamericano de Desarrollo. Sector de Conocimiento y Aprendizaje. 2008. Notas de Lecciones Aprendidas. Lecciones aprendidas; 2011.

5. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo. After Action Review. Technical Guidance"; 2006.

6. Guidance for After Action Review (AAR). World Health Organization; 2019.

Anexos

Ejemplo documento de síntesis

Proceso – actividad – fase
Fecha
Participantes
Facilitador
Relator

Resumen Ejecutivo

Antecedentes del brote, epidemia e EISP

Alcance y objetivo de la evaluación

Metodología

Desarrollo

1.1 Identificación de hitos o momentos clave

1.2 ¿Qué se esperaba y qué sucedió?

(Propósito- objetivos Vs Resultados)

¿Qué se esperaba que sucediera?	¿Qué sucedió en realidad?

1.3 ¿Qué salió bien y por qué?

(Acciones exitosas realizadas para el logro del propósito y objetivos)

Éxitos	¿Cómo garantizar el éxito en el futuro?

1.4 ¿Qué se puede mejorar y cómo?

¿Qué se podría haber hecho mejor?
¿Qué podemos hacer de manera diferente en situaciones similares?
Recomendaciones

¿Qué se puede mejorar?	Recomendaciones

Conclusiones

Plan de mejora (a corto, mediano y largo plazo)

Actividad	Responsable	Plazo	Seguimiento (modo de verificación)	Indicador de cumplimiento

GESTIÓN DEL RIESGO Y RESPUESTA INMEDIATA

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

CAJA DE HERRAMIENTAS

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

COMPRENSIÓN

DEL MOVIMIENTO POBLACIONAL

Comprensión del Movimiento Poblacional /Angélica María Rojas, Lorena Mesa Melgarejo, Franklyn Prieto Alvarado, Angela Alarcón Cruz.

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

Corrección de estilo, diseño y diagramación: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, IETS.

Impresión y acabados: Editorial Scripto SAS

Primera edición: julio de 2022

Guiovanni Rubiano García
Director General INS

Martha Lucía Ospina Martínez
Directora General 2016-2022

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 No. 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.

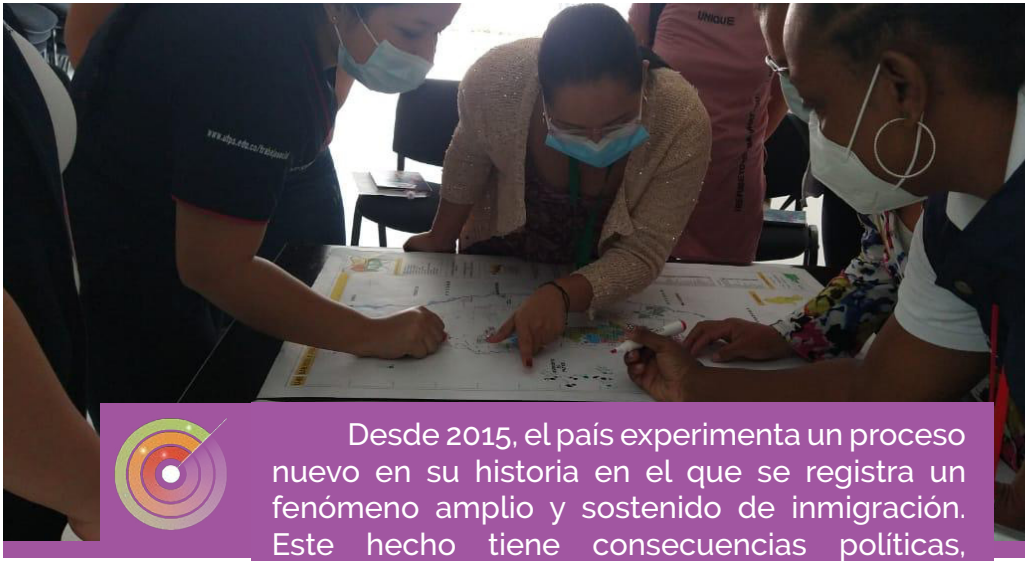
Este documento se realizó con aportes financieros de Centers for Disease Control and Prevention.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

COMPRENSIÓN
DEL MOVIMIENTO POBLACIONAL

I. Introducción

Colombia comparte fronteras terrestres y marítimas con once países, los cuales limitan con 13 departamentos y 77 municipios; estas zonas comparten características políticas, económicas y sociales particulares que representan vulnerabilidad y riesgos de diferente tipo incluyendo riesgos para la salud individual y colectiva (1).



Desde 2015, el país experimenta un proceso nuevo en su historia en el que se registra un fenómeno amplio y sostenido de inmigración. Este hecho tiene consecuencias políticas, económicas y sociales. Para el sector salud, teniendo en cuenta la magnitud, dinámica y el tránsito de poblaciones altamente vulnerables, representa un reto en términos de la garantía de servicios integrales en salud y de prevención y control de situaciones de riesgo para la salud pública (1).

Ante este fenómeno, las instituciones del sector salud y otros sectores, en coordinación y articulación con organismos de cooperación internacional y organizaciones

no gubernamentales – ONG, han establecido mecanismos de gestión para diseñar e implementar planes de respuesta para abordar de manera, más adecuada y oportuna, las necesidades derivadas de este fenómeno. Como parte central de estos mecanismos están la formulación y ejecución de estrategias de fortalecimiento de las capacidades básicas en los departamentos y municipios de la zona de frontera y demás territorios receptores (1).

> El fortalecimiento de las capacidades básicas requiere del desarrollo de habilidades y competencias para el análisis y comprensión del fenómeno migratorio a nivel subnacional, como punto de partida para la identificación y valoración de riesgos y su posterior abordaje y modificación (1)

> Este Manual proporciona de manera sencilla y simplificada, conceptos clave para la comprensión de los movimientos poblacionales, rutas y puntos de entrada, así como la identificación de las características de las personas que se movilizan y de los eventos de interés en salud pública de riesgo o más frecuentes, como insumo para la identificación, valoración y gestión de riesgos relacionados con el fenómeno migratorio a nivel subnacional.

1.1 Guía para el uso del Manual

Esta es la primera edición del Manual para la comprensión del movimiento poblacional a nivel subnacional, siendo una herramienta que aporta insumos para la identificación y valoración de riesgos asociados al fenómeno migratorio y el posterior despliegue de acciones para su abordaje e intervención, a partir del enfoque de gestión del riesgo.

Este Manual no desarrolla aspectos relacionados con la vigilancia de eventos de interés en salud pública en frontera por lo que se recomienda la revisión conjunta de este, con el Manual de vigilancia y comunicación en fronteras.

Se espera que, de manera progresiva, a partir del uso habitual de la herramienta, los usuarios identifiquen aspectos a mejorar y fortalecer de este Manual y de igual manera provean insumos adicionales, basados en la experiencia, para complementarlo y contribuir al desarrollo de procesos de formación y capacitación.

1.2 ¿Cómo se elaboró el Manual?

Este Manual nace de la necesidad de fortalecer la respuesta en salud pública, es así como un grupo de profesionales que ejecutan la vigilancia en el nivel nacional, establecen estas herramientas. En la elaboración del Manual participaron expertos temáticos, se ejecutó en dos fases una fase inicial con componente cualitativo en el que se recopilaron experiencias y conocimientos previos en la implementación del modelo de gestión del riesgo y su aplicación en el abordaje del fenómeno migratorio, con expertos temáticos del nivel nacional y equipos técnicos y operativos del nivel subnacional (entidades territoriales de Antioquia, Amazonas y Norte de Santander), y una segunda fase de validación con la información bibliográfica disponible.

1.3 Estructura y contenido del Manual

El Manual está estructurado en cuatro capítulos más el glosario de términos, y bibliografía. En el primer capítulo, denominado Introducción, se enuncian la guía para el

uso del Manual, su estructura y contenido. En el segundo capítulo se presenta el alcance, se definen los objetivos y se enuncia el marco legal. En el capítulo tres se presentan algunos elementos conceptuales sobre la migración y en el capítulo cuatro, los pasos y aspectos básicos y conceptuales relacionados con la comprensión del movimiento poblacional a nivel subnacional.

II. Alcance

El presente Manual proporciona elementos conceptuales y prácticos básicos para la comprensión del fenómeno migratorio en el nivel subnacional y su aplicación en los procesos de la vigilancia y gestión del riesgo en salud pública.

2.1 Objetivo general

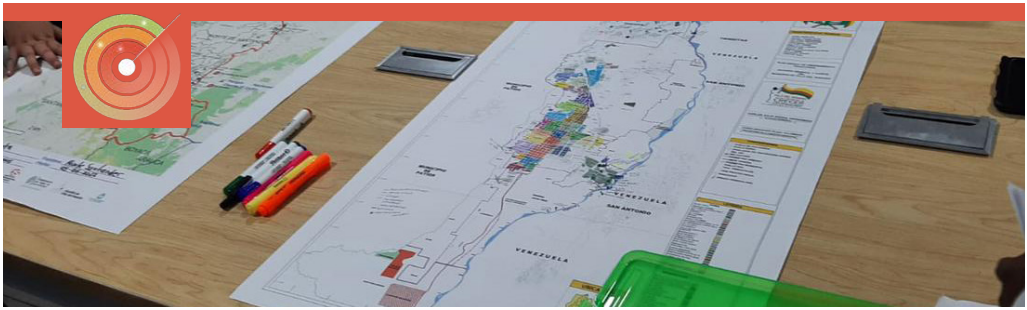
Establecer las generalidades para la comprensión del movimiento poblacional a nivel subnacional.

2.2 Objetivos específicos

Identificar elementos conceptuales relacionados con la comprensión del movimiento poblacional a nivel subnacional.

Presentar los pasos para la comprensión del movimiento poblacional a nivel subnacional.

Identificar los beneficios y contribuciones de la comprensión del movimiento poblacional como herramienta complementaria para la identificación y valoración de riesgos relacionados con el fenómeno migratorio a nivel subnacional.



III. Aspectos conceptuales

La migración es un fenómeno global e histórico que implica la movilidad de las personas entre diferentes espacios geográficos, tanto nacionales como internacionales, y es generado por múltiples razones: desastres naturales, factores económicos, sociales o políticos, entre otros. Si bien, la migración interna e internacional comparten algunos aspectos generales, la migración internacional ocasiona transformaciones estructurales para las personas que se movilizan y para los países de destino, es decir, cambios profundos en la manera cómo se vive, experimenta y aborda este tipo de movilidad.

El gran problema alrededor de las migraciones, se relaciona con las condiciones en las cuales se da el proceso migratorio y con la forma cómo se posibilitan o no las inserciones socio-económicas y culturales en los países de destino, pues estos elementos determinan y favorecen la emergencia de desigualdades, la profundización de brechas y los mecanismos de exclusión (1). Uno de los mayores desafíos es el conocimiento en profundidad de la migración no regular, es decir, aquella que se da por fuera de las vías regulares o los marcos legales y administrativos de ingreso a los países de destino, pues suelen darse por rutas y mecanismos que aumentan la vulnerabilidad de las personas que buscan salir de sus países.

Los procesos migratorios suelen darse desde países con menores ingresos hacia aquellos con economías más fuertes. De hecho éste ha sido el patrón predominante en la historia migratoria; sin embargo, en los últimos años, ha emergido un fenómeno en el cual el flujo migratorio, es decir, el "número de migrantes internacionales que llegan a un país (inmigrantes) o parten de un país (emigrantes) en el transcurso de un periodo específico" (2), ha aumentado entre países con condiciones socio-económicas similares. Es el caso de varios países en América Latina que han cambiado sus patrones migratorios y que ahora no solo está presente la emigración (salida del país) sino que han tenido un aumento persistente de la inmigración (ingreso). A este patrón emergente algunos autores lo han denominado migración sur-sur (3).

Ejemplos de la migración Sur-Sur podemos encontrarlos en la experiencia de recepción de personas migrantes procedentes de Venezuela hacia países de Sudamérica, siendo este el principal subcontinente de acogida de esta población. Se estima que a marzo de 2022, se encuentran 5.478.377 migrantes procedentes de Venezuela en los países de América Latina de 6.130.473 venezolanos refugiados

y migrantes en el mundo (4). Por los lazos geográficos, históricos, sociales y económicos, Colombia es el principal receptor de la población migrante venezolana y se calcula que entre el 30% (5) y el 40% está en el territorio colombiano con aproximadamente dos millones de personas migrantes (4). Este hecho tiene consecuencias políticas, económicas y sociales y de manera específica para el sector salud, teniendo en cuenta la magnitud, dinámica y el tránsito de poblaciones altamente vulnerables, representa un reto en términos de la garantía de servicios integrales en salud y de prevención y control de situaciones de riesgo para la salud pública (1).

Si bien, no se puede generalizar la situación de la población venezolana que migra a otros países de América Latina, la experiencia colombiana muestra que una gran mayoría de quienes llegan a este territorio tiene un importante número de necesidades básicas insatisfechas. Se identifica que la situación de salud de esta población ha generado un aumento en la demanda de los servicios de salud y que ésta prestación de servicios se ha caracterizado por problemas en el acceso y oportunidad en la atención –al no estar asegurados ni contar con capacidad de pago–, limitándose en algunos casos a la asistencia de urgencias vitales (6).

El informe del Programa Mundial de Alimentos de 2020 reportó que "El 58% de los hogares migrantes no tiene acceso a servicios médicos. Esta tendencia es mayor en los departamentos de Cesar, La Guajira y Norte de Santander. La razón principal por la cual no tienen acceso a los servicios de salud es por falta de recursos" (7). El 58% de la población venezolana que migra hacia Colombia tiene como motivación buscar atención en salud o medicamentos (6-7), además se conoce que la mayoría de personas que buscan atención en salud son mujeres (59,4%) y que los servicios de mayor demanda están relacionados con la salud sexual y reproductiva (SSRR) (8).

La confluencia de estas situaciones de alto flujo de población migrante venezolana a Colombia, la elevada demanda de servicios de salud por esta población y la falta de acceso a la atención sanitaria oportuna de mujeres gestantes o lactantes resultan en un fuerte impacto en las instituciones de salud que atienden a esta población en Colombia, haciendo que se comprometa el acceso y la calidad de la atención.

¡Recuerda!

Las migraciones humanas o movimientos humanos se han dado a lo largo de la historia, es un aspecto natural de la vida humana.

El proceso migratorio es un asunto complejo que involucra múltiples actores a niveles nacionales y transnacionales.

Las condiciones en las cuales se da el proceso migratorio determina la vulnerabilidad de las personas que migran, no es lo mismo una persona que viaja con todo el soporte socio-económico y emocional, que aquella que lo hace sin recursos y por rutas ilegales.

3.1. Aproximaciones conceptuales del proceso migratorio

El propósito de éste apartado es desarrollar algunos aspectos conceptuales que faciliten el análisis de los movimientos poblacionales en el marco de la gestión del riesgo en salud pública. En primer lugar, es importante recordar que migrar significa desplazarse e implica cambios profundos en al menos los siguientes aspectos (9):

Espaciales: el desplazamiento se produce entre dos delimitaciones geográficas diferentes.

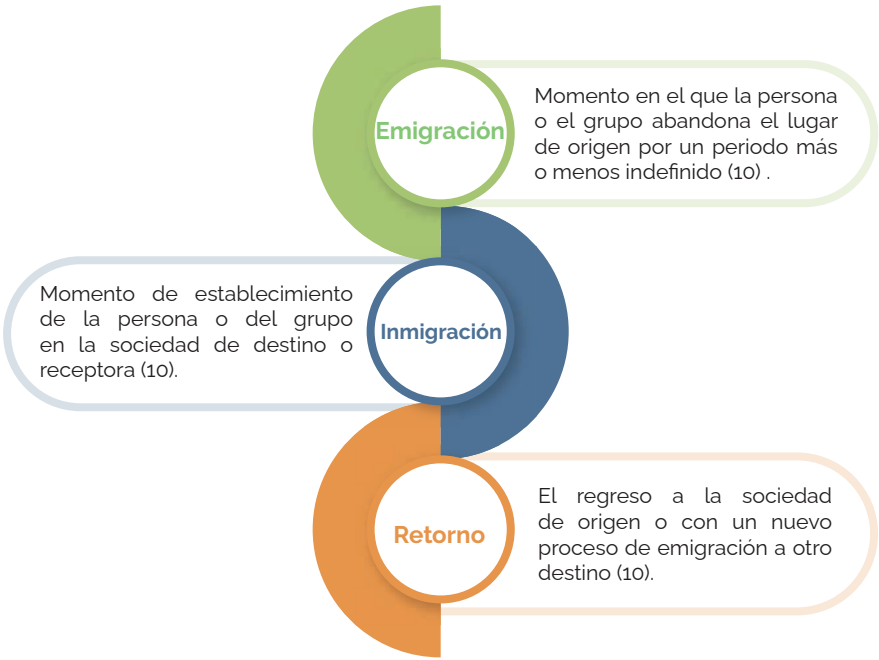
Temporales: la movilidad puede ser temporal (corto, mediano o largo plazo) o desconocerse su temporalidad (indefinida).

Sociales: supone salir de un contexto conocido para ingresar a contexto diferente, tanto social, política como culturalmente, en medio de la incertidumbre.

Los anteriores elementos causan efectos importantes en la experiencia vital de las personas que migran; sin embargo, se reconoce que esta experiencia está determinada por las condiciones en las cuales se da el desplazamiento (10); es decir, para aquellas personas que tienen las posibilidades de hacerlo de manera planificada, acorde con las normativas de cada país y con recursos, puede ser significativamente diferente a aquellos que lo hacen de manera súbita, sin oportunidades socio-económicas y por fuera de los marcos normativos y admirativos regulares, esta experiencia puede significar la exposición a múltiples vulnerabilidades y formas de violencia (10). De allí, que exista la necesidad de implementar enfoques diferenciales en el análisis y abordaje de los movimientos poblacionales.

Desde la perspectiva de la persona o grupo que migra, se identifican 3 momentos del proceso migratorio: emigración, inmigración y retorno.

Ilustración 1. Fases o momentos de la migración



Desde la perspectiva de los países, cada uno de los momentos de la migración implican un abordaje particular en términos sociales y de salud, por ejemplo, en el caso de una alta emigración, la cual se suele dar en los grupos económicamente activos, puede ser crucial considerar análisis e intervenciones sobre políticas del cuidado y la atención a niños, niñas y adolescentes y adultos mayores de las personas migrantes, pues suelen generarse cargas emocionales y sociales a las cuales no se les da manejo (9). Por su parte, la inmigración ocasiona aumento importante de la demanda de servicios y bienes públicos que no siempre son identificados ni financiados oportunamente.

Ejemplo:

Colombia, desde 2014 con el Plan Fronteras para la Prosperidad y ligado al Plan Nacional de Desarrollo, ha desarrollado marcos de política pública y normativa especial para posibilitar el adecuado abordaje de la inmigración en la medida en que éste no era un fenómeno visible ni común, pues Colombia se había caracterizado por un patrón emigratorio de colombianos y colombianas hacia el exterior (11); sumado a esto, las diferencias regionales en términos de capacidades territoriales, generó un desbordamiento de las capacidades del Estado en los niveles subnacionales para atender de manera oportuna las necesidades de la población migrante que ha ingresado al país de manera constante e incremental, generando ineficiencias y baja efectividad en la provisión de bienes y servicios públicos requeridos por los migrantes, como agua y saneamiento básico, soluciones habitacionales temporales, servicios de salud y educación, entre otros (12).

Pese a las dificultades de implementación de los marcos de política, normas y estrategias de abordaje del fenómeno migratorio, se reconoce que "el acceso a servicios básicos para la superación de la vulnerabilidad ha avanzado de manera decidida, dando prueba de resultados tangibles"(13) y dentro de las experiencias de mayor éxito se encuentran los procesos del aseguramiento en salud para las personas venezolanas, pues se demostró que es más costo-efectivo para el Estado cubrir las prestaciones vía Unidad de Pago por Capitación (UPC) que asumir el costo de un sólo evento de atención en salud para una persona sin afiliación como "es el caso del paquete de atención de parto vaginal que equivale a $1,8 millones de pesos o un paquete de parto por cesárea que oscila en $2,8 millones; servicios que serían asumidos dentro de la UPC, de estar afiliado el migrante al sistema de salud."(13).

Pese a esto, el Estado reconoce que un buen número de necesidades básicas de las personas migrantes provenientes de Venezuela han sido cubiertas principalmente por programas de asistencia humanitaria de la cooperación internacional y organizaciones de la sociedad civil (13). Tan solo en el primer trimestre de 2022, la cooperación internacional ha financiado 9.1 millones de dólares en cobertura de necesidades básicas de las personas migrantes y refugiadas procedentes de Venezuela y se ha calculado que el 91.6% de esta financiación proviene de EE.UU (14), siendo salud una de las necesidades con más actividades de intervención implementadas por un valor de 2.1 millones y 40 organizaciones que desarrollan dichas acciones de 78 que integran la Plataforma Nacional de Coordinación Interagencial para apoyar la respuesta migratoria (15).

3.2 Clasificación de la migración

Básicamente hay 4 variables que clasifican la migración: el tiempo de duración, el lugar al que se dirigen, las causas que las producen y la vía de migración. En el siguiente cuadro se amplían esta clasificación y se encuentran algunas definiciones.

Variable	Tipo de migración	Definición
Tiempo de duración	Circulares	Forma de migración en que las personas se desplazan reiteradamente entre dos o más países en uno y otro sentido.
	Diarias o pendulares	Se refiere al desplazamiento desde el lugar de residencia al lugar de trabajo, estudio o abastecimiento por periodos diarios, ida y vuelta, favorecidas por el transporte público.
	Estacionales	Suele ser el desplazamiento por temporadas, especialmente ligadas a los ciclos productivos agrícolas.
	Definitivas	Desplazamiento sin retorno.
Lugar al que se dirigen	Internas	Cuando el desplazamiento se da dentro del mismo país, algunos autores incluyen dentro de la misma región, pero entre lo urbano y lo rural.
	Externas o internacionales	Movimiento de personas fuera de su lugar de residencia habitual y a través de una frontera internacional hacia un país del que no son nacionales.
Causas que las producen	Libres o espontáneas	Desplazamientos planificado y sin asistencia.
	Forzosas	Movimiento migratorio que, si bien puede estar propiciado por diversos factores, entraña el recurso a la fuerza, la coacción o la coerción (16).

Variable	Tipo de migración	Definición
Vía de migración	Regular	Movimiento que se da en el marco de normas y procesos administrativos de los países de llegada (16).
	Irregular	Movimiento de personas que se produce al margen de las leyes, las normas o los acuerdos internacionales que rigen la entrada o la salida del país de origen, de tránsito o de destino. (16)
	Facilitada	Migración regular que ha sido alentada o apoyada por las políticas y prácticas estatales o por la asistencia directa de organizaciones internacionales para que el acto de la migración y la residencia sea más fácil, transparente y conveniente. (16)
	Asistida	Movimiento de migrantes que se lleva a cabo con la asistencia de gobiernos u organizaciones internacionales, contrariamente a la migración espontánea y no asistida. (16)
	Refugio	Los refugiados son personas que se encuentran fuera de su país de origen por temor a la persecución, al conflicto, la violencia generalizada, u otras y solicitan migración asistida.
	Asilado	Persona a quien se le ha otorgado por parte de un Estado de protección en su territorio a personas que se encuentran fuera del país de su nacionalidad o residencia habitual, quienes huyen de la persecución, daños graves o por otras razones. (16)

Fuente: Modificado de HANA, SF y OIM, 2019

En el campo de la salud pública, la migración se ha configurado como una categoría y variable de análisis de extrema relevancia para comprender y explicar, por un lado, las condiciones de vida y salud de ciertos grupos poblacionales, las relaciones de ésta con indicadores del proceso salud-enfermedad de los países y, por otro lado, nuevos o reemergentes riesgos derivados del proceso migratorio. Actualmente se reconoce que hay dos aspectos clave que han posibilitado poner en la agenda de la salud pública la migración: 1. el incremento y diversidad de rutas migratorias y, 2. la magnitud poblacional en movimiento a nivel global, regional o local (17), ambos aspectos presentes en la región.

Los contextos de vulnerabilidad en los cuales se encuentran las personas migrantes, las condiciones del país de origen en materia de salud, la exposición y manejo de situaciones de riesgo a lo largo de las fases del proceso migratorio y el acceso a servicios de salud, tanto en el país de origen como en el de llegada; son los factores principales para explicar los resultados en salud de estos grupos poblaciones, por lo tanto su identificación, análisis y seguimiento, se consideran una tarea central de la salud pública.

3.3 Algunos datos de la migración en la región

Para dimensionar en fenómeno en la región se mostrarán algunos datos que permiten evidenciar la magnitud del mismo y los retos de la migración:

Población migrante venezolana por país

Ilustración 2: Población Migrante por país, mayo 2022

Fuente: R4V, 2022 (19)

Atención en salud en Colombia

Entre el 1° de marzo de 2017 y el 30 de junio de 2021, 1.362.950 personas venezolanas en Colombia consultaron los servicios de salud, lo cual correspondió a 12.133.275 atenciones en salud. El 73,9% de esas atenciones fueron prestadas a personas de género femenino, el 26% a personas de género masculino, en contraste, entre 2019 y 2020 el número de atenciones disminuyó en un 2,25% (20).

En cuanto al tipo de atenciones, entre 2017 y 2021 las mayores se concentran en procedimientos médicos, seguidas de las consultas externas y la atención en urgencias (Gráfica 1), siendo la población entre 18 y 28 años quienes recibieron la mayor parte de dichas atenciones. De acuerdo con los datos reportados por SISPRO, el mayor número del total de procedimientos se relacionan con servicios de salud materno-perinatal y salud sexual y reproductiva.

Gráfica 1. Atenciones en salud a población migrante, 2017- 2021

Fuente: Tomado de DNP, 2021 (20)

IV. Comprensión del movimiento poblacional

Uno de los mayores desafíos relacionado con el fenómeno migratorio es su implicación en la salud de las poblaciones que migran y en las receptoras y el riesgo de trasmisión de enfermedades. En ese contexto, la migración desafía la capacidad de los servicios de salud y del sistema de salud pública para detectar y responder a los eventos de interés en salud pública – EISP de manera eficiente.

Si bien se cuenta con metodologías y procesos de vigilancia y gestión del riesgo para prevenir y mitigar la propagación de EISP, en el caso del fenómeno migratorio se requiere, de herramientas complementarias que aporten elementos para la identificación y caracterización de aspectos poblacionales y patrones de movimiento que influyan en la propagación de enfermedades.

Estas metodologías deben incluir técnicas para la recopilación de datos cualitativos, espaciales y cuantitativos para caracterizar e interpretar el quién, dónde, cuándo, por qué y cómo del movimiento poblacional, en las que se involucre no solo a los actores del sector salud sino a las partes interesadas de otros sectores y de organizaciones no gubernamentales – ONG.

Para la aplicación de estas metodologías es necesario realizar una fase de preparación inicial para definir el objetivo, la población o el área geográfica que será abordada, planear las acciones a realizar, alistar y recopilar información disponible.

En esta fase es necesario involucrar a los diferentes actores gubernamentales y no gubernamentales de manera que se priorice poblaciones o áreas por las implicaciones en salud pública. Luego de esta fase, se aplicarán las metodologías que permitan la comprensión del movimiento poblacional. A partir de los resultados y hallazgos, las partes interesadas desarrollarán las acciones de preparación y respuesta.

Preparación

- Involucre a los actores interesados.
- Identifique la población y área geográfica de estudio.
- Defina los objetivos y las actividades a realizar.
- Prepare información e insumos disponibles.

Comprensión del movimiento poblacional

- Desarrolle las acciones planteadas.
- Realice el análisis de información y resultados.

Planeación y Respuesta

- Defina el plan de acción con la participación de los actores involucrados para la intervención y mitigación de los riesgos identificados.
- Desarrolle planes de preparación y respuesta según hallazgos.
- El plan debe incluir acciones al corto - mediano y largo plazo que permitan el abordaje de la situación no solo en momentos de crisis o urgencia, sino de manera sostenida según el comportamiento del movimiento poblacional en la zona o área de interés.

Fuente: Elaboración propia

V. Pasos para la comprensión del movimiento poblacional

La comprensión del movimiento poblacional implica desarrollar una serie de pasos que permitan la identificación y caracterización de riesgos en una población determinada, relacionados con los fenómenos migratorios en una zona o área geográfica y, con ello, la definición de acciones de preparación y respuesta dirigidos a prevenir y mitigar los riesgos en salud pública y la propagación de EISP.

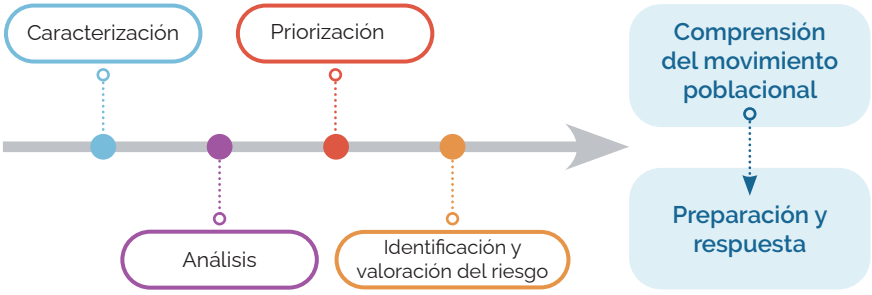
En términos generales el proceso inicia con la identificación y caracterización de:

- Rutas, puntos de entrada y de interés.
- Personas que se movilizan.
- Eventos de interés en salud pública de mayor frecuencia o impacto relacionados con el flujo migratorio.

El análisis de resultados y hallazgos del proceso de ***Caracterización*** facilitará la ***Priorización*** de rutas, grupos poblaciones y eventos para identificar y valorar riesgos en salud pública y con ello su abordaje y modificación, a partir de acciones de ***preparación y respuesta.***

A continuación, se presenta cada paso del proceso, el objetivo es que al finalizar y de acuerdo al análisis de resultados y hallazgos se prioricen rutas, poblaciones y eventos que faciliten una mejor identificación y valoración de riesgos y con ellos su abordaje y modificación (Figura 1).

Figura 1. Pasos – Comprensión del movimiento poblacional



Fuente: Elaboración propia

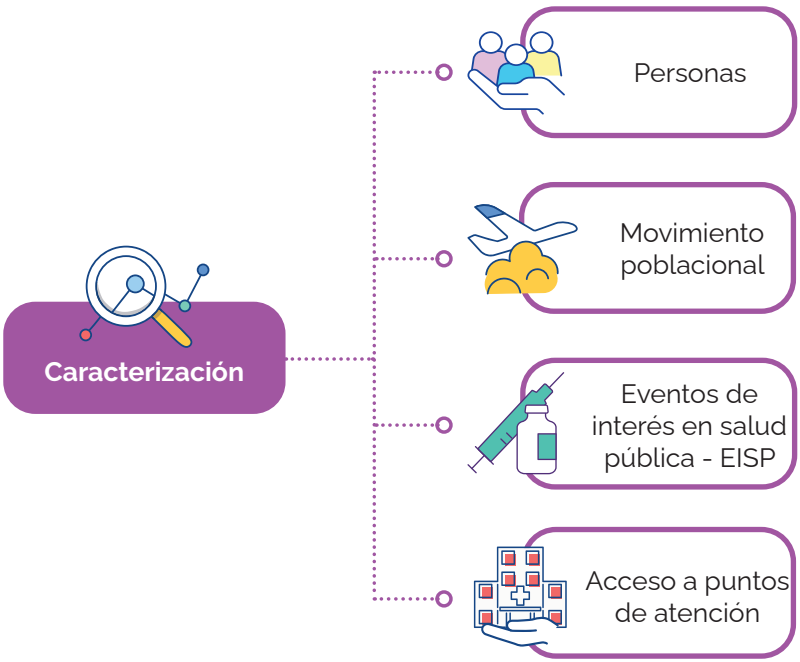
5.1 Paso No. 1. Caracterización

Como parte de los procesos de gestión del riesgo en salud pública se integra la priorización de poblaciones especiales, que permite analizar o monitorear con un enfoque diferencial, en algunos grupos que, por sus características, tienen mayor susceptibilidad o vulnerabilidad para presentación de eventos de interés en salud pública; uno de los grupos que cumple estas características es la población migrante.

El impacto de los riesgos para la salud pública asociados con el movimiento de personas puede reducirse si la comunidad y las autoridades del sector salud y de otros sectores, en todos los niveles, se encuentran preparados para reducir las vulnerabilidades e intervenir los riesgos relacionados con estos movimientos poblacionales. Este objetivo se logra con el desarrollo de capacidades básicas de preparación y respuesta que faciliten el despliegue de acciones de mitigación y respuesta coordinadas.

Como punto de partida, para el diseño de planes de preparación y respuesta, se requiere del desarrollo de procesos de caracterización que faciliten la identificación y valoración de riesgos asociados a los movimientos poblacionales. Este proceso incluye el acercamiento a los posibles movimientos poblacionales, rutas y puntos de entrada, así como la identificación de las características de las personas que se movilizan y de los eventos de interés en salud pública de riesgo o más frecuentes, entre otros (Figura 2).

Figura 2. Elementos clave – Caracterización



Fuente: Elaboración propia

La caracterización debe brindar información relacionada con:

Contexto general	Datos generales que permitan identificar el área o zona de interés (recursos disponibles, establecimientos y servicios, oferta institucional, situaciones adicionales de riesgo, entre otros).
Quién:	Características de las personas y poblaciones que se encuentran en proceso de movilidad.
Por qué:	Razones para el movimiento de la población.
Cómo:	Medios de transporte.
Cuándo:	Estacionalidad o duración del movimiento.
Dónde:	Rutas, puntos de entrada y punto de interés.
Riesgos en salud pública:	Riesgos y eventos en salud pública que por las características de la población o del área geográfica son prevalentes o de mayor interés.

Ejemplo:

En una localidad ubicada en la frontera con XX país, se ha detectado en los últimos meses un incremento en el movimiento poblacional. Las autoridades sanitarias y actores de diferentes sectores tienen preocupación por el bienestar de la población migrante y por los riesgos que esto puede traer para la localidad. En el comité de emergencias se concluyó que es necesario definir un plan de trabajo intersectorial que permita el abordaje oportuno y adecuado de la situación, pero para esto es necesario contar con información clave:

¿Quiénes están migrando? ¿Por qué migran? ¿Por cuáles puntos de la localidad se está dando el ingreso de las personas? ¿Cuáles medios de transporte están siendo usados? ¿Hacia qué lugares de la localidad o de otras localidades se desplazan las personas?

Se decide que es necesario iniciar con un proceso de caracterización que permita la elaboración de un plan de abordaje e intervención.

5.1.1 Personas

Es necesario identificar las características de las personas que ingresan o se movilizan en el territorio. Este proceso permite tener una aproximación al grado de vulnerabilidad, necesidades y riesgos de la población migrante y con ello formular y/o ajustar los planes de respuesta y priorizar los servicios y atenciones requeridas.

La recolección de la información relacionada con las personas o poblaciones que ingresan al territorio, requerirá

de la exploración de fuentes disponibles en el sector salud, migración, organismos de cooperación internacional, ONG, entre otros, así como procesos de articulación y coordinación que permitan el acceso e integración de fuentes de información.

A partir del inventario de actores, instituciones y fuentes de información disponible y en articulación y coordinación con actores e instituciones, se pueden construir instrumentos de recolección de información que permitan sistematizar los datos y su monitoreo y evaluación frecuente; es necesario incluir procesos que faciliten la interoperabilidad y cruce entre las diferentes fuentes de información.

¡Recuerda!

Contemple el cruce de información entre fuentes disponibles como el sistema de vigilancia, registros de prestación de servicios – registros de atención de organismos de cooperación internacional y ONG, registros de migración, entre otros. Como parte de los planes de acción incluya procesos a mediano y largo plazo que permitan la interoperabilidad entre los sistemas y fuentes de información.

En conjunto con los actores clave identificados en su territorio, se pueden desarrollar procesos periódicos de revisión y análisis de información para identificar priorizar, formular y/o actualizar planes de preparación y respuesta.

El instrumento de recolección de información debe incluir variables que permitan conocer las características de las personas o poblaciones que ingresan o se movilizan en su territorio (departamento, municipio o área geográfica).

Se puede complementar la información con la aplicación de métodos cualitativos (grupos focales, entrevistas semiestructuradas, entre otros)[1], con participación de la población migrante, población cercana a los puntos de entrada, integrantes de instituciones u ONG, entre otros.

Ejemplo:

Los miembros del comité de emergencias construyen un instrumento de recolección de información que contiene las siguientes variables:

- Edad.
- Sexo.
- Pertenencia étnica.
- Nacionalidad.
- Nivel educativo.
- Motivos o razones para el desplazamiento.
- Condiciones en las que se da la migración.
- Condiciones de salud relevantes (comorbilidades, gestación, enfermedades actuales, condición de discapacidad, estado nutricional, antecedentes de vacunación, otros).
- Redes de apoyo.
- Condiciones que representen vulnerabilidad.

[1] Se recomienda la revisión de la metodología de *Conectividad poblacional entre fronteras (PopCAB - Population Connectivity Across Borders)* desarrollada por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention – CDC).

5.1.2 Movimiento poblacional

Un país comparte fronteras terrestres y marítimas con otros países, los cuales limitan sus niveles subnacionales (1); como parte del proceso de caracterización, es necesario disponer de la información que permita la comprensión de rutas, puntos de entrada y flujos migratorios.

La recolección de información requerirá de la exploración de fuentes disponibles en el sector salud, migración, organismos de cooperación internacional, ONG, entre otros. Realice un inventario de actores, instituciones y fuentes de información disponible que permitan conocer las características del movimiento poblacional en su departamento – municipio, así como en zonas cercanas. Construya un instrumento de recolección de información que le permita sistematizar los datos y su monitoreo y evaluación frecuente.

De igual manera se puede complementar la información con la aplicación de métodos cualitativos (cartografía participativa, grupos focales, entrevistas semiestructuradas, entre otros)[2] .

[2] Se recomienda la revisión de la metodología de *Conectividad poblacional entre fronteras (PopCAB - Population Connectivity Across Borders)* desarrollada por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention – CDC).

En conjunto con los actores clave identificados en el territorio, se pueden definir procesos periódicos de revisión y análisis de información que le permitan identificar cambios en el contexto, tendencias y variaciones en el movimiento poblacional. Los resultados de estos procesos aportarán insumos para la toma de decisiones y para la construcción y/o actualización de planes de preparación y respuesta.

Ejemplo:

Los miembros del comité de emergencias identifican que además es necesario contar con información clave para comprender como se está dando el flujo migratorio en la localidad. Se identifica como información necesaria la siguiente:

- Puntos de entrada (oficiales y no oficiales).
- Puntos o zonas de interés.
- Rutas frecuentes o regulares de entrada y salida.
- Flujo migratorio: países, zonas o territorios de los que provienen las personas migrantes
- Épocas (o momentos del año) en los que se identifica ingreso de personas.
- Épocas o momentos en los cuales se incrementa este ingreso).

Para obtener esta información se realizarán las siguientes actividades:

- Revisión de registros disponibles de entrada y salida de población

- Entrevistas a personas que ingresan por los puntos de entrada oficiales y no oficiales
- Encuestas
- Grupos focales
- Cartografía participativa

En Colombia, los retos y desafíos que ha planteado el fenómeno migratorio, han favorecido el desarrollo de herramientas y metodologías por parte de instituciones gubernamentales, no gubernamentales y organismos de cooperación internacional para la identificación y monitoreo de rutas y puntos de entrada; se recomienda su uso para mapeo de flujo migratorio y la caracterización del movimiento poblacional.

5.1.3 Eventos de interés en salud pública – EISP

Es necesario identificar los eventos de interés en salud pública EISP que, en el marco de los movimientos poblacionales presentes en un territorio o área geográfica, son los más frecuentes o los que por su impacto, gravedad o implicaciones para la salud pública requieren de un monitoreo periódico y sistemático.

En un primer momento se puede realizar un inventario de actores, instituciones y fuentes de información disponible, encuestas o instrumentos validados y los registros de atención de población migrante, la información del Sistema de Vigilancia en Salud pública – Sivigila y otras fuentes de información obtenida de registros no solo del sistema de salud, sino también las de otras instituciones que apoyan la atención a migrantes, organismos de cooperación internacional, ONG, entre otros.

¡Recuerda!

Desde febrero de 2019, se incorporó la variable nacionalidad en el Sivigila. A partir de esta variable se identifican todos los casos ocurridos en población extranjera, notificados al sistema de vigilancia en salud pública, independiente del lugar de ocurrencia/procedencia del evento o la residencia habitual de la persona.

Se sugiere tomar en consideración las recomendaciones para verificar la calidad del dato y la información contenida en esta variable, incluidas en los lineamientos nacionales para la vigilancia del Instituto Nacional de Salud*.

*Información disponible en: https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/lineamientos-nacionales-2022.pdf

Posteriormente se debe recopilar de manera periódica y sistemática, información disponible y aplicar metodologías de análisis de la situación de salud de fronteras y puntos de entrada, así como del comportamiento de los EISP para identificar y priorizar los eventos de mayor relevancia. Es importante analizar la información de base tanto de las zona de frontera como las receptoras, así como de la propia población migrante.

¡Recuerda!

Incluir información derivada de los procesos de atención psicosocial o en salud que desarrollan instituciones de salud, organismos de cooperación internacional, ONG, entre otros, como fuente de información para la identificación y priorización de EISP.

5.1.4 Acceso a puntos de atención

Otra información relevante en el proceso de caracterización es la relacionada con puntos de atención en salud, para lo cual es importante incluir el inventario de puntos de acceso a servicios de salud y otros disponibles para la atención integral de la población migrante en un territorio o área geográfica determinada. Estos puntos de atención permitirán, potencialmente, la identificación de EISP y otros riesgos en salud pública, así como la recopilación de información requerida para el análisis y comprensión del movimiento poblacional en el territorio.

Como se ha mencionado previamente es necesario incluir información relacionada con puntos de atención institucionales y aquellos dispuestos por organismos de cooperación internacional y ONG.

¡Recuerda!

El monitoreo sistemático, periódico, de los registros de atención en salud institucionales y aquellos dispuestos por organismos de cooperación internacional y ONG facilitarán la identificación temprana de EISP.

Realice mapeo constante de puntos de atención y genere rutinas periódicas que le permitan la captación oportuna de información relacionada con casos, conglomerados o brotes de EISP.

Desarrolle procesos de capacitación y formación continua al personal de los organismos de cooperación internacional y ONG que atienden a población migrante en los procesos de vigilancia en salud pública con énfasis oportuna y adecuada en la captación de EISP.

Ejemplo:

Además de la información de la caracterización poblacional y del flujo migratorio se incluyó información para la priorización de eventos que por sus características son de interés para la salud pública en la localidad.

Una vez identificadas las fuentes de información, en el sector salud y en otros sectores, en instituciones gubernamentales, no gubernamentales y organismos de cooperación internacional se definieron los procesos de análisis periódico para identificar eventos prioritarios, así como para detectar de manera oportuna el aumento en el número de casos, conglomerados y brotes.

En la secretaría de salud de la localidad se aplican de manera rutinaria metodologías para la detección de aumento o disminución de la notificación de casos EISP, se acuerda aplicar estas y otras metodologías de análisis de comportamiento de eventos y de la situación de salud.

Esta información será monitoreada de manera periódica para priorizar eventos e identificar situaciones que requieran una respuesta inmediata.

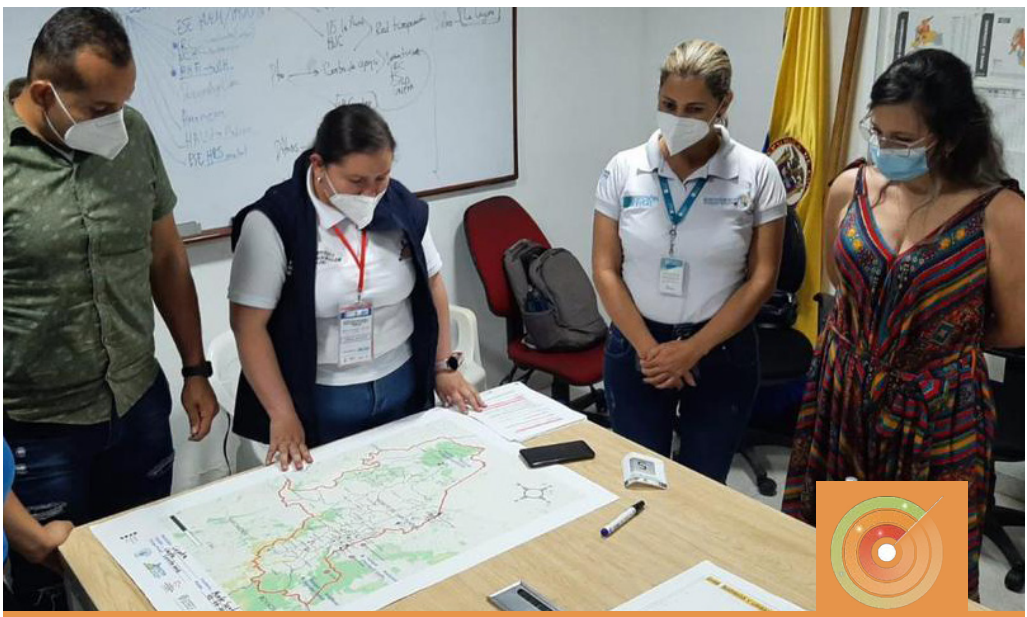
5.2 Paso 2. Análisis

A partir de la información recolectada en la caracterización en conjunto con actores clave e instituciones de salud, organismos de cooperación internacional, ONG y otros, presentes en su territorio o área geográfica, se deben definir espacios rutinarios para el desarrollo de estos procesos de análisis periódico y sistemático.

Si ya se cuenta con estos espacios (por ejemplo, salas de situación, salas de análisis de riesgo, comités, entre otros), se recomienda incluir de manera permanente en la agenda, un momento para el análisis de la información recolectada en la caracterización.

Estos procesos permitirán identificar cambios en el contexto, tendencias y variaciones en el movimiento y flujo migratorio, en las características poblacionales o en el comportamiento de los eventos de interés en salud pública y con ello la identificación de riesgos para la salud pública.

Los hallazgos y resultados de los procesos de análisis, aportarán elementos e insumos para complementar y fortalecer la comprensión de la dinámica del movimiento poblacional y con ello la formulación y/o ajuste de planes de preparación y respuesta.



OBJETIVOS

Generar procesos de análisis permanente de la situación migratoria en un territorio o área determinada.

Identificar cambios en el contexto, tendencias y variaciones en el movimiento y flujo migratorio en las características poblacionales o en el comportamiento de los eventos de interés en salud pública y con ello la identificación de riesgos para la salud pública.

ESCENARIOS DE ANÁLISIS

Rutinarios o extraordinarios - según comportamiento del movimiento poblacional y de los EISP.

Incluir en la agenda de espacios ya definidos un espacio para el análisis periódico y sistemático de información obtenida en la caracterización.

ACTORES

Representantes del sector y de otros sectores.

Delegados de instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

Organismos de cooperación internacional.

Otros presentes en el territorio.

5.3 Paso 3. Priorización

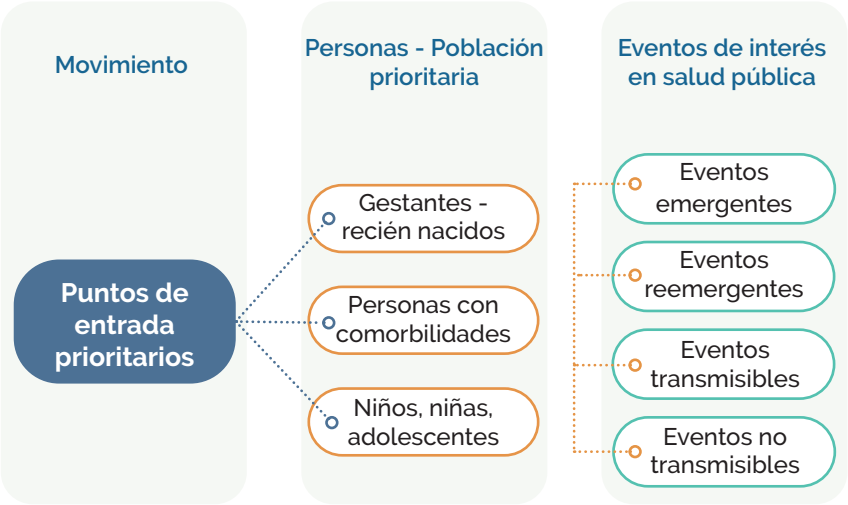
Teniendo en cuenta que los recursos humanos y financieros pueden no ser suficientes para sostener estrategias de recolección y análisis de información, es necesario desarrollar un proceso de priorización que facilite la comprensión del movimiento poblacional y la detección oportuna de cambios en el contexto, tendencias y variaciones en el movimiento y flujo migratorio, así como la identificación de riesgos para la salud pública.

El proceso de priorización permitirá, a partir de los hallazgos de la caracterización y los resultados de los procesos de análisis periódica y sistemática, identificar puntos críticos que faciliten el proceso de monitoreo para avanzar en comprensión del movimiento poblacional y con ello la identificación de riesgos para la salud pública en el territorio.

Con el objetivo de sostener procesos de recolección y análisis sistemático y periódico de la información, a partir de los resultados de la caracterización identifique:

- Puntos de entrada y comunidades para mantener y fortalecer los procesos de vigilancia y estrategias de vigilancia comunitaria.
- Poblaciones prioritarias.
- Eventos de interés en salud pública priorizados, según comportamiento en el territorio.

Figura 3. Resultados ejercicio de priorización – Comprensión movimiento poblacional



Fuente: Elaboración propia

Luego del ejercicio de priorización de puntos de entrada, poblaciones y EISP y a partir de los resultados del proceso de caracterización, construya herramientas e instrumentos de recolección de información que faciliten el monitoreo permanente de información para complementar y fortalecer la información relacionada con el movimiento poblacional en el territorio y sus características.

Es necesario resaltar que la comprensión del movimiento poblacional y la identificación y valoración de riesgos en salud pública, relacionados con los fenómenos migratorios, requiere de procesos continuos de recolección y análisis de información del sector salud y de otros sectores y mecanismo de articulación y coordinación entre actores e instituciones que realizan acciones de atención integral a la población migrante.

Como parte de los resultados del grupo focal con los equipos técnicos y operativos del nivel subnacional, se identificó que los equipos han avanzado en realizar el diagnóstico de situación y en la comprensión de la dinámica de movilidad en sus territories. De igual manera, tienen identificados cuáles son los factores de riesgo y cuáles son los aspectos críticos. Así, se ha avanzado en la caracterización de la población migrante en articulación con instituciones del sector y de otros sectores y con organismos de cooperación internacional, ONG y otros. Todo esto como insumo para la elaboración de planes de preparación y respuesta.

Como se indicó en la introducción, se recomienda que, para el uso y aplicación de este Manual, se integren los conceptos y contenidos del Manual de Vigilancia y comunicación del riesgo en fronteras, ya que sus contenidos son complementarios.

5.4 Paso 4. Síntesis – Plan de acción

La comprensión del movimiento poblacional y la identificación de riesgos en salud asociados al fenómeno migratorio aportará elementos para la definición de planes de preparación y respuesta, en el marco de la gestión del riesgo.

La construcción de estos planes requiere de la participación de los diferentes actores y partes interesadas del sector salud y de otros sectores, de entidades gubernamentales y no gubernamentales, así como de organismos de cooperación internacional. Los procesos de coordinación y articulación garantizan el logro de objetivos y un mayor impacto.

La definición de acciones dependerá del tipo de riesgos identificados, en algunos casos se requerirá de acciones urgentes de intervención de brotes o emergencias en salud pública, en otros casos, acciones a mediano y largo plazo.

En algunos casos, la recolección de información y desarrollo de acciones podrá ser amplia en una zona o área geográfica o reducida en un punto geográfico específico, en función de las necesidades y urgencia de captación, análisis de información y desarrollo de acciones de respuesta.

Ejemplo:

Se identificó información clave que permitió caracterizar a la población migrante, cómo se da el fenómeno migratorio y cuáles son los eventos de mayor interés en salud pública. Se logró identificar los puntos de entrada y se realizó el mapeo de rutas y lugares de tránsito más frecuentes. A partir de la información, el comité de emergencias acordó la construcción de corto, mediano y largo plazo.

Tomando en consideración los resultados de la caracterización de la población, de la dinámica del movimiento poblacional y los riesgos identificados, se definieron necesidades específicas en términos de atención en salud, vigilancia en salud pública, respuesta a eventos, entre otros.

Para cada categoría (necesidad o proceso), se identificaron en conjunto con los actores involucrados, las actividades a realizar en el corto, mediano y largo plazo. Para cada actividad se definieron responsables, plazos y se establecieron los indicadores y mecanismos de verificación del cumplimiento de las actividades. En conjunto se acordó

generar un espacio periódico de revisión y verificación del cumplimiento del plan de acción para realizar procesos de seguimiento, evaluación, actualización y ajuste del plan, de acuerdo con los resultados en su implementación.

Se requirió la conformación y despliegue de un ERI teniendo en cuenta la identificación de rumores relacionados con la ocurrencia de un posible brote de ETA en los alojamientos temporales. Las demás acciones fueron definidas para su ejecución en el mediano plazo, se definieron responsables y plazos para su ejecución.

Es importante garantizar la sostenibilidad de los planes de acción durante el tiempo que sea necesario, en atención a las características del fenómeno migratorio en el territorio o área geográfica determinada. Se deberán establecer mecanismos de seguimiento y evaluación de las acciones e intervenciones realizadas de manera que se realicen los ajustes necesarios según la evolución, cambios en el contexto, tendencias y variaciones en el movimiento y flujo migratorio y el comportamiento de los EISP.

¡Recuerda!

Incluir en los planes de acción, actividades y mecanismos orientados a realizar seguimiento y evaluación al comportamiento del movimiento poblacional, por ejemplo:

- Con actores del sector y otros sectores y aliados estratégicos de organismos de cooperación internacional y ONG, establezca una ruta y flujo que permita conocer de manera oportuna información relacionada con cambios en el movimiento migratorio.
- Con actores del sector y otros sectores y aliados estratégicos de organismos de cooperación internacional y ONG, genere espacios periódicos de análisis y revisión de información para actualizar e identificar cambios en la dinámica migratoria, rutas y puntos de entrada o de interés, en las características de la población migrante, entre otros.
- Implemente mecanismos y estrategias de vigilancia comunitaria y recolección de rumores que le permitan captar de manera oportuna cambios en la dinámica migratoria.
- Identifique informantes clave y genere una ruta y flujo de información que le permita conocer de manera oportuna rumores o información relacionada con los cambios en la dinámica migratoria.
- Genere procesos de capacitación permanente a funcionarios que desarrollan acciones en los puntos de entrada oficial y sitios de interés para la identificación de cambios en la dinámica y movimiento migratorio y establezca rutas y flujos para la notificación oportuna de esta información.

¡Recuerda!

Los resultados de la comprensión del movimiento poblacional son insumo para la elaboración de planes de preparación y respuesta.

La construcción de planes de acciones requiere de la articulación y coordinación de actores y partes interesadas del sector salud y otros sectores.

Las acciones deberán sostenerse durante el tiempo requerido según las características, evolución, cambios y variaciones del fenómeno migratorio y del comportamiento de los EISP.

VI. Beneficios y contribuciones de la comprensión del movimiento poblacional.

La migración es un fenómeno histórico que impacta tanto la vida de las personas que migran como los contextos de acogida o de recepción de esta población migrante. Debido a esto es importante contar con mecanismos y estrategias que permitan comprender cómo se presenta este fenómeno en los niveles subnacionales y su relación con la vigilancia en salud pública.

Actualmente, se reconoce que existe un patrón sur-sur migratorio, lo que significa que es la región de Sudamérica la

que acoge un importante número de migrantes procedentes principalmente de Venezuela.

Se identifican 4 variables que permiten clasificar el proceso migratorio, estas son: el tiempo de duración, el lugar al que se dirigen, las causas que las producen y la vía de migración. De estas variables se originan tipos de migración particulares, los cuales son muy usados en el contexto del análisis del fenómeno migratorio.

El proceso de vigilancia en el marco del movimiento poblacional, implica el uso de herramientas complementarias que facilitan la identificación y caracterización de aspectos poblacionales y patrones de movimiento que puedan influir en la propagación de enfermedades, como por ejemplo: incluir reconocimiento de Rutas, puntos de entrada y de interés de la población migrante; Caracterización de las personas que se movilizan; Eventos de interés en salud pública de mayor frecuencia o impacto relacionados con el flujo migratorio, y acceso a puntos de atención.

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección social. Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio.

2. Alejandro I. Canales, Juan Alberto Fuentes y Carmen Rosa de León Escribano, Desarrollo y migración: desafíos y oportunidades en los países del norte de Centroamérica (LC/MEX/TS.2019/7), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2019.

3. OIM. Términos fundamentales sobre migración. [página web] consultada 28 de junio de 2022. Disponible en: https://www.iom.int/es/terminos-fundamentales-sobre-migracion.

4. Galaz, Catherine. Et Al. Migraciones y pandemia: trayectorias, desigualdades y resistencias. Boletín Movimientos migratorios Sur-Sur. Fronteras, trayectorias y desigualdades. año 1 – Número #1. Julio 2021. Grupo de Trabajo CLACSO Migración Sur-Sur.

5. R4V. Refugiados y migrantes de Venezuela. [página Web]. Actualizada, marzo de 2022. Disponible en: https://www.r4v.info/es/refugiadosymigrantes.

6. Grupo Banco Mundial, State and Peacebuilding Fund. Migración desde Venezuela a Colombia;1–208, 2018.

7. Profamilia, OFDA-USAID. Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia;1–136 p, 2020.

8. World Food Programme. Evaluación de Seguridad Alimentaria en Emergencias (ESAE) para población migrante de Venezuela y hogares de acogida de departamentos fronterizos. J Chem Inf Model;30, 2020.

9. Cordaro, F. Necesidades en salud de las migrantes venezolanas en Barranquilla. Revista Internacional de Cooperación y Desarrollo; 7(2). 29-43 DOI 10.21500/23825014.4948, 2020.

10. HASA – Grupo Asistencial. Movimientos Migratorios: Enfoques Y Evolución. (SF). Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/empleo/recursos/material_didactico/comun/multiculturalidad/pdf/modulo1.pdf

11. Cabieses B, Gálvez P, Ajraz N. Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2018;35(2):285-91. doi: 10.17843/rpmesp; 352.3102, 2018.

12. Mesa-Melarejo L, Espinel M. Condiciones socio-sanitarias de las mujeres migrantes en situación de prostitución en el espacio fronterizo de Colombia-Venezuela. Doss CLACSO; V:0–23, 2020.

13. Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES). Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela. Documento CONPES 3950. Bogotá; 2018.

14. Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES). Estrategia para la integración de la población migrante venezolana como factor de desarrollo para el país [Documento Borrador]. Departamento Nacional de Planeación. Borrador1 1- 10/06/2022. Disponible en: https://www.cerlatam.com/wp-content//uploads/2022/06/2022-06-10-Documento-CONPES-Migracio%CC%81n_VDiscusio%CC%81nciudadana.pdf.

15. Grupo Interagencial de Flujos Migratorios Mixtos. RMRP2022: Funding Update. Disponible en: https://www.r4v.info/es/node/88855, 2022.

16. Refugee and migrant response plan 2021. RMRP insight 2022. [Data Set] Disponible en: https://www.r4v.info/es/node/88855.

17. OIM. Glosario de la OIM sobre Migración. No. 34. Disponible en: https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml-34-glossary-es.pdf, 2019.

18. Leyva Flores, R. Conceptos sobre migración y salud: entre las cuarentenas… y los determinantes de la salud. Cuad Méd Soc (Chile); 58 (4): 33-39, 2018.

19. R4V. América Latina y el Caribe, Refugiados y Migrantes Venezolanos en la Región - mayo 2022. [Página Web]. Disponible en: https://www.r4v.info/es/document/r4v-america-latina-y-el-caribe-refugiados-y-migrantes-venezolanos-en-la-region-mayo, 2022.

20. DNP. Informe Intersectorial de Migración desde Venezuela. Observatorio Colombiano de la migración en Colombia, 2021.

21. Organización Panamericana de Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Documento de orientación sobre migración y salud, 2020.

22. Organización Panamericana de Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Orientaciones para la protección de la salud de las personas migrantes, 2021.

23. World Health Organization. Handbook for public health capacity-building at ground crossings and cross-border collaboration, 2020.

24. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Handbook on implementing syndromic surveillance in migrant reception/detention centers and other refugee settings, 2016.

25. Instituto Nacional de Salud. Colombia. IQEN, Informe Quincenal epidemiólogo Nacional volumen 22, 2017.

26. Prieto, F. Alarcón, A. Díaz, J. Abecé para la Gestión del Riesgo Colectivo en Brotes, Epidemias y Eventos de Interés en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud, 2022.

27. Kakaï CG, Okunromade O, Dan-Nwafor C, Chabi A, Martial G, Dalhat M, Ward S, Tante O, Nguku P, Hamadi A, Ilori E, Lokossou V, Brito C, Ojo O, Kone I, Agbeko T, Ihekweazu C, Merrill RD. Improving Cross-Border Preparedness and Response: Lessons Learned from 3 Lassa Fever Outbreaks Across Benin, Nigeria, and Togo, 2017-2019. Health Secur;18, S1; S105-S112, 2022.

28. Merrill RD, Rogers K, Ward S, Ojo O, Kakaï CG, Agbeko TT, Garba H, MacGurn A, Oppert M, Kone I, Bamsa O, Schneider D, Brown C. Responding to communicable diseases in internationally mobile populations at points of entry and along porous borders, Nigeria, Benin, Togo. Emerg Infect Dis; Supp 23; 13:2250-56, 2017.

29. Nakiire L, Mwanja H, Pillai S, Gasanani J, Ntungire D. Nsabiyumva S, Mafigiri R, Muneza N, Ward S, Daffe Z, Ahabwe P, Kyazze S, Ojwang J, Homsy J, Mclntyre E, Lamorde M, Walwema R, Makumbi I, Muruta A, Merrill RD. Population Movement Patterns Among the Democratic Republic of the Congo, Rwanda, and Uganda During an Outbreak of Ebola Virus Disease: Results from Community Engagement in Two Districts — Uganda, March 2019. MMWR Morb Mortal Wkly Rep;2020 Jan 10;69(1):10-13, 2020.

30. Guía para el debate sobre capacidad de salud fronteriza. Equipo de fronteras internacionales. División de Migración Global y Cuarentena. Centro Nacional de Enfermedades Infecciosas Emergentes y Zoonóticas CDC de los EE. UU, 2017.

31. Kit de herramientas de conectividad de la población más allá de las fronteras (POPCAB). Preparación y respuesta al COVID-19. Centro para el control y prevención de enfermedades infecciosas, Equipo de Salud Fronteriza Global, División de Migración Global y Cuarentena, 2021.

GESTIÓN DEL RIESGO Y RESPUESTA INMEDIATA

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

CAJA DE HERRAMIENTAS

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

VIGILANCIA

Y COMUNICACIÓN TRANSFRONTERIZA

Vigilancia y Comunicación Transfronteriza/Luz Mary Velandia, Franklyn Prieto Alvarado, Angela Alarcón Cruz,

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

Corrección de estilo, diseño y diagramación: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, IETS.

Impresión y acabados: Editorial Scripto SAS

Primera edición: julio de 2022

Guiovanni Rubiano García
Director General INS

Martha Lucía Ospina Martínez
Directora General 2016-2022

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 No. 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 Centers for Disease Control and Prevention.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA
Caja de herramientas

VIGILANCIA
Y COMUNICACIÓN TRANSFRONTERIZA

| 449 |

I. Introducción

Colombia comparte fronteras terrestres y marítimas con once países, los cuales limitan con trece departamentos y setenta y siete municipios que hacen parte de estas. Históricamente, estas zonas han sido permeables y con intermitencias en la presencia política, económica y social, afectando a la población colombiana.

En Mesoamérica, se presentaron dos periodos de incremento en el número de migrantes extraregionales en condición irregular entre el 2014 y 2019. El primero ocurrió entre 2015 y 2016, la llamada "crisis del 2015", cuando se produjo un incremento en las entradas de personas migrantes en condición irregular provenientes de Asia, África, y especialmente del Caribe. En esa ocasión, el incremento para el 2015 representó un 390 por ciento en Panamá, y un 324 por ciento en México, según datos del Servicio Nacional de Migración y la Unidad de Política Migratoria de ambos países (1).

En Colombia, de acuerdo a los registros de la Unidad Administrativa Especial Migración, los flujos migratorios de extranjeros en frontera terrestre para febrero de 2022 registran 22.076 ingresos al país con destino a diferentes ciudades en Colombia, principalmente capitales y distritos como: Bogotá, Cúcuta, Medellín, Cali, Barranquilla, Ipiales, Cartagena, Santa Marta, Maicao, Riohacha, Bucaramanga, Pasto, Pereira, Villa del Rosario, Arauca, Valledupar y Armenia (2).

Dadas la magnitud, la dinámica creciente y la permanencia de la situación generada por el fenómeno migratorio, que implica volúmenes inusitados de personas vulnerables, originadas en las condiciones que viven, en materia política, económica y de salubridad, Colombia establece mecanismos de gestión y articulación desde el sector salud para diseñar e implementar respuestas coordinadas y eficaces para reforzar capacidades institucionales en los departamentos y municipios de la zona de frontera y demás territorios y comunidades receptoras de migrantes (3).

El impacto de una emergencia en salud pública puede reducirse sustancialmente, si las autoridades locales y las comunidades están bien preparadas para abordar adecuadamente las vulnerabilidades y las implicaciones específicas en materia de salud que un cruce terrestre puede representar. Esta reducción puede lograrse si se desarrollan capacidades para la gestión de riesgo en salud púbica (4).

Este Manual presenta las generalidades de gestión del riesgo para realizar la identificación, valoración, respuesta y comunicación para la vigilancia en salud pública en pasos fronterizos terrestres o entidades subnacionales receptoras de migrantes.

II. Alcance

El presente Manual hace énfasis en conceptos clave para la vigilancia de eventos de interés en salud pública en pasos fronterizos terrestres o entidades subnacionales receptoras de migrantes, así como la vigilancia especial para identificación oportuna de casos importados (procedentes del exterior) o aumentos inusitados puntuales relacionados con el flujo migratorio, a través de la gestión del riesgo en salud pública en sus etapas de identificación, valoración, respuesta y comunicación.

Este documento está dirigido a los niveles subnacionales encargados de la vigilancia en salud pública para orientar la gestión del riesgo en población migrante.

2.1 Objetivo general

Establecer las actividades de gestión del riesgo en salud pública en pasos fronterizos terrestres o entidades subnacionales receptoras de migrantes.

2.1 Objetivos específicos

Identificar y valorar los riesgos en salud pública en pasos fronterizos terrestres o entidades subnacionales receptoras de migrantes.

Establecer estrategias de vigilancia en salud pública en pasos fronterizos terrestres o entidades subnacionales receptoras de migrantes.

Preparar y responder ante eventos de interés en salud pública en pasos fronterizos terrestres.

Identificar elementos clave de la comunicación en fronteras.

III. Generalidades de la vigilancia en salud pública para población migrante

Fortalecer la gestión de la información y el monitoreo de eventos de interés en salud pública en los pasos de frontera terrestre o entidades subnacionales receptoras de migrantes, implica la generación de información, datos desagregados y registros adecuados disponibles, estandarizados y comparables sobre la salud de los migrantes con el fin de apoyar a los tomadores de decisiones en el diseño de planes e intervenciones de salud pública basados en la cualificación del riesgo en este tipo de población.

Es importante que la información de salud, que se recopila a través de los sistemas de vigilancia en salud pública establecidos, capture información sobre nacionalidad y se desglose por edad, sexo, y otros datos relevantes (historial de viajes, datos de contacto) para el seguimiento de los casos durante la permanencia de las personas en el país de tránsito.

Se debe disponer de mapas de actores y rutas de atención a la población migrante y de acciones en salud ofertadas en el territorio en relación con la población migrante: a). Acciones de cooperación internacional en salud; b). Acciones de asistencia humanitaria; y, c). Acciones de intervención conjunta en zonas de asentamiento o concentración de esta población. Para ampliar información relacionada con este apartado consulte el Manual de "Comprensión del movimiento poblacional", disponible en esta caja de herramientas.

3.1 Estrategias de vigilancia en salud pública para población migrante o extranjera

Dado que los cruces terrestres tienen contextos diversos, los riesgos para la salud pública son variados, es así como las capacidades para la preparación y respuesta en salud pública se deben establecer de acuerdo con el riesgo identificado. Este proceso se integra en el Sistema de Alerta Temprana que inicia con la identificación y valoración del riesgo el cual es un proceso sistemático para recopilar y documentar información para asignar un nivel de riesgo, cuyas etapas orientan la toma de decisiones para reducir el riesgo o el impacto de los riesgos para la salud pública identificados, como los asociados con el movimiento internacional de personas.

Es importante reconocer que la recolección de datos para la vigilancia en salud pública no siempre se basa única o exclusivamente en la notificación rutinaria de casos atendidos en la consulta de todos los servicios de salud de una jurisdicción. La vigilancia puede y debe proporcionar información relevante para la acción en salud a partir de la recolección de datos de distintas fuentes, es así como se establecen las siguientes estrategias de vigilancia para la población migrante:

3.1.1 Gestión de casos de eventos de interés en salud pública en población migrante o extranjera

Cada evento de salud bajo vigilancia, además de la definición de caso, tiene que estar apropiadamente identificado en función de un conjunto mínimo de datos para facilitar la identificación de grupos de población, en este caso la población migrante.

Ejemplo:

Actualmente se identifica bajo unas variables contenidas en la ficha de notificación de datos básicos del Sistema de información. Desde febrero de 2019, se incorporó en este sistema la variable nacionalidad y entre 2019 y 2020 se ha fortalecido la completitud de estas variables.

A partir de la variable nacionalidad, se identifica el total de extranjeros notificados al sistema de vigilancia en salud pública, independiente del lugar de ocurrencia o procedencia del evento o la residencia habitual de la persona. Se deben utilizar las variables: país de ocurrencia del caso, departamento y municipio de procedencia u ocurrencia del caso (para identificar dónde posiblemente el paciente adquirió o al cual se atribuye la exposición al agente o factor de riesgo que se está estudiando). Los casos de eventos en población extranjera con residencia habitual en un país, deben ser considerados como autóctonos y analizados de esta manera.

Ejemplo:

Para identificar el número de eventos de interés en salud pública que ocurren en otro país y son notificados por UPGD en el territorio colombiano, la variable a utilizar será país, departamento y municipio de procedencia o ocurrencia del caso (5).

Este proceso se complementa con la vigilancia activa, en la que el personal de salud busca directamente los datos revisando los registros rutinarios del servicio de salud y los registros diarios de atención a las personas. Se debe considerar otras estrategias para captación de eventos de interés en salud pública, incluidos los registros de migración o los disponibles en los puntos de entrada a partir de los registros administrativos y listados censales existentes en el nivel local.

Si se trata de un caso potencial identificado en el punto de entrada o si se identifica en cualquier punto de atención a nivel local, considere la posibilidad de incluir toda la información posible para compartir con los homólogos transfronterizos. Para ello, los profesionales de la salud deben estar capacitados para detectar, atender o referir casos que configuren un evento de interés en salud pública y conozcan los flujos de información establecidos para realizar la notificación.

Si el nivel local dispone de otras fuentes de información, intercambio de información binacional y regional con colegas transfronterizos o a través de entidades del orden nacional acerca de los eventos de salud pública, como brotes, investigaciones de casos, etc, considere incluir esta información para los análisis y toma de decisiones en el nivel correspondiente.

3.1.2 Priorización de eventos de interés en salud pública por fenómeno migratorio

El seguimiento de los eventos de interés en salud pública de importancia internacional es un compromiso de los estados miembros que hacen parte de la Organización Mundial de la Salud, de acuerdo al reglamento Sanitario Internacional (RSI) 2005, en el cual se establece la necesidad

de identificar estas alertas y evitar la exposición de la población a nivel regional. En este compromiso, se deben reforzar las acciones de vigilancia en salud pública en respuesta y alerta temprana identificando esos posibles eventos de interés en salud pública en población extranjera, para la priorización de los eventos sujetos a vigilancia en población migrante debe considerarse (6):

a) Eventos bajo el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005), que pueda constituir una Potencial Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional, incluyendo cólera, peste neumónica, fiebre amarilla, fiebres hemorrágicas virales, fiebre del Nilo Occidental, otras enfermedades de importancia nacional o regional especial y cualquier evento de potencial importancia en salud pública internacional, incluso con causas o fuentes desconocidas, de acuerdo con el algoritmo de decisión del Anexo 2 del RSI-2005.

b) Enfermedades que ya han sido total o parcialmente erradicadas (poliomielitis, viruela).

c) Enfermedades que se encuentran en fase de eliminación (sarampión, rubéola, tétanos del recién nacido, sífilis congénita, etc).

d) Enfermedades transmisibles de corto período de incubación y alta letalidad (cólera, infección por virus Ébola, fiebre amarilla, etc).

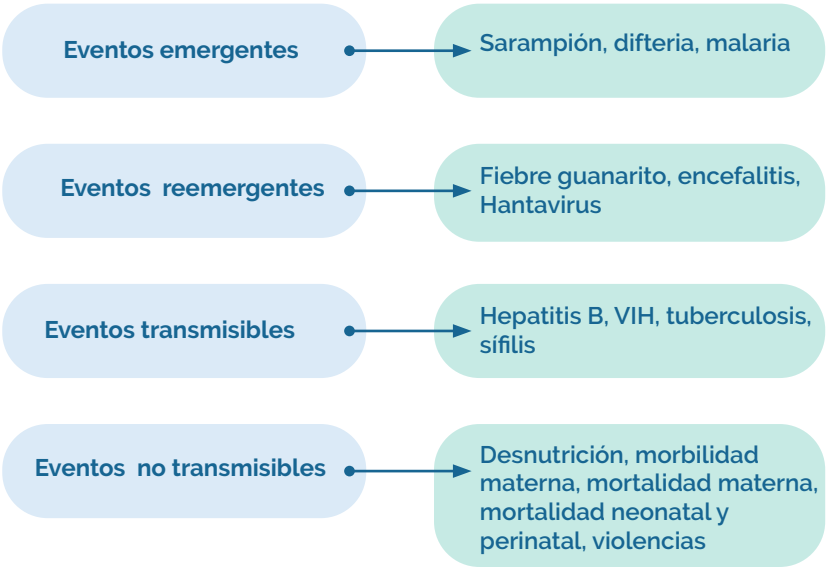
e) Enfermedades emergentes, reemergentes y desconocidas en el área geográfica, de interés nacional e internacional (dengue, malaria, tuberculosis, VIH/SIDA, infección por hantavirus, encefalopatía espongiforme subaguda o enfermedad de las "vacas locas", etc).

f) Eventos que aumenten la demanda de servicios de salud (morbilidad materna, enfermedades crónicas no transmisibles, etc).

Se deben tener metodologías de análisis para eventos con comportamientos inusuales, estas metodologías se establecen con base en las diferencias entre los casos observados y los casos esperados (de acuerdo a lo histórico), por semana epidemiológica, mediante diversas técnicas estadísticas. Para este tipo de análisis es indispensable contar con métodos de análisis para contrastar los casos observados frente a lo esperado en un periodo y de esta manera definir situaciones de riesgo territorial. Se recomienda promover la valoración del riesgo para los eventos clasificados como de eliminación, erradicación y control internacional o de eventos de interés en salud pública que presenten comportamientos inesperados o inusuales y que requieran de la orientación de acciones inmediatas para reducir el impacto.

Teniendo en cuenta el sistema de información y el contexto del flujo migratorio que inició en 2015, intensificándose en 2018, se relaciona a continuación un ejemplo de priorización en cuatro grupos de eventos de interés que pueden tener una afectación en salud pública o aumentar la demanda de servicios de salud, sobre todo en niveles locales fronterizos donde hay población pendular. Los eventos pueden priorizarse teniendo en cuenta las amenazas y vulnerabilidades de cada territorio (figura 1).

Figura 1. Grupos de eventos de interés en salud pública priorizados por fenómeno migratorio en Colombia.



Sin embargo, las metodologías de análisis de la situación de salud de fronteras, puntos de entrada y población migrante, sugieren no sólo el análisis de fuentes secundarias de información obtenida de registros no solo del sistema de salud, sino de otras instituciones que apoyan la atención a migrantes, como las organizaciones no gubernamentales, la integración de clústeres de salud y la revisión de registros en los puntos de entrada.

3.1.3 Vigilancia sindrómica para población migrante

Se deben establecer flujos y canales de comunicación que permitan que la comunidad sea fuente de información para la detección temprana de un evento de interés en salud pública, para lo cual se sugiere, la vigilancia sindrómica. Esta vigilancia se ha aplicado en una amplia gama de entornos

de salud pública para monitorear síndromes (por ejemplo, parálisis flácida aguda), así como una gama más amplia de condiciones no específicas (por ejemplo, erupción cutánea y fiebre, diarrea acuosa, etc.) durante emergencias complejas. La utilidad de implementar la vigilancia sindrómica ha sido ampliamente documentada durante eventos de alto perfil como la pandemia de influenza de 2009, brotes transmitidos por el agua, olas de calor, inundaciones y reuniones masivas. Además, se ha aplicado la vigilancia sindrómica para complementar la vigilancia de rutina existente para mejorar la alerta temprana (7).

De acuerdo con la OMS, la vigilancia sindrómica es una importante herramienta para la vigilancia de brotesen áreas de elevado riesgo de ocurrencia de enfermedades que cursan con signos y síntomas similares, complementando el Sistema de Vigilancia Epidemiológica basada en notificaciones de casos (8).

Ejemplo:

Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos desarrollan en conjunto con inmigración y aduanas la metodología RING (Reconocer, aislar, notificar y brindar apoyo), su objetivo es reconocer signos de enfermedad y trabajar con las autoridades de salud para responder ante un posible evento de interés en salud pública. Este concepto RING se desarrolló para la formación del personal sanitario y no sanitario en los aeropuertos de los EE. UU, proporciona información en cuatro pasos:

Reconocer: posibles eventos de salud pública en puntos de entrada, cualquier persona en el aeropuerto, o cerca de este, que tenga ciertos signos de enfermedades que se pueden diseminar de persona a persona.

Aislar: elementos o personas que puedan representar un posible evento de salud pública.

Notificar: a Sanidad Portuaria, al supervisor inmediato, servicios médicos de emergencia, si es potencialmente mortal (cuando la situación afecta a una persona enferma).

Brindar apoyo: a sus socios en Sanidad Portuaria.

En Colombia, como una de las estrategias para identificación de posibles eventos de interés en salud pública, se implementó la vigilancia comunitaria con base en la vigilancia sindrómica en alojamientos temporales de emergencia para población migrante, información tomada de un relato de punto de entrada terrestre:

"En pandemia COVID-19, se cambió el panorama ya que antes de pandemia todas las actividades de atención estaban concentradas en el punto de entrada en la frontera, como Rumichaca (puesto fronterizo entre Ecuador y Colombia), estuvo cerrado prácticamente dos años. Entonces lo que se hizo, en los albergues de población migrante, fue identificar y capacitar grupos focalizados, con ellos se trabajó lo del flujograma de atención, ellos nos ayudaron en una primera instancia en realizar la identificación de factores de riesgo relacionados con eventos de interés en salud pública y se activa la cadena de llamadas, se despliegan todas las acciones en salud pública necesarias, una vez se realice la valoración inicial y se confirme que estamos ante un evento de interés en salud pública".

¡Recuerda!

El impacto en la salud de una emergencia de salud pública puede reducirse si los puntos de entrada terrestres, las autoridades locales y las comunidades adyacentes están bien preparados para reducir las vulnerabilidades y las implicaciones para la salud de los riesgos significativos que son específicos a un cruce terrestre con el desarrollo e implementación de estrategias de vigilancia en salud pública.

3.2 Preparación y respuesta para eventos de interés en salud pública en pasos fronterizos terrestres

La preparación es todo aquello que se dispone y organiza previo a una amenaza o un incidente, para anticipar lo requerido, lo cual facilitaría una adecuada respuesta ante la identificación de amenazas que requieran un amplio despliegue. Para esta situación en particular, es decir antes de una situación de alerta, brote o emergencia en salud pública en población migrante, las capacidades para la preparación y respuesta se deben establecer de acuerdo con el riesgo identificado, la gestión puede estar enfocada en:

- La identificación de actores en salud (instituciones, funcionarios), donde se debe disponer de directorios actualizados o mapa de actores que confluyen en el territorio y a nivel nacional.
- La identificación de espacios de gestión para población migrante (mesas de salud, reuniones binacionales), intercambio de información binacional y regional con colegas transfronterizos acerca de los eventos de salud pública, como brotes, investigaciones de casos, etc.
- Elaboración de procedimientos (procedimientos operativos estándar), en caso de ser necesario y de acuerdo a los sistemas de calidad con que cuente en el nivel local.
- Entrenamiento y desarrollo de ejercicios prácticos para eventos de interés en salud pública de importancia internacional.
- Implementación de salas de análisis del riesgo, priorizando las zonas de frontera, con el fin de evaluar el nivel de riesgo y un eventual nivel de respuesta institucional frente a una situación, en este espacio confluyen el nivel técnico y estratégico. Este escenario favorece el uso de la información para la toma de decisiones y define prioridades. Ver el Manual "Valoración del riesgo e integración de fuentes.

Los niveles subnacionales y locales deben mantener equipos de respuesta inmediata para la atención de brotes y situaciones de emergencia en salud pública. Estos equipos pueden conformarse con profesionales de otras dependencias de la institución que tengan experiencia en epidemiología o salud pública, por ejemplo, de los centros reguladores de urgencias, de promoción y prevención, de salud pública, de programas, entre otras.

Estos equipos deben ser interdisciplinarios, incluyendo los profesionales de vigilancia en salud pública, salud ambiental, laboratorio de salud pública, comunicación del riesgo y centros reguladores de urgencias y emergencias, además deben tener profesionales médicos para la valoración integral de los casos. Estos equipos de respuesta inmediata deben tener un proceso de alistamiento que en el caso de requerir su desplazamiento, los funcionarios o contratistas estén disponibles para la investigación de campo en el menor tiempo posible. La secretaría de salud o quien haga sus veces, debe garantizar los medios para su funcionamiento, que abarca el transporte, las comunicaciones, la seguridad, la tecnología y los insumos de laboratorio y control de infecciones para su adecuada actividad.

Ejemplo de respuesta ante un evento de interés en salud pública- sarampión:

En 2018, se confirmó un caso de sarampión importado de un país con circulación activa. *"Se trató de un niño de 14 meses de edad, reportado en Medellín, que no contaba con antecedente de vacunación para la enfermedad. Presentó los síntomas de la enfermedad el 8 de marzo y fue atendido al día siguiente en un hospital de esa ciudad"*. Ante la notificación de este caso, un equipo de respuesta inmediata del INS se desplazó a la ciudad donde se identificó el evento para apoyar a las autoridades sanitarias en la realización del cerco epidemiológico respectivo, mediante la búsqueda en cinco cuadras a la redonda de personas que presentaran sintomatología sugestiva de sarampión, y para identificar y vacunar a la población que lo necesite. Además, se realizó seguimiento a quienes tuvieron contacto cercano con el menor, teniendo en cuenta la transmisibilidad de la enfermedad. También se realizó trabajo intersectorial con diferentes agencias para identificar los flujos migratorios (ruta por donde transitó) y poder así establecer detección oportuna de todos los casos sospechosos y acciones de contención para que no se presentara un brote en el país. Desde la identificación del caso, el Centro Nacional de Enlace del Ministerio de Salud y Protección Social, realizó comunicación con el punto focal para el Reglamento Sanitario Internacional en el país de origen.

En caso de configurarse un evento de interés en salud pública, brote o situación de emergencia, active el equipo de respuesta inmediata (ver Manual Equipos de Respuesta Inmediata) disponible en la caja de herramientas.

¡Recuerda!

La preparación para la atención de posibles emergencias en salud pública y la disponibilidad de planes de respuesta, capacidades institucionales, mecanismos de coordinación y procedimientos favorecen los escenarios de toma de decisiones y las implicaciones del riesgo identificado.

3.3 Comunicación en fronteras

Este apartado se divide en dos secciones, una relacionada con aspectos claves para la comunicación del riesgo para población migrante y otra, con comunicación transfronteriza en el marco de la vigilancia en salud pública de acuerdo con la normatividad vigente a nivel país.

3.3.1 Acciones de comunicación de riesgo para población migrante

Mejorar la comunicación e intercambio de información con el fin de contrarrestar la xenofobia, el estigma y la discriminación, se enfoca en la disposición de información precisa y la disipación de miedos y percepciones equivocadas que existen entre las poblaciones migrantes y de acogida sobre los impactos sanitarios de la migración y el desplazamiento en las poblaciones móviles, y los impactos en la salud de las comunidades locales.

También busca desarrollar una cultura de inclusión, solidaridad y diversidad a través de la promoción e intercambio de información (incluida la información epidemiológica), protocolos, materiales, estrategias de comunicación y planes nacionales.

Intervenciones clave:

- Recopilar e intercambiar información relevante sobre la salud de los migrantes, especialmente entre los países vecinos donde existe una movilización humana entre las fronteras, con el fin de fomentar acciones de salud colaborativas y dirigidas.
- Desarrollar materiales con sensibilidad de género y cultural para campañas de sensibilización que informen a los migrantes y comunidades de acogida sobre los derechos de los migrantes (incluso su derecho a la salud), al mismo tiempo que se disipen las percepciones negativas que se tienen sobre estas poblaciones (9).
- Utilizar los idiomas o dialectos más usuales de las personas migrantes, incluidas las lenguas indígenas, en la difusión de mensajes sobre prevención e información práctica sobre la ubicación y la forma de acceder a los servicios de salud y otros servicios durante su paso y permanencia en los países receptores o al retorno a su país de origen.
- Definir y utilizar canales de comunicación y tecnologías apropiadas para las personas migrantes. Estos incluyen volantes, centros de llamadas y mensajes de texto (SMS) o mensajes en redes sociales, según corresponda.

- Asegurar la amplia difusión de información verdadera y confiable a la población, combatir la desinformación y la estigmatización de las personas migrantes.

- Desarrollar e implementar planes de información pública que incluyan acciones de prevención, detección, aislamiento, tratamiento y cuarentena destinados a las personas migrantes que se encuentran en áreas de difícil acceso, con la colaboración en la medida de lo posible de miembros de la comunidad con capacitación como agentes o promotores de salud (10).

En caso de que se requiera ampliación de información en el tema de comunicación del riesgo consulte el Manual de "Comunicación del riesgo" disponible en la caja de herramientas.

3.3.2 Acciones de comunicación trasfronteriza

Teniendo en cuenta el Reglamento Sanitario Internacional 2005 y de acuerdo con el Artículo 21 de este reglamento en los pasos fronterizos terrestres, los Estados Partes con fronteras comunes deberán considerar la posibilidad de alcanzar acuerdos bilaterales o multilaterales o formalizar arreglos relativos a la prevención o el control de la transmisión internacional de enfermedades en pasos fronterizos terrestres. Así mismo, en el artículo 44 del reglamento, se establece la colaboración y asistencia, los Estados Partes se comprometen a colaborar entre sí en la medida de lo posible para la detección y evaluación de eventos, y la respuesta a los mismos, la prestación o facilitación de cooperación técnica y apoyo logístico (6).

En cumplimiento a las funciones relativas del RSI 2005, se establecen unos niveles de comunicación:

Nivel nacional

- Notifica a la OMS cuando se trate de una potencial Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) y demás comunicaciones relacionadas al RSI (2005).

- Notifica a los países la posible detección y evaluación de eventos, y la respuesta a los mismos, además de la prestación o facilitación de cooperación técnica y apoyo logístico en el marco del RSI 2005. Por ejemplo, en Colombia se designó al Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Centro Nacional de Enlace, el intercambio de información con la Organización Mundial de la Salud y demás organismos sanitarios internacionales.

- Difunde información en el marco del RSI 2005 a los sectores nacionales de acuerdo con su competencia.
- Establece la coordinación transfronteriza como una prioridad cuando se trate de una potencial Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII).
- Identifica puntos de contacto y partes interesadas pertinentes para acuerdos bilaterales.
- Fortalece el desarrollo de capacidades en los puntos de entrada en el marco del RSI (2005).

Nivel Intermedio o local

- Identificar a través de los diferentes tipos de vigilancia en salud pública, eventos, situaciones o amenazas inusuales que puedan convertirse en probables Emergencias en Salud Pública de Interés Nacional (ESPIN) o Emergencias de Salud Pública de Interés Internacional (ESPII), en el marco del Reglamento Sanitario Internacional - RSI (2005).

- Comunicar de manera simultánea al Centro Nacional de la información disponible de los eventos, situaciones o amenazas inusuales que se presenten en su territorio y que puedan convertirse en probables Emergencias en Salud Pública de Interés Nacional (ESPIN) o Emergencias de Salud Pública de Interés Internacional (ESPII).

- La comunicación inicial realizada por el nivel intermedio o local debe contar con un mínimo de datos que describan de manera rápida la situación e incluir las acciones preliminares de control desarrolladas hasta el momento. Esta comunicación inicial puede ser realizada por los canales comunicación disponibles (teléfono, correo electrónico, mensajes de texto), deberá realizarse durante las primeras dos horas de detectado el evento, posteriormente deberá remitir los informes de avance correspondientes que complementen la información inicial, de acuerdo con la periodicidad requerida o determinada para el evento (24 horas, 72 horas, etc).

Datos que requiere la comunicación inicial

Tipo de evento, lugar de ocurrencia y características del sitio, número de casos y defunciones, origen y naturaleza del riesgo, condiciones que influyen en la propagación, medidas preliminares aplicadas, dificultades y necesidad de apoyo.

Eventos que son de notificación inmediata

Se deben notificar los eventos contenidos en el numeral 3.1.2 Priorización de eventos de interés en salud pública por fenómeno migratorio y los eventos ocurridos en albergues o alojamientos temporales de emergencia para población migrante.

Alojamientos temporales de emergencia en Arauca, Colombia

¡Recuerda!

Identificar y notificar a través de los diferentes tipos de vigilancia en salud pública, eventos, situaciones o amenazas inusuales que puedan convertirse en probables Emergencias en Salud Pública de Interés Nacional (ESPIN) o Emergencias de Salud Pública de Interés Internacional (ESPII), en el marco del Reglamento Sanitario Internacional - RSI (2005) de acuerdo a los flujos de información establecidos.

Aspectos clave de la vigilancia en salud pública para población migrante

- Es importante reconocer que la recolección de datos para la vigilancia en salud pública no siempre se basa única o exclusivamente en la notificación rutinaria de casos atendidos en la consulta de todos los servicios de salud de una jurisdicción en realidad, la vigilancia puede y debe proporcionar información relevante para la acción en salud a partir de la recolección de datos de distintas fuentes.

- El intercambio de información binacional y regional con colegas transfronterizos o a través de entidades del orden nacional acerca de los eventos de salud pública, como brotes, investigaciones de casos, etc, permite la identificación temprana y la toma de decisiones en el nivel correspondiente.

- Ante aumento de flujos migratorios el establecimiento de las Salas de Análisis del Riesgo territoriales en zonas de frontera permite realizar un monitoreo constante de la información recolectada por la vigilancia, la identificación oportuna de alertas y la respuesta proporcionada para modificar el riesgo.

- Las metodologías de análisis de la situación de salud de fronteras, puntos de entrada y población migrante sugieren el análisis de fuentes secundarias de información obtenida de registros no solo del sistema de salud, sino también las de otras instituciones que apoyan la atención a migrantes, de registros en los puntos de entrada.

Ejemplo

Comunicar de manera simultánea al Centro Nacional de Enlace del Ministerio de Salud y Protección Social y al Equipo de Respuesta Inmediata del Instituto Nacional de Salud, la información disponible de los eventos, situaciones o amenazas inusuales que se presenten en su territorio y que puedan convertirse en probables Emergencias en Salud Pública de Interés Nacional (ESPIN) o Emergencias de Salud Pública de Interés Internacional (ESPII).

Referencias

1. Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Oficina Regional para América Central, América del Norte y el Caribe, San José, Costa Rica, Migración Extraregional en Sudamérica y Mesoamérica: perfiles, experiencias y necesidades, 2019.
2. Ministerio de Relaciones Exteriores, Unidad Administrativa Especial Migración Colombia (UAEMC).
3. Ministerio de Salud y Protección social. Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio.
4. World Health Organization. Handbook for public health capacity-building at ground crossings and cross-border collaboration, 2020.
5. Instituto Nacional de Salud. Lineamientos Nacionales para la Vigilancia 2022.
6. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional. 2005.
7. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Handbook on implementing syndromic surveillance in migrant reception/detention centres and other refugee settings, 2016.
8. Ministerio de Salud de Perú, Vigilancia Sindrómica, 2014.
9. Organización Panamericana de Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Documento de orientación sobre migración y salud, 2020.
10. Organización Panamericana de Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Orientaciones para la protección de la salud de las personas migrantes, 2021.

ANEXO FORMATO PLAN DE ACCIÓN ERI

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	Plan de Acción ERI	Versión: 02
		2021-08-13
	FOR-R02.4220-006	Página 1 de 4

GRUPO DE GESTIÓN DEL RIESGO Y RESPUESTA INMEDIATA – GGRRI

CENTRO DE OPERACIONES DE EMERGENCIA, EVENTOS, BROTES Y EPIDEMIAS EN SALUD PÚBLICA (COE - ESP)

Teniendo en cuenta la situación de emergencia y la conformación y activación del ERI, es necesario el diseño de un plan de acción para la repuesta articulada en el territorio. Esta actividad no debe tomar más de media hora y se puede ajustar acorde con los hallazgos identificados en campo.

Nombre de quien elabora el documento:	
Fecha de elaboración:	
Líneas de acción	**Actividades**
Antecedentes / situación reportada	(Elabore un breve resumen de la situación, identifique las áreas geográficas afectadas, características de población en riesgo, análisis de condiciones de salud y necesidades)
Objetivos de la respuesta	(Defina concretamente los objetivos del desplazamiento del ERI) (Describa las actividades para la investigación de campo, captura de información, diseño de instrumentos, búsqueda y seguimiento de contactos, inteligencia epidemiológica, implementación de medidas de prevención y control, describa las medidas farmacológicas y no farmacológicas, diseño de estrategias de vigilancia en situaciones de desastre, vigilancia intensificada)
Medidas de seguridad del ERI e insumos (ver Anexo 1)	Elementos de Protección Personal Kit general: Kit 1: de Etiología desconocida Kit 2: Neurológico Kit 3: Respiratorio Kit 4: Gastrointestinal Kit 5: Febril Carné de misión médica Chaleco de identificación

Personal que conforma el ERI	(Liste los nombres, cargos, y funciones asignadas al ERI conformado)
Gestión y articulación nacional y territorial	(Liste los profesionales responsables con los que se realizara comunicación por niveles)
Investigación de la situación / brote	(Actividades para la investigación de campo, captura de información, diseño de instrumentos, búsqueda y seguimiento de contactos, inteligencia epidemiológica, implementación de medidas de prevención y control, describa las medidas farmacológicas y no farmacológicas, diseño de estrategias de vigilancia en situaciones de desastre, vigilancia intensificada)
Comunicación del riesgo	(Comunicados, mensajes clave, información a la comunidad), en articulación con la ET y el MSPS.

Anexo 1. Lista de chequeo equipo de respuesta inmediata

El líder del ERI junto con el equipo de trabajo debe verificar los elementos necesarios para la respuesta. En caso de requerir elementos adicionales, favor listarlos al final

Favor entregue esta lista de chequeo al Gestor del SAT o su delegado del Grupo de Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata o en el caso de activación del COE al jefe de la Sección de Operaciones.

ELEMENTOS	CANTIDAD
PERSONAL	
Adecuado estado de salud (si aplica)	
Vacunación específica (si aplica)	*Dosis:*
Quimioprofilaxis (si aplica)	*Medicamento:* *Dosis:*
Entrenamiento en EPP (si aplica)	
Botiquín (si aplica)	*Elementos:*
RECURSOS	
Tiquetes aéreos	
Transporte terrestre o fluvial	
Viáticos	
EPP	
ELEMENTOS TECNOLÓGICOS	
Computadores portátiles	
Tabletas	
GPS	
Radios	
Celulares	
Conexión a internet	
MATERIAL IMPRESO	
Material educativo	
Fichas	
Protocolos	
Procedimientos operativos	
Equipo de campo	
Carpas	

Bolsas para dormir	
Hamacas	
Toldillos	***Impregnados:*** ***Sencillos:***
Colchonetas	
Morrales	
Chaleco	
Gorra	
Botas	
Tapabocas	
Guantes	
Batas	
ELEMENTOS PARA OBTENCIÓN DE MUESTRAS (si aplica)	
Medios de transporte para virus respiratorios	
Medios de transporte para muestras de materia fecal	
Tubos	
Hisopos	
Jeringas	
Torniquetes	
Neveras	
Hielo seco	
Nitrógeno líquido	
Formol 10%	
Neveras	
Elementos obtención muestras animales	

ANEXO FORMATO PADI

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud® | Instituto Nacional de Salud

Anexo 2. Formato. Actualización Plan de Acción de Incidente

Instituto Nacional de Salud	**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD** **Centro de Operaciones de Emergencia en Eventos, Emergencias y Epidemias en Salud Pública (COE - ESP)**

Plan de Acción de Incidente (PADI)- Actualización

TÍTULO DEL DOCUMENTO, NOMBRE DEL INCIDENTE.

Periodo operacional: Desde: DD-MM-AAAA; hora: am/pm Hasta: DD-MM-AAAA; hora: am/pm	Número: Describir número de actualización del PADI

Contexto

Realice una breve descripción del evento, actividades realizadas, objetivos cumplidos y la última información actualizada.

Objetivos de la respuesta pendientes

Describa los objetivos pendientes hasta la fecha

Personal general del COE – ESP (Indicar solo si cambio el personal)

Posición en la estructura	Nombre	Responsabilidad	Email	Teléfono
Dirección General del INS				
Gerente del incidente				
Gerente del COE - ESP				
Jefe de sección de Planificación				
Jefe de sección de Operaciones				
Jefe de sección de Finanzas y Logística				
Oficial de Enlace				
Oficial de Información Pública				
Oficial de Seguridad				
Otros				

Grupos de trabajo (Indicar solo si cambio el personal)

Posición en la estructura	Nombre	Responsabilidad	Email	Teléfono
Sala de Análisis del Riesgo				
Grupo logística				
Grupo financiero				
Responsable grupo funcional				
Líder ERI				
Líder Grupo Formación del Talento Humano				
TICS				
Líder GGRRI-CR				
Otros				

Tareas pendientes

Sección, oficial o grupo	Tarea	Responsable	Fecha de cumplimiento

Criterios para la desactivación de las secciones, oficiales y retorno de los ERI
D. Recategorización del riesgo, valoración del cumplimiento de los objetivos E. Situaciones de seguridad para los equipos… F.
6. Revisión y aprobación
Revisado por: _____ Fecha y hora: Cargo: Aprobado por: _____Gerente de incidente_____ Fecha y hora: Cargo: Aprobado por: _____Oficina jurídica_____ Fecha y hora: Cargo:

Fuente: Plan de Acción de Incidente, Instituto Nacional de Salud

ANEXO FORMATO SITREP

PROCESO VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME DE REPORTE DE SITUACIÓN (SITREP)*	Versión: 01
		2021–08–13
		Página 1 de 3

Caja de Herramientas
Gestión del Riesgo en Salud Pública

Reporte de situación No.	Situación en seguimiento: _____	Fecha DD- MM- AAAA	Hora de informe (hora militar)

1. Detalles de la situación		2. Ubicación geográfica (mapa)
Departamento	Municipio: Vereda: Barrio:	Descripción geográfica del municipio (frontera, turismo, actividad comercial internacional, área rural vs urbana, otras particularidades) o mapa del área del incidente.
Elaborado por:		
Teléfono de contacto: Correo electrónico: Grupo de trabajo en terreno (incluya instituciones articuladas):		

3. Situación

A. Antecedentes: fecha de detección, ¿que se detectó (epizootia, brote, casos aislados, enfermedad desconocida), incluir resultado de la valoración del riesgo realizada por la SAR y especificar si se desplazó un ERI del INS a apoyar a la ET esto de acuerdo con el nivel de riesgo obtenido.
B. Situación/información actual: (describa brevemente la situación, afectados, riesgos identificados, debilidades y fortalezas, lugar afectado), agregue curvas epidémicas, líneas de tiempo, tasas de ataque por factor de riesgo identificado (de ser necesario), tablas descriptivas con información rápida útil para la toma de decisiones. Al igual que mapas si es pertinente. (Caracterice la situación en espacio, tiempo y lugar de manera breve y con los hallazgos relevantes)
C. Actividades realizadas en control de situación y recomendaciones generadas (Establezca fecha y hora de corte):
D. Pendientes: (describa la gestión pendiente de investigación de campo, laboratorio y muestras, actividades de vacunación, entre otras, que se encuentre realizando el equipo en terreno)
E. Necesidades (recursos humanos y físicos):

4. Otras actividades (incluya actividades como reuniones, mesas de trabajo, unidades de análisis, etc.)

Incluya actividades de Gestión puntuales. En las entidades territoriales, por ejemplo, reuniones con aseguradores, tomadores de decisión de la ET, otros sectores)

5. Conclusiones

Conclusiones puntuales
Describa de manera general impacto de la situación en número de casos, muertes.

6. Revisión y aprobación

Revisado por: _____ Fecha y hora:
Cargo:
Aprobado por: _____ Fecha y hora:
Cargo:

*Tomado de Instituto Nacional de Salud

INSTRUCCIONES, (elimine este texto luego de consultarlo)

Una situación de brote puede generar emisión de SITREP de acuerdo con la periodicidad determinada en la SAR y el incidente, pueden ser necesarios antes de 24 horas, así como de la actualización de la situación o requerimientos, en condiciones normales se realizarán al menos a las 24, 72 o de acuerdo con el avance de la situación.

Todo brote que requiera emisión de SITREP del INS, requiere uno final de cierre, donde se incluya la metodología aplicada en terreno por el ERI, el tipo de estudio, los resultados y la discusión de los resultados.

Cuando se desplaza un ERI del INS a terreno y la Entidad territorial cuenta con formato SITREP, se puede elaborar en el formato de la entidad territorial de manera conjunta, sin embargo, si es necesario emitir un SITREP de apertura y cierre de la situación por parte del INS.

No solamente el desplazamiento de un ERI genera SITREP, también lo puede elaborar un referente técnico cuando desea reportar algún comportamiento inusual en su evento.

1. Detalles de la situación. Ubicación geográfica en donde se está desarrollando la situación y en donde se están realizando las actividades de seguimiento de cualquier tipo de situación. Se debe incluir datos de contacto con líder de grupo investigador (si asiste personal en entrenamiento del FETP, relacionarlo) e instituciones que estén articuladas en el desarrollo de control de la situación.

2. Ubicación geográfica. De ser posible incluir en un mapa o coordenadas, que permitan georreferenciar la ubicación de la situación.

3. Situación.

   A. Antecedentes: describir los eventos que condujeron a la situación de respuesta a preguntas, ¿cómo? ¿Cuándo? ¿Dónde? (persona, lugar, tiempo y detalles de apoyo), describa el objetivo del ERI en terreno. incluir resultado de la valoración del riesgo realizada por la sala de análisis del riesgo nacional o departamental y especificar si se desplazó un ERI del INS a apoyar a la ET, esto de acuerdo con el nivel de riesgo obtenido.
   B. Situación/información actual: (describa brevemente la situación encontrada en campo, relacione afectados, líneas de tiempo, número de contactos, expuestos, riesgos identificados, debilidades y fortalezas).
   Actividades realizadas en control de situación y recomendaciones generadas (Establezca fecha y hora de corte) en control de la situación.
   C. Describa brevemente las actividades de control individuales y colectivas realizadas, tales como resultados de BAC, BAI, monitoreo rápido de coberturas de vacunación, entre otros. La información se debe presentar de manera concisa en tablas.
   D. Pendientes: determine actividades pendientes para control de situación y responsables de ejecución de estas.

*Tomado de Instituto Nacional de Salud

E. Necesidades: determine las necesidades en términos de recursos humanos y físicos que dificulten en trabajo en campo y el control de la situación.

4. Otras actividades: describa otras actividades de gestión realizadas por el equipo (incluya actividades como reuniones, mesas de trabajo, etc.)

5. Conclusiones: describa puntualmente las conclusiones en términos de verificación, afectación y riesgos identificados.
   Incluir Conclusiones puntuales de la situación (síndrome/caso/conglomerado/brote de… evento… lugar) Describa de manera general impacto de la situación en número de casos, muertes, fuente de infección, posible exposición.
   Concluya si existen problemas de recurso humano, contratación u otra actividad de gestión que debe informarse claramente a los tomadores de decisión.

6. Revisión y aprobación. Establezca fecha y hora de revisión y aprobación.
   El revisor es el coordinador del evento en estudio y la aprobación la dará el subdirector técnico encargado o el director de vigilancia cuando sea requerido.

Nota: una situación de brote puede generar SITREP a los 24 a las 72 horas o más informes con la periodicidad que se requiera desde la sala de análisis del riesgo. Todo brote que requiera emisión de SITREP del INS, requiere uno final de cierre, donde se incluya en el numeral C. actividades realizadas en control de situación, la metodología aplicada en terreno por el ERI, el tipo epidemiológico de estudio, discusión de los resultados y conclusiones del brote con criterio de cierre de la situación.

*Tomado de Instituto Nacional de Salud

ANEXO FORMATO SÍNTESIS AAR

Anexo. Documento síntesis AAR

Proceso – actividad – fase

Fecha:

Participantes:

Facilitador:

Relator:

Desarrollo

1.1 Identificación de hitos o momentos clave

1.2 ¿Que se esperaba y qué sucedió?
(Propósito- objetivos Vs Resultados)

Que se esperaba que sucediera	Que sucedió en realidad

1.3 ¿Qué salió bien y por qué?
(Acciones exitosas realizadas para el logro del propósito y objetivos)

Éxitos	Cómo garantizar el éxito en el futuro

1.4 ¿Qué se puede mejorar y cómo?

- Qué se podría haber hecho mejor
- Qué podemos hacer de manera diferente en situaciones similares

Recomendaciones

Que se puede mejorar	Recomendaciones

Conclusiones:

INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD