

Experiencias DE LA pandemia COVID-19

Colombia 2020-2022



Experiencias de la pandemia COVID-19 Colombia 2020 - 2022

Experiencias de la pandemia COVID-19 Colombia 2020 – 2022 / autores Narledis Núñez Bravo [y otros 17] -- Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar, 2023.

484 páginas; fotos, tablas, imágenes; 22x24 cm.

ISBN: 978-628-7533-55-4 (Formato electrónico)

978-628-7533-54-7 (Formato impreso)

1. Epidemias 2. Pandemia de Covid-19, 2020- 3. Salud pública 4. Cuarentena 5. Promoción de la salud 6. Atención médica primaria I. Núñez Bravo, Narledis II. Palacio Durán, Erika III. Herazo Beltrán, Aliz Yaneth IV. Sánchez Güette, Lilibeth V. Navarro Díaz, Luis Ricardo VI. Caro Barrios, Luis Miguel VII. Corcho Tróchez, German VIII. Castro Castañeda, Yarley IX. Suárez Arévalo, Daniela X. Pulido Arcila, Miguel Ángel XI. Ragonesi Muñoz, Ana Esperanza XII. Zuluaga Martínez, Ángela Marcela XIII. González Abril, Karen XIV. Ruiz Varón, Esmily Yusmary XV. Díaz Hernández, Tatiana Eugenia XVI. Barliza Cotes, Michelle Alejandra XVII. Acosta de la Hoz, Jacqueline de Jesús XVIII. Corral Castillo, Juanita XIX. United State Agency International Development, USAID XX. Título

614.4 E964 2023 Sistema de Clasificación Decimal Dewey 22a. edición

Universidad Simón Bolívar – Sistema de Bibliotecas

Autores

**Experiencias de la
pandemia COVID-19
Colombia 2020 - 2022**

Equipo investigador Universidad Simón Bolívar

Narledis Núñez-Bravo
Erika Palacio-Durán
Yaneth Herazo-Beltrán
Lilibeth Sánchez-Güette
Luis Ricardo Navarro-Díaz
Luis Miguel Caro- Barrios
German Corcho-Tróchez
Yarley Castro-Castañeda
Daniela Suárez-Arévalo

Agradecimientos al equipo del Programa Comunidades Saludables de USAID

Miguel Ángel Pulido Arcila
Director
Ana Esperanza Ragonesi Muñoz
Directora Técnica
Ángela Marcela Zuluaga Martínez
Directora de Monitoreo, Evaluación y Aprendizaje
Karen González Abril
Directora de Información y Comunicaciones Estratégicas
Esmily Yusmary Ruiz Varón
Lideresa de Respuesta a Emergencias
Tatiana Eugenia Díaz Hernández
Lideresa de Prestación de Servicios y Calidad en Salud
Michelle Alejandra Barliza Cotes
Lideresa de Financiamiento Sostenible en Salud
Jacqueline de Jesús Acosta de la Hoz
Especialista en Respuesta a Emergencias Sanitarias
Juanita Corral Castillo
Especialista en Vacunación

Lista

Lista de siglas y acrónimos	10
Lista de tablas	13
Lista de figuras	14
Lista de fotografías	15

Prólogo

El mundo en la postpandemia	19
-----------------------------	----

Introducción

Antecedentes	24
Metodología	27

Capítulo 1. Gobernanza, liderazgo y financiamiento durante la pandemia por la COVID-19

33

Experiencia 1.1: Centro de comando para afrontar el coronavirus en Bogotá	60
Experiencia 1.2: Programa nacional de caracterización genómica de microorganismos emergentes, Colombia 2021-2022	68
Experiencia 1.3: Bolsa solidaria de camas en unidades de cuidados intensivos, Valle del Cauca	80
Experiencia 1.4: Comunicación y salud en tiempos de la COVID-19 en población migrante: Riohacha, La Guajira-Colombia	86

Capítulo 2. La vigilancia en salud pública e investigación durante la pandemia por la COVID-19 96

- Experiencia 2.1:** Uso de estudios serológicos y genómicos para evaluar la estrategia de vigilancia de la COVID-19 en San Andrés y Providencia. Instituto Nacional de Salud 112
- Experiencia 2.2:** De laboratorio de investigación al diagnóstico de la COVID-19: experiencia de una pandemia. Universidad Simón Bolívar, Barranquilla 122
- Experiencia 2.3:** Programa PRASS/DAR. Vigilancia y gestión integral del riesgo por la COVID-19, Bogotá 2020-2021 130
- Experiencia 2.4:** Sistematización de la implementación de la estrategia vigilancia en salud pública con enfoque comunitario 140
- Experiencia 2.5:** Programa pruebas, rastreo y aislamiento selectivo sostenible, Instituto Departamental de Salud - Norte de Santander 151

Capítulo 3. Promoción de la salud y prevención durante la pandemia por la COVID-19 163

- Experiencia 3.1:** Sistematización de la micro planificación en el marco del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 185
- Experiencia 3.2:** Ma konocimiento ri palenge, andi KOBID-19: ke gue mini a ma trojas, ri to posa, pa kucha, chitia a ma kuagro, ma changaina, aguelo, aguela y cha. San Basilio de Palenque, Bolívar 194
- La sabiduría de la comunidad palenquera frente a la COVID-19: el regreso a los patios de las casas a escuchar a los kuagros, las mujeres, abuelos y abuelas. San Basilio de Palenque
- Experiencia 3.3:** Apoyando la resiliencia de niños y familias en la frontera colombo-venezolana durante la pandemia por la COVID-19. Villa del Rosario 204
- Experiencia 3.4:** Caminos conectados con la vida. Cartagena, Bolívar 212
- Experiencia 3.5:** Estrategia centros de protección al adulto mayor, Secretaría de Salud de Cali 222
- Experiencia 3.6:** Programa MIUDES, una experiencia interprofesional de atención a la COVID-19 en comunidades en situación de vulnerabilidad social. Bucaramanga 230
- Experiencia 3.7:** Formando campeones – cambiando historias en la pandemia. Squash and Education Alliance, Cartagena 239

Capítulo 4. Atención primaria en salud y prestación de servicios durante la pandemia por la COVID-19	244
Experiencia 4.1: Multicomponente para la contención de la infección por SARS-CoV-2 en adultos mayores institucionalizados. Valle del Cauca	261
Experiencia 4.2: Estrategia: Barranquilla no baja la guardia contra la COVID-19	270
Experiencia 4.3: Cambiamos y nos adaptamos para vivir humanamente, servimos con el corazón. Ipiales	280
Experiencia 4.4: Conectando la salud a las regiones: programa tele-UCI solidaria. Bogotá	286
Experiencia 4.5: Abordaje sistémico y adaptativo de una institución de salud ambulatoria al contexto de la pandemia por la COVID-19. Bogotá	295
Experiencia 4.6: Salud sin barreras en tiempos de pandemia. Fundación Amiga Colombo Venezolana – FAMICOVE. Medellín	306
Capítulo 5. Desarrollo tecnológico, innovación y sistemas de información durante la pandemia por la COVID – 19	313
Experiencia 5.1: Uso de la plataforma de mensajería instantánea Telegram en tiempos de la COVID-19: un aporte del Centro Rosarista de Salud Mental – CERSAME. Santa Marta - Bogotá	323
Experiencia 5.2: Salvamos vidas con una vacunación sin fronteras, Cúcuta	331
Experiencia 5.3: Telesalud. Universidad de Caldas. Manizales	340
Experiencia 5.4: Sistematización de la innovación de Mi Paciente Netux para el seguimiento de casos de infección respiratoria aguda grave	348
Capítulo 6. Gestión y desarrollo de capacidades en talento humano y comunidad durante la pandemia por la COVID-19	359
Experiencia 6.1: Desarrollo de capacidades básicas en el talento humano en salud y en las comunidades durante la emergencia sanitaria por la COVID-19	372
Experiencia 6.2: Experiencias y retos en fisioterapia frente a la COVID-19 en Colombia	381

Experiencia 6.3: Desarrollo de capacidades y fortalecimiento del talento humano en salud mental, rehabilitación y cuidado crítico para pacientes con la COVID-19 en Colombia	390
Experiencia 6.4: Fortalecimiento del programa infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda con enfoque etnocultural. Magdalena	399
Experiencia 6.5: Desarrollo de protocolos y orientaciones integrales escalonadas para mejorar la calidad de la atención integral de las personas con la COVID-19 en la postpandemia	409
Capítulo 7. Comunicación del riesgo y la participación comunitaria durante la pandemia por la COVID-19	417
Experiencia 7.1: Igualdad de género e inclusión social para acciones de prevención y vacunación COVID-19	433
Experiencia 7.2: KOOWI-19 sulu`u summain wayuu: Sünüikimaajatü jieyuu e`innalii süchiki shipia ayuuli sulu`u mma aralia (süchimma- wajiira). COVID-19 en el pueblo wayuu: palabras de mujeres tejedoras de salud en la ranchería el Ahumao, Riohacha, La Guajira	441
Experiencia 7.3: Programa Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible en Bucaramanga	449
Experiencia 7.4: Conformación y estructuración de la Sala de Análisis de Riesgo en Salud, Leticia, Amazonas	456
Capítulo 8. Aprendizajes y Recomendaciones	465

Lista de siglas y acrónimos

ACEFIT: Asociación Colombiana de Estudiantes de Fisioterapia
ACHC: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
ACNUR: Agencia de la Organización de las Naciones Unidas para los Refugiados
ADRES: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
AHE: Asistencia Humanitaria de Emergencia
AMCI: Asociación de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo
ARL: Administradora de Riesgos Laborales
ASCOFAFI: Asociación Colombiana de Facultades de Fisioterapia
ASCOFAME: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina
ASCOFI: Asociación Colombiana de Fisioterapia
CCNR: Centro de Contacto Nacional de Rastreo
CDI: Centros de Desarrollo Infantil
CDC: Centros para el Control y Prevención de Enfermedades
CNE: Centro Nacional de Enlace
COLFI: Colegio Colombiano de Fisioterapeutas
COVECOM: Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria
CPS: Centros de Protección Social para la persona mayor
CRUE: Centro Regulador de Urgencias y Emergencias
CTHS: Capacidades en el Talento Humano en Salud
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas
DAR: Detecto, Aíslo, reporto
DLS: Direcciones locales de Salud
EAPB: Empresas Administradoras de Planes de Beneficios
EFJ: Escuela de Formación en Salud
EPP: Elementos de Protección Personal
EPS: Entidad Promotora de Salud
ERR: Equipo de Respuesta Rápida
ESE: Empresas Sociales del Estado
GEIH: Gran Encuesta Integrada de Hogares
GRC: Gobernanza, Riesgo y Cumplimiento

Lista de siglas y acrónimos

GTH: Gestión del Talento Humano
FOME: Fondo de Mitigación de Emergencia
HGASM: Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
HUN: Hospital Universitario Nacional
ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IDS: Instituto Departamental de Salud
IEC: Estrategia de Información, Educación y Comunicación
INPEC: Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario
INPTRA: International Network of Physiotherapy Regulatory Authorities (por sus siglas en inglés)
INS: Instituto Nacional de Salud
IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
IRA: Infección Respiratoria Aguda
IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave
LHSS: Proyecto Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (por sus siglas en inglés)
LGBTIQ+: Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgénero, Transexual, Travesti, Intersexual y Queer
MERS: Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (por sus siglas en inglés)
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
NNA: Niños, niñas y adolescentes
OBC: Organizaciones de Base Comunitaria
OIM: Organización Internacional para las Migraciones
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONG: Organizaciones No Gubernamentales
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PAEF: Programa de Apoyo al Empleo Formal
PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones
PCR: Reacción en Cadena de la Polimerasa
PDET: Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial
PEP: Permiso Especial de Permanencia
PISIS: Plataforma de Integración de SISPRO
PMU: Puesto de Mando Unificado

Lista de siglas y acrónimos

PNV: Plan Nacional de Vacunación
PPT: Permiso por Protección Temporal
PRASS: Prueba, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible
PUJ: Pontificia Universidad Javeriana
RELAB: Registro de Laboratorios
RVSPC: Redes de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria
SAR: Sala de Análisis del Riesgo
SARS: Síndrome Respiratorio Agudo Grave (por sus siglas en inglés)
SARS-CoV-2: Enfermedad por el virus COVID-19
SCI: Sistema Comando de Incidentes
SDSB: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO: Sistema Integrado de Información de la Protección Social
SIVIGILA: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
SMLMV: Salario Mínimo Legal Mensual Vigente
SNGRD: Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres
SNRM: Sistema Nacional de Residencias Médicas
SSP: Secretaría de Salud Pública
SSA: Secretaría de Salud y Ambiente
TF: Tinker Foundation
THS: Talento Humano en Salud
TUC: Telesalud de la Universidad de Caldas
UCI: Unidad de Cuidados Intensivos
UCIN: Unidad de Cuidados Intermedios
UNAL: Universidad Nacional
UNGRD: Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres
USAID: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (por sus siglas en inglés)
VBG: Violencia Basada en Género
VSPC: Vigilancia en Salud Pública con enfoque Comunitario
WCPT: World Confederation for Physical Therapy (por sus siglas en inglés)

Lista de tablas

Tabla 1. Recursos utilizados para la atención de la emergencia sanitaria (miles de millones)

Tabla 2. Recursos utilizados para la ayuda social a población en condición de vulnerabilidad (miles de millones)

Tabla 3. Recursos utilizados para la protección del empleo y reactivación económica (miles de millones)

Tabla 4. Crisis migratoria y COVID-19, 2020

Tabla 5. Reporte Salto Ángel

Tabla 6. Estimación de Seroprevalencia SARS-CoV-2 en San Andrés 2021

Tabla 7. Publicaciones realizadas por los actores protagonistas de la experiencia

Tabla 8. Lista de vacunas COVID-19 en Colombia

Tabla 9. Personal contratado por Caminos IPS a diciembre de 2021

Tabla 10. Parámetros solución «Mi paciente» por fases de desarrollo

Tabla 11. Productos de conocimiento presentados en el XXVII Congreso Mundial de Fisioterapia en Dubái, 2021

Tabla 12. Signos de alarma enfermedad respiratoria aguda

Tabla 13. Frecuencia de casos confirmados y mortalidad en el departamento del Amazonas (2020-2022)

Lista de figuras

- Figura 1. Organización de células de trabajo en la Secretaría de Salud Distrital de Bogotá
- Figura 2. Seroprevalencia de SARS-CoV-2 en Colombia: estudio país
- Figura 3. Red de laboratorios de vigilancia genómica en Colombia
- Figura 4. Variantes de mayor circulación durante los picos epidemiológicos de la COVID-19 en Colombia, años 2021 – 2022
- Figura 5. Filogenia de SARS-CoV-2 en Colombia e identificación de la variante mu (B.1.621)
- Figura 6. Variantes de SARS-CoV-2 identificadas en San Andrés y Providencia durante el estudio de seroprevalencia
- Figura 7. Logros significativos del proceso implementación de la estrategia VSPC
- Figura 8. Evolución de casos según fecha de inicio de síntomas
- Figura 9. Pieza publicitaria síntomas 1. Diseñada para Facebook
- Figura 10. Contenido del kit de alimentación por Comparte por una vida, Colombia
- Figura 11. Kit de bioseguridad entregados por Comparte por una vida, Colombia
- Figura 12. Canal de divulgación Telegram CERSAME, 2020
- Figura 13. Nube de palabras sobre temas predominantes en el chat «Salud mental en tiempos de la COVID-19», 2020
- Figura 14. Tablero de indicadores de seguimiento de la plataforma «Mi paciente»
- Figura 15. Desarrollo de capacidades en el Talento Humano y la Comunidad durante la pandemia por la COVID-19.
- Figura 16. Estructura de la hoja de ruta para el despliegue de los ERR en momentos de crisis sanitaria
- Figura 17. Categorías de análisis y descriptores del proceso de sistematización del desarrollo de capacidades del talento humano para la atención del paciente COVID-19. Programa Comunidades Saludables de USAID
- Figura 18. Métodos de análisis de los datos
- Figura 19. Proceso de teleapoyo en cuidado crítico: caso de IPS hospitalaria en zona dispersa

Lista de fotografías

- Foto 1. Llegada de vacunas al Departamento del Valle del Cauca
- Foto 2. Gobernanza, liderazgo y financiamiento
- Foto 3. Programa Nacional Caracterización Genómica y Seroprevalencia INS
- Foto 4. Trabajo de campo vigilancia genómica-seroprevalencia INS
- Foto 5. Centro Regulador de Urgencias, Valle del Cauca
- Foto 6. Comunicación y Salud, Salto Ángel-1
- Foto 7. Comunicación y Salud, Salto Ángel-2
- Foto 8. Comunicación y Salud, Salto Ángel-3
- Foto 9. La vigilancia en salud pública e investigación durante la pandemia por la COVID-19
- Foto 10. Trabajo de campo seroprevalencia, INS
- Foto 11. Protocolo de estudio INS
- Foto 12. Toma de muestras INS
- Foto 13. Procesamiento de muestras INS
- Foto 14. Del laboratorio al diagnóstico COVID-19 #1
- Foto 15. Del laboratorio al diagnóstico COVID-19 #2
- Foto 16. Del laboratorio al diagnóstico COVID-19 #3
- Foto 17. Plan de trabajo ERR y Secretaría Distrital, Bogotá
- Foto 18. Capacitación comunitaria sobre la COVID-19 Barrio San Carlos, Bogotá
- Foto 19. Jornada de salud día del migrante Barrio Kennedy, Bogotá
- Foto 20. Capacitación de líderes y lideresas comunitarias, Riohacha
- Foto 21. Certificación en vigilancia comunitaria a líderes y lideresas, Necoclí
- Foto 22. Revisión técnica estrategia VSPC, Minsalud – Agencias de cooperación
- Foto 23. Educación práctica saludables, Norte de Santander
- Foto 24. Actividad educativa, Norte de Santander
- Foto 25. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el marco de la epidemia por la COVID-19
- Foto 26. Centro de Protección adultos mayores, Cali. Suministrada por J.Triana
- Foto 27. Jornada de vacunación, Secretaría de Salud del Cesar
- Foto 28. Jornada de vacunación en Riohacha
- Foto 29. Jornada de vacunación, Villa del Rosario
- Foto 30. Jornada de vacunación, Arauca

Lista de fotografías

- Foto 31. Patios de plantas naturales, San Basilio de Palenque
- Foto 32. Entrevista comunitaria, San Basilio de Palenque
- Foto 33. Médico tradicional, San Basilio de Palenque
- Foto 34. Estrategia resiliencia en población migrante-1
- Foto 35. Estrategia resiliencia en población migrante-2
- Foto 36. Caminos conectados con la vida-1
- Foto 37. Caminos conectados con la vida-2
- Foto 38. Caminos conectados con la vida-3
- Foto 39. Centro Protección Adulto, Cali-1. Suministrada por J.Triana
- Foto 40. Centro Protección Adulto, Cali-2. Suministrada por J.Triana
- Foto 41. MIUDES, Bucaramanga-1
- Foto 42. MIUDES, Bucaramanga-2
- Foto 43. Logo squash urbano Colombia
- Foto 44. Squash entrenamiento
- Foto 45. Entrega de copas menstruales Flow Fem
- Foto 46. La atención primaria en salud y prestación de servicios
- Foto 47. Actividad preventiva Coliseo Rocky Valdéz Cartagena
- Foto 48. Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Civil de Ipiales
- Foto 49. Talento Humano- Estrategia Multicomponente
- Foto 50. Entrevista Talento Humano, Cali
- Foto 51. Barranquilla No Baja la Guardia-1
- Foto 52. Barranquilla No Baja la Guardia-2
- Foto 53. Talento Humano Hospital Civil de Ipiales-1
- Foto 54. Talento Humano Hospital Civil de Ipiales-2
- Foto 55. Talento Humano Hospital Civil de Ipiales-3
- Foto 56. Teleasistencia en la Región-HUN
- Foto 57. Diplomado Atención Integral IRA-COVID-19 HUN
- Foto 58. Abordaje sistémico y adaptativo-1
- Foto 59. Abordaje sistémico y adaptativo-2
- Foto 60. Salud Sin Barreras-1
- Foto 61. Salud Sin Barreras-2

Lista de fotografías

- Foto 62. Apuestas y desafíos del desarrollo tecnológico durante la COVID-19
- Foto 63. ESE Hospital Civil, Ipiales
- Foto 64. Telesalud, Universidad de Caldas
- Foto 65. Telegram en tiempos de la COVID-19
- Foto 66. Jornada de vacunación, San José de Cúcuta
- Foto 67. Jornada de vacunación COVID-19, Cúcuta
- Foto 68. Telesalud, Universidad de Caldas-1
- Foto 69. Telesalud, Universidad Caldas-2
- Foto 70. Telesalud, Universidad Caldas-3
- Foto 71. Entrega de donación kit Mi Paciente, Secretaria de Salud Cúcuta
- Foto 72. Entrenamiento Mi Paciente, Norte Santander
- Foto 73. Monitoreo Mi Paciente Netux
- Foto 74. Gestión y desarrollo de capacidades talento humano en salud y comunidades
- Foto 75. Capacitación Etnocultural, Santa Marta
- Foto 76. Foro regional de actualización en vacunas, Cundinamarca
- Foto 77. Capacitación en vigilancia talento humano, Soacha
- Foto 78. Capacitación agentes educativos en vacunas contra la COVID-19 y PAI, Sucre
- Foto 79. ASCOFI-1
- Foto 80. ASCOFI-2
- Foto 81. Capacitación talento humano en salud-1
- Foto 82. Capacitación talento humano en salud-2
- Foto 83. Telesistencia en la Región-HUN
- Foto 84. Capacitación IRA-EDA, Etnocultural. Magdalena-1
- Foto 85. Capacitación IRA-EDA, Etnocultural. Magdalena-2
- Foto 86. Validación protocolo clínico, Medellín
- Foto 87. Validación protocolo clínico, Bogotá
- Foto 88. Comunicación de Riesgos en tiempos de la COVID-19
- Foto 89. Análisis de situación de riesgo COVID-19, Vaupés
- Foto 90. Análisis de situación de riesgo COVID-19, Putumayo
- Foto 91. Comunicación de riesgo comunitario, Ranchería el Ahumao
- Foto 92. Correría San José de Guaina, búsqueda Activa COVID-19

Lista de fotografías

- Foto 93. Vacunación COVID-19, Ranchería Currillamana
- Foto 94. Mesa técnica de gestión migratoria municipal. Alcaldía de Necoclí
- Foto 95. Promoción lavado de manos, Ranchería el Ahumao
- Foto 96. Búsqueda activa comunitaria, ERR- PRASS, Santander
- Foto 97. Adecuación mensajes claves para IRA, Santander
- Foto 98. Toma de muestra COVID-19 en comunidad, Leticia
- Foto 99. Transporte de muestras, Secretaría de salud, Leticia
- Foto 100. Aprendizajes y recomendaciones

PRÓLOGO

El mundo en la postpandemia

Por: José Consuegra Bolívar
Rector Universidad Simón Bolívar, Barranquilla

«En 2020 describí la COVID-19 como un túnel largo y oscuro. Ahora creemos haber llegado al final de ese túnel. No nos confundamos, la COVID-19 sigue entre nosotros, sigue matando, sigue mutando y sigue reclamando nuestra atención, aunque ya no representa una emergencia de salud pública de importancia internacional». La cita corresponde al discurso de Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el marco de la 76.^a Asamblea Mundial de la Salud que tuvo lugar en Ginebra (Suiza) en mayo pasado y que traigo a colación al considerar que resume lo acontecido y el escenario global actual.

Efectivamente, la pandemia por la COVID-19 nos trastocó la vida abruptamente y cambió radicalmente nuestra cotidianidad. Pese a los indicios y anuncios sobre las posibilidades de la expansión masiva de una enfermedad de alta capacidad de contagio, la humanidad no estaba preparada para afrontar una crisis sanitaria de tan vastas proporciones como en realidad vivimos, con resultados tan dramáticos, como son los más de siete millones de personas fallecidas, aunque según las autoridades de salud, debido al subregistro, la cifra puede ser superior. Así como los cientos de miles de personas que han quedado limitadas con complicaciones e incapacidades por esta afección.

Tres años después de la declaratoria de la pandemia tenemos la oportunidad de reflexionar sobre las consecuencias inmediatas de esta decisión como fueron la obligatoriedad del aislamiento social, el cierre de industrias, oficinas, universidades, colegios, establecimientos comerciales, etc., y la masificación del uso de los medios digitales y de telepresencia para diversas actividades, incluso, el mismo contacto con familiares y amigos. Pero, además de estas, quizás el peor efecto fue el miedo que se propagó a una velocidad mayor que el mismo virus, generando un panorama apocalíptico.

El mundo entero se enfrentó a un reto de solidaridad buscando equidad en la producción y distribución de vacunas. Una gran lección que le deja este episodio a la humanidad es el valor de la solidaridad, especialmente, en momentos críticos. La respuesta conjunta ante la adversidad es imprescindible: que unos accedan a una multiplicidad de alternativas y condiciones para la supervivencia a la vista de otros que carecen de todo, es una situación abyecta.

En este tiempo postpandémico es importante no pasar la página sin asimilar sus duras y complejas moralejas y,

para ello, resultan sustanciales iniciativas como la realizada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) a través de su Programa Comunidades Saludables, que facilitó la sistematización nacional de experiencias en respuesta a la pandemia en Colombia, con el fin de visibilizar estos aprendizajes viables y sostenibles en casos de crisis sanitarias futuras.

Tras participar en una convocatoria para desarrollar una subvención, la Universidad Simón Bolívar se encargó de producir el libro *Experiencias de la pandemia COVID-19. Colombia 2020-2022*, cuyo objetivo es, justamente, reconstruir estas experiencias y documentarlas para el servicio de las entidades territoriales, el sector privado, la academia, la comunidad científica, la sociedad en general y las personas migrantes venezolanas y retornadas.

Este libro consta de ocho capítulos en cuyo desarrollo es posible documentarse sobre aprendizajes y recomendaciones para enfrentar futuras emergencias, en el marco de los seis componentes básicos de los sistemas de salud: la gobernanza, el liderazgo y el financiamiento durante la pandemia, con el marco normativo y político empleado para su atención.

De igual forma, ofrece detalles sobre la vigilancia en salud pública e investigación durante la pandemia con las estrategias usadas para recopilar, procesar y difundir la información. También, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, aspectos relacionados con la acción intersectorial e interdisciplinaria para la atención primaria en salud y prestación de servicios.

El texto describe apuestas y desafíos del desarrollo tecnológico, la gestión y el desarrollo de capacidades de talento humano en salud y las estrategias comunitarias, así como las dinámicas de la comunicación de riesgos y participación ciudadana utilizadas a lo largo de la coyuntura sanitaria.

Esta no fue la primera pandemia ni epidemia vivida por el mundo, de hecho, en la actualidad la enfermedad se mantiene activa, con características endémicas en el entorno global y con la posibilidad de nuevas variantes, con picos y valles infecciosos: tampoco será la última, como lo han advertido los expertos en salud. De hecho, se prevén otras epidemias y pandemias con patógenos potentes y letales.

Como humanidad no podemos seguir actuando con una actitud de autosuficiencia y, mucho menos, fomentando la inequidad y desigualdad. Nuestra supervivencia depende de la unión y la solidaridad social con base en las experiencias y los aprendizajes obtenidos.



Fotografía # 1 suministrada por la Secretaría de Salud de Cali

INTRODUCCIÓN

El reconocimiento de la capacidad de responder a los cambios generados por la emergencia por la COVID-19 en los territorios colombianos es relevante para los tomadores de decisión, los profesionales de la salud, las instituciones privadas y públicas y la comunidad en general, ya que les permite resignificar las soluciones creativas y lecciones aprendidas utilizadas para enfrentar esta contingencia de interés en salud pública. La reflexión sobre las experiencias ganadas durante estos tres últimos años ayudará a avanzar hacia mejores respuestas sanitarias ante futuras emergencias de salud pública. Los resultados aquí expuestos permitirán analizar y sostener las experiencias y estrategias que se usarán en el futuro frente a una situación similar o en otras situaciones de emergencia para la salud en el país.

Tanto para la población colombiana como mundial, estas experiencias son relevantes porque posibilitan entender los aprendizajes viables, sostenibles y aquellos que no aportan a las soluciones de salud de los individuos y comunidades en tiempos de crisis, así como el papel participativo de los diferentes actores. En la reconstrucción de las experiencias agrega valor el reconocimiento de lo acontecido en la voz de involucrados, ya que esto legitima la acción, genera confianza y posicionamiento del conocimiento local.

La sistematización de las experiencias aquí descritas se pone a disposición de los gobiernos nacionales, territoriales, el sector público y privado, la sociedad civil, la academia y la comunidad científica en general como un portafolio de experiencias en las cuales podremos reconocer y analizar ¿qué se hizo?, ¿cómo se hizo?, ¿qué se debe sostener?, ¿qué se debe mejorar?, ¿que faltó por hacer? y ¿que no se debe seguir haciendo?, con el fin de ajustar las acciones para un futuro y promover su escalamiento y reproducción; así como las experiencias ganadas para avanzar hacia mejores respuestas sanitarias ante futuras emergencias de salud pública.

Se aborda la naturaleza multifacética de los sistemas de salud y la distribución de responsabilidades directas e indirectas de múltiples sectores y los determinantes sociales en salud (WOM [OMS, en español], 2010). Este antecedente se constituye en un marco de referencia para reconocer las experiencias que situaron a Colombia en el tercer lugar de clasificación del Ranking Ipsos y en el puesto número 12 del Ranking Bloomberg y Referente Regional para vigilancia genómica para SARS-CoV-2.

Reconocemos y agradecemos al gobierno nacional, a las entidades territoriales, agencias de cooperación internacional, academia, sociedades científicas, Instituciones Prestadoras de Servicios de salud -IPS (públicas y

privadas), Empresas Administradoras de Planes de Beneficio EAPB, ONG´s, fundaciones, Organizaciones de Base Comunitaria, liderazgos comunitarios, y a todos aquellos que, con sus diferentes iniciativas hicieron posible una respuesta solidaria a los retos que día a día se enfrentaron durante la pandemia causada por la COVID-19. Este libro relata algunas de estas iniciativas, sin desconocer que en Colombia los diferentes actores aún tienen muchas otras por contar.

Antecedentes

En diciembre de 2019 se reportó, por primera vez, en Wuhan, China, un síndrome respiratorio agudo severo por SARS-CoV-2 (Ochani et al., 2021); para el 30 de enero de 2020, se habían confirmado 7 734 casos en China y registrado 90 casos en varios países de Asia, Europa y Norteamérica —Taiwán, Tailandia, Vietnam, Malasia, Nepal, Sri Lanka, Camboya, Japón, Singapur, la República de Corea, Emiratos Árabes Unidos, Estados Unidos, Filipinas, India, Irán, Australia, Canadá, Finlandia, Francia y Alemania— (Rothan y Byrareddy, 2020). El 11 de febrero de 2020, la OMS denominó a esta nueva enfermedad causada por el SARS-CoV-2 como enfermedad COVID-19; y el 11 de marzo, el director General de la OMS declaró qué, dados los alarmantes niveles de propagación y gravedad en diferentes regiones del mundo, la emergencia sanitaria por COVID-19 es considerada como una pandemia (Organización Mundial de la Salud, 2020a).

El origen de la infección se relacionó epidemiológicamente con el mercado mayorista de mariscos y animales húmedos en Wuhan, en cuanto a los síntomas de la infección estos aparecen después de un periodo de incubación de 5,2 días. El tiempo entre el inicio de los síntomas hasta su remisión o la muerte pueden variar entre 6 a 41 días, con una mediana de 14 días. Los síntomas más comunes al inicio de la enfermedad son fiebre, tos y fatiga, mientras que otros síntomas pueden ser producción de esputo, dolor de cabeza, hemoptisis, diarrea, disnea y linfopenia (Rothan y Byrareddy, 2020). Algunos autores confirman que los pacientes con infección por SARS-CoV-2 presentan principalmente fiebre, tos seca, congestión de las vías respiratorias superiores, producción de esputo y dificultad para respirar, síntomas que podían ir acompañados de pérdida del olfato y del gusto. Otros pacientes con síntomas graves ameritaban hospitalización e, incluso, el desenlace fue la muerte (Tsang et al., 2021).

La COVID-19 es una enfermedad heterogénea en su curso clínico, dado que presenta desde cuadros asintomáticos hasta casos letales, con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) o falla multiorgánica (Parasher, 2021; Saad et al., 2021). Entre los factores que explican las diferencias en los cuadros clínicos asintomáticos, con síntomas leves y graves están la edad avanzada, presencia de comorbilidades y ausencia de un esquema de vacunación o esquemas incompletos. En la revisión de Ejaz et al. (2020), se destaca la asociación de la COVID-19 con algunas comorbilidades, que incluyen hipertensión, diabetes, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, enfermedades cardiovasculares (ECV), enfermedades hepáticas, malignidad, virus de inmunodeficiencia humana y enfermedades renales. Esta premisa ha sido primordial porque fundamenta el diseño de estrategias de intervención sobre la protección y manejo de las afecciones crónicas y la distribución de vacunas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

Dado que el SARS-CoV-2 es considerado como un agente de gran amenaza para la salud pública, el análisis de su propagación ha sido fundamental. La transmisión de persona a persona es la principal responsable de la propagación de la enfermedad, sea en entornos de atención médica, comunitarios y familiares. Entre las medidas consideradas no farmacológicas y recomendadas por la OMS para reducir la incidencia de casos están el confinamiento social, la cuarentena de las comunidades, el lavado de manos y el uso de tapabocas (OMS, 2020b).

El 6 de marzo de 2020 se confirma el primer caso de la COVID-19 en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020a). Para hacer frente a la situación de pandemia en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia adoptó una serie de medidas que fueron clasificadas en tres fuentes primordiales: medidas de emergencia sanitaria, medidas de emergencia social, económica y ecológica, y medidas de orden público y otras de carácter ordinario. El 23 de marzo de 2020 se ordena la cuarentena nacional y el despliegue de respuestas desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud y los Regímenes Especial y de Excepción durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por COVID-19 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020a).

El país implementó, además, mediante la Resolución 676 del 24 de abril de 2020 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020c), el Sistema de Información para el reporte y seguimiento en salud de las personas afectadas por la COVID-19, que permitió contar con información actualizada en tiempo real de los eventos de infección respiratoria aguda, declaraciones de salud de viajeros y reportes de pasajeros, alertas sanitarias de casos y contactos, casos diagnosticados por laboratorio de la COVID-19, Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), relacionados con casos de atención de personas con enfermedad respiratoria aguda, defunciones por o sospechosas de la COVID-19, autopsias de muertes sospechosas por la COVID-19, capacidad instalada de camas de hospitalización, cuidados intensivos, cuidados intermedios, soporte de ventilación mecánica invasiva, laboratorios disponibles y pruebas diagnósticas para la COVID-19 y otros virus respiratorios, talento humano en salud disponible, así como los registros de las plataformas digitales que recopilan datos de casos de la COVID-19 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020b).

La información se constituyó en el insumo de mayor importancia para el sistema de alerta y toma de decisiones frente al comportamiento de la epidemia en el país y la capacidad de los territorios para responder a la misma. Como medida de mitigación, el MSPS emitió una serie de resoluciones, entre las cuales se establecieron los protocolos de bioseguridad en los diferentes establecimientos y actividades de la industria, el comercio, el transporte, y demás.

Las medidas de emergencia económica, social y ecológica se establecieron teniendo en cuenta la gravedad y la profunda afectación en todas las esferas de desarrollo del país, con el fin de hacer frente a la difícil situación generada por la pandemia e impedir la extensión de sus efectos. Por su parte, las medidas de orden público

buscaron generar acciones del nivel público y comunitario que permitieran disminuir y controlar la propagación de la COVID-19 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020a). Factores como la alta capacidad de transmisión del virus entre las personas y la ausencia de vacunas en los primeros meses de haberse declarado la emergencia sanitaria, aunado a la implementación inadecuada de políticas sanitarias y el bajo apoyo del sistema de salud, incrementaron la posibilidad de enfermar gravemente hasta la muerte (Applegate y Ouslander, 2020).

Las comparaciones de las respuestas a la COVID-19 entre los diferentes países muestran similitudes y diferencias en las medidas adoptadas y los resultados obtenidos, comprender los aspectos que influyeron en mayor o menor medida al éxito en el control de la enfermedad es fundamental para respaldar a los tomadores de decisiones y contribuir a la planificación para responder a futuras pandemias (Sepúlveda-Hernández, 2021).

Metodología

El marco conceptual se basó en los postulados de la OMS (2010) frente a cómo los sistemas de salud responden a las necesidades de las poblaciones, desde su naturaleza multifacética distribuida entre diversos actores. En este sentido, el análisis, desde los seis componentes básicos de los sistemas de salud, facilita la comprensión de los retos, desafíos y desempeño que el sistema de salud colombiano enfrentó durante la pandemia.

Estos componentes básicos son: (a) vigilancia en salud pública y prestación de servicios, (b) personal de salud, (c) sistemas de información de salud, (d) acceso a servicios esenciales como medicamentos y tecnologías, (e) financiamiento y (f) liderazgo y gobernanza, que pueden contribuir a comprender los factores que influyeron en las experiencias exitosas alrededor de la COVID-19. Se tuvo en cuenta para el análisis de estos componentes el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Es decir, cómo la respuesta incluyó la política de igualdad de género, inclusión social, enfoque territorial y de curso de vida, entre otras.

Este libro tiene como objetivo reconstruir las experiencias documentadas en respuesta a la emergencia sanitaria por la COVID-19 implementadas en Colombia. Para ello, la Universidad Simón Bolívar, elaboró un protocolo de sistematización para seleccionar las experiencias territoriales en siete categorías de análisis, desde la metodología hermenéutica de corte cualitativo y participativa y los instrumentos de recolección de información utilizados en tres etapas. Se aplicaron criterios de evaluación (descripción experiencia, categoría del sistema afín, sustentación, alianzas técnicas y financieras). Asignando puntaje entre 0 y 100. Se seleccionaron las experiencias con puntaje de ≥ 70 .

Las categorías analizadas son: gobernanza, liderazgo y financiamiento, vigilancia en salud pública e investigación, promoción y prevención, Atención Primaria en Salud (APS) y prestación de servicios, desarrollo tecnológico, innovación y sistemas de información de salud, gestión y desarrollo de capacidades en el talento humano y la comunidad y comunicación del riesgo y participación comunitaria.

Las etapas se desarrollaron de la siguiente manera:

Etapa 1. Convocatoria, investigación y selección. En primer lugar, se prepararon las bases de la convocatoria pública nacional, que fue abierta entre el 5 de noviembre y el 12 de diciembre de 2022.

La convocatoria fue dada a conocer en una campaña de promoción y divulgación, a través de redes sociales (Twitter, Facebook e Instagram) y las plataformas impresa y digital del periódico *El Espectador* y la Universidad Simón Bolívar. En redes sociales, la campaña logró una cobertura de 202 278 impresiones (veces que las piezas fueron vistas), así: en Instagram, 144 200 por medio de El Espectador y 11 831 de Unisimón; Facebook, 45 247 a través de El Espectador y 900 impresiones en Twitter con la cuenta de Unisimón. De igual forma, se cumplió con el requisito de publicitar la convocatoria mediante un aviso legal en un medio de circulación nacional, como El Espectador. En segundo lugar, se realizó una investigación periodística de experiencias nacionales publicadas en páginas web institucionales y comunitarias, periódicos, revistas y libros significativos. En tercer lugar, se conformó un Comité de evaluación y selección para evaluar y seleccionar las experiencias territoriales que cumplieran los criterios establecidos en el protocolo.

Se inscribieron 55 experiencias territoriales, dos del territorio de La Guajira; una en el Magdalena (Santa Marta); 12 experiencias de Bogotá; cinco de Bolívar, de las cuales cuatro son en Cartagena y una en San Basilio de Palenque; 13 en Norte de Santander, de estas, 12 en Cúcuta y una en Cácuta; una experiencia en Soacha, Cundinamarca; cuatro en el Valle del Cauca; una en Ipiales, Nariño; tres en los municipios de Marinilla, La Ceja y Medellín, Antioquia; cuatro en Santander, una de estas de Floridablanca; cuatro en Barranquilla; y los territorios de Arauca, Leticia, Morroa (Sucre), Manizales y Armenia presentaron cada uno una experiencia.

De las 55 experiencias evaluadas, 26 fueron seleccionadas con puntaje de ≥ 70 (11 de entidades territoriales; 5 de universidades; 5 de organizaciones base comunitaria; 3 de institución salud y 2 de entidad nacional). Por otro lado, el proceso de investigación periodística y documentación recibida permitió introducir ocho ejercicios de sistematización sobre el apoyo al gobierno colombiano por parte de USAID, a través de su Programa Comunidades Saludables y uno de la Universidad Simón Bolívar, para un total de 35 experiencias incluidas en la sistematización de la respuesta a la emergencia sanitaria por la COVID-19 en Colombia entre los años 2020 y 2022. El 20 de febrero de 2023, mediante comunicación escrita, se informaron los resultados a las instituciones participantes.

Etapa 2. Reconstrucción: Entre el 25 de febrero al 30 de marzo de 2023, se realizaron visitas para entrevistar a los actores involucrados y a partir de los relatos obtener la información requerida. Además, se identificaron 20 documentos técnicos (informes, sistematizaciones, estudios, etcétera), que fueron recibidos para ampliar la información levantada mediante entrevistas. Las entrevistas fueron conducidas por profesionales de la Universidad Simón Bolívar, previo consentimiento informado. Se utilizaron sets de preguntas orientadoras para cada categoría de interés, que guiaron el discurso hacia la descripción de las experiencias. Se utilizaron dos modalidades para el encuentro con los protagonistas, una reunión virtual o un encuentro presencial y la información fue recolectada en matrices de acuerdo con las siete categorías de análisis.

Para la reconstrucción de las experiencias se analizaron los documentos aportados por los actores seleccionados, o los publicados en bases de datos electrónicas o en páginas web sobre las acciones implementadas durante la emergencia sanitaria identificados por el grupo de investigadores de la Universidad Simón Bolívar.

Etapa 3. Interpretación: Una vez finalizada la recolección de información, se realizó el análisis de las historias relatadas y de la información encontrada, para mayor interpretación se establecieron mapas de relaciones entre categorías que analizaron las claves de éxito y fracaso, las buenas prácticas, los logros, lecciones aprendidas y los desafíos para hacer sostenible la respuesta a emergencias sanitarias futuras y los vacíos de conocimiento y de aprendizaje. Lo anterior permitió relatar las experiencias y someterlas a revisión interna y validación por los participantes, para su posterior edición en versión español.

El libro *Experiencias de la pandemia COVID-19. Colombia 2020-2022* está organizado en ocho capítulos según las categorías de análisis e interpretación definidas para la sistematización de las experiencias y un capítulo final que resume los aprendizajes y recomendaciones para enfrentar futuras emergencias sanitarias. El primer capítulo, «Gobernanza, liderazgo y financiamiento durante la pandemia por la COVID-19», hace referencia al marco normativo y político que posibilitó la gobernanza y el liderazgo durante la pandemia causada por SARS-CoV-2 y garantizó las condiciones de cobertura y el acceso a los servicios de salud de la población en el territorio nacional durante la crisis sanitaria.

El segundo capítulo, «La vigilancia en salud pública e investigación durante la pandemia por la COVID-19», muestra las estrategias usadas durante la emergencia para la recopilación de datos, su evaluación, análisis y difusión de los resultados. El tercer capítulo, «Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el marco de la epidemia por la COVID-19», da cuenta de las estrategias de prevención y respuestas terapéuticas eficaces para mitigar el impacto de la enfermedad mediante las medidas no farmacológicas y de vacunación. El cuarto capítulo, «La atención primaria en salud y prestación de servicios», plantea los elementos clave de la atención en salud como la acción intersectorial e interdisciplinaria para dar respuestas integrales e integradas entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles en la sociedad.

El quinto capítulo, «Apuestas y desafíos del desarrollo tecnológico durante la COVID-19», aborda diferentes estrategias relacionadas con el desarrollo y uso de tecnologías implementadas para la atención de la emergencia sanitaria generada por la COVID-19. El capítulo evidencia el incremento del uso de tecnología y la incidencia en el manejo de la crisis sanitaria, especialmente el fortalecimiento del modelo de atención virtual de medicina de Colombia y la obtención y sistematización de datos para la toma de decisiones. El objetivo del sexto capítulo, «Gestión y desarrollo de capacidades talento humano en salud y comunidades», es divulgar los retos que enfrentó

el talento humano en salud para responder a la emergencia por la COVID-19 y las estrategias usadas para fortalecer los conocimientos y habilidades de los profesionales de la salud en la atención sanitaria. Igualmente, el capítulo aborda las estrategias comunitarias implementadas para mitigar el contagio por la COVID-19.

El capítulo séptimo, «Comunicación de riesgos en tiempos de la COVID-19», aborda las dinámicas de la comunicación de riesgos y participación ciudadana como determinantes dentro del funcionamiento y equilibrio del sistema de atención a la emergencia sanitaria producida por la COVID-19. El capítulo demuestra que los procesos de comunicación mediática y digital influyeron en la configuración de las representaciones sociales de la gente sobre la COVID-19, ante lo cual fue necesario diseñar estrategias de comunicación para el descenso de los niveles de incertidumbre a través de la publicación de información sustentada y pertinente, así como de mensajes enfocados en la posibilidad del cambio de comportamiento, usos y costumbres relacionados con el mantenimiento de la salud pública y las decisiones de los diferentes actores del sistema social para actuar frente a la COVID-19.

Por último, el capítulo octavo, «Aprendizajes y Recomendaciones», describe los aprendizajes y recomendaciones para enfrentar futuras emergencias sanitarias en salud pública.

Referencias

- Applegate, W. B., & Ouslander, J. G. (2020). COVID-19 Presents High Risk to Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(4), 681. <https://doi.org/10.1111/jgs.16426>
- Ejaz, H., Alsrhani, A., Zafar, A., Javed, H., Junaid, K., Abdalla, A. E., Abosalif, K. O. A., Ahmed, Z. & Younas, S. (2020). COVID-19 and comorbidities: Deleterious impact on infected patients. *Journal of infection and public health*, 13(12), 1833–1839. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.07.014>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020a). Colombia confirma su primer caso de COVID. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-confirma-su-primer-caso-de-COVID-19.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020c). Resolución 676 del 24 de abril de 2020. Por la cual se establece el Sistema de Información para el reporte y seguimiento en salud a las personas afectadas COVID-19. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No.%20676%20de%202020.pdf
- Ochani, R., Asad, A., Yasmin, F., Shaikh, S., Khalid, H., Batra, S., Sohail, M. R., Mahmood, S. F., Ochani, R., Hussham Arshad, M., Kumar, A. & Surani, S. (2021). COVID-19 pandemic: from origins to outcomes. A comprehensive review of viral pathogenesis, clinical manifestations, diagnostic evaluation, and management. *Le infezioni in medicina*, 29(1), 20-36.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). COVID-19 y comorbilidades–Américas. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53253/OPSIMSPHECOVID-19210003_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Parasher A. (2021). COVID-19: Current understanding of its Pathophysiology, Clinical presentation and Treatment. *Postgraduate Medical Journal*, 97(1147), 312–320. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-138577>
- Rothan, H. A. & Byrareddy, S. N. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of autoimmunity*, 109, 102433. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>
- Saad, E. J., Correa Barovero, M. A., Marucco, F. A., Rodríguez Bonazzi, S. T., Tarditi Barra, A., Zlotogora, M., Villada, S. M., Douthat Y Barrionuevo, A., Heredia, M. C., Caeiro, J. P., Fernández, P. y Albertini, R. A. (2021). Características clínicas y epidemiológicas de pacientes hospitalizados por infección por SARS-CoV-2 en dos hospitales en Córdoba. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 78(3), 303–312. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n3.32518>
- Sepúlveda-Hernández, E. (2021). Sentipensar la pandemia COVID-19 desde la sistematización de la experiencia en Trabajo Social: reflexiones del profesor Óscar Jara Holliday. *Prospectiva*, (31), 131-150. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i31.10653>.
- Tsang, H. F., Chan, L. W. C., Cho, W. C. S., Yu, A. C. S., Yim, A. K. Y., Chan, A. K. C., Ng, L. P. W., Wong, Y. K. E., Pei, X. M., Li, M. J. W. & Wong, S. C. (2021). An update on COVID-19 pandemic: the epidemiology,

pathogenesis, prevention and treatment strategies. *Expert review of anti-infective therapy*, 19(7), 877–888. <https://doi.org/10.1080/14787210.2021.1863146>

Universidad Simón Bolívar. (2022). Protocolo para la sistematización de las respuestas a la emergencia sanitaria durante la pandemia del coronavirus en Colombia: comunidades saludables. Barranquilla. <https://www.unisimon.edu.co/servicios/planeacion/2033/2895>

World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>

World Health Organization. (2020a). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report-51*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331475/nCoVsitrep11Mar2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization. (2020b). *Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions*. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>

Yu, W. B., Tang, G. D., Zhang, L. & Corlett, R. T. (2020). Decoding the evolution and transmissions of the novel pneumonia coronavirus (SARS-CoV-2 / HCoV-19) using whole genomic data. *Zoological Research*, 41(3), 247–257. <https://doi.org/10.24272/j.issn.2095-8137.2020.022>



Gobernanza, liderazgo y financiamiento

Capítulo 1

Fotografía # 2 suministrada por el Equipo de Respuesta Rápida, Cauca

Capítulo 1. Gobernanza, liderazgo y financiamiento durante la pandemia por la COVID-19

Por: Érika Palacio Durán

La pandemia por el virus SARS-CoV-2 provocó una crisis que afectó los sistemas de salud del mundo, con impacto social y económico profundo, especialmente en los países de ingresos bajos. El liderazgo y la gobernanza en salud requieren la existencia de un marco normativo y político estratégico con regulaciones y controles eficaces, coaliciones y alianzas sólidas y participación y rendición de cuentas transparente (OMS, 2010), orientadas a garantizar las condiciones de cobertura y el acceso a los servicios de salud de la población en el territorio durante la crisis sanitaria.

Colombia posee un marco normativo garante de la respuesta frente a situaciones de emergencia, basado en los fundamentos y directrices de la política nacional de gestión del riesgo de desastres (Ley 1523 de 2012) y el Reglamento Sanitario Internacional 2015, que orientaron la adopción del plan de contingencia para la respuesta por la emergencia sanitaria por la COVID-19 en todas sus etapas (World Bank Group, 2020).

En términos de gobernanza para el manejo de la pandemia, Colombia disponía de una infraestructura y capacidad logística para responder a situaciones de emergencia, que favoreció una rápida y temprana acción frente a la declaratoria de pandemia, activando la Unidad Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), comisión intersectorial que ha venido operando desde el día cero hasta la fecha, orientando la toma de decisiones frente a los diferentes niveles de riesgos de la pandemia. El Comité de Evaluación de Riesgo comenzó a sesionar a partir de la segunda semana del mes de enero del 2020, con la participación de los diferentes actores del sistema para preparar y concertar el rol que cada uno debía asumir ante una inminente declaratoria de emergencia.

Con el primer caso confirmado, el día 6 de marzo del 2020, correspondiente a una mujer proveniente de Italia, la Presidencia de la República, junto al equipo de ministros y la UNGRD, pone en marcha el Puesto de Mando Unificado (PMU), a través del cual se hizo monitoreo y seguimiento a la llegada de la COVID-19 al país, a la vez que se establecían las acciones de manejo y medidas preventivas que debía adoptar la población; de la misma forma, durante el PMU se realizó evaluación de las condiciones de preparación de los departamentos para atender la situación en las regiones (UNGRD, 2020a).

A la vez, el gobierno nacional anunció, en un nuevo PMU desarrollado el día 7 de marzo del mismo año, la disponibilidad de una aplicación de descarga gratuita llamada CoronApp - Colombia, construida por la Agencia Nacional Digital, que permitió a todos los colombianos tener información oficial sobre las medidas y recomendaciones de prevención contra la COVID-19, hacer seguimiento al comportamiento de la pandemia y mitigar su impacto, conocer la disponibilidad de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e información sobre cuidado en casa y salud mental (Minsalud, 2020a; MinTIC, 2020a).

Una vez se decreta la situación de pandemia el 11 de marzo del 2020, por parte de la OMS, Colombia activa su plan de contingencia en aras de detener la transmisión del SARS-CoV-2 y prevenir su propagación, declarando el estado de emergencia sanitaria el 12 de marzo del 2020, de la mano de las directrices de la OMS, que le permitieron tomar medidas rápidas y excepcionales como la suspensión de todos los eventos públicos de más de 500 personas, el tránsito de cruceros por el país, así como el aislamiento preventivo y la cuarentena (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020b).

Este plan de contingencia buscó minimizar el impacto de la COVID-19 en la población colombiana en los diferentes ámbitos (comunitario, laboral e individual), mediante acciones de promoción de la salud, prevención, atención, vigilancia y respuesta frente al ingreso y propagación de SARS-Cov-2, así como el seguimiento de casos, sus contactos y su potencial poder epidémico. Además, se generaron las directrices para que cada sector, nivel territorial e instituciones locales, pudiera implementar las medidas de acuerdo con sus competencias y su rol en cada una de las fases del plan: *preparación, contención, mitigación, protección y recuperación* (Minsalud, 2020l).

Se conformaron más de 100 Puestos de Mando Unificado de atención de la COVID-19 en todo el país y sesionaron los Comités de Manejo de Desastres, a fin de hacer seguimiento y monitoreo a la evolución de la pandemia a nivel nacional e internacional (UNGRD, 2020b). Los Puestos de Mando Unificado permitieron ejercer un mayor control de la situación de emergencia a nivel territorial, posibilitando la toma oportuna de decisiones en cada una de sus fases.

El MSPS y el Instituto Nacional de Salud (INS), previo a la confirmación del primer caso en el país, brindaron asistencia técnica para la preparación del plan de contingencia a los actores territoriales, las entidades aseguradoras y los prestadores de servicios de salud, con el fin de alistar su capacidad de respuesta y atender población afiliada, no afiliados y la población migrante regular (Banco Mundial, 2020).

1.1 Medidas adoptadas frente a la pandemia

El MSPS adoptó una serie de medidas que fueron clasificadas en tres fuentes primordiales: *1. medidas sanitarias y de emergencia sanitaria, 2. medidas de emergencia social, económica y ecológica y 3. medidas de orden público y otras de carácter ordinario* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020k), las cuales fueron, en gran medida, trascendentales para la gobernanza eficaz en el manejo de la pandemia.

Entre las medidas sanitarias y de emergencia sanitaria resulta importante mencionar la Resolución 385 de 2020, mediante la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19, la cual estuvo vigente desde el 12 de marzo de 2020 hasta el 30 de junio de 2022, y se adoptaron diferentes medidas sanitarias como el distanciamiento físico, medidas higiénicas y de bioseguridad en establecimientos comerciales y mercados, suspensión del tráfico marítimo internacional, entre otras que se consideraban importantes en ese momento, con el fin de prevenir y controlar la propagación de la COVID-19 en el territorio nacional y mitigar sus efectos. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020n).

Prontamente, el gobierno nacional fue adoptando otras medidas acordes con la evolución de la pandemia, como cierres temporales de establecimientos y locales comerciales de esparcimiento y diversión y la suspensión del expendio de bebidas alcohólicas (Res. 453 de 2020), así como el aislamiento obligatorio para las personas mayores de 70 años (Res. 464 de 2020) y el aislamiento preventivo de todas las personas habitantes de la República de Colombia a partir del día 25 de marzo de 2020, el cual se extendió hasta el 31 de agosto del mismo año.

El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 502 de 2020, adopta los lineamientos para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por la COVID-19. Complementaria a esta, se emite la Resolución número 536 de 2020, mediante la cual se adopta el Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por la COVID-19; ambas resoluciones fueron de obligatorio cumplimiento por parte de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los Regímenes Especial y de Excepción. Este plan de acción incluyó cuatro fases para la prestación de servicios durante la pandemia por SARS-CoV-2:

1

Ampliación de la capacidad instalada: cuando el país aún contara solo con casos importados y buscaba poder liberar progresivamente las camas hasta llegar a un 50 % de disponibilidad.

2

Optimización de la capacidad instalada existente: cuando además de los casos importados también existiera transmisión por contactos y se activaría alcanzado una utilización cercana al 40 % de la capacidad de respuesta.

3

Extensión de la capacidad instalada haciendo uso de infraestructura cerrada o sin uso como lo hoteles, cuando además de los casos importados y la transmisión por contactos existiera transmisión local, activándose una vez la capacidad de respuesta alcanzara una utilización cercana al 70 %.

El país implementó, además, mediante la Resolución 676 del 24 de abril de 2020, el Sistema de Información para el reporte y seguimiento en salud de las personas afectadas por la COVID-19, así como los mecanismos de integración de fuentes de información (vigilancia, seguimiento, control en salud pública, emergencia, atención individual y colectiva), que se constituyó en el insumo de mayor importancia para los sistemas de alerta y toma de decisiones frente al comportamiento de la epidemia en el país y la capacidad de los territorios para responder a la misma.

Además, permitió contar con información actualizada en tiempo real de casos, declaraciones de salud de viajeros y reportes de pasajeros, alertas sanitarias de casos y contactos, casos diagnosticados por laboratorio, Sistema de Información de Prestaciones de Salud (RIPS) relacionados con casos de atención de personas con enfermedad respiratoria aguda, defunciones por o sospechosas de la COVID-19, autopsias de muertes sospechosas por la COVID-19, capacidad instalada de camas de hospitalización, cuidados intensivos, cuidados intermedios, soporte

de ventilación mecánica invasiva, laboratorios disponibles y pruebas diagnósticas para la COVID-19 y otros virus respiratorios, talento humano en salud disponible, así como los registros de las plataformas digitales que recopilan datos de los casos presentados.

Como medida de mitigación, el MSPS emitió resoluciones para adoptar los protocolos de bioseguridad en los diferentes establecimientos públicos y privados, como fueron las actividades de la industria, el comercio, el transporte, entre otras. Las medidas de emergencia económica, social y ecológica se establecieron teniendo en cuenta la gravedad y la afectación en todas las esferas de desarrollo del país, para así, hacer frente a la difícil situación generada por la pandemia e impedir la extensión de sus efectos. Por su parte, las medidas de orden público buscaron generar acciones de seguridad pública y comunitaria que facilitaran los intercambios y dinámicas sociales de los territorios para minimizar la propagación del virus.

En aras de flexibilizar el aislamiento preventivo obligatorio y la puesta en marcha de un aislamiento selectivo de casos confirmados, casos sospechosos o probables de alto riesgo, se creó, mediante Decreto 1109 de 2020, el Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible – PRASS, con el fin de desacelerar el contagio por la COVID-19 e interrumpir las cadenas de transmisión (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020g).

El PRASS incluyó la toma de muestras y pruebas diagnósticas de laboratorio, el rastreo de los contactos de los casos confirmados y el aislamiento de los casos confirmados y sus contactos, además de la gestión del riesgo en salud y el reconocimiento económico para las personas que debían quedar en aislamiento. Asimismo, estableció las obligaciones de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para dar cumplimiento efectivo a este programa.

1.2 Atención a poblaciones especiales

Especial atención representó para Colombia la atención de aquellas poblaciones que por sus condiciones podrían ser más vulnerables ante los efectos de la pandemia por SARS-CoV-2, como la población migrante, adultos mayores, grupos étnicos, personas en situación de calle y población privadas de la libertad.

1.2.1 Población migrante

Antes de la pandemia, la llegada de población migrante venezolana al país (2014) iba en ascenso por diversas causas relacionadas con la situación sociopolítica que enfrentaba Venezuela, con lo cual se desataron choques sociales y económicos en nuestro país (Álvarez, 2021). En el contexto de riesgo sanitario por la COVID-19, Colombia adoptó medidas extraordinarias que facilitaron el proceso de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y en abril de 2020 se expidieron los lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de la COVID-19 en la población migrante (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020i), orientados a mitigar el riesgo de transmisión del virus y realizar derivaciones oportunas a los servicios de salud de esta población.

Mediante Resolución 3015 de 2017, el gobierno nacional adoptó el Permiso Especial de Permanencia-PEP, como un documento válido de identificación ante el Sistema de Protección Social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017), actualizado en 2022 mediante Resolución número 572. A inicios de 2022, según cifras de Migración Colombia, se tiene registro de cerca de 2,5 millones de personas migrantes venezolanas, ubicadas principalmente en Bogotá, Norte de Santander, La Guajira, Atlántico y Antioquia. Sin embargo, aunque se han aprobado 1,6 millones de PEP a población migrante venezolana, se han entregado 1,5 millones

(Migración Colombia, 2022), de los cuales se encontraban afiliados al SGSSS a marzo de 2022 un total de 584 790 (DANE, 2022) y a mayo de 2022 esta cifra alcanzó las 738 349 personas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022c).

El plan de acción para la atención a la población migrante se desarrolló en seis puntos fundamentales: 1) manejo responsable y humanitario de la frontera, 2) garantía de acceso a la salud, 3) adaptación de los programas de cooperación para la atención de personas migrantes, 4) atención a la población en condición de vulnerabilidad y migrante, 5) focalización de programas en puntos de alto impacto y 6) mayor coordinación e información (Parlamento Andino, 2022).

En este sentido, resultó importante el trabajo entre el gobierno nacional y los entes territoriales para la afiliación y la atención integral en salud de esta población en el contexto de la pandemia, pasando de una inversión de 10 000 millones de pesos en 2017 a \$790 000 millones en 2021, es decir, se aumentó 74 veces la inversión en la población migrante en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022c).

Además, se incluyó en el Conpes (2022) la definición e implementación de una estrategia para aumentar la afiliación de la población al SGSSS entre los años 2022-2027 y la vacunación de la población migrante venezolana con los biológicos incluidos en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y la vacuna contra la COVID-19.

1.2.2 Población adulta mayor

La población adulta mayor ha sido una de las más vulnerables frente a la COVID-19; factores relacionados con las comorbilidades más frecuentes en este rango de edad aumentaron su riesgo. Del total de 6 323 357 casos confirmados en el país a diciembre de 2022, el 16 % corresponde a personas mayores de 60 años, mientras que, del total de 141 943 fallecidos por esta condición, el 74 % corresponde a este grupo etario (INS, 2023). Por tanto, las acciones de prevención, contención y mitigación de la enfermedad en esta población fueron fundamentales desde el inicio de la pandemia.

El MSPS, a través de la Oficina de Promoción Social, estableció, en el mes de junio de 2020, los lineamientos que presentan las medidas de protección para evitar el contagio de los adultos mayores, que abarcaron las acciones necesarias para atender los casos sospechosos, las actividades de promoción y atención de la salud mental y otras medidas que buscaron proteger la salud tanto física como mental de estas personas.

Entre las medidas tempranas que adoptó el país estuvo el aislamiento preventivo y cierre parcial de los centros de vida que albergan adultos mayores, cuyo fin fue generar acciones de prevención del contagio dada la vulnerabilidad de esta población.

Con el fin de proteger al adulto mayor y cubrir las necesidades básicas de esta población durante el periodo de aislamiento obligatorio preventivo, el gobierno nacional destinó una ayuda, a través del Programa Colombia Mayor, para las personas mayores de 70 años que no tuvieran ingresos o recibieran algún tipo de subsidio. La ayuda consistió en un pago de \$ 80 000 mensuales durante tres meses para cubrir un total de 1 703 573 adultos mayores (MinTrabajo, 2020).

1.2.3 Población étnica

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 (DANE, 2019), en Colombia se reconocen 2 982 224 personas pertenecientes a población negra, afrocolombiana, raizal o palenquera, ubicados principalmente en los departamentos del Valle del Cauca, Chocó, Bolívar, Antioquia, Cauca y Nariño; 1 905 617 personas se reconocieron como indígenas, ubicados en Arauca, Chocó, Magdalena, Vaupés, Vichada y Guainía, principalmente. 2 649 personas se reconocen como población gitana o rom, la mayoría ubicados en Bogotá, Santander, Norte de Santander y Tolima.

Las condiciones demográficas y socioeconómicas que afectan gran parte de los grupos étnicos, especialmente de la población indígena en América Latina representaron, desde el inicio de la pandemia, una vulnerabilidad elevada frente al COVID-19, relacionada con el estado de pobreza, las condiciones de vivienda, medidas sanitarias restrictivas y el mantenimiento de formas de trabajo comunitario que limitaban el distanciamiento físico, exponiéndolos a un mayor riesgo de contagio (CEPAL, 2020).

Los grupos étnicos en Colombia fueron motivo de preocupación durante la emergencia ocasionada por la pandemia de la COVID-19, debido a que son grupos afectados por determinantes sociales que incrementaron su vulnerabilidad frente al SARS-CoV-2, por lo que el Gobierno Nacional estableció las

orientaciones para la prevención, detección y manejo de casos de la COVID-19 en la población étnica en Colombia, donde señala que para estas poblaciones era necesario tener en cuenta tres aspectos al momento de establecer los planes de contingencia:

La vulnerabilidad social y epidemiológica

La atención médica diferenciada en un contexto intercultural

La influencia de los aspectos socioculturales señalados en la Circular 011 de 2018 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020l).

En Colombia, según datos del INS, con corte al 7 de diciembre de 2022, se reportaron 138 501 casos de la COVID-19 en población afrocolombiana, de los cuales fallecieron 3 547 que representan el 2,5 % de los casos. Con 83 977 casos de la COVID-19 en población indígena, con 2 294 personas fallecidas, que representan el 2,7 % del total de casos (INS, 2023). Por esto, fue trascendental la inclusión con enfoque diferencial étnico en el Plan Nacional de Vacunación, a partir de un trabajo conjunto entre el gobierno nacional y los grupos étnicos.

1.2.4 Población en situación de calle

Entre 2017 y 2021 fueron censados 34 091 habitantes de la calle en 1 121 municipios priorizados en los 32 departamentos y Bogotá, D.C. Las tasas más altas de población en situación de calle por diez mil habitantes identificadas hasta el momento se encuentran en Cali, Manizales, Bucaramanga, Bogotá, La Guajira, Quindío y Risaralda. En el Censo de Habitantes de Calle del año 2021, realizado por el DANE, se censaron 6248 habitantes, de los cuales, el 87,6 % son hombres y el 12,4% son mujeres, principalmente en edades comprendidas entre los 25 y 44 años, que representan el 50,1 % del total (DANE, 2021).

Fueron las Entidades Territoriales y Locales las encargadas de coordinar los planes, programas y servicios para la atención de esta población tanto para el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad, así como para brindar la atención social de las personas con presunción de contagio, con contagio confirmado o egreso hospitalario, para que tuvieran un lugar donde alojarse en dichas circunstancias, y cumplir con las medidas de aislamiento selectivo determinadas por el gobierno nacional.

En este sentido, la Oficina de Promoción Social del MSPS estableció los lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de coronavirus (COVID-19) para población en situación de calle en Colombia, a partir de los cuales se establecen medidas como la realización de pruebas diagnósticas, actividades de limpieza y desinfección en áreas donde permanecen estas personas, establecimiento de

puntos de lavado de manos, entregas de elementos de bioseguridad, identificación y canalización de personas sintomáticas, entre otras, que buscaron disminuir el riesgo de transmisión del virus y facilitar la canalización de personas en situación de calle con presunción de contagio o con enfermedad por coronavirus hacia los servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020h).

Esta población fue incluida en la etapa 4 de vacunación, con acceso a la vacuna Janssen contra la COVID-19, por ser de única dosis, teniendo en cuenta que presentaban dificultad para el acceso, por su condición de habitante de calle y el alto grado de exclusión y sin redes de apoyo o con redes muy frágiles y con limitaciones para asegurar su autocuidado (Ministerio de Salud y Seguridad Social, 2020a).

1.2.5 Población privada de la libertad

Colombia cuenta actualmente con 132 establecimientos carcelarios ubicados en 28 de los 32 departamentos que tiene el país, los cuales resultan insuficientes para atender el aumento significativo de encarcelamiento que ha sufrido el país en las últimas dos décadas como consecuencia del conflicto social, la criminalización de nuevas conductas, aumento de penas para todos los delitos, entre otras, con el subsecuente hacinamiento que lo convierte en un ambiente propicio para la rápida propagación de enfermedades infectocontagiosas que impactan la salud de quienes se encuentran privados de la libertad (Iturralde, Santamaría y Uribe, 2020).

Por esto, el gobierno nacional estableció los lineamientos para la prevención, control y manejo de casos por la COVID-19 para la población privada de la libertad, a partir de los cuales se recomendó la restricción de las visitas a los establecimientos penitenciarios, el aislamiento preventivo para personas con sintomatología respiratoria, dotación de elementos de bioseguridad dentro de las cárceles; además, se establecieron las vías de acceso para la atención de casos, procedimiento para toma de muestras y demás medidas generales que pudieran disminuir el impacto de la infección sobre esta población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020i).

Mediante Resolución 843 de 2020, modificada por la Resolución 313 de 2021, se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo de coronavirus – COVID-19 en establecimientos penitenciarios y carcelarios con el fin de minimizar los factores que podían generar transmisión de la enfermedad. Es así como se establecen las medidas de bioseguridad para la prevención, prácticas de higiene, capacidad instalada y acceso a servicios básicos, manejo de situaciones de riesgo, atención, detección y control de casos. Este grupo fue incluido dentro de la etapa 4 del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19, por su condición de vulnerabilidad y alto riesgo de contagio.

1.3 Comunicación del riesgo

La comunicación formó parte integral de la respuesta del gobierno colombiano frente a la emergencia sanitaria ocasionada por la epidemia por la COVID-19 en el país, dada la necesidad de mantener informada a la ciudadanía de manera permanente sobre el comportamiento y avance de la pandemia, así como acerca de las medidas establecidas para su prevención, contención y mitigación.

En tal sentido, el gobierno nacional dispuso, mediante Resolución 5937 de 2020 de la Comisión de Regulación de Comunicaciones, de la línea gratuita 192, para responder a las inquietudes y brindar orientación a la ciudadanía de todo el país sobre las acciones de mitigación de riesgos y aclaración de dudas frente al manejo de los síntomas respiratorios (MinTIC, 2020b). Además, puso al servicio de la población la aplicación CoronApp - Colombia, habilitada para dispositivos iOS y Android, cuyo fin fue brindar información actualizada sobre la epidemia, a la vez que permitía ayudar al manejo de síntomas y el reporte de alertas (MinTIC, 2020a).

A través del micrositio Coronavirus (COVID-19) de la página web del MSPS se brindó, y se continúa publicando, información actualizada sobre casos confirmados, casos activos, muertes, recuperados; además se dispuso del tablero de control, a través de SegCOVID19 con información oficial del MSPS y Protección Social sobre datos de internación, ocupación y disponibilidad de camas, ingresos por servicios, situación del país, capacidad instalada, afectación por municipios y exceso de mortalidad.

Este micrositio se enlazó con la página del INS, <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-genoma.aspx>, para brindar información importante para la vigilancia del SARS-CoV-2, secuenciación genómica, distribución de casos por departamento, municipios, tipo de población, pruebas procesadas y boletines de prensa e infografías sobre prácticas saludables, lineamientos, protocolos y guías de atención a las personas.

La Presidencia de la República generó un espacio televisivo denominado *Prevención y Acción*, que se transmitía todos los días por todos los canales nacionales para dar a conocer a la población nacional las medidas tomadas por el gobierno para el manejo y control de la pandemia en el país. Este programa sirvió para que el pueblo colombiano se mantuviera siempre informado sobre las decisiones del nivel ejecutivo conforme avanzaba la pandemia y fue reconocido por la OPS/OMS por la adecuada comunicación a la comunidad y el conocimiento brindado frente a la COVID-19.

1.4 Plan Nacional de Vacunación

El Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19, adoptado mediante Decreto 109 de 2021, fue establecido por el gobierno nacional con el fin de reducir los casos graves de morbilidad y mortalidad, proteger a la población con alta exposición al virus y reducir el contagio en la población general, como estrategia que facilitaría lograr la inmunidad de rebaño contra la COVID-19 en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021b).

El 17 de febrero de 2021 se aplicó la primera dosis de vacuna en el país, gracias a la gestión del gobierno a través del mecanismo Covax impulsado por la OMS y las negociaciones bilaterales y multilaterales que permitieron el ingreso de las vacunas aprobadas para uso de emergencia. Con corte al 16 de diciembre de 2022, en Colombia se han aplicado 89 787 647 dosis de vacunas en los 32 departamentos y 5 distritos del país. En total son 36 879 309 personas que cuentan con esquema de vacunación completo; Lo que indica que en el país tenemos más del 70 % de la población vacunada (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023b).

En este esfuerzo del gobierno ha sido importante la contribución internacional por parte de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Canadá, Emiratos Árabes Unidos, Alemania, el Banco de Desarrollo de América Latina (CAF), el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) y China, quienes otorgaron asistencia técnica, insumos médicos, vacunas y apoyo financiero para la atención de la COVID-19 en población migrante venezolana (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020b).

En este sentido, se resalta el apoyo brindado al gobierno colombiano por USAID a través de sus diferentes programas, entre estos el Programa Comunidades Saludables, para el fortalecimiento de capacidades al Talento Humano en Salud (THS) en 34 entidades territoriales del país, para hacer más resilientes los servicios de salud a la población migrante, retornada y de acogida. Entre las acciones se destaca las capacitaciones y entrenamiento para implementar los lineamientos en vigilancia de la infección respiratoria incluyendo la COVID-19, bioseguridad, búsqueda activa comunitaria, programa pruebas, rastreo, aislamiento selectivo, prácticas saludables, micro gestión del plan nacional de vacunación contra la COVID-19, manejo del paciente crítico con la COVID-19, rehabilitación del síndrome post COVID-19, tele apoyo en UCI 24 x 7 y estrategias de afrontamiento en salud mental, bajo

un modelo de co-creación con el MSPS y Protección Social, las entidades territoriales de salud, universidades, sociedades científicas y organizaciones de base comunitaria, clave de éxito y sostenibilidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023a).

El liderazgo ejercido por el país en el manejo de la pandemia quedó evidenciado con el establecimiento del Programa Nacional de Caracterización Genómica en cabeza del INS, con la participación de 22 laboratorios de universidades, centros de investigación, laboratorios de salud pública y el Laboratorio Nacional de Genómica del INS, el cual fue reconocido, en abril de 2022, como centro colaborador y de referencia en la región de las Américas por parte de la Organización Panamericana de la Salud (INS, 2022). Se identificaron en el país 355 linajes de SARS-CoV-2, con las variantes de mayor circulación durante los picos epidemiológicos en Colombia que orientaron las dinámicas de propagación del virus, modularon la respuesta del país y se constituyeron en un aporte relevante para la vigilancia, no solo para este virus, sino para otros microorganismos de interés en salud pública (INS, 2022).

El Ranking de Bloomberg (2022), que midió las capacidades de resiliencia en 53 países para reponerse a los efectos que dejó la COVID-19 en las economías mundiales, situó a Colombia en el puesto número 12 en las tres categorías definidas: proceso de reapertura económica, estatus de la COVID-19 y calidad de vida. Lo que representa un reconocimiento a la gobernanza del país en el manejo de la pandemia, que valida las directrices y acciones establecidas por el gobierno, la sociedad y las personas en la reconstrucción del panorama económico nacional.

La experiencia colombiana durante la pandemia mostró desafíos importantes que se deben gestionar para estar mejor preparados para futuras emergencias sanitarias. Considerando importante buscar el equilibrio entre la inversión para la atención en salud pública y atención individual. Es decir, se debe fortalecer el nivel primario y comunitario para propender por acciones preventivas que reduzcan la carga de tratamiento en momentos de crisis. Atender estos desafíos podría contribuir a fortalecer los sistemas de salud tanto en Colombia como en América Latina y desarrollar las capacidades necesarias para enfrentar futuras epidemias y emergencias sanitarias (Watson, 2021).

En este sentido, podemos señalar los desafíos por enfrentar en el futuro:

- Es fundamental reducir la fragmentación de las respuestas (sanitaria, social y económica) en momentos de crisis, propiciando la colaboración intersectorial y transectorial para mejorar los servicios. Que, además, ayuda a fortalecer la participación del sector privado en la respuesta a futuras necesidades en

salud pública. Esta cooperación permitirá obtener mayores beneficios, con acceso a soluciones eficaces para la salud de todos.

- En momentos de crisis sanitaria, es esencial que servicios de atención para el mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad sigan activos, en tanto descuidar los riesgos poblacionales puede incrementar a futuro, los problemas de salud. Para lo cual es importante fortalecer los niveles primario y comunitario, siendo una estrategia que podría mejorar la eficacia de respuesta durante la emergencia y reducir la carga hospitalaria.
- Promover la innovación y acelerar la adopción de nuevas tecnologías blandas y duras resulta trascendental para mejorar la eficacia y eficiencia de los sistemas de salud, a la vez que se desarrolla la capacidad nacional para la investigación y el desarrollo científico; quedó evidenciado durante la pandemia, la importancia de la telemedicina, tele orientación, toma de pruebas y entrega domiciliaria de medicamentos, no solo para acceder a áreas rurales extensas, fronterizas y población dispersa, sino para dar continuidad del manejo y control de pacientes crónicos.
- Continuar fortaleciendo la cooperación internacional para la preparación y la respuesta de las emergencias sanitarias. Es fundamental el apoyo al talento humano de primera línea en vigilancia en las fases de alistamiento, contención y mitigación. Promover la colaboración entre centros de vigilancia, investigación y laboratorios de salud pública de la región y otros continentes, para el desarrollo e intercambio de nuevo conocimiento, secuenciación genómica y mejorar el acceso a las vacunas, entre otros.

En este mismo sentido, el informe del Banco Mundial del año 2022 recomendó que en Colombia se deben fortalecer los mecanismos de gobernanza para la acción decisiva en situaciones de emergencia, lo cual incrementará la flexibilidad en el acceso a los recursos necesarios, a fortalecer la acción intersectorial y garantizar que el talento humano calificado se dirija a donde y cuando se necesita; además, considerar que se debe fortalecer los datos sanitarios y los sistemas de vigilancia, mejorando la interoperabilidad sectorial e intersectorial tanto a nivel nacional como subnacional, lo cual permitirá que todos los actores encargados de la toma de decisiones en situaciones de emergencia tengan acceso a los datos requeridos de manera oportuna (World Bank Group, 2020).



Foto 3. Programa Nacional Caracterización Genómica y Seroprevalencia INS

1.5 Financiamiento

Para la atención en la emergencia, el gobierno colombiano creó el Fondo de Mitigación de Emergencia (FOME), mediante el Decreto Legislativo 444 de 2020 buscó la organización de los recursos públicos y su manejo transparente para responder a las necesidades de recursos para la atención en salud, los efectos adversos generados a la actividad productiva y las condiciones necesarias para el mantenimiento del empleo y el crecimiento de la economía (Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 2021).

La asignación presupuestal que hizo el gobierno de Colombia agilizó, de esta forma, la adaptación de la atención en salud lo que «ajustó rápidamente su capacidad de atención de alta complejidad, ampliación de camas y ayudas diagnósticas, especialmente en centros urbanos grandes e intermedios. La capacidad en municipios pequeños y zonas rurales crítica» (World Bank Group, 2022).

Desde el FOME se establecieron como ejes principales de acción: la atención de la emergencia sanitaria, la atención de la población en condición de vulnerabilidad y las medidas para preservar el empleo y la actividad económica. En tal sentido, a mayo de 2022 se habían aprobado recursos por valor de \$17 684,6 mil millones para la atención de la emergencia sanitaria; \$16 370,5 mil millones para la atención de la población en condición de vulnerabilidad y \$10 311,9 mil millones para la protección del empleo y preservación de la actividad económica (MinHacienda, 2022).

Los recursos asignados en el eje de atención de la emergencia reportada por el Ministerio de Hacienda es del orden de \$17 684,6 mil millones, de los cuales el 94 %, 9 % se ejecutaron en la ampliación de la oferta, aseguramiento en salud, Programa PRASS, Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19, sanidad sector Defensa, adquisición de elementos de bioseguridad para centros de reclusión, abastecimiento alimentario, implementación de los protocolos de bioseguridad en los colegios oficiales y el Fondo Solidario de Educación. Con un rezago en el sector salud disponible a mayo de 2022, de \$ 886,1 mil millones en el Fondo de Mitigación de Emergencias (Tabla1).

Tabla 1. Recursos utilizados para la atención de la emergencia sanitaria (miles de millones)

Medidas 1° eje de acción: Atención emergencia sanitaria	Entidad solicitante	Usos FOME 2020, 2021 Y 2022
Medidas para la atención en salud en todo el territorio nacional		\$9.918,9
1. Ampliación de la Oferta	Ministerio de Salud y Protección Social, Unidad para la Gestión de Riesgo de Desastres - UNGRD, Cancillería	\$1.604,9
2. Aseguramiento		\$8.313,9
Estrategia PRASS		\$200,6
Vacunas COVID-19		\$5.932,7
Sanidad - Sector Defensa	Ministerio de Defensa, Policía nacional	\$364,9
Elementos de bioseguridad - Centros de reclusión	USPEC, INPEC	\$23,9
Abastecimiento alimentario	Ministerio de Agricultura	\$104,8
Protocolos de bioseguridad colegios oficiales y Fondos Solidario Educación	Ministerio de Educación	\$792,9
Recursos disponibles Sector Salud		\$886,1
Atención emergencia sanitaria		\$17.684,6

Fuente. Información con corte a mayo 31 de 2022. Tomado de MinHacienda (2022).

En cuanto a los recursos para atender la población en condición de vulnerabilidad, estos fueron destinados, como se observa en la tabla 2, para la financiación de los giros extraordinarios de los programas sociales: Familias en Acción, Jóvenes en Acción y Colombia Mayor de la vigencia 2020 a junio de 2021; adelanto del programa de devolución del IVA 2020 y Asistencia Humanitaria Alimentaria para población en condición vulnerable y adultos mayores. Además, se destinaron recursos al Programa Ingreso Solidario, asistencia a colombianos en el exterior, tasa compensada de financiación de servicios públicos domiciliarios en estratos 3 y 4, subsidio de servicios públicos en zonas rurales, transferencia económica a trabajadores cesantes a través de las Cajas de Compensación Familiar y para el Programa de Apoyo al Ingreso de Trabajadores con contrato suspendido o en licencia no remunerada (MinHacienda, 2022).

Tabla 2. Recursos utilizados para la ayuda social a población en condición de vulnerabilidad (miles de millones)

Medidas 2° eje de acción: Protección a la población en condición de vulnerabilidad	Entidad solicitante	Usos FOME 2020, 2021 Y 2022
Giros extraordinarios Programas Sociales	Departamento para la Prosperidad Social, Ministerio del Trabajo	\$4.537
Adelanto Programa de Devolución IVA 2020	Departamento para la Prosperidad Social, Ministerio del Trabajo	\$280
Asistencia humanitaria alimentaria	Unidad Nacional para la Gestion de Riesgo de Desastres	\$106
Programa Ingreso Solidario	Departamento para la Prosperidad Social, Ministerio del Hacienda	\$11.217
Asistencia Colombianos en el exterior	Cancillería	\$1,59
Tasa compensada servicios públicos domiciliarios estrato 3 y 4 (y otros)	Ministerio de Minas y Energía, Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio	\$15
Subsidios directos para servicios públicos AAA en zona rural	Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio	\$22
Atención adultos mayores en lista priorización - Colombia Mayor	Ministerio del Trabajo	\$4
Transferencia económica a trabajadores cesantes CCF	Ministerio del Trabajo	\$127
Apoyo al ingreso de trabajadores con contrato suspendido o en licencia no remunerada	Ministerio del Trabajo	\$61
Atención a población en condición vulnerable		\$16.370,5

Fuente. Información con corte a mayo 31 de 2022. Tomado de: MinHacienda (2022).

Con relación a los recursos destinados para la protección del empleo y la actividad económica, estos fueron utilizados, como se observa en la Tabla 3, para el apoyo del pago de nómina para las empresas con el Programa de Apoyo al Empleo Formal – PAEF, Programa de Apoyo al pago de la prima de Servicios, subsidios a las comisiones de las garantías del Fondo Nacional de Garantías del programa Unidos por Colombia; creación de líneas de créditos a través de Bancóldex, en aras de apoyar a las pequeñas y medianas empresas; creación de líneas de créditos a través de Findeter para atender la insuficiencia de caja de carácter temporal de las entidades territoriales con ocasión a la pandemia; así como el apoyo a las convocatorias especiales del Ministerio de la Cultura (MinHacienda, 2022).

Tabla 3. Recursos utilizados para la protección del empleo y reactivación económica (miles de millones)

Medidas 3° eje de acción: Protección al empleo y a la actividad económica	Entidad solicitante	Usos FOME 2020, 2021 Y 2022
Programa de Apoyo al Empleo Formal - PAEF	Ministerio de Hacienda	\$6.758
Programa de Apoyo al Pago de la Primera de Servicios - PAP	Ministerio de Hacienda	\$286,7
Subsidio a la comisión de las garantías del Fondo Nacional de Garantías	Ministerio de Hacienda	\$2.808
Tasa compensada Lineas Bancólex (Colombia Responde y Colombia Responde para Todos, Línea sectores reactivación, Línea sector transportador)	Ministerio de Comercio, Industria y Turismo	\$92
Tasa compensada Lineas Findeter (reactivación regiones parte I y II, SITM)	Ministerio de Hacienda, Ministerio de Transporte	\$337
Convocatorias Especiales - Ministerio de Cultura	Ministerio de Cultura	\$30
Protección del empleo y reactivación económica		\$10.311,9

Fuente. Información con corte a mayo 31 de 2022. Tomado de MinHacienda (2022).

1.5.1 Estrategias de cooperación para el financiamiento durante la atención de la pandemia

El MSPS estableció un acuerdo de entendimiento y colaboración con la UNGRD para aunar esfuerzos que permitieran fortalecer la capacidad de respuesta frente a la COVID-19, disponiendo de los recursos físicos, humanos, tecnológicos, logísticos y administrativos de ambas instituciones para tal fin.

El gobierno nacional promovió el Programa Colombia está Contigo, con el apoyo logístico de la UNGRD, a través del cual se brindó Asistencia Humanitaria de Emergencia (AHE) alimentaria a poblaciones vulnerables en medio del estado de emergencia económica, social y ecológica. La UNGRD tuvo en cuenta la inmediatez con la que debía entregarse la asistencia alimentaria, las condiciones de embalaje y el manejo que debía darse a los alimentos para su adecuada conservación, con lo que evitó el daño a la salud de los beneficiarios (UNGRD, 2020).

La UNGRD entregó AHE alimentaria a personas mayores de 70 años que se encontraban en el Registro Único de Damnificados y Afectados: se benefició a 177 625 adultos mayores en la fase I y a 176 475 en la fase II. La AHE dirigida a población en condición de vulnerabilidad y migrante fue liderada por la Gerencia para la Frontera, con apoyo de la UNGRD, a fin de solventar sus necesidades: se benefició a 200 000 personas en 17 departamentos del país.

Desde el programa Un millón de familias de la UNGRD, se priorizaron familias en condición de vulnerabilidad social de todo el país como comunidades indígenas, Rrom, entre otros, que recibieron un total de 419 297 dólares en asistencia humanitaria y alimentaria, dividida en 14 categorías de productos establecidos en el *Manual de estandarización de ayuda humanitaria con el que cuenta el país* (UNGRD, 2020).

Productos incluidos en la AHE alimentaria

- Aceite vegetal: 1 litro
- Arroz: 12 libras
- Azúcar: 2 libras
- Café: 1 libra
- Chocolate: 2 libras
- Fríjol: 2 libras
- Pasta espagueti: 1 libra
- Harina de maíz: 1 libra
- Harina de trigo: 1 libra
- Leche en polvo: 2 und. de 400 g c/u
- Lenteja: 4 libras
- Atún: 3 latas
- Panela: 1000g.

Fuente: UNGRD (2020).

A través de la oficina asesora de comunicaciones de la UNGRD, se desarrollaron diferentes estrategias, piezas y contenidos que buscaron informar a la comunidad pública acerca del avance de cada uno de los programas que se lideraron y apoyaron siguiendo los lineamientos del gobierno nacional (UNGRD, 2020).

A continuación, se presentan las experiencias territoriales que reflejan el accionar de la gobernanza del país frente a la pandemia COVID-19, con el propósito de que ayuden a la reflexión y el aprendizaje, y de que den orientaciones frente a futuras emergencias sanitarias. Estas experiencias son las siguientes:

- **Centro de comando para afrontar el coronavirus en Bogotá:** da cuenta del diseño y puesta en marcha del centro de comando contra el Coronavirus para el Distrito de Bogotá, con el fin de coordinar la respuesta ante la emergencia, asegurar que los temas críticos avanzaran de manera efectiva y consolidar información completa y oportuna para la toma de decisiones.
- **Programa nacional de caracterización genómica de microorganismos emergentes, Colombia 2021-2022:** crea y pone en marcha un programa que buscó intensificar el monitoreo del SARS-CoV-2 a nivel nacional, vigilando los cambios que pudieran afectar a la población colombiana; a la vez, fortaleció el trabajo interinstitucional a nivel nacional.
- **Bolsa solidaria de camas en unidades de cuidados intensivos, Valle del Cauca:** presenta la estrategia de Bolsa Solidaria de camas UCI establecida por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) de Cali; dio mayor equidad y transparencia al proceso de asignar cada cama de UCI o UCIN (cuidados intermedios) a los pacientes afectados por COVID-19, priorizados según la atención y de acuerdo con los recursos disponibles en el Distrito Santiago de Cali.
- **Comunicación y salud en tiempos de la COVID-19 en población migrante, Riohacha, La Guajira - Colombia:** presenta el plan estratégico de comunicaciones que la Asociación Salto Ángel implementó en redes sociales y comunidades virtuales para dar acceso a la información a la población migrante, en articulación con los canales informativos de las instituciones del Estado, para mitigar la infodemia y contrarrestar las narrativas xenofóbicas y aporofóbicas de la opinión pública, en alianza con la Gobernación de La Guajira para la prevención y el autocuidado.

Referencias

- Álvarez Cardona, J. N. (2021). Efectos de la migración de venezolanos a Colombia [Disertación Doctoral]. Universidad del Rosario.
- Banco Mundial. (2020). Estudio de caso sobre el rol de la atención primaria en salud en la pandemia por SARS-COV-2 en Colombia.
- Bloomberg. (s. f.). Ranking de Resiliencia al COVID. <https://www.bloomberg.com/graphics/covid-resilience-ranking/spanish.html>
- Cepal. (2020). El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala: Entre la invisibilización y la resistencia colectiva. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46543/S2000817_es.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- DANE. (2019). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/grupos-eticos/informacion-tecnica>
- DANE. (2021). Censo de Habitantes de la Calle 2021. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo-habitantes-calle/presentacion-CHC-resultados-generales-2021.pdf>
- DANE. (2022). Reporte estadístico de Migración No. 2. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/migracion/2doreporte-migracion.pdf>
- Departamento Nacional de Planeación. (2022). CONPES 4100. Estrategia para la integración de la población migrante venezolana como factor de desarrollo para el país. DNP. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/4100.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. (s. f.a). Colombia es designada por OPS como referente regional para vigilancia genómica. <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Colombia-es-designado-por-OPS-como-Referente-Regional-para-vigilancia-genomica.aspx>
- Instituto Nacional de Salud. (s. f.b). COVID – 19 en Colombia. Población. <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-poblacion-afrocolombiana.aspx>
- Iturralde, M., Santamaría, N. y Uribe, J. (2020). COVID-19 y la crisis estructural de las prisiones en Colombia. Diagnóstico y propuestas de solución. Friedrich Ebert Stiftung.
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (2021). Libro Blanco. Medidas económicas adoptadas para la atención de la emergencia ocasionada por el COVID-19 en el marco del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME). https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/ShowProperty?nodeId=%2FConexionContent%2FWCC_CLUSTER-158801%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (2022). Libro Blanco. Medidas económicas adoptadas para la atención de la emergencia ocasionada por el COVID-19 en el marco del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME).

https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/ShowProperty?nodeId=%2FConexionContent%2FWCC_CLUSTER-196614%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased

- Ministerio de Relaciones Exteriores. (2022). Migración Colombia inicia esta semana «Entregatón» de Permisos por Protección Temporal (PPT). <https://www.migracioncolombia.gov.co/noticias/migracion-colombia-inicia-esta-semana-entregaton-de-permisos-por-proteccion-temporal-ppt?highlight=WyJjaWZyYXMiLCJkZSIsInZlbnV6b2xhbm9zIiwY2lmcmFzIGRlIiwZGUGdmVuZXpvbGFub3MiXQ==>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). Boletín de Prensa No 061 de 2020. Presidente Duque declara emergencia sanitaria frente a COVID-19. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Presidente-Duque-declara-Emergencia-Sanitaria-frente-a-COVID-19.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020a). Boletín de Prensa No 051 de 2020. CoronApp -Colombia, la aplicación para conocer la evolución del coronavirus en el país. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/CoronApp.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020b). Boletín de prensa No. 156 de 2020. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-solicita-apoyo-internacional-para-respuesta-al-covid-19-para-los-migrantes.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020c). Boletín de prensa No. 344 de 2020. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Mas-de-20.000-profesionales-de-la-salud-se-han-capacitado-sobre-covid-19.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020d). Boletín de prensa No. 521 de 2020. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-disena-modelo-de-atencion-domiciliaria-para-pacientes-con-COVID-19-.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020e). Boletín de prensa No. 783 de 2020. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-duplico-capacidad-de-camas-UCI-durante-la-pandemia.aspx>
- Decreto 1109 del 10 de agosto de 2020. Por medio del cual se crea en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible (PRASS) para el seguimiento de casos y contactos del nuevo Coronavirus (COVID-19) y se dictan otras disposiciones, (2020). https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%201109%20de%202020.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020f). Lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de coronavirus (COVID – 19) para población en situación de calle en Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/teds03-lineamientos-prevencion-dym-covid19-poblacion-calle.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020g). Lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de COVID-19 para población migrante en Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/TEDS05.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020h). Lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de COVID-19 para población privada de la libertad en Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS10.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020i). Medidas frente a la pandemia COVID-19. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Documentos-Administrativos-covid-19.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020j). Orientaciones para la prevención, detección y manejo de casos de COVID – 19 para población étnica en Colombia; Bogotá. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/TEDS04.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020k). Plan de Contingencia para responder ante la emergencia por COVID-19. <https://acortar.link/loXeEB>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020l). Resolución número 385 del 12 de marzo de 2020. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%200385%20de%202020.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020m). Resolución número 628 del 23 de abril de 2020. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20628%20de%202020.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021a). Boletín de prensa No. 755 de 2021. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Habitantes-de-calle-son-inmunizados-contracovid-19.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021b). Plan Nacional de Vacunación. https://www.dssa.gov.co/images/vacunacion/pnv-contracovid-19_2.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022a). Boletín de prensa No. 74 de 2022. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Habilitacion-de-camas-UCI-depende-de-situacion-epidemiologica.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022b). Boletín de prensa No. 203 de 2022. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Dos-anos-de-posicionamiento-de-la-telemedicina-en-Colombia.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022c). Boletín de prensa No. 358 de 2022. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/aumentamos-en-74-veces-la-inversion-a-migrantes.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022d). Boletín de prensa No. 423 de 2022. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/El-Plan-Nacional-de-Vacunacion-es-una-de-las-politicas-publicas-con-mayor-respeto-en-Colombia.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023a). Formación Continua del THS. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Formacion-Continua-del-THS.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023b). Vacunación contra COVID-19. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Vacunacion/Paginas/Vacunacion-covid-19.aspx>

Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones. (2020a). Así funciona CoronApp Colombia, aplicación para detectar y monitorear casos de COVID-19. <https://mintic.gov.co/portal/inicio/Sala-de-prensa/MinTIC-en-los-medios/135648:Asi-funciona-CoronApp-Colombia-aplicacion-para-detectar-y-monitorear-casos-de-covid-19>

Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones. (2020b). Gobierno nacional dispone de línea gratuita 192 para orientación sobre COVID-19. <https://mintic.gov.co/portal/inicio/Sala-de-prensa/>

- Noticias/126157:Gobierno-Nacional-dispone-de-la-linea-gratuita-192-para-orientacion-sobre-COVID-19
- Ministerio del Trabajo. (2020). Cerca de 50 mil adultos mayores de 70 años de escasos recursos, recibirán subsidio de Colombia Mayor. <https://www.mintrabajo.gov.co/prensa/comunicados/2020/abril/cerca-de-50-mil-adultos-mayores-de-70-anos-de-escasos-recursos-recibiran-subsidio-de-colombia-mayor>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies.
- Parlamento Andino. (2022). Principales medidas adoptadas por el gobierno colombiano frente a la emergencia provocada por la COVID-19. <https://www.parlamentoandino.org/images/actualidad/informes-covid/Colombia/Principales-medidas-adoptadas-por-el-gobierno-colombiano.pdf>
- Unidad Nacional de Gestión del Riesgo. (2020a). Informe final Colombia está contigo. <https://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Documents/Informes/INFORME-FINAL-COLOMBIA-ESTA-CONTIGO.pdf>
- Unidad Nacional de Gestión del Riesgo. (2020b). Operación COVID – 19. Atención de emergencia en Colombia. https://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Documents/Informes/OperacionCOVID19_VF.pdf
- Unidad Nacional de Gestión del Riesgo. (2020c). Puesto de Mando Unificado de seguimiento y monitoreo a COVID19 en Colombia. http://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Paginas/Slide_home/Puesto-de-Mando-Unificado-de-seguimiento-y-monitoreo-a-COVID19-en-Colombia.aspx
- Watson, J. (2021). El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) implementado bajo el IDIQ de sistemas integrados de salud de USAID. Marzo. En Making a virtue out of a necessity: Using today's response to COVID-19 in Colombia to build a health system more resilient to tomorrow's shocks and stressors.
- World Bank Group. (2020). Estudio de Caso Sobre el Rol de la Atención Primaria en Salud en la Pandemia por SARS-COV-2 en Colombia. World Bank Group.
- World Bank Group. (2022). Evaluación de las Capacidades de Preparación y Respuesta ante Futuras Pandemias y Emergencias en Salud Pública. World Bank Group.

Experiencia 1.1

Centro de comando para afrontar el coronavirus en Bogotá

Relatado por: Erika Palacio Durán

El centro de comando contra el coronavirus fue creado para poner en marcha el Plan de Respuesta a la Pandemia por la COVID-19 en el Distrito de Bogotá, ante los requerimientos del Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19), adoptado mediante Resolución 536 de marzo de 2020 del MSPS. Fue de obligatorio cumplimiento para todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y para los regímenes especial y de excepción, en cuyo ámbito de aplicación se encontraban las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales.

La firma consultora McKinsey propuso la metodología para poner en marcha este plan de respuesta, con el propósito de desarrollar de manera rápida y desde la sociedad civil una metodología de respuesta efectiva y oportuna para afrontar la pandemia, en conjunción con la metodología de Sistema de Comandos Incidentes (SCI) «entendido como un modelo de ordenamiento organizacional, que define y dispone de los recursos de manera tal que se optimiza su rendimiento en la ejecución efectiva, contemplando la planificación, organización y equipamiento» (Secretaría de Salud de Bogotá, 2020), haciendo uso de las *metodologías ágiles*, metodologías que generan ciclos de desarrollo de producto en menor tiempo (Quitian, Martínez y Castiblanco, 2022).

De esta forma, el centro de comando para afrontar el coronavirus buscó asegurar que los temas críticos avanzaran de manera efectiva y consolidar información completa y oportuna para la toma de decisiones. Fue responsable de coordinar la respuesta de la ciudad con tres objetivos estratégicos claramente definidos:

- Maximizar vidas salvadas;
- Garantizar resiliencia económica y evitar el hambre;
- Preservar el tejido social y familiar, así como garantizar la seguridad de los hogares (Secretaría de Salud de Bogotá, 2020).

Desde el paradigma de organización ágil se plantean células de trabajo, a partir de la premisa de que «en una

organización celular existen grupos autodirigidos o unidades autónomas que pueden operar, tanto solas como en conjunción con otras, para crear mecanismos de negocio superiores» (Rivas, 2002). En tal sentido, el director de Planeación Institucional y Calidad de la Secretaría de Salud de Bogotá, en entrevista de marzo de 2023, señala que esta experiencia inició con una reestructuración interna ad hoc en la Secretaría, a partir de «células de trabajo» que propiciarían la autonomía y la rapidez en la toma de decisiones frente a la situación de salud que se vivía en ese momento. Para dar respuesta a los principales retos impuestos por la pandemia en el Distrito Capital, se propuso entonces que estas células deberían atender cuatro frentes fundamentales, como se observa en la Figura 1:

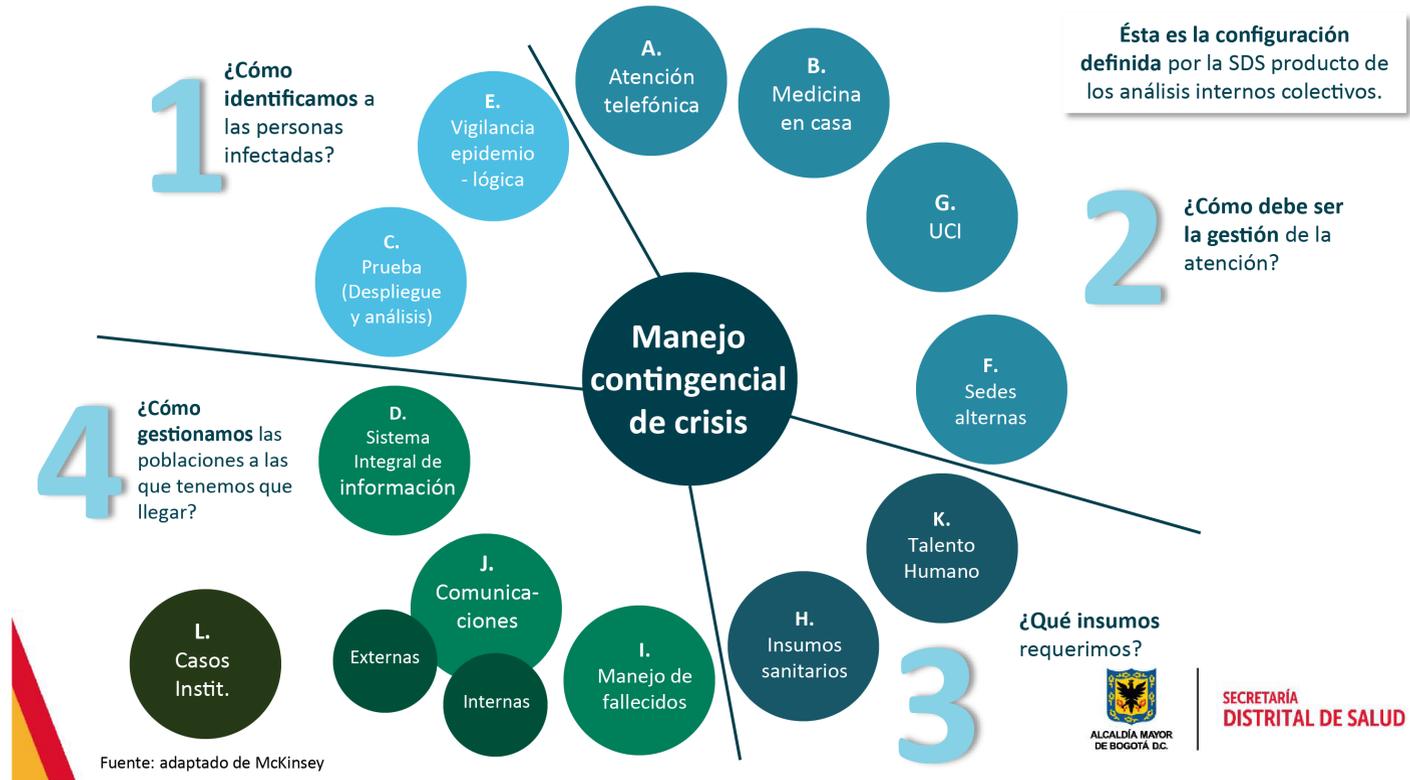
- **Identificación de personas infectadas:** bajo la responsabilidad del equipo de vigilancia epidemiológica y pruebas diagnósticas.
- **Gestión de la atención:** con las células de atención telefónica, medicina en casa, UCI y sedes alternas.
- **Insumos requeridos:** talento humano e insumos sanitarios.
- **Gestión de la población:** mediante las células encargadas del sistema integral de información, comunicaciones, manejo de fallecidos y casos institucionales.

Fueron en total doce células, cada una conformada por un equipo humano a cargo de brindar respuesta rápida y oportuna alrededor de los principales ejes de atención de la pandemia.

El centro de comando permitió, en palabras de la subdirectora del Laboratorio de Salud Pública Distrital (entrevista, marzo de 2023), que tanto el gobierno distrital como la Secretaría de Salud pudieran «*romper esos muros de la gobernanza, sin infringir la ley para atender la pandemia*»; esto, para referirse a la institucionalidad, a la burocracia bien entendida y a unos marcos normativos que, en esos momentos, eran inflexibles.

El trabajo articulado entre las células y el intercambio de información diaria entre los equipos permitió a la administración la toma de decisiones tanto sociales como económicas y de salud: como el aislamiento preventivo y selectivo, la suspensión de eventos deportivos, la restricción de eventos de aglomeración masiva, el cambio de horario y trabajos por turnos en las plazas de mercados, la restricción a la movilidad vehicular, entre otras, a partir de una visión holística de lo que ocurría día a día y en cada uno de los momentos de la pandemia (alistamiento, contención, mitigación y recuperación). Además, resultó trascendental el trabajo tripartito acordado en el Distrito de Bogotá entre los diferentes actores del sistema: Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y la Secretaría, que participaron con sus equipos de manera articulada para hacer frente a cada una de las situaciones que se presentaban.

Figura 1. Organización de células de trabajo en la Secretaría de Salud Distrital de Bogotá



Fuente: Secretaría de Salud Distrital de Bogotá, 2023.

En marzo de 2020, se activó la Estrategia de Respuesta Inmediata, desde la Secretaría Distrital de Salud y mediante el Sistema de Comando de Incidentes, que posteriormente se articularía con el programa Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible y con la Estrategia Detecto, Aíslo, Reporto (PRASS/DAR). Esto logró un acceso más cercano a la comunidad mediante la atención de las solicitudes telefónicas, que se incrementaron exponencialmente pasando de un promedio de 1 500 llamadas por día, antes de la pandemia, a un promedio de 4 800 llamadas por día, con picos de hasta 8 700 llamadas por día, durante la pandemia.

También se consiguió programar la atención por georreferenciación, a través de la cual los diferentes equipos de la Secretaría se desplazaban a los distintos puntos de la ciudad para llegar directamente al ciudadano que requería atención inmediata. De esta manera, se dispuso la estrategia de atención médica domiciliaria como una de las células de trabajo que, apoyada por todo el equipo de salud pública y la red de laboratorios, garantizaba que la prestación del servicio fuera oportuna.

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá centralizó la regulación de las remisiones a los servicios de urgencias, la hospitalización, las UCI y el uso de ambulancias de toda la ciudad a partir del 16 de junio del año 2020; pasó de 10 equipos de atención médica domiciliaria a 156 equipos en campo conformados por profesionales de las diferentes EAPB, IPS, y de la Secretaría, lo que brindó la oportunidad de atención médica y tomas de muestras con fines de diagnóstico de la COVID-19 en casa, traslados a los centros requeridos y ubicación de pacientes en las unidades que se encontraran disponibles, independientemente de su régimen de salud y de la EAPB correspondiente. Esto alcanzó a regular, en los dos años de pandemia, 162 269 solicitudes de camas de UCI.

En términos de gobernanza, fue trascendental la coordinación del trabajo mancomunado entre las diferentes células para garantizar el éxito de la estrategia. Similar al trabajo para la atención médica, prontamente, se conformó la Red Distrital de Laboratorios para el diagnóstico de la COVID-19, con la participación de universidades y laboratorios clínicos de la ciudad para la realización del diagnóstico del virus a través de la prueba PCR, la cual fue fundamental para dar una respuesta efectiva en los estados iniciales (contención y mitigación, principalmente) de la epidemia en la ciudad. En diciembre de 2022, esta red estaba conformada por 42 laboratorios clínicos avalados para prestar el servicio de análisis molecular de muestras COVID-19 y 9 laboratorios de las universidades que voluntariamente aportaron sus capacidades en este apoyo diagnóstico: El Rosario, Los Andes, El Bosque, tres laboratorios de la Universidad Nacional de Colombia (sede Bogotá), Pontificia Universidad Javeriana y La Salle. Estas apoyaron al Laboratorio de Salud Pública Distrital con el procesamiento de muestras en el Distrito Capital. Para su incorporación en la red, debían cumplir, previamente, con los estándares de calidad que en el 2015 habían sido establecidos por el INS (Secretaría de Salud de Bogotá, 2020), órgano que lideró la red a nivel nacional y que permitió, posteriormente, dar inicio al programa nacional de caracterización genómica de microorganismos emergentes en Colombia, en el cual el laboratorio de salud pública de Bogotá fue el primero de los entes territoriales en implementar la Unidad de Vigilancia Genómica.

Además, y de manera temprana, en febrero de 2020, se acordó una articulación efectiva con otras instituciones públicas y con las universidades. Esto permitió que el talento humano idóneo hiciera parte de los comités epidemiológicos que daban las recomendaciones necesarias al secretario de Salud y a la alcaldesa, a la luz de la evidencia científica, para establecer las medidas de contención y mitigación de la pandemia, así como otras

decisiones basadas en el conocimiento científico disponible.

Cabe destacar que, desde el inicio de la estrategia, se tuvo la claridad de que no se podía sacrificar la calidad de la prestación del servicio en virtud de la emergencia; por el contrario, se hizo apremiante cumplir con todos los protocolos, procesos y procedimientos establecidos en cada una de las células desde las diferentes áreas, incluso para proteger la vida de los mismos profesionales prestadores del servicio.

El Laboratorio Distrital de Salud Pública tuvo que establecer prioridades para la asignación y destinación de los recursos, en aras de incrementar la capacidad de respuesta frente a la situación de emergencia en la ciudad, así como para suplir las necesidades de insumos y reactivos. Esto contribuyó al éxito de la experiencia con los aportes de información a la vigilancia, a la coordinación del diagnóstico en la ciudad y al seguimiento de la COVID -19 (Secretaría de Salud de Bogotá, 2020).

Cada mañana, en cabeza del secretario Distrital de Salud de Bogotá, las células se reunían para analizar los eventos del día anterior y el plan de acción (sprint) para ese mismo día, y para suministrar un informe que permitiera al secretario tomar decisiones e informar a la Alcaldesa Distrital.

Como aprendizaje para futuras situaciones de emergencia, los protagonistas de la experiencia consideran fundamental que se mantengan la visión y la conciencia del valor del conocimiento y de la evidencia científica a partir de los datos recopilados, para la toma oportuna de decisiones que beneficien a la población. Además, los aportes del conocimiento ofrecidos por el desarrollo de estudios de biología molecular y vigilancia genómica permitieron avanzar en el conocimiento de las enfermedades, por lo que, en adelante, es fundamental su implementación para una mejor vigilancia de los eventos en salud pública de interés territorial, nacional o internacional. Muestra de ello fue el reconocimiento de las variantes circulantes del virus y de nuevas mutaciones como la detección de la variante *Mu* a partir del trabajo articulado mediante la red de laboratorios liderados por el INS. Esto trajo información en tiempo real sobre las dinámicas de circulación y rutas de entrada de nuevos virus al país que sirvieron de base para adecuar medidas económicas, sociales y sanitarias en el Distrito de Bogotá.

Asimismo, fue fundamental para la gobernanza de la pandemia mantener y fortalecer la confianza bidireccional público-privada construida a partir de alianzas que se constituyeron en elementos esenciales para dar solución a los problemas apremiantes que traía el SARS-CoV-2 sobre la salud de la población. Medidas como las ayudas monetarias entregadas desde la Alcaldía Distrital a los hogares más vulnerables permitieron cumplir con un aislamiento seguro en casa y suplir las necesidades básicas, buscando prevenir y evitar mayores contagios.

La estrategia de Atención Médica Domiciliaria (AMED COVID-19) se implementó con la participación de las principales EPS de la ciudad y la regulación de los servicios del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Logró llegar a los hogares de las personas de la ciudad con atención integral y de calidad para el diagnóstico de la COVID-19 y propició el seguimiento en salud a las personas sospechosas y confirmadas, así como a sus contactos. Para operar la estrategia, se suscribió un convenio tripartito con la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, las EAPB, prestadores públicos de las cuatro subredes y siete prestadores privados.

Con la estrategia, desde el inicio en 2020 hasta el 31 de octubre de 2022 momento de su finalización, se dio una atención sin barreras para las personas sospechosas o confirmadas de tener la COVID-19, dado que se llegó a los hogares de la ciudad con atención de calidad para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento. Esto ofreció una atención ágil para responder a la pandemia, en busca de reducir la circulación del virus, en un primer momento y, después, identificar rápidamente a las personas sospechosas o confirmadas. Durante este periodo, se realizaron 376 480 consultas médicas domiciliarias, 2 096 810 teleconsultas y 842 623 tomas de muestra.

Se recomienda el uso de metodologías ágiles a partir de la conformación de células de trabajo, en tanto facilitan la interacción entre los equipos de cada célula para el logro de los objetivos propuestos, lo que reduce la burocracia y la jerarquía vertical y, por ende, facilita la toma rápida de decisiones a partir del seguimiento de indicadores de gestión y resultados claramente establecidos. El uso de estas metodologías en el funcionamiento del centro de comando para afrontar el coronavirus en el Distrito de Bogotá permitió el fortalecimiento de la capacidad de vigilancia, el diagnóstico oportuno y la respuesta efectiva frente a la pandemia, así como la construcción de confianza con la comunidad capitalina, que redundó en el cambio comportamental de los ciudadanos.

La experiencia de enfrentamiento de la pandemia a través del centro de comando integrado por células de trabajo empleando metodologías ágiles es perfectamente sostenible en el tiempo, debido a que tanto la estructura organizacional ad hoc de células como la metodología ágil son atemporales y, tanto de manera independiente como combinadas, han demostrado su excelencia operacional al asegurar el logro de los objetivos en los tiempos estipulados.

Logros significativos de la experiencia:

- El uso de metodologías ágiles y la articulación del trabajo desarrollado entre las diferentes células en las que se organizó el centro de comando fortaleció la capacidad de vigilancia, el diagnóstico oportuno y la respuesta efectiva frente a la pandemia, así como la construcción de confianza con la comunidad

- capitalina, que redundó en el cambio comportamental de los ciudadanos.
- El trabajo tripartito entre los diferentes actores del sistema en la ciudad de Bogotá: Empresas EAPB, IPS y la Secretaría, que participaron con sus equipos de manera articulada para hacer frente a cada una de las situaciones que traía la pandemia.
 - La incorporación de las universidades fortaleció el recurso humano para el manejo de la pandemia en el Distrito Capital y facilitó la toma de decisiones a la luz del conocimiento científico disponible.
 - Mantener y fortalecer la confianza bidireccional público-privada construida a partir de alianzas que se constituyeron en elementos esenciales para brindar solución a los problemas apremiantes que generaba el SARS-CoV-2 sobre la salud de la población y que fue fundamental para la gobernanza de la pandemia.

Recuadro de síntesis de la lección aprendida clave y principal recomendación:

- El trabajo en equipo entre todos los actores del Sistema de Salud es fundamental para hacer frente a toda situación de salud pública que se pueda enfrentar en el futuro.
- Hay que mantener la visión y la conciencia del valor del conocimiento y de la evidencia científica, a partir de los datos recopilados, para la toma oportuna de decisiones que redunden en beneficio para la población.
- El sostenimiento de la red de laboratorios permitirá respuestas efectivas ante futuras emergencias que se puedan presentar en materia de salud pública.
- Los equipos de respuesta rápida son esenciales para la oportuna toma de decisiones en situaciones de crisis que afectan la salud de la población.
- Es fundamental usar metodologías ágiles a partir de la conformación de células de trabajo, en tanto facilitan la interacción entre los equipos de cada célula para el logro de los objetivos propuestos, por lo que reducen la burocracia y la jerarquía vertical, lo que facilita la toma rápida de decisiones a partir del seguimiento de indicadores de gestión y resultados claramente establecidos.

Agradecimientos: Dr. Alejandro Gómez López, Secretario de Salud Distrital de Bogotá; Dr. Juan Carlos Jaramillo, director de Planeación Institucional y Calidad de la Secretaría Distrital de Salud; Dra. Lucy Gabriela Delgado Murcia, subdirectora del Laboratorio de Salud Pública Distrital; Dra. Diana Constanza Rodríguez Posso, subdirectora del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias de Bogotá; Dr. Andrés José Álvarez Villegas, director de Urgencias y Emergencias en Salud de la Secretaría Distrital de Salud.

Referencias

- Quitian-Monroy, J. S., Martínez-Padua, J. V. y Castiblanco-Jiménez, I. A. (2022). Caracterización y comparación de metodologías ágiles y tradicionales de desarrollo de producto. *Ciencia e Ingeniería Neogranadina*, 32(2), 9-26. <https://doi.org/10.18359/rcin.5168>
- Rivas-Tovar, L. A. (2002). Nuevas formas de organización. *Estudios Gerenciales*, (82), 13-45. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21208201>
- Secretaría de Salud de Bogotá (2020). *Boletín epidemiológico distrital*, 17(4). 3-25.
- Watson, J. (2021). El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) implementado bajo el IDIQ de sistemas integrados de salud de USAID. Marzo 2021. *Making a virtue out of a necessity: Using today's response to COVID-19 in Colombia to build a health system more resilient to tomorrow's shocks and stressors*. Rockville, MD: Abt Associates.

Experiencia 1.2

Programa nacional de caracterización genómica de microorganismos emergentes, Colombia 2021-2022

Relatado por: Erika Palacio Durán

En Colombia se confirmó el primer caso por la COVID-19 el 6 de marzo de 2020 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020) y se declaró la emergencia sanitaria el 12 de marzo de 2020, bajo el Decreto 298 de 2020. El 17 de marzo se adoptaron las medidas financieras, jurídicas y sociales bajo el estado de excepción y se entregó el plan de contingencia para atender la emergencia en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Entre las medidas, el análisis de las secuencias genómicas del SARS-CoV-2 causante de la COVID-19 fue clave para hacer una lectura anticipada y oportuna del comportamiento del virus en el país, análisis que orientó la toma de decisiones. En los primeros veinte días de la emergencia, se realizó la primera secuenciación del virus, adaptando el desarrollo tecnológico de la red Artic y la iniciativa global denominada GISAID plataforma de acceso de datos abiertos, así como las capacidades técnicas y el conocimiento en biología molecular acumulados entre 2015 y 2019, conseguidos por los análisis genómicos de otros virus (chikunguña, zika e influenza, entre otros). Esto priorizó la calidad de los análisis y permitió el reporte oportuno de resultados sobre volumen de secuencias. Estos desafíos estuvieron a cargo del grupo de Investigación Genómica de Microorganismos Emergentes, conformado por epidemiólogos, virólogos, biólogos, microbiólogos y biólogos computacionales de la Dirección de Investigación en Salud Pública del INS.

El INS, como respuesta a la necesidad de fortalecer el Programa Nacional de Caracterización Genómica, implementó en la Dirección de Investigación en Salud Pública la política de ciencia abierta, que puso al alcance de todo el país los resultados en esta área, por lo que propició la creación de alianzas interinstitucionales para la vigilancia genómica del SARS-CoV-2. El trabajo colaborativo inició con grupos e instituciones con capacidades de secuenciación instaladas como el Instituto de Investigación de Recursos Biológicos Alexander Von Humboldt,

el grupo de investigación OneHealth de la Universidad Nacional (sede Medellín) y la Universidad Cooperativa de Colombia, con los que se desarrolló una estrategia de vigilancia genómica sustentada en dos componentes combinados: uno basado en una búsqueda activa institucional y la otra, en estudios de seroprevalencia con un muestreo probabilístico, con los cuales se mejoró la oportunidad de identificar linajes foráneos o linajes emergentes y evaluar cómo circulaban en cada trimestre del año.

Los protagonistas de esta historia la relatan en cinco momentos importantes:

Estandarización de los protocolos para secuenciación de las muestras virales, con el fin de identificar los linajes circulantes del virus: esta etapa arranca a partir de enero de 2020, con la conformación de un grupo inicial de cuatro personas trabajando en la secuenciación de genomas para hacer seguimiento y caracterización genómica del virus emergente SARS-CoV-2, y con los recursos disponibles en ese momento: conocimiento en secuenciación viral y algunas herramientas de secuenciación de próxima generación.

En ese momento se realizó la articulación con el Instituto de Investigación de Recursos Biológicos Alexander von Humboldt, que vinculó a uno de sus investigadores y prestó un secuenciador marca Oxford Nanopore y reactivos; de esta forma, se logró realizar la primera secuenciación del virus el 27 de marzo de 2020, es decir, 21 días después de la detección del primer caso. Es entonces cuando nace la idea de la creación del programa de caracterización genómica, con actores importantes como OneHealth, Universidad Nacional (sede Medellín) y la Universidad Cooperativa de Colombia, para así brindar información al país sobre los agentes circulantes en los diferentes momentos de la pandemia. Fue importante en este momento la definición de las metodologías de diagnóstico molecular para la preparación de las pruebas que se iban a utilizar en el país.

Se revisaron alrededor de 20 protocolos de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real, para la detección molecular de SARS-CoV-2, liderados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y otros organismos internacionales, comparando con las secuencias del virus que en ese momento se encontraban disponibles; esto permitió, como primer aporte desde la caracterización genómica del país, recomendar el protocolo de Charité–Berlín, de Alemania, para la detección molecular, el cual diagnostica SARS-CoV-2 mediante la amplificación y detección de una región de la envoltura viral (Gen E), compartida por diferentes betacoronavirus, subgénero Sarbecovirus, especie virus SARS, como prueba de cribado (Laiton-Donato et al., 2020).

Validación de las pruebas diagnósticas: en esta etapa resultaron importantes la validación de las pruebas diagnósticas necesarias para el seguimiento epidemiológico de la enfermedad, y la evaluación de las estrategias y medidas de

contención implementadas durante la pandemia (Mercado-Reyes et al., 2020). Se hizo un banco de sueros días antes de confirmar los primeros casos de SARS-CoV-2, con el fin de tener muestras negativas para evaluar las validaciones. Paralelamente, se tomaban muestras de los pacientes que salían positivos en la ciudad de Bogotá, a quienes se les solicitaba, previo consentimiento informado, muestras de sangre para evaluar los anticuerpos.

De esta forma, se logró la validación de alrededor de 50 pruebas que estaban en el mercado en ese momento, lo cual permitió al gobierno nacional tomar la decisión de no adquirir pruebas rápidas serológicas que pudieran incrementar los diagnósticos falsos positivos, sino pruebas moleculares; además, se decidió crear protocolos *in house* que pudieran utilizarse en todo el país.

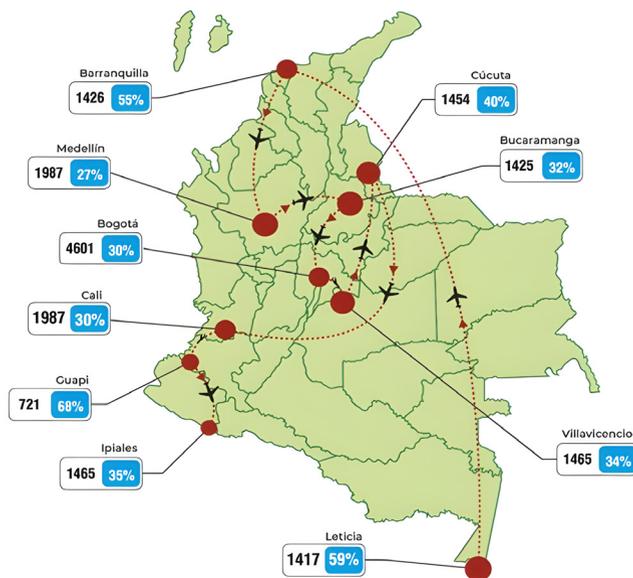
El trabajo con las primeras secuencias del virus permitió identificar los primeros genomas, los cuales ya presentaban mutaciones importantes que no se identificarían con las pruebas moleculares comerciales que en ese momento estaban ingresando al país. Por tanto, no serían efectivas para el diagnóstico oportuno; fueron una de las aplicaciones de alto impacto que tuvo el equipo investigador en ese momento.

«Logramos estandarizar los protocolos de secuenciación en el Instituto Nacional de Salud. Contábamos con dos tecnologías muy robustas para la vigilancia genómica, y esto nos sirvió para poder determinar cuál iba a ser la tecnología que podríamos implementar a nivel país, porque el reto ya no era seguir haciendo secuenciación exclusivamente en el INS, sino liberar este conocimiento a los científicos de todo el país, en una forma de democratizar el conocimiento, además de dejarlos a disponibilidad pública en la página web del INS» (Miembro del equipo investigador del INS, entrevista, febrero de 2023).

El reto para el grupo investigador en ese momento fue establecer una tecnología sencilla, de fácil uso y económica que permitiera hacer secuenciaciones en el país, teniendo en cuenta que antes de la pandemia resultaba muy complejo hacerlas por lo costoso y complejo que resultaba este proceso. De esta forma, se hizo una invitación a investigadores de todo el país, que constituyó el inicio del programa de vigilancia genómica nacional.

Determinación de la seroprevalencia real: para esto, se realizó un estudio probabilístico, por conglomerados multietápicos, inicialmente en 10 ciudades de Colombia, como se evidencia en la figura 2: Barranquilla, Leticia, Medellín, Bucaramanga, Cúcuta, Villavicencio, Bogotá, Cali, Guapi e Ipiales, y, posteriormente, se incluyó a las islas San Andrés y Providencia. El objetivo general de este estudio fue determinar la seroprevalencia de SARS-CoV-2 por grupo de edad para comprender el comportamiento de la infección en la población colombiana (INS, 2020; Mercado-Reyes et al., 2021; Mercado-Reyes et al., 2022).

Figura 2. Seroprevalencia de SARS-CoV-2 en Colombia: estudio país



Fuente: Instituto Nacional de Salud (2022).

Los estudios permitieron recoger alrededor de 20 000 muestras de sangre y de frotis nasofaríngeo (solo de sintomáticos) de las diferentes regiones del país entre los meses de septiembre a diciembre de 2020, y brindar conocimiento sobre el número de casos verdaderos que habían ocurrido hasta ese momento en el país y las variantes que podían estar circulando, así como sobre su asociación con la severidad de los casos según los genomas encontrados. Esto mejoró los modelos matemáticos que en ese momento se estaban llevando a cabo.

Un aliado fundamental para este desarrollo fue el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), en cabeza de su director, quien asignó un equipo de trabajo encargado de escoger la muestra, basada en la Gran Encuesta Integrada de Hogares, proporcionando los elementos geográficos para usar en campo como mapas y uso de su localizador de viviendas IdDane, que se instalaba en las tabletas donde se recolectaba la información, lo cual representó un peso metodológico que permitió minimizar los sesgos en el proceso investigativo. En términos de la gobernanza para la experiencia, en palabras de la epidemióloga contratista de la Dirección de Investigación en Salud Pública, resultó fundamental:

«El trabajo en equipo y la capacidad de liderazgo porque hacen que estos ejercicios tengan éxito; se necesita un liderazgo y una mente abierta muy poderosa, capaz de integrar equipos y manejar la comunicación asertiva para la resolución de los problemas que pudieran presentarse, dando relevancia a la denominada verdadera inteligencia epidemiológica, integrada e integral, que procurara desarrollar una vigilancia muy integrada a los laboratorios, a las nuevas evoluciones moleculares como la vigilancia genómica, que son parte fundamental de cualquier proceso de vigilancia epidemiológica» (Entrevista, febrero de 2023).

Con esto, se trascendió desde la recolección de muestras de casos hacia el análisis de las unidades de muestras poblacionales para la vigilancia genómica, por lo que se llegó a respuestas más adecuadas y certeras. Se establecieron alianzas público–privadas, no solo en el ámbito de los laboratorios, sino involucrando la academia, las entidades descentralizadas y las secretarías de salud, entre otros, que facilitaron el manejo integral de las situaciones vividas y pudieron demostrar cómo se puede trabajar de manera articulada en pro de hacer frente a un problema y llegar a soluciones reales y oportunas para todos.

Esta estrategia permitió suministrar información precisa al MSPS y a la Presidencia de la República para orientar dónde hacer cercos epidemiológicos, tomar decisiones frente al cierre de ciudades y tomar medidas preventivas según las variantes que estaban circulando. Además, preparó al país en el uso de nuevas tecnologías y técnicas moleculares que antes solo estaban a disposición de muy pocos: ahora, el país cuenta con una red de 22 laboratorios para la vigilancia genómica con capacidad tecnológica y humana para desarrollar ensayos de secuenciación de genoma completo no solo de SARS-CoV-2, sino de otros microorganismos de importancia en salud pública.

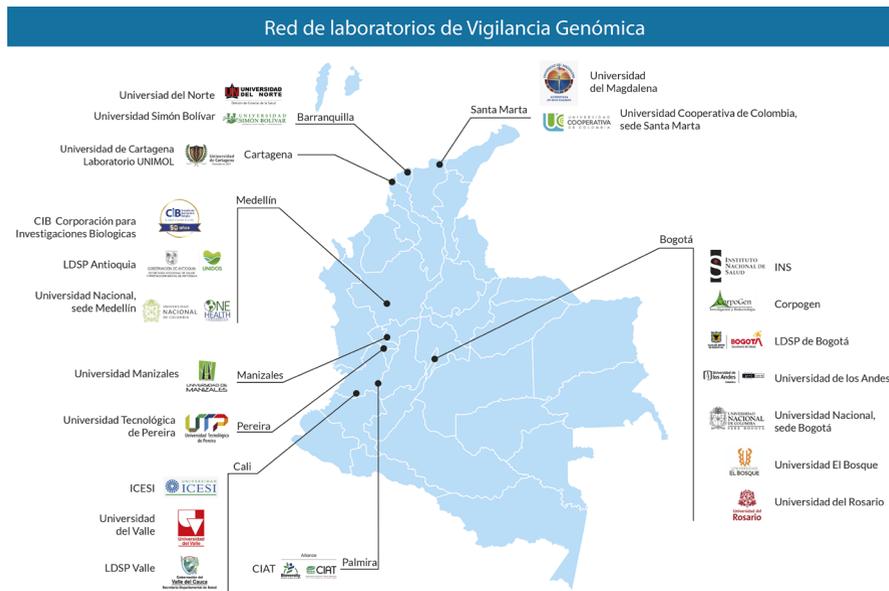
El laboratorio de genómica del INS cuenta actualmente con un amplio catálogo de tecnologías de NGS (Nanopore Minions y Gridion), Illumina (MiSeq), Sanger, MGI (SP-100 y DNBSEQ_G50) y ClearLab. Aunque durante la pandemia los laboratorios estandarizaron la secuenciación con la metodología Oxford Nanopore, que fue la opción más económica y fácil de instalar.

Establecimiento del Programa Nacional de Caracterización Genómica: lo aprendido y las capacidades desarrolladas, además de la aparición de nuevos linajes del virus denominados variantes de preocupación, llevaron a finales de noviembre de 2020 a la realización de un censo en el país para establecer cuántas instituciones contaban con las capacidades mínimas, tanto técnicas como profesionales, para asumir el reto de procesar secuenciación genómica del virus. Paralelamente, los buenos resultados en los reportes oportunos del INS para el manejo de la pandemia facilitaron al gobierno nacional la destinación de recursos financieros para dar inicio, en el mes de diciembre del mismo año, al Programa Nacional de Caracterización Genómica, cuyo objetivo se enfocó en ampliar la cobertura y mejorar la oportunidad de la vigilancia genómica de SARS-CoV-2. Esto aportó información en tiempo real sobre

nuevos linajes, distribución y dinámica de circulación y rutas de entrada de nuevos virus a Colombia, y se inició el proceso de capacitación, entrenamiento, asistencia y comunicación en el país. En este sentido, se capacitaron más de 60 profesionales de diferentes laboratorios de todo el país, así como profesionales de más de 20 países de Centroamérica, Suramérica y el Caribe. En palabras de la profesional especializada de la Oficina de Control Interno en la Dirección General del INS, «*la pandemia potencializó la pasión y el compromiso del servidor público, de las entidades de salud en el país*» (entrevista, febrero de 2023).

Un hecho relevante del proceso de la caracterización genómica fue la iniciativa del INS por descentralizar las secuenciaciones del virus en diferentes territorios; de este modo liberó el conocimiento a científicos de todas las regiones, incluyendo las fronteras, y avanzó hacia una vigilancia genómica de cobertura nacional. Esto es lo que el profesional especializado de la Dirección de Investigación en Salud Pública del INS denomina «*democratización del conocimiento*» (entrevista, febrero de 2023); de esta forma, se propició la constitución del Programa de Caracterización Genómica en el país

Figura 3. Red de laboratorios de vigilancia genómica en Colombia

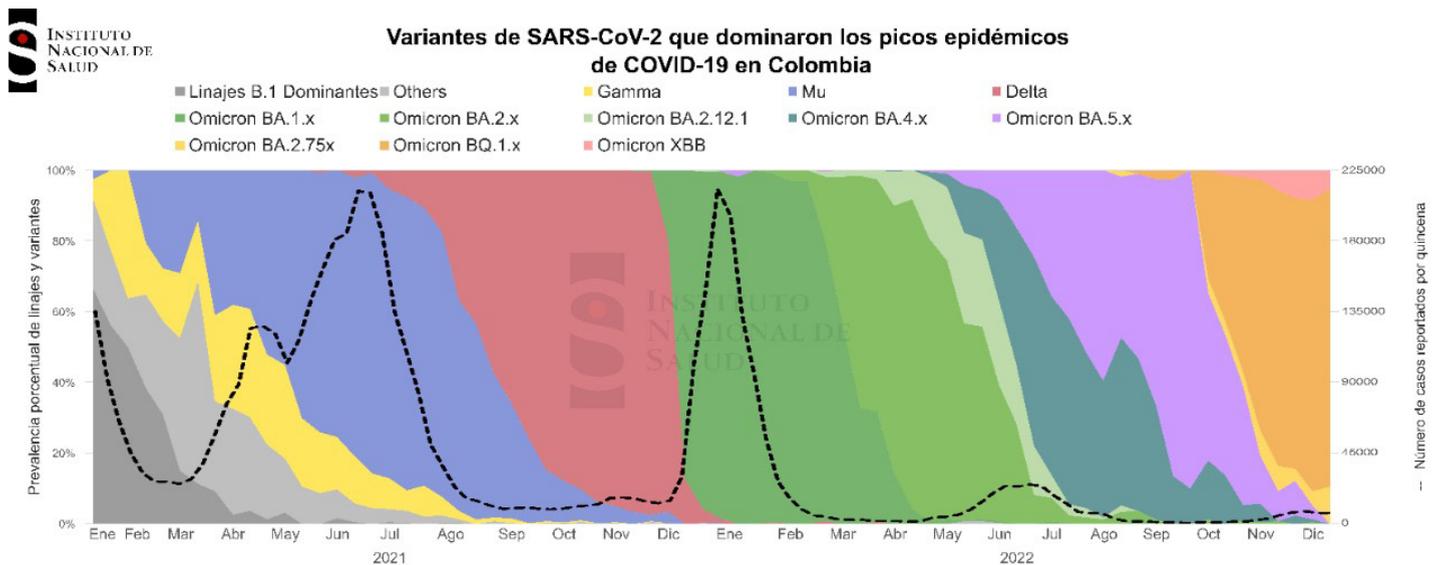


Fuente: Instituto Nacional de Salud (2022).

Los laboratorios involucrados (Figura 3) firmaron con el INS convenios mediante los cuales se establecieron compromisos, obligaciones y responsabilidades específicas, así como declaraciones de confidencialidad con los investigadores de las entidades participantes. El mayor porcentaje de estos laboratorios (80 %) hace parte, además, de la Red Ampliada de Diagnóstico. Significa que también están avalados para el diagnóstico del virus mediante pruebas moleculares.

El trabajo en el programa se constituyó como una oportunidad de trabajo colaborativo que ha potencializado la capacidad científica y técnica de las entidades participantes, además de fortalecer los servicios de salud en las regiones mediante la transferencia de insumos y reactivos de secuenciación, capacitación de integrantes de la red y consecución de recursos económicos para equipos, insumos y reactivos. No menos importante ha sido la generación de nuevo conocimiento, a partir de proyectos innovadores con la participación de los grandes científicos de la genómica en el país.

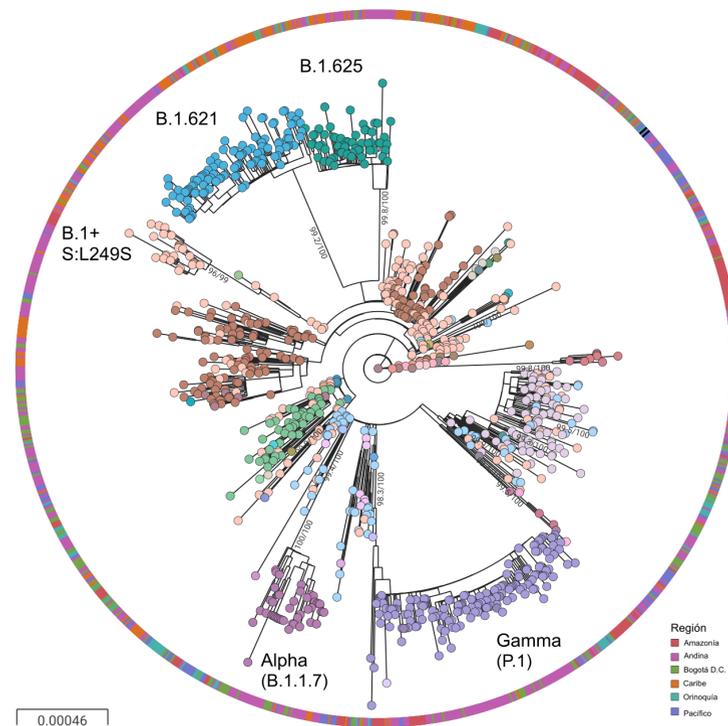
Figura 4. Variantes de mayor circulación durante los picos epidemiológicos de COVID-19 en Colombia, años 2021 – 2022



Fuente: Instituto Nacional de Salud (2022).

Uno de los hallazgos significativos del programa durante el tercer pico de la pandemia fue el descubrimiento de una nueva variante autóctona, reconocida como variante de interés en agosto de 2021 y denominada como variante *Mu* por la OMS. Circuló inicialmente en el norte y se extendió rápidamente hacia el centro y sur del país. Seguidamente, continuó su expansión hacia países cercanos como Ecuador y República Dominicana; llegó a detectarse su circulación en 58 países del mundo, por lo cual esta variante se declaró de interés en salud pública internacional. *Ómicron* y *Delta* fueron las variantes de mayor circulación durante los picos epidemiológicos, como se observa en la Figura 4.

Figura 5. Filogenia de SARS-CoV-2 en Colombia e identificación de la variante mu (B.1.621)



Fuente: INS. Imagen obtenida a partir de la filogenia con las herramientas de Microreact (<https://microreact.org>). Elaborada el 20 de mayo de 2021 (<https://doi.org/10.1016/j.meegid.2021.105038>).

El anillo externo que se muestra en la Figura 5 indica la región geográfica de origen de los genomas. En el árbol se representan las variantes de interés y las de preocupación que circulan en Colombia: P.1 (gamma), B.1.1.7 (alfa) y B.1.621. Es un set de 1 083 secuencias obtenidas de GISAID (<https://www.gisaid.org>). Se trata de una reconstrucción filogenética evaluada usando IQ-TREE mediante máxima verosimilitud, con el modelo de sustitución de nucleótidos GTR+F+I+G4, 1 000 réplicas de SH-aLRT y 1 000 réplicas de ultrafast bootstrap (UB). El número en las ramas indica el soporte de agrupación, donde $UB > 0,95$ indica buena confianza en la agrupación del clado. La escala del árbol indica la divergencia entre muestras por medio del número de sustituciones de nucleótidos por posición en sus secuencias genómicas.

Esta experiencia es un ejemplo de gobernanza, de innovación, desarrollo de capacidades y vigilancia en salud pública que nos enseña lo clave de unir esfuerzos con inteligencia epidemiológica, y a coordinar e integrar bajo el mismo objetivo a 22 laboratorios ubicados en nueve ciudades estratégicas por su ubicación geográfica y densidad poblacional (Bogotá, Barranquilla, Santa Marta, Cartagena, Medellín, Manizales, Pereira, Cali y Palmira). Específicamente, estos fueron los laboratorios: INS; Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá; Universidad de los Andes; Universidad El Bosque; Universidad del Rosario; Corporación Corpogen; Universidad del Magdalena; Universidad Cooperativa de Colombia, sede Santa Marta; Laboratorio One Health de la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín; Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB); Laboratorio Departamental de Salud Pública de Antioquia; Secretaría de Salud de Bogotá; Universidad Tecnológica de Pereira; Universidad de Manizales; Universidad Simón Bolívar de Barranquilla; Laboratorio Unimol de la Universidad de Cartagena; Universidad ICESI; Universidad del Valle; Laboratorio Departamental de Salud Pública del Valle del Cauca, y Centro Internacional de Agricultura Tropical (CIAT).

Además, el programa posicionó a Colombia como referente regional de la OPS en la obtención y el análisis de datos genómicos de microorganismos

emergentes, rompiendo los individualismos y escalando la investigación no solo en cuanto al aporte de conocimiento, sino a la implementación del bien común en tiempo real durante la fase aguda de la pandemia.

Se logró financiamiento, así como la contribución del talento humano, instalaciones físicas y tecnología en cada laboratorio, universidad, ente público e institución aliada. A finales del año 2020, con el fin de contrarrestar la baja capacidad de laboratorios de genómica en el país, el INS solicitó cerca de USD 5,4 millones para la compra de equipos y reactivos de secuenciación con los que se dotó el laboratorio nacional de genómica del INS y los laboratorios pertenecientes al programa de caracterización genómica del SARS-CoV-2. Estos recursos fueron suficientes para la implementación y puesta en marcha del primer año del programa durante el año 2021 y posteriormente, para el 2022. Los resultados de gestión facilitaron la aprobación de un proyecto presentado al Fondo Mundial para fortalecer el programa a nivel nacional, con el cual se obtuvo una cifra similar a la del 2021.

Mantenimiento y seguimiento del programa nacional de caracterización genómica y evaluación de la eficacia de las vacunas: los resultados desde el inicio del programa hasta el 30 de diciembre de 2022 han sido 25 695 muestras secuenciadas en el país, la identificación de 355 linajes y 50 millones de colombianos beneficiados con la emisión de datos y análisis genómicos de alta calidad sobre SARS-CoV-2. Estos resultados incidieron en las medidas de impacto en salud pública aplicadas por la autoridad sanitaria, como el aislamiento social, la restricción de viajes, la priorización de vacunas, la construcción de modelos de dispersión viral y los métodos diagnósticos



Foto 4. Trabajo de campo vigilancia genómica-seroprevalencia INS

antivirales, y se pusieron en práctica políticas públicas claras para la reactivación económica y el cuidado de la vida de las personas. A esto se suma el desarrollo de capacidades y mejoras tecnológicas para el avance científico nacional (Álvarez Díaz et al., 2022). El estudio de eficacia de vacunas cuenta con una cohorte de más de 2000 personas, todas vacunadas para determinar la producción de anticuerpos, la respuesta, la efectividad y la eficacia de las diferentes vacunas aprobadas en el plan de inmunización en diferentes poblaciones del país. Además, cuenta con un banco de cepas de virus para estudios de neutralización. Se realiza seguimiento a las variantes circulantes y, en palabras de la directora de Investigación en Salud Pública del INS, se considera que «*se deben potenciar las capacidades del programa con la búsqueda y caracterización genómica de otros microorganismos y la realización de más estudios*» (entrevista, febrero de 2023).

Recuadro de síntesis de la lección aprendida clave y principal recomendación:

- El fortalecimiento de los laboratorios de Genética y Biología molecular en el país se convierte en una necesidad que, en adelante, deberá integrar los planes nacionales de salud pública para atender nuevas emergencias sanitarias que puedan presentarse y que permitan hacer rápidas secuenciaciones de nuevos virus que lleguen a afectar la salud de la población. Este fortalecimiento incluye el crecimiento en tamaño, del talento humano que integra los mencionados laboratorios, así como la formación de nuevos especialistas en el área.
- El Programa Nacional de Caracterización Genómica se debe mantener en el tiempo para la realización de vigilancia genómica de los eventos de interés de salud pública que potencialice la capacidad de respuesta científica y técnica frente a nuevas enfermedades y las que actualmente afectan a la población.
- El sostenimiento de la red de laboratorios permitirá respuestas efectivas ante futuras emergencias que se puedan presentar en materia de salud pública.

Agradecimientos: Al Instituto Nacional de Salud - Dirección de Investigación en Salud Pública.

Referencias

- Álvarez-Díaz, D. A., Muñoz, A. L., Tavera-Rodríguez, P., Herrera-Sepúlveda, M. T., Ruiz-Moreno, H. A., Laiton-Donato, K., Franco-Muñoz, C., Peláez-Carvajal, D., Cuellar, D., Muñoz-Suarez, A. M., Galindo, M., Arias-Ramírez, E. J. y Mercado-Reyes, M. (2022). Low Neutralizing Antibody Titers against the Mu Variant of SARS-CoV-2 in 31 BNT162b2 Vaccinated Individuals in Colombia. *Vaccines*, 10(2), 180. <https://doi.org/10.3390/vaccines10020180>
- Mercado, M. y Ospina, M. (2020). Seroprevalencia de SARS-CoV-2 durante la epidemia en Colombia: estudio país. Instituto Nacional de Salud.
- Laiton-Donato, K., Villabona-Arenas, C., Usme-Ciro, J. A., Franco-Muñoz, C., Álvarez-Díaz, D. A., Villabona-Arenas, L. y Mercado-Reyes, M. (2020). Genomic Epidemiology of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, Colombia. *Emerging Infectious Diseases*, 26(12), 2854-2862. <https://doi.org/10.3201/eid2612.202969>.
- Mercado, M., Malagón-Rojas, J., Delgado, G., Rubio, V. V., Muñoz-Galindo, L., Parra-Barrera, E. L., Gaviria, P., Zabaleta, G., Alarcón, Z., Arévalo, A., Casallas-Cifuentes, H., Estrada, K., Puerto, G., Herrera-Sepúlveda, M. T., Rodríguez, H., Galindo, M. y Ospina-Ramírez, M. L. (2020). Evaluation of nine serological rapid tests for the detection of SARS-CoV-2. *Rev Panam Salud Publica*, (44), 1-9. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.149>
- Mercado-Reyes, M., Malagón-Rojas, J., Rodríguez-Barraquer, I., Zapata-Bedoya, S., Wiesner, M., Cucunubá, Z., Toloza-Pérez, Y. G., Hernández-Ortiz, J. P., Acosta-Reyes, J., Parra-Barrera, E., Ibáñez-Pinilla, E. A., Quinche, G. G., Muñoz-Galindo, L., Rubio, V., Galindo-Borda, M., Osorio-Velázquez, E. G., Bermúdez-Forero, A., Pinto-Chacón, N., Puerto-Castro, G., Franco-Muñoz, C. y Estupiñán, M. I., et al. (2022). Seroprevalence of anti-SARS-CoV-2 antibodies in Colombia, 2020: A population-based study. *The Lancet regional Health - Americas*, 9, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100195>
- Mercado-Reyes, M. M., Daza, M., Pacheco, A., Meneses-Gil, M. X., Galindo, M., Catama, J., Botero, L. S., Muñoz, L., Quinche, G. y Ospina, M. L. (2022). Seroprevalence of SARS-CoV-2 Antibodies in Children and Adolescents: Results from a population-based survey in 10 Colombian cities. *Global Pediatric Health*, 9. <https://doi.org/10.1177/2333794X221085385>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2020). Plan de Contingencia para responder ante la emergencia por COVID – 19. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Documents/ABRIL%20PLAN%20DE%20CONTINGENCIA%20PARA%20RESPONDER%20ANTE%20LA%20EMERGENCIA%20POR%20COVID-19%20%281%29.pdf>

Experiencia 1.3

Bolsa solidaria de camas en unidades de cuidados intensivos, Valle del Cauca

Relatado por: Narledis Núñez Bravo

La Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, una vez declarada la situación de pandemia el 11 de marzo de 2020 por parte de la OMS, levantó el balance de instituciones prestadoras de atención en salud, haciendo énfasis en la capacidad de los servicios de urgencias, UCI y hospitalización, al identificar la capacidad de 808 camas totales ofertadas para la atención en UCI. De estas se dispusieron 398 para la atención de la COVID-19, donde fue necesario la apertura de más camas en los servicios de UCI. Inicialmente, el estándar del Minsalud fue de 0.17 camas UCI por cada 1 000 habitantes y al final del mes de enero de 2021 se logró ampliar a 0.25 camas por cada 1 000 habitantes.

Otra preocupación inminente era el uso exclusivo de algunas clínicas por una lista corta de EAPB. La Secretaría de Salud Departamental se reunió con las clínicas y hospitales, definió el número de camas por expandir y estableció un sistema de coordinación y traslado entre las diferentes instituciones de acuerdo con la disponibilidad de camas. Entretanto, el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) organizó el proceso de seguimiento, sensibilizó y motivó a las IPS para hacer una transformación en el proceso de atención, que facilitó el soporte a la atención respiratoria y concertó en las zonas de expansión hospitalaria un total de 1 191 camas de UCI para la atención de los casos críticos. Para el primer año se logró contar con 151 000 millones de pesos para dotación.

Con base en el contexto anterior, la secretaría de Salud departamental se propuso la conformación de una Bolsa Solidaria de Camas UCI, es decir, todas las camas que fueran administradas por el CRUE, en el marco de su función, este área de la Secretaría se encargaría de asignar y gestionar las camas a las personas que lo requirieran de acuerdo con los criterios médicos y la disponibilidad de las UCI, permitiendo la movilidad entre camas, instituciones y entre municipios del departamento y a otros departamentos.

El CRUE para estos fines realizaba cada tres horas un barrido de la disponibilidad de camas y seguimiento del estado de los casos hospitalizados, para desescalar los casos con mejoría, hacia la mediana o baja complejidad. En todos los casos se garantizó el acceso oportuno y la atención sin ninguna barrera de afiliación, adscripción a las EAPB, geográfica, curso de vida. Esta garantía permitió a todos los vallecaucanos el acceso sin intermediarios, sin intereses particulares, sin recomendaciones y generar credibilidad y confianza en la autoridad sanitaria. De igual manera, se logró una experiencia de solidaridad entre los prestadores, las entidades territoriales, las empresas de traslado especial de pacientes y el MSPS.

Además, declararon varias alertas hospitalarias durante el año 2020, concordantes con los niveles de ocupación, alertas que daban cuenta de las medidas que deben ser tomadas por las diferentes IPS, EAPB, DLS y ARL. Según el plan de expansión definido por el departamento, en sus diferentes actualizaciones se establecieron los criterios para las fases de la alerta en lo siguiente: alerta verde por debajo del 40 % de nivel de ocupación; alerta amarilla entre el 40 % y 60 %; alerta naranja entre el 61 % y 85 % y alerta roja con un criterio de ocupación +85 %.

El abordaje de la pandemia si bien no fue fácil, por tratarse de una situación nueva para todos, en la Secretaría de Salud Departamental una clave de éxito fue contar con talento humano capacitado y con experiencia en manejo de emergencias sanitarias, compromiso, disciplina y consistencia. Este equipo estuvo integrado por la Secretaría de salud del departamento, la coordinadora del CRUE, coordinador técnico CRUE, grupo de profesionales en medicina y atención prehospitalaria, ingeniería de sistemas y demás personal de apoyo.

Se conformó una mesa de seguimiento y toma de decisiones en salud pública, en la cual participaban científicos de universidades de la región, con escuelas de medicina y salud pública, como: Javeriana, del Valle, Santiago de Cali, Libre de Cali y Fundación San Martín. En estos espacios se establecieron las estrategias preventivas y de mitigación del contagio, el plan de contingencia para la respuesta a la COVID-19 y las medidas restrictivas y de vacunación.

Por ejemplo: el Valle del Cauca inició el proceso de cuarentena días antes que el resto del país y estableció otras estrategias migratorias, tales como la revisión de la condición migratoria y seguimiento a casos positivos.

Existió una comunicación constante con la gobernadora, los alcaldes de los 42 municipios del departamento, el consejo de gobierno, los gerentes de los hospitales y la comunidad. Se establecieron líneas de celulares para atender a la ciudadanía pasando de tener 10 líneas a 60, antes de que apareciera la aplicación CoronApp del INS. Con el curso de la emergencia, fue necesario duplicar el equipo de trabajo, fue necesario reorganizar la Secretaría. Los profesionales en medicina y enfermería que estaban en el área administrativa pasaron a realizar turnos para hacer el seguimiento y supervisión en terreno, se crearon chats para comunicar la situación de forma constante y directa.

Cuando la curva de contagio ascendió al primer pico, más de 300 personas estaban esperando una cama en servicio de UCI. Los servicios estaban saturados en la ciudad de Cali, por ende, fue necesario trasladar pacientes a las ciudades de Buenaventura, Cartago, Tuluá, Buga y Palmira. Se logró que las EAPB reconocieran los servicios prestados, sin barreras administrativas ni limitación en la oferta.

Además, se gestó una cadena colaborativa entre los hospitales de alta complejidad y los de baja, en la que se creó solidaridad y generosidad para compartir el conocimiento que se iba adquiriendo con el pasar de los días. Los especialistas enseñaban al resto del equipo clínico el uso de los CPAP (presión positiva continua en las vías respiratorias), que se utilizó en reemplazo de los respiradores en muchas partes. De esta manera, los hospitales de baja complejidad pudieron apalancar la respuesta de atención durante los picos de la COVID-19.

La solidaridad de los profesionales de la salud fue una constante. Por ejemplo, los cirujanos plásticos ofrecieron sus clínicas para la atención de los pacientes, los quirófanos y las máquinas de anestesia. Afortunadamente no fue necesario, pero es de resaltar que con cada gesto solidario se mantenía la confianza de que íbamos a lograr el objetivo: salir adelante. También fue ejemplar la solidaridad

y empatía de las familias de los pacientes hospitalizados o trasladados a otras instituciones o ciudades. Facilitó el proceso las acciones de sensibilizar, de explicar las razones de estos movimientos, lo que permitía generar certidumbre y mostrar un manejo limpio, ético, honesto, transparente para los vallecaucanos. Hubo pocos momentos de resistencia en la ciudadanía, pero el CRUE y el talento humano en salud siempre encontraron un mecanismo de diálogo y escucha que permearon las dificultades. Para el cálculo de expansión de camas de UCI, se tuvo la capacidad de respuestas de las IPS y ESE. La Secretaría de Salud Departamental estimó que se podían expandir 927 camas la atención de UCI, con dotación complementaria de ventiladores, monitores y camas hospitalarias, para ser funcionales, y talento humano.

A mitad del mes de julio del año 2020, con el aumento de casos infectados, llega la ‘primera ola de ocupación crítica’. En ese momento la expansión fue urgente, logrando ampliar a 1 044 camas de UCI en una semana. Esto representó un aumento del 23 % de la capacidad inicial con la que se contaba. Para el mes de diciembre, llega la ‘segunda ola de ocupación crítica’. Expandió la capacidad a 1 057 camas de UCI habilitadas, lo que representó un incremento del 24 %. En enero de 2021, continuaba en auge la segunda ola de ocupación y la expansión de camas, por tanto, se llegó a usar 1 191 camas de UCI de expansión temporal para la atención de los casos en la UCI, hecho



Foto 5. Centro Regulator de Urgencias, Valle del Cauca

que representó un robustecimiento de la capacidad instalada en un 282,6%. El CRUE gestionó la oferta de los servicios de UCI en las 41 instituciones de salud y reguló la ocupación, disponibilidad y ubicación de los casos críticos con sospecha o confirmados por la COVID-19, cuando así lo solicitaron. Logró concentrar la operación del sistema de referencia de los casos que lo requerían, utilizando criterios claros y unificados de internación. Gestionó el reporte diario de las camas ocupadas, disponibles y demás novedades, así como los reportes de los casos que cumplían los criterios de contrarreferencia o lo que se llamó el programa de desescalonamiento de pacientes.

Estas actuaciones representaron todo un reto para el sector, porque fue todo el engranaje de la dotación de equipos biomédicos especializados: ventiladores, bombas de infusión, monitores de signos vitales con varias lecturas, así como contar con el talento humano en salud formado para la atención de cuidados críticos, la disposición de medicamentos para esta atención, entre otros.

Los aspectos que, según los entrevistados, hubiesen podido ser mejores:

- El manejo de la información: hubo hiperinformación y desinformación.
- Mayor educación a la población en general que permitiera valorar más la vida y la familia. El tercer pico se desató luego de las múltiples reuniones en navidad.
- Limitaciones en los hospitales de baja complejidad que no permitieron tener mayor capacidad de respuesta.
- El difícil acceso a las poblaciones lejanas del departamento limitó el traslado y la reducida educación en salud de esas poblaciones.

Logros significativos de la experiencia:

- Consolidación de un equipo de trabajo colaborativo e intersectorial
- Credibilidad y confianza de toda la red de servicios.
- Desarrollo de herramientas tecnológicas online que permitieron la entrega de la información en tiempo real y facilitó la toma de decisiones.
- Fortalecimiento de la empatía y solidaridad de todos los sectores empresariales y de la comunidad.
- Capacidades y competencias adquiridas mediante los procesos de formación por parte de universidades, fueron capacitados entre 8 000 y 10 000 profesionales de la salud, no solo de Valle sino de todo el país, a través de un diplomado desarrollado con la Universidad del Valle.
- Asignación presupuestal para la expansión de la capacidad instalada.
- Atención a lo largo de los años de pandemia de 561 000 personas enfermas.

Recuadro síntesis de la lección aprendida clave y principal recomendación:

- El trabajo intersectorial fue clave para dar respuesta a la emergencia sanitaria en el Valle del Cauca (empresa privada, pública, organizaciones de cooperación internacional [OIM y USAID]).
- Hay que reconocer que el Estado es un articulador, pero también un modelador y la credibilidad en la autoridad sanitaria es fundamental.
- La principal recomendación es sostener las buenas prácticas ejecutadas que dieron resultados exitosos en el manejo de la emergencia sanitaria. Mantener el apoyo de los privados es fundamental, la entidad pública tiene limitaciones para sostener todas las camas de unidades de cuidados intensivos

Agradecimiento especial a Dra. María Cristina Lesmes Duque, secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca; Mercedes Paredes Bravo, líder de Programa - coordinadora CRUE; Edward Viteri, técnico de Apoyo; Jimmy Caicedo, líder de Programa - profesional de Apoyo; médicos generales reguladores: Nasly Ortiz, Alba Sarria, Luis Guillermo Romero, Luis Alberto Agámez, Melba Flórez, Juan David Obregón, Dalia Tigreros, Marino Vélez; tecnólogos en APH: Laura Hurtado, Daniel Cerón, Diana Rendón, Cristian Villarreal, Carlos Cuero, Andrés Vanegas; Robinson Ospina y Julián Alvear, ingenieros de apoyo, y Ma. Pilar Mendoza, servicios generales.

Experiencia 1.4

Comunicación y salud en tiempos de COVID-19 en población migrante: Riohacha, La Guajira-Colombia

Relatado por: Luis Ricardo Navarro D.

La Asociación Salto Ángel es una organización civil de personas migrantes, refugiadas y retornadas sin fines de lucro, orientada al fortalecimiento del desarrollo social y la vida digna de las personas. Transforma situaciones de vulnerabilidad en oportunidades de superación, inclusión y restitución de derechos en el eje fronterizo del departamento de La Guajira, Colombia. La Asociación está conformada, en su mayoría, por un equipo de profesionales en el campo de la comunicación social, desde donde se enfoca el desarrollo y el cambio social con una mirada de región fronteriza entre Colombia y Venezuela y una agenda de desafíos con grandes complejidades.

La Asociación Salto Ángel es miembro fundador de la Federación Coalición por Venezuela, constituida en el marco de la celebración de la 49.ª Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA), celebrada en el año 2019. La Coalición por Venezuela reúne a 100 organizaciones de la sociedad civil de personas migrantes y refugiadas en más de 20 países de América, el Caribe y Europa. En Colombia, tiene cobertura en 25 de los 32 departamentos. La Asociación Salto Ángel hace presencia en el departamento de La Guajira.

El 26 de noviembre de 2018 se constituye como asociación, pero se registra formalmente ante Cámara de Comercio el 20 de marzo de 2019. La Asociación ha trabajado en alianza con organizaciones de cooperación internacional, entre las cuales se pueden citar el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Fundación Panamericana para el Desarrollo (FUPAD), ACDIVOCA y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), a través de la financiación de los programas de Alianza para la Reconciliación (PAR), Estabilización Comunitaria y USAID, a través de su Programa Comunidades Saludables, así como Caritas Alemania, a través de la Cancillería alemana, con el programa ToGether.



Foto 6. Comunicación y Salud, Salto Ángel-1

En noviembre del año 2021, la Asociación Salto Ángel a través de capacitaciones y encuentros, diseñó e implementó de un plan estratégico de la asociación proyectado hasta el año 2027. Este proceso partió del diagnóstico de la organización y de la construcción del plan de acción que se encuentra vigente. Así mismo, en agosto de 2022 se implementó el Proyecto Tú Puedes Ser Más, que fue dirigido para orientar el uso de los servicios de salud a la población migrante, refugiada y retornada venezolana. Este se fundamentó en estrategias de comunicación, en la reducción de las brechas comunicacionales, en la generación de capital social y en la oferta de servicios de orientación legal y asesoría jurídica para acercar a la población migrante mixta asentada en Riohacha al sistema de seguridad social y aseguramiento en salud.

Se hizo el primer campamento Activa.LAB, a través del cual se capacitaron doce líderes y líderes comunitarias y promotores de salud en Riohacha en la ruta sobre derechos, aseguramiento y salud, con el fin de orientar a sus comunidades sobre el acceso a los servicios de salud en Colombia. Esta financiación aportó a la investigación que daría como resultado el análisis de brecha para el acceso a salud en Riohacha, el cual arrojó datos relevantes sobre brechas de información, barreras económicas, accesibilidad, confianza.

En el contexto de pandemia, Salto Ángel inició atención a las personas migrantes en condición de alto riesgo, a través de asistencia jurídica, psicosocial, nutricional; orientación en servicios de salud, y procesos de comunicación comunitaria en salud y logística. Como relata un integrante de la Asociación en una entrevista del 2023, *«Se trató de un momento histórico para mostrar el potencial de trabajo, la capacidad de articulación con la cooperación*

internacional y la incidencia que tenemos como organización. En ese momento, año 2020, apenas teníamos un año y unos meses de habernos constituido».

Hasta ese momento el equipo conformado por 12 personas de distinto género soñaban con iniciar una intervención social a población migrante, con enfoque diferencial, a gran escala. Se apostaba por un proceso de formación de capacidades para atender la crisis migratoria en frontera entre Colombia y Venezuela. «*En 2020 [...] estábamos formulando proyectos, y recibimos nuestra primera financiación. Iniciábamos [...] aplicar convocatorias, teníamos ganas de trabajar y transformar el mundo*» (Director de gestión de proyectos, entrevista, marzo de 2023). Con la declaración de la pandemia en marzo de 2020, la organización reformula el plan de trabajo, en correspondencia con las nuevas y urgentes necesidades para la respuesta a la COVID-19, en medio del flujo migratorio.

El departamento de La Guajira es un territorio de alto riesgo, por las condiciones de vulnerabilidad y necesidades básicas insatisfechas, según la encuesta de calidad de vida del DANE. Esta situación se agrava con el flujo migratorio y con la emergencia sanitaria por la COVID-19. Lo anterior, se sustenta en *La información del DANE en la toma de decisiones de departamentos y ciudades (2020)* y en el reporte *La información del DANE en la toma de decisiones regionales. Riohacha – La Guajira, diciembre 2020*. Véase la Tabla 4:

Tabla 4. Crisis migratoria y COVID-19, 2020

Censo demográfico	Estadísticas
En La Guajira residen 158 708 personas migrantes provenientes de Venezuela	54 % no tiene fuente de ingresos 8 % ha tenido episodios de VBG 30 % no tiene acceso a la educación 58 % no puede acceder a la salud

Fuente: DANE (2020).

La dinámica aprendida por los integrantes de la Asociación se movía en la normalidad anterior a la pandemia. Se describía así: «Trabajar para sobrevivir; si no trabajábamos, no vivíamos. Se trataba de suplir [...] solo necesidades básicas para vivir, [...] pero durante la pandemia era contundente: “No salgan de sus casas» (integrante Asociación Salto Ángel, entrevista, marzo de 2023). La cuarentena y confinamiento selectivo que se vivió en el departamento de La Guajira estuvieron acompañados de alteraciones del orden público, especialmente en Riohacha, la ciudad capital, y en el municipio fronterizo de Maicao. Esto llevó a crear estrategias para mitigar el riesgo del equipo de trabajo y potenciar la posibilidad de atender a la comunidad migrante:

«Primero enviábamos una avanzada para que verificara las condiciones de modo, tiempo y lugar para las entregas de kits de alimentación y, una vez confirmadas, se procedía con el desplazamiento del equipo. Al principio identificábamos el vehículo en el que transportaríamos las ayudas, con el paso del tiempo no pudimos hacerlo porque éramos identificados y corríamos el riesgo de ser abordados por la gente para que les entregáramos los kits» (Integrante Asociación Salto Ángel, entrevista, marzo de 2023).

Ante el contexto de la emergencia sanitaria por la COVID-19, fue fundamental contar con la ruta de atención en salud, la activación de mecanismos de protección, la orientación legal y la asistencia humanitaria desarrollada por la Asociación Salto Ángel. La ejecución del Programa de Asistencia Humanitaria es una experiencia referente y emblemática para Colombia, en relación con las lecciones aprendidas durante el manejo de la crisis. La respuesta de la fundación se asimiló como un programa e incluyó cuatro componentes:

1. Alimentación e higiene
2. Saneamiento básico
3. Autocuidado emocional
4. Mitigación del riesgo por desalojo

Organización, formación y capacitación del equipo Salto Ángel en clave de emergencia de la COVID-19. La calle como lugar de distribución de ayudas

Durante el periodo comprendido entre marzo del 2020 y junio del 2021, una de las casas de los integrantes de la Asociación funcionó como sede y sitio de acopio:

«A ella fueron llegando mesas, computadores, impresoras, cartones, papelería, marcadores. Se armaron carteleras para llevar de forma ordenada el registro de todo lo que la Asociación iba recibiendo, el inventario de necesidades, las estadísticas de todos los procesos de atención, las donaciones recibidas, [así] como las necesidades identificadas, los números de contacto de las personas líderes en territorio, los datos y contactos institucionales de emergencia, líderes del territorio, entre otros» (Integrante Asociación Salto Ángel, entrevista, marzo de 2023).

Uno de los retos más grandes tuvo relación con la sostenibilidad del equipo; en este caso, relacionada con alimentación, hidratación, planes de internet, transporte y salud. La bicicleta y las largas caminatas reemplazaron el transporte público. Fue necesario gestionar un permiso e identificación ante las autoridades competentes en la Gobernación de La Guajira para la movilización en sitios públicos de todos los miembros del equipo.

«Nosotros habíamos elaborado unos protectores tipo overol con bolsas de plástico, con el fin de protegernos. También nos poníamos bolsas en los zapatos para no llevar el virus de un lado a otro, pero empezamos a ver que nada de eso funcionaba y que más bien incomodaba en el momento del trabajo [...] Al final de cada tarde nos bañábamos, desinfectábamos todo y nos realizábamos una reunión evaluativa del día» (Integrante Asociación Salto Ángel, entrevista realizada, 2023).

La ruta de formación diseñada se desarrolló de forma simultánea con la atención a la emergencia. De esta forma, continuaron las capacitaciones del equipo relacionadas con procesos de atención telefónica a las personas migrantes. Se trataba de estandarizar un criterio para gestión de la información recibida, pero también en el proceso metodológico de la recolección de la información: *¿qué se puede decir?, ¿cómo se debe decir?, ¿a dónde se debe o puede dirigir la gestión?, ¿qué datos de información se pueden y deben recoger?, ¿qué documentación solicitar?*, entre otras preguntas, dependiendo de la situación y la necesidad. El equipo que desarrolló actividades de entrega de insumos y donaciones en campo recibió formación para tener el menor contacto y contagio posible. Fueron varios días de formación y capacitación intensiva en cada uno de los procesos.

La cooperación internacional fue fundamental. Mientras parte del equipo se encontraba en la calle en trabajo

de campo realizado en asentamientos y comunidades, lo que se necesitaba, por otra parte, era apoyo e insumos que la cooperación podía suministrar. *«Entonces empezamos a recibir las donaciones para sostener las líneas telefónicas y los planes de internet al día; nos empezaron a llegar kits de higiene y alimentos, implementos de bioseguridad, entre otros»* (Director de gestión de proyectos, entrevista, marzo de 2023). Posteriormente, y a través de la Gobernación de La Guajira y la Mesa de Respuesta, se enviaron a La Guajira 33 000 kits de alimentación. Se aprendió y reconoció como medidas seguras de bioseguridad al lavado de manos y el uso de tapabocas.

Con ello, iniciaba un nuevo desafío, que, para la cooperación internacional, consistía en ubicar e identificar a la población migrante. La Asociación Salto Ángel tenía la información pertinente y contactos necesarios con la población y proceder a localizarlos. *«Esto significaba que podíamos asumir la responsabilidad de entregar esas ayudas»* (Director de gestión de proyectos, entrevista, marzo de 2023). A través de redes se ubicó a los líderes y líderes barriales, los cuales fueron transmitiendo información a la organización. *«Los líderes empezaron a informar las necesidades. Por ejemplo, escasez de agua, que, para el contexto de pandemia, es muy importante. Los líderes de cada sector y barrio tienen mapeado el territorio y sus actores sociales»* (Director de gestión de proyectos, entrevista, marzo de 2023). Esto permitió, por ejemplo, determinar el número de familias de personas migrantes que no tenían agua, como aquellas personas que vivían en condición de hacinamiento y a los miembros de los grupos familiares que no tenían trabajo.

Dentro de las lecciones aprendidas sobre las dinámicas de la migración en contexto de la COVID-19, es necesario subrayar la dispersión de este tipo de población, es decir, las personas migrantes pueden encontrarse en situación de alta vulnerabilidad en cualquier parte de la ciudad o del territorio, independientemente del estrato social en el que estén ubicados. La experiencia de la Asociación apunta a demostrar que la persona migrante intenta hacer un ejercicio de adaptación homologando o simulando lo que dejó porque es el entorno que corresponde a su historia de vida y donde aprendió a desenvolverse.

«Nosotros tenemos en el equipo la diversidad dentro de la diversidad. Por ejemplo, tenemos población wayuu, lo que nos permitió validar si la información y procedimientos podía estar aceptada [sic] por los mayores o la comunidad en general. Propusimos que la estrategia incluyera la lengua nativa, el wayunaiki, y que fuera elaborada por jóvenes» (Director de gestión de proyectos, entrevista, marzo de 2023).

Una de las lecciones aprendidas se relacionó con la necesidad de pensar la estrategia desde las necesidades del contexto social que se va a atender.

«Por ejemplo, los kits de alimentación traían lentejas, mucha lenteja; arroz, mucho arroz; pero muy poquita pasta y poquita harina pan, y para un venezolano la mesa se fundamenta en la arepa y la pasta como primera

opción. Es más, la lenteja tiene una carga simbólica negativa para nosotros porque en tiempo de crisis lo único que se conseguía era lenteja. La gente se aburrió de comer lenteja en tiempos de crisis antes de la pandemia» (Director de gestión de proyectos, entrevista, marzo de 2023).

Otro de los aprendizajes estuvo relacionado con la forma de identificar a la persona migrante indocumentada. El documento que la asociación requería para identificarlos era la cédula venezolana, o la foto o fotocopia. El equipo procedía a validarla con el sistema de información en Venezuela. De esta forma, se descubrieron un número importante de cédulas falsas. Según funcionarios de la Asociación, los casos de robo de cédulas venezolanas eran muy frecuentes. De no coincidir los números, se procedía a hacer preguntas de comprobación de información como, por ejemplo, lugar de votación, fecha de nacimiento, entre otras.

El programa Excel fue la herramienta utilizada para la gestión de datos, puesto que permitía el seguimiento individual y generar consecutivos asociados para el mismo grupo familiar, permitía consolidar datos demográficos, fecha de entrega, etc. *«Esa herramienta para nosotros fue mágica, teníamos 4 personas con sus computadores depurando y sistematización de información. Algunos colegas expertos en gestión de riesgo nos ayudaron a poner los computadores en red»* (Director de gestión de proyectos, entrevista, marzo de 2023).

Cuando se empezaron a registrar los primeros casos positivos en La Guajira, se decidió que el equipo estuviera en aislamiento para minimizar el riesgo. Con el aumento del número de casos, el descenso en las oportunidades de empleo y la desaparición del empleo informal se empieza a evidenciar un ascenso en el número de personas venezolanas retornadas a su país.

En este caso, el retornado se define como una persona venezolana que regresa a su país de origen con el fin de permanecer en él después de llevar mucho tiempo en Colombia, es decir, traspasa la frontera y se encuentra



Foto 7. Comunicación y Salud, Salto Ángel-2

de vuelta en su país de origen en este caso, Venezuela. En algunos casos, el viaje de regreso a Venezuela fue apoyado y preparado desde la Asociación. A estas personas se les entregaron kits de aseo, alimentación e implementos de bioseguridad. A través de Médicos Sin Fronteras se entregaron colchonetas y acondicionaron lugares de tránsito para los caminantes (Tabla 5). «*Nosotros atendimos más de 300 personas en condición de retorno*» (Director de gestión de proyectos, entrevista, marzo de 2023). Hubo un alto número de personas caminando a través de las carreteras nacionales e internacionales durante la pandemia. Cabe recordar que el gobierno colombiano tuvo la necesidad de abrir un corredor humanitario entre la ciudad de Santa Marta, Magdalena, y la ciudad de Maicao, La Guajira. En ese corredor humanitario fue vital el acceso a los kits de bioseguridad y colchonetas entregadas por Médicos sin Fronteras, y el alojamiento en Riohacha, La Guajira, durante tres días, mientras continuaban su camino.

Tabla 5. Reporte Salto Ángel

Asociación Salto Ángel	Sociedad civil y gobierno	Alianzas
Entregó 6 200 kits alimenticios en 48 comunidades.	32 familias donaron USD 550 para llevar alimento a personas migrantes. El gobierno entregó 32 000 kits alimenticios.	ACNUR albergó a 32 familias. 104 familias al programa Mercy Corps. Médicos sin Fronteras donó 225 kits y 56 colchonetas. 200 mujeres con kits de uso personal. 48 000 familias beneficiarias de bonos. USD 1 200 en artículos para 120 personas discapacitadas.

Fuente: Asociación Salto Ángel (2023).

La crisis migratoria y la emergencia sanitaria por la COVID-19:

Con el descenso de los casos nuevos y muertes por la COVID-19, el equipo se dispuso a fortalecer los procesos de formación, enfocando la promoción de prácticas saludables y preventivas a través de talleres de lavado de manos y cuidado de las personas mayores. Los jóvenes se formaron como guardianes del proceso de higiene de las comunidades, usando metodologías propias en cada comunidad, que se sistematizaron.

Entre las lecciones aprendidas, se destaca el trabajo articulado con los líderes y lideresas sociales y comunitarios en cada territorio. *«Los líderes son nuestro principal benefactor; todas nuestras acciones los involucran a ellos y a ellas, desde el fortalecimiento de capacidades hasta el hecho de una vida digna para ellos y ellas»* (Director de gestión de proyectos, entrevista, marzo de 2023). Con esto, se apuntó a la construcción de capital social a través de líderes y lideresas y sus grupos de apoyo. Se procedió con la identificación de dinámicas formativas y de capacitación con incidencia e impacto en la capacidad de liderazgo.

Logros significativos de la experiencia:

- Entre los logros significativos de la experiencia es importante resaltar el fortalecimiento de los procesos de comunicación en salud a las comunidades a través del uso de diversos lenguajes y formatos digitales de transmisión de información. Así mismo, la construcción de mensajes en contextos de riesgo y salud en términos de prevención y promoción con enfoque diferencial e incluyente.

Estos son los aspectos que, según los entrevistados, hubiesen podido ser mejores:

- Es necesario favorecer la escucha de las narrativas de la población migrante en Colombia; sus metodologías, maneras y formas de vivir, de entender y sentir el mundo.
- Existe también la necesidad de fortalecer procesos relacionados con orientación e información, cultura de la legalidad, mecanismos de protección, apoyo socioeconómico y preservación de la memoria histórica de la comunidad migrante.
- Así mismo, hay que fortalecer las estrategias para mitigar la acción de la desinformación sobre la COVID-19 y reducir con ello mensajes que la estereotipan y responsabilizan a la comunidad migrante de indicadores sociales negativos relacionados con salud pública.

Recuadro síntesis de la principal lección aprendida y recomendación:

- Estructurar mensajes de atención en situación de riesgo implica partir desde abajo desde la base, desde lo endógeno como pilar fundamental del proceso. Es necesaria la vinculación y reconocimiento de diferentes tipos de liderazgos, en este caso, liderazgos migrantes, liderazgos locales y liderazgos propios de la comunidad receptora, lenguajes y significados

Agradecimientos: equipo Asociación Salto Ángel, Riohacha, Guajira; Comunidad de población migrante, refugiados y retornados del departamento de La Guajira, Colombia.



Foto 8. Comunicación y Salud, Salto Ángel-3

A photograph of a boat on a river in a tropical setting, with people on board. The image is overlaid with a large, faint number '2' and a white outline of a boat. The background shows a dense forest of palm trees and other tropical vegetation. The water in the foreground is dark and reflects the surrounding environment.

Vigilancia en salud pública e investigación

Capítulo 2

Fotografía # 9 suministrada por la Secretaría de Salud Departamental, Amazonas

Capítulo 2. La vigilancia en salud pública e investigación durante la pandemia por la COVID-19

Por: Yaneth Herazo Beltrán

La vigilancia en salud pública (VSP) es un proceso continuo y sistemático de recolección de datos, análisis, interpretación y difusión de los resultados relacionados con el estado de salud para tomar decisiones y guiar la planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones de la salud pública. La VSP utiliza diversas estrategias. Algunas se pueden adaptar a los territorios; otras son de estricto cumplimiento, como la vigilancia basada en eventos (Instituto Nacional de Salud, 2020). Durante la emergencia por la COVID-19, la VSP fue fundamental para prevenir, contener y mitigar la propagación del SARS-CoV-2 y reducir la morbilidad, la mortalidad y el impacto, con lo que se puso al servicio de la población sus funciones básicas: detección, confirmación, análisis, respuesta, seguimiento, monitoreo y evaluación.

En marzo del 2020, la OMS emitió un comunicado exhortando a sus países miembros sobre la aplicación de las medidas para la preparación, disposición a la acción y respuesta en cuatro posibles escenarios de transmisión de la COVID-19:

- territorios sin casos;
- con uno o más casos esporádicos importados o detectados localmente;
- con agrupamiento de casos según el tiempo, la localización geográfica y exposición a una fuente común
- con transmisión comunitaria y con gran número de casos detectados (OMS, 2020).

La orientación para los primeros tres escenarios fue *realizar, potenciar y reforzar*, respectivamente.

Primer escenario: *realizar* la búsqueda activa de casos, vigilancia comunitaria y hospitalaria

Segundo escenario: *potenciar* la vigilancia basada en eventos y la investigación de agrupaciones de casos.

Tercer escenario: *reforzar* la vigilancia de los establecimientos residenciales y los grupos vulnerables.

Con respecto al cuarto escenario, la recomendación fue continuar la búsqueda de casos y adaptar los sistemas de vigilancia existentes para continuar monitoreando la enfermedad; por otro lado, continuar con la vigilancia

basada en eventos y la vigilancia reforzada en grupos vulnerables. En las orientaciones provisionales emitidas en junio de 2021 por el MSPS y el INS, se reitera lo descrito anteriormente, y se incluyó en todos los escenarios la vigilancia genómica de las variantes del SARS-CoV-2 (Organización Mundial de la Salud, 2021).

En Colombia, la Circular 005 del 11 de febrero de 2020 del MSPS y el INS imparte las primeras directrices para la detección temprana, el reporte diario, el control y la atención ante la posible introducción del nuevo coronavirus (2019-nCov) y la implementación de los planes de preparación y respuesta ante este riesgo en el territorio nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020a). En este mismo sentido, la Resolución 380 del 10 de marzo de 2020 entregó al país las medidas preventivas sanitarias de aislamiento y cuarentena de las personas provenientes de la República Popular China, de Italia, de Francia y de España, y para hacer las pruebas comprobatorias respectivas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020e).

El plan de contingencia que Colombia implementó para enfrentar la pandemia de la COVID-19 desde marzo de 2020 incluyó acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y respuesta frente al ingreso y propagación de SARS-Cov-2. Este plan de acción guió el desarrollo de los procesos de VSP con base en las fases de contención, mitigación y recuperación. En relación con la fase de preparación, las acciones de VSP hacen referencia al monitoreo del comportamiento de la COVID-19 a través de acciones de rutina y búsqueda activa en los puntos de entrada, sitios estratégicos y conglomerados humanos de alta vulnerabilidad y al desarrollo de la vigilancia con enfoque comunitario. Esto último promovió la identificación de líderes y lideresas comunitarias para el reporte de posibles casos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020d).

La fase de contención contempló acciones como el fortalecimiento de las capacidades básicas territoriales para detectar alerta temprana, adherencia a los lineamientos de vigilancia de casos, investigaciones epidemiológicas de campo, búsqueda activa de casos, seguimiento de contactos y monitoreo. La fase de mitigación involucró actividades concretas: el diseño y actualización permanente de protocolos e instrumentos de vigilancia; intensificación de las acciones en todos los territorios para la búsqueda, seguimiento y monitoreo de casos y contactos, según la diseminación geográfica del virus, intensidad de transmisión, tendencia de la enfermedad, y la implementación de salas de análisis del riesgo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020d). En la fase de recuperación, las acciones de VSP abordan a la COVID-19 como una enfermedad endémica.

Con la Resolución 676 del 24 de abril de 2020, se estableció el sistema de información para el reporte y seguimiento en salud a las personas con la COVID-19, y los mecanismos de integración de datos del proceso de atención, vigilancia en salud pública, atención de emergencias, atención individual y colectiva de prevención en salud. Se articularon los diversos actores: entidades territoriales; EAPB; IPS públicas, privadas y mixtas; Laboratorios de

Salud Pública (LSP), y todas las que presten servicios.

El reporte sobre casos nuevos y acumulados, letalidad, tiempo de evolución, tasa promedio de crecimiento diario de casos, y sobre oportunidad para el diagnóstico, factores de severidad y mortalidad por parte de las instituciones de salud se canalizó a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Y las entidades territoriales gestionaron a través del SegCOVID-19 los casos sospechosos y confirmados vivos o muertos. La declaración de salud de viajeros se realizó a través de Migración Colombia y del Centro Nacional de Enlace (CNE). Este último también recibía alertas sanitarias.

Los casos confirmados por el laboratorio se reportaron al INS, a través de las plataformas de información SISMUESTRAS y PISIS. Los casos atendidos en las IPS, a través de PISIS. Las defunciones, mediante reporte al módulo de nacimientos y defunciones RUF-ND. La información de suficiencia y capacidad instalada de los servicios de urgencia, hospitalización y cuidados intensivos, a través del Registro Especial de Prestadores Servicios (REPS). El reporte de los laboratorios y pruebas diagnósticas disponibles, por RELAB. La disposición del talento humano en el Registro de Talento Humano (RETHUS) e Información y Comunicación, a través de plataforma web y otras líneas de atención (telefónica, aplicaciones móviles como CoronAPP).

El MSPS e INS definieron los lineamientos nacionales para la vigilancia de la infección por SARS-CoV2/COVID-19, que incluyó la tipología estándar de caso sospechoso, probable y confirmado; exposición por contacto estrecho con o sin protección individual o múltiple, y caso asintomático (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020c). El direccionamiento fue flexible según las dinámicas de la pandemia y adaptativo al nuevo conocimiento, con la producción de 17 documentos técnicos relacionados con la vigilancia de la COVID-19, entre otros lineamientos, guías, orientaciones y circulares hasta el 30 de diciembre de 2022.

Se creó, mediante el Decreto 1109 de agosto 10 de 2020 la estrategia PRASS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020e). Su fundamento fue la realización de pruebas para detectar COVID-19 en personas que tuvieran síntomas o que hayan tenido contactos estrechos con casos positivos o sospechosos; la búsqueda de contactos cercanos o estrechos (rastreo) con personas infectadas; la identificación de quienes requirieran aislamiento en sus hogares u otro lugar (selectivo) para evitar el contagio, con reconocimiento económico (sostenible). Su objetivo fue reducir la cadena de transmisión de la COVID-19 (Acosta y Ruiz, 2021).

En octubre del mismo año, el Decreto 1374 de 2020 escaló PRASS al nivel de programa, con estructura, roles y responsabilidades de los actores del SGSSS, y definió medidas para flexibilizar el aislamiento, pasando gradualmente a la apertura social económica, es decir, de un confinamiento generalizado a uno selectivo.

Se convirtió en una experiencia exitosa nacional, complementaria a las estrategias de vigilancia activa (búsqueda activa e investigación epidemiológica de campo) que articuló el Centro Nacional de Enlace, la Unidad Nacional de Gestión de Riesgo (UNGRD), las entidades territoriales (departamentos, distritos y municipios) y las entidades encargadas del aseguramiento en salud y la red de laboratorios (Acosta y Ruiz, 2021).

La puesta en marcha del programa PRASS en los territorios inició con la definición de un equipo de trabajo conformado al menos por un líder del programa y tres coordinadores de cada uno de los frentes; asimismo, con el diagnóstico del estado actual sobre el número de casos activos y acumulados, la tasa de letalidad, número de pacientes hospitalizados, en UCI y en casa. Son relevantes en este análisis situacional la identificación y mapeo de puntos críticos y aglomeraciones en el territorio, como cárceles, plazas de mercado y centrales de abasto, hogares geriátricos y otros lugares de aglomeración. En relación con las pruebas, el gobierno nacional aprobó el uso de las pruebas moleculares, como la de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR, del inglés *Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction*), las pruebas serológicas de anticuerpos IgM/IgG y las pruebas de detección de antígeno. Colombia cuenta con una red de laboratorios que están avalados para realizar diagnóstico de SARS-COV2; en enero de 2021, el número era de 162 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

A partir del 15 de abril de 2020, entró en funcionamiento SISMUESTRAS, que recopiló la información que cargan los laboratorios en los departamentos del país. En diciembre de 2022, el sistema reportó 20 561 456 pruebas PCR realizadas, de las cuales 4 686 041 dieron positivo y 15 812 576, negativo. En cuanto a las pruebas de detección de antígeno en Colombia, se procesaron alrededor de 15 355 436, con corte del 17 de noviembre de 2022 (Instituto Nacional de Salud, 2022).

El rastreo hace referencia al proceso de identificación, evaluación y gestión

efectivo y oportuno de casos y contactos, los conglomerados y grupos familiares. Al identificar un caso confirmado, sospechoso o probable, se inicia el rastreo de contactos mediante el mapeo de las personas que han tenido contactos con esta persona para su seguimiento y orientación de las medidas de aislamiento y bioseguridad. Las actividades de rastreo fueron ejecutadas por un equipo interdisciplinario conformado por personal de la salud de niveles técnico y profesional, y por personal entrenado en rastreo telefónico y presencial. Para un rastreo efectivo se implementaron diversas estrategias de VSP, como la investigación de conglomerados y búsquedas activas comunitarias o de sintomáticos respiratorios; asimismo, el rastreo obligatorio a todos los casos confirmados, probables y sospechosos ingresados en SegCovid 19, la cual es una aplicación web que permite el registro de la información del estado de salud relacionado con COVID-19, y es una fuente de información para el rastreo de los casos y sus contactos.

En el marco del programa PRASS, se creó el Centro de Contacto Nacional de Rastreo (CCNR) para apoyar la gestión de rastreo de los casos y sus contactos mediante llamadas telefónicas diarias, lo cual aumentó el volumen de contactos de los sospechosos y la oportunidad de aislamiento preventivo oportuno. Durante el 2020, el CCNR contó con 1 807 rastreadores para atender alrededor de 140 000 llamadas diarias, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020e).

El tercer frente del programa PRASS fue el Aislamiento Selectivo Sostenible. Hace referencia al aislamiento de los casos con diagnóstico confirmado, sospechoso o contactos y conglomerados familiares. Con ello, busca desacelerar efectivamente el contagio de la COVID-19 e interrumpir las cadenas de transmisión viral; a su vez, procura permitir la reactivación segura de la vida económica y social del país. El aislamiento selectivo se dio en varios contextos: el domiciliario se hizo entre los casos confirmados y sospechosos y los miembros del núcleo familiar; el hospitalario, para garantizar la separación de las personas con la COVID-19 de otros pacientes y personas sanas, y los cercos epidemiológicos, en un área

geográfica con un alto número de casos. Este tercer frente estuvo respaldado por decisiones del nivel nacional sobre el apoyo económico de las personas aisladas; estas dependían del régimen de afiliación. Las personas del régimen contributivo obtenían un certificado de aislamiento emitido por la EAPB o una incapacidad médica.

Las personas del régimen subsidiado que cumplieron con la medida de aislamiento selectivo contaron con el pago de una compensación económica temporal por una sola vez y por núcleo familiar, correspondiente a siete (7) días de salario mínimo legal diario vigente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

El programa PRASS fortaleció en Colombia la vigilancia epidemiológica intensificada al sumar procesos y recursos para la vigilancia activa en la comunidad y la pasiva en las instituciones de salud. Ejemplo de ello fue la búsqueda intensificada de casos en lugares como el hogar, escenarios laborales, centros carcelarios y penitenciarios, instituciones de protección social o familiar, instituciones de salud, comunidades cautivas y población de alta movilidad. La investigación epidemiológica de campo fue evidente en el segundo frente del programa, al rastrear y localizar a los contactos de los casos para orientar el aislamiento en casa y el seguimiento a las medidas no farmacológicas. La UNGRD para enfrentar la COVID-19 y mitigar los efectos adversos de la pandemia durante el 2020 contribuyó en la adquisición de pruebas. A través de la subcuenta se adelantaron las acciones necesarias para adquirir 50 120 pruebas y 300 000 hisopos, con una inversión

de \$ 17 009 220 000 pesos.

Asimismo, la UNGRD respaldó la estrategia nacional de rastreo en campo con un equipo interdisciplinar de profesionales que realizaron visitas en los domicilios de las personas. A finales de 2020 participaron 980 técnicos y profesionales en 24 departamentos y 58 municipios. La inversión realizada para el funcionamiento de los rastreadores en campo fue de \$ 20 165 250 000 pesos (Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, 2021). Durante el año 2021, la UNGRD continuó atendiendo la emergencia a través de los equipos de rastreo en campo, cuya inversión fue \$ 46 348 000 pesos (Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, 2022a).

El CCNR adscrito a la UNGRD operó desde octubre de 2020 para incrementar el rastreo en el país con rastreadores telefónicos que se comunicaban con los casos confirmados, sospechosos o probables de la COVID-19 y para levantar el mapa de contactos y socializar las medidas de aislamiento pertinentes. Esta lista de contactos se reportaba en la plataforma SegCovid19 y a las EAPB para que estas continuaran con la gestión y el seguimiento a la población. En el marco del programa PRASS, las EAPB impulsaron el rastreo y promovieron el aislamiento temprano para detener el contagio, una vez se recibía la información de los pacientes sospechosos. Acorde con lo explicado, los equipos de rastreo telefónico o presencial estuvieron a cargo de las EAPB, de las secretarías de salud y del CCNR, que realizaban las consultas diarias de los casos confirmados y sospechosos y registraban los contactos en el SegCovid19.



Foto 10. Trabajo de campo seroprevalencia, INS

A partir de la experiencia acumulada frente a los procesos de la gestión del riesgo de desastres, entre ellos, la emergencia de la COVID-19 la UNGRD, en el Plan Nacional de Gestión del Riesgo (informe de febrero 24 de 2022), plantea como uno de sus objetivos continuar fortaleciendo y manteniendo las capacidades básicas de vigilancia y respuesta establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional, de tal forma que se redujeran los riesgos ante eventos con potencial pandémico.

Asimismo, propuso desarrollar planes de contingencia frente a eventos con potencial pandémico (Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, 2022b). En el informe de agosto 24 de 2022 y en relación con el sector salud, el Plan Nacional de Gestión del Riesgo describió que, entre los resultados que a la fecha se han obtenido de la estrategia de preparación para la respuesta a emergencias, están el diseño e implementación de protocolos de manejo de riesgo biosanitario, la elaboración de protocolos de vigilancia epidemiológica para la COVID-19 y la socialización de protocolos de manejo de riesgo biosanitario frente a la COVID-19 en 32 departamentos y seis distritos (Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, 2022c).

La experiencia de implementación del programa PRASS enfocado en la población migrante contó con el apoyo de diferentes agencias de cooperación internacional, entre ellas, USAID, a través de su Programa Comunidades Saludables, que construyó una hoja de ruta para desplegar equipos de respuesta rápida (ERR) en 34 territorios entre agosto de 2020 a marzo de 2021. Posteriormente, concentró los ERR en 14 territorios hasta septiembre de 2022. Los ERR eran equipos multidisciplinarios (profesionales en epidemiología, en medicina, en enfermería y auxiliares de enfermería) que ofrecieron apoyo a los procesos de socialización, ejecución, seguimiento y monitoreo del programa PRASS.

Entre las principales acciones realizadas por los ERR se destacan, entre otras:

- Instrumentalización de los procedimientos del programa y del procedimiento de vigilancia con enfoque comunitario, en el marco del sistema de gestión de la entidad territorial.
- Apoyar la implementación de la vigilancia en salud pública con enfoque comunitario.
- Desarrollar capacidades de la comunidad frente a prácticas seguras, frente a la prevención para mitigar casos COVID-19 y frente a la vigilancia en salud pública con enfoque comunitario.
- Capacitación en lineamientos COVID-19/PRASS y adherencia a guías de práctica clínica (GPC) de IRA-COVID-19.
- Asistir a las instituciones de salud (ambulatorios y hospitalarias) a incorporar las directrices para la atención de las infecciones respiratorias agudas, COVID-19 y monitoreo de indicadores del Programa PRASS y elaboración de boletines y documentos técnicos de análisis (Acosta y Ruiz, 2021).

Otro hecho relevante del rol que ejercieron los ERR fue el apoyo a los territorios en el seguimiento a la gestión de los indicadores, de acuerdo con cada componente o pilar del programa PRASS. Al respecto, en el pilar pruebas, los indicadores fueron el número de muestras procesadas cada día; el tiempo entre la solicitud de prueba y la toma de la muestra; el tiempo promedio entre la toma de la muestra y la entrega del resultado, y la tasa de positividad. Con relación al rastreo, los indicadores incluidos fueron el porcentaje de los casos rastreados en campo, con los que se logró construir un mapa de contactos y el porcentaje de contactos identificados mediante rastreo en campo, que se logra gestionar en las primeras 24 horas. Y en cuanto al aislamiento selectivo sostenible, se establecieron dos indicadores de seguimiento, que fueron el porcentaje de casos en aislamiento completo y el porcentaje de contactos en aislamiento completo (Acosta y Ruiz, 2021).

Las donaciones internacionales en especie que recibió Colombia durante los años 2020 y 2021 fortalecieron las actividades de VSP, al tener a disposición materiales y recursos para realizar las pruebas diagnósticas. A continuación, se listan las fuentes y los aportes recibidos (Agencia Presidencial de Cooperación Internacional de

Colombia, 2021):

Las donaciones internacionales en especie que recibió Colombia durante los años 2020 y 2021 fortalecieron las actividades de VSP, al tener a disposición materiales y recursos para realizar las pruebas diagnósticas.

A continuación, se listan las fuentes y los aportes recibidos (Gobierno de Colombia, 2021):

- **Gobierno de Emiratos Árabes Unidos:** donó 100 000 pruebas PCR; 50 000 pruebas rápidas de la COVID-19 y 4 000 pruebas PCR a la Alcaldía de Medellín.
- **Plexense:** donó 100 000 pruebas PCR para la COVID 19 (ELISA).
- **Grupo BGI Beijing Genomics Institute:** donó 1 000 pruebas PCR.
- **Emiratos Árabes, Moncada Holding:** donó 10 000 Kits Test Rapid COVID-19.
- **AbboT USA:** donó 320 Kits Test Rapid COVID-19.
- **Alibaba Foundation/Jack Ma Foundation China:** donó 20 064 Kits Test Rapid COVID-19.
- **Gobierno de la República Popular China:** donó 10 000 pruebas PCR.
- **Alemania GIZ:** donó 80 000 reactivos para vigilancia COVID-19 de tres tipos: SarbecoV E-gene EAV, SARS-CoV-2 (COVID19) RdRP y 1-step RT qPCR 100 rxns.
- **Khiron Life Sciences:** donó 1 máquina Firmarray para pruebas diagnósticas al Hospital Santa Clara en Bogotá.
- **Scotiabank-Colpatria:** donó pruebas PCR (cantidad de pruebas no especificada).

Una de las experiencias nacionales de investigación fue el estudio de seroprevalencia de SARS-CoV-2 (Mercado-Reyes et al., 2022) en 10 ciudades de Colombia durante los meses de septiembre a diciembre de 2020, que utilizó un diseño de corte transversal y de base poblacional, con el objetivo de evaluar la seroprevalencia de anticuerpos contra SARS-CoV-2 en 17 863 personas mayores de 5 años de edad en 7 320 hogares que fueron seleccionados a través de un muestreo por conglomerados multietápico en cada ciudad. La infección previa por SARS-CoV2 se determinó midiendo los anticuerpos totales (IgM + IgG), y se tomó una muestra nasofaríngea por hisopado para identificar y secuenciar el virus SARS-CoV-2.

Además, se indagó sobre las características sociodemográficas y sobre los factores de riesgo potenciales para la transmisión de la COVID-19, características del hogar y comportamiento relacionado con una infección por la COVID-19. El 32,25% (5 811) de las personas dio positivo para anticuerpos contra el SARS-CoV-2; la seroprevalencia bruta fue heterogénea entre ciudades y osciló entre 26% y 59%. Esta investigación también mostró que más del 50% de la población de Barranquilla, Guapi y Leticia se habían infectado al momento de la encuesta. El estrato socioeconómico fue el factor de riesgo para la seropositividad, las personas que vivían en los hogares de estratos 1 tuvieron un 60% (95% IC 53-65) más de riesgo de ser seropositivos que las personas de estratos 5 y 6. Otros de los factores que influyeron en una mayor seroprevalencia fueron el trabajo informal o independiente, edad (entre 18 y 39 años), escolaridad baja, etnia (participantes afrodescendientes) y el contacto con casos de la COVID-19.

Los autores resaltan la importancia de este tipo de estudio para comprender la epidemiología del microorganismo durante emergencias sanitarias y definir una línea de base que permita comparaciones con los resultados de futuros estudios serológicos.

La implementación de las estrategias de VSP y de procesos investigativos para hacer frente a la emergencia fueron decisivos en la recopilación de datos que se mantuvieran abiertos y actualizados en tiempo real para orientar decisiones de las autoridades nacionales y locales, y de la comunidad en general. El

MSPS y el INS publicó diariamente el número total de casos de la COVID-19, casos nuevos, muertes totales, muertes nuevas y pruebas realizadas. De acuerdo con el INS, Colombia está en zona de seguridad en relación con la transmisión de SARS-CoV2, con aumento de la probabilidad de entrar en una fase endémica estable. A partir del 1 de agosto de 2022, los datos se actualizan semanalmente. Y el INS insta a las instituciones de salud y a la población en general a continuar realizando pruebas diagnósticas a toda persona sintomática respiratoria y a sus contactos, de acuerdo con las directrices del MSPS (Instituto Nacional de Salud, 2023).

El Plan Nacional de Gestión del Riesgo, en su informe de agosto 24 de 2022, fomenta en el sector salud la generación de conocimiento sobre gestión del riesgo en el territorio nacional mediante el desarrollo de investigaciones de salud pública básica y aplicada que contribuyan a disminuir la vulnerabilidad y los efectos que sobre la salud pública producen las emergencias sanitarias. Como responsable de este proyecto está el INS, y entre los resultados reportados está la transferencia de conocimiento a 29 entidades territoriales (secretarías de salud departamentales y distritales) que ha permitido el funcionamiento de Sala de Análisis del Riesgo, el Sistema de Alerta Temprana y la organización para el despliegue de los equipos de respuesta departamentales y distritales (Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, 2022c).

El comportamiento de la pandemia en Colombia se muestra, entre otros aspectos, por el número de

casos y muertes. Inicialmente, alcanzaron su punto máximo entre mayo y agosto de 2020, considerado como el primer pico. Los casos y muertes comenzaron a aumentar durante diciembre del año 2020 y enero de 2021, definido como el segundo pico con mayor afectación de las personas adultas mayores. El tercer pico se presentó en junio de 2021 y afectó a todos los grupos de edad.

En general, con corte del 31 de diciembre de 2022, se reportaron 6 352 408 casos confirmados, de los cuales 53,4% (n=3 394 758) eran mujeres; 3 786 035 (59,6%) estaban en un rango de edad de entre 20 y 49 años. Según el estrato socioeconómico, el 60% (n=3 811 444) pertenecía al estrato 1 y 2; seguido del 25% (n=1 588 102), que son de estrato 3. Bogotá fue el territorio con mayor número de casos (1 871 345); la siguen Antioquia (949 837), Valle del Cauca (568 652), Cundinamarca (330 036), Santander (295 864) y Barranquilla (277 001). 501 065 (8%) casos fueron asintomáticos y 5 851 343 (92%) sintomáticos. El síntoma más frecuente fue la tos (43%), seguida de la fiebre (26%) y odinofagia (26%) (Instituto Nacional de Salud & Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). Y 134 800 (2,2%) se reconocen como negros y mulatos afrocolombianos, y 83 883 (1,32%) son población indígena (Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Del total de casos, en diciembre de 2022, 142 523 (2,2%) fallecieron, siendo mayor en los hombres (60,6%; n=86 420) en comparación con las mujeres (39,4%; n=56 103); el porcentaje de fallecidos fue mayor en las personas mayores de 50 años (88,1%;

n=125 563). entre los años 2020 y 2022. Durante el mes de julio de 2021 hubo el mayor número de fallecidos (más de 600 personas). El promedio de días entre el inicio de síntomas y consulta fue de 5 días; entre inicio de síntomas y la hospitalización fue de 5 días; entre inicio de síntomas y muerte fue 25 días, y entre hospitalización y muerte, de 17 días.

A diciembre 2021 se contagiaron con la COVID-19 81 897 trabajadores de la salud, de los cuales 60 762 (74,2%) eran mujeres. En total fallecieron 355 trabajadores. Los municipios donde hubo una mayor frecuencia de casos en el personal de salud fueron Bogotá (n=26 671), Medellín (n=20 410), Cali (n=5 491), Bello (n=2 572), Tunja (n=1 730), Barranquilla (n=1 682) y Villavicencio (n=1 379). El talento humano que en mayor medida se contagió fueron auxiliares de enfermería, profesionales en medicina, enfermería, administrativos, estudiantes y técnicos, profesionales en odontología, psicología, personal de aseo y profesionales en fisioterapia, entre otros.

Entre junio de 2020 y diciembre de 2022, los indicadores de casos y contactos del programa PRASS reporta un total de 2 020 948 casos y 6 203 696 contactos rastreados. El periodo con mayor número de casos y contactos rastreados fue entre enero y mayo de 2021. Un dato interesante que emite el MSPS es el porcentaje de casos con rastreo fallido, que corresponde a los casos confirmados o sospechosos para los que, luego de realizar todas las acciones, para contactar al paciente, no se logró establecer contacto, que en general fue de 2,78% (Ministerio de Salud y

Protección Social, 2022c).

En el contexto de la respuesta a la COVID-19, el país fortaleció el sistema de vigilancia, mediante acciones articuladas entre los niveles territoriales y actores del sistema; sinergia con actores estratégicos —como ejemplo, la UNGR— y cooperantes internacionales; actores intersectoriales y con la colaboración de la academia, sociedades científicas, organizaciones de base comunitaria y sociedad civil, para vincular la operación de las cinco estrategias del sistema de vigilancia definidas en el artículo 8 del Decreto único 780 de 2016: *1. vigilancia de casos, 2. vigilancia de rumores, 3. Búsqueda Activa Comunitaria (BAC), 4. estudios poblacionales y por el laboratorio y 5. seguimiento a la gestión de la vigilancia y PRASS*. A continuación, se presentan las experiencias territoriales durante la emergencia por la COVID-19 que dan cuenta de la aplicación de las estrategias de VSP para reducir la transmisión del SARS-CoV-2 y el impacto de la enfermedad de la COVID-19.

La VSP fue fundamental para comprender la evolución del virus, los factores de riesgo de enfermedad grave, las medidas sociales y de salud, y el impacto de la vacunación en la población. Cada una de las narrativas que a continuación se presentan describe las experiencias en VSP que en Colombia se llevaron a cabo durante la emergencia por la COVID-19:

- **Uso de estudios serológicos y genómicos para evaluar la estrategia de vigilancia de la COVID-19 en San Andrés y Providencia. Instituto Nacional de Salud:** Esta experiencia describe cómo un estudio investigativo sobre seroprevalencia, seguimiento de anticuerpos y vigilancia genómica fortaleció los procesos de recopilación y análisis de datos para tomar decisiones pertinentes y oportunas en un territorio insular colombiano.
- **De laboratorio de investigación al diagnóstico de la COVID-19. Universidad Simón Bolívar, Barranquilla:** Experiencia de una pandemia: es una experiencia que permite apreciar cómo un laboratorio de virología y genética con fines académicos e investigativos se transforma en un laboratorio de Genética y Biología Molecular nivel de bioseguridad 3 (BSL-3) e integrado a la Red Nacional de Diagnóstico liderada por el INS.
- **Programa PRASS/DAR. Vigilancia y gestión integral del riesgo por la COVID-19, Bogotá 2020-2021:** es una experiencia que muestra la implementación del programa PRASS en Bogotá y que, en conjunto con la estrategia DAR, permitió su adaptación a las particularidades de la ciudad para que las actividades de vigilancia comunitaria realizadas aseguraran el intercambio oportuno de información y la participación de la comunidad.

- **Sistematización de la implementación de la estrategia vigilancia en salud pública con enfoque comunitario:** es una experiencia de alcance nacional que muestra el trabajo conjunto de líderes y lideresas comunitarias, el talento humano del área de salud pública de las Entidades Territoriales y el apoyo realizado al gobierno colombiano por USAID en las actividades de VSP, lo que permitió el monitoreo y seguimiento adecuado de los indicadores de salud.
- **Programa pruebas, rastreo y aislamiento selectivo sostenible (PRASS), Instituto Departamental de Salud - Norte de Santander:** fue una estrategia de VSP con enfoque comunitario que permitió el acercamiento directo a la población, el diálogo de saberes y la canalización a los servicios de salud para lograr la disminución de la velocidad de transmisión de la COVID-19.

Referencias

- Acosta, J., y Ruiz, V.E. (2021). Sistematización proceso de Implementación del programa PRASS: Talleres de co-creación. El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID. Rockville, MD: Abt Associates Rockville.
- Agencia Presidencial de Cooperación Internacional. (2021). Anexo 2 donaciones en especie COVID-19. Gestión de Cooperación Internacional para Colombia. <https://apccolombia.gov.co/sites/default/files/2021-11/Anexo%202.%20%20Donaciones%20en%20Especie.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. (2022). Pruebas PCR procesadas de COVID-19 en Colombia. <https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/Pruebas-PCR-procesadas-de-COVID-19-en-Colombia-Dep/8835-5baf>
- Instituto Nacional de Salud & Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Casos COVID-19. Colombia, 2020-2023. <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>
- Instituto Nacional de Salud-INS. (2020). Orientaciones para la Vigilancia en Salud Pública de la Covid-19. <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/orientaciones-vigilancia-salud-publica-covid.pdf>
- Mercado-Reyes, M. et al. (2022). Seroprevalence of anti-SARS-CoV-2 antibodies in Colombia, 2020: A population-based study. *The Lancet Regional Health-Americas*, 9, 100-195. <https://doi.org/kdn2>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020a). Circular Externa N.º 0000005 de 2020. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/circular-externa-005-de-2020.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020b). Manual lineamientos base para la formulación de definiciones de caso en vigilancia en salud pública. Aplicación en COVID-19.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020c). Plan de contingencia para responder ante la emergencia por COVID-19. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Documents/PLAN%20DE%20CONTINGENCIA%20PARA%20RESPONDER%20ANTE%20LA%20EMERGENCIA%20POR%20COVID-19.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020d). Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible-PRASS. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Pruebas-Rastreo-y-Aislamiento-Selectivo-Sostenible.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020e). Resolución Número 380 de 2020. Por la cual se adoptan medidas preventivas sanitarias en el país, por causa del coronavirus COVID2019 y se dictan otras disposiciones. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20380%20de%202020.pdf

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Laboratorios que están avalados para realizar Diagnóstico de SARS-COV2. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/laboratorios-pruebas-covid-19.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022a). Lineamientos para el uso de pruebas diagnósticas para SARS-CoV-2 (COVID-19) en Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/gips21-lineamientos-uso-pruebas-diagnosticas-sars-cov-2-covid19-2021.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022b). Programas Pruebas Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible PRASS. Manual Operativo.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022c). Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible – PRASS. Indicadores para la gestión y seguimiento. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNDM0N2MxZmItN2IxMC00YmZjLWE4ZjgtOTc2OWMwMjY1NWZkIiwidCI6ImJmYjdlMTNhLTdmYjctNDAxNi04MzBjLWQzNzE2ZThkZDhiOCJ9>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Medidas decisivas de preparación, disposición a la acción y respuesta frente a la COVID-19. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/343570/WHO-2019-nCoV-Community-Actions-2021.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres. (s. f.). Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres. Una estrategia de desarrollo 2015 – 2025. XII informe de seguimiento y evaluación, agosto 24 de 2022. <https://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Documents/PNGRD/PNGRD-XIII-2022-I-sem.pdf>
- Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres. (2021). Informe de Gestión 2020. <https://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Documents/Informes-de-Gestion/Informe-de-Gestion-UNGRD-2020.pdf>
- Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres. (2022a). Informe de Gestión 2021. <https://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Documents/Informes-de-Gestion/Informe-Gestion-2021.pdf>
- Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres. (2022b). Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres. Una estrategia de desarrollo 2015 – 2025. XII informe de seguimiento y evaluación, febrero 24 de 2022. <https://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Documents/PNGRD/PNGRD-Informe-XII-2021.pdf>
- World Health Organization. (2020). Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331511/Critical%20preparedness%20readiness%20and%20response%20actions%20COVID-10%202020-03-22_FINAL-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Experiencia 2.1

Uso de estudios serológicos y genómicos para evaluar la estrategia de vigilancia de COVID-19 en San Andrés y Providencia.

Instituto Nacional de Salud

Relatado por: Yaneth Herazo Beltrán

El INS inició en el mes de febrero del 2020 la vigilancia genómica del SARS-CoV-2 y en septiembre del mismo año el proyecto «Seroprevalencia de SARS-CoV-2: estudio país» estudios que apoyaron la vigilancia epidemiológica de la COVID-19 y fortalecieron la toma de decisiones para proteger la vida y minimizar el impacto social y económico de la pandemia en Colombia. Los estudios se realizaron en 11 ciudades estratégicas (Medellín, Bogotá, Cali, Cúcuta, Bucaramanga, Guapi, Leticia, Ipiales, Villavicencio, Barranquilla y San Andrés) que representan las diferentes áreas y territorios del país, asimismo, a las comunidades étnicas en zonas fronterizas, en las grandes ciudades y en territorio insular.

En junio de 2021, se incluyeron las islas de San Andrés y Providencia en los estudios serológicos y genómicos, en respuesta a tres situaciones específicas en el territorio: la primera, había pasado el segundo pico epidémico y se encontraron brotes pequeños y personas sintomáticas. La segunda, la organización del proceso de vacunación contra la COVID-19; y la tercera, la necesidad de reactivar el turismo y el comercio en las islas, por ser la principal actividad económica del territorio, que se vio afectado por las restricciones de movilidad aérea impuestas por diferentes países del mundo y, a su vez, por fenómenos naturales como el huracán Iota, que los azotó el 16 de noviembre de 2020, momento álgido de la pandemia. Dado el escenario de transmisión, la relevancia geográfica, social y económica, fue posible la inclusión de las islas de San Andrés y Providencia en la muestra probabilística con el apoyo de la Secretaría Departamental de Salud de San Andrés y Providencia.

La recolección de los datos para la vigilancia genómica rutinaria y probabilística se realizó a través de cuatro muestreos en 2021: muestreo 1, del 15 de abril al 15 de junio; muestreo 2, 15 de julio al 15 de septiembre; muestreo

3, del 1 de octubre al 30 de noviembre; muestreo 4, del 1 al 30 de diciembre.

Un equipo humano de la Dirección de Investigación del INS se trasladó el 13 de junio de 2021 a la isla de San Andrés, con previo conocimiento de cómo abordar la cosmovisión, situación geográfica, poblacional, diferencial y multisectorial del territorio. Una de las primeras acciones realizadas fue la articulación con la gobernación del departamento, las secretarías de Salud y de Movilidad, la Policía, Cruz Roja y Armada Nacional los cuales aportaron el Censo y los mapas de San Andrés y Providencia.

Unas semanas antes de iniciar el trabajo de campo, se planeó la logística para organizar las acciones en el territorio, al mismo tiempo los medios de comunicación como las emisoras locales, en tanto que los líderes y lideresas comunitarias apoyaron la difusión de la información y sensibilización del estudio a las personas, lo que se denominó la primera avanzada en el territorio. Lo anterior permitió que el equipo de campo tomará las muestras en los diferentes muestreos, con una logística coordinada de transporte, horarios, rutas y talento humano.

La participación de los líderes y lideresas comunitarias fue esencial en la programación e implementación del estudio, los cuales se sumaron a lo que los medios de comunicación oficial de la isla informaban en relación con la llegada del equipo del INS. Al principio hubo una resistencia de las personas hacia la toma de muestras nasales, pero al informar que estas eran muestras sanguíneas y daba la posibilidad de conocer si ya le había



Foto 11. Protocolo de estudio INS

dado la COVID-19 o no, aceptaron su participación de manera voluntaria.

Se realizó capacitación y formación del recurso humano de las Secretaría de Salud y del Laboratorio de Salud Pública frente a la dinámica del protocolo del estudio para establecer canales de trabajo y lograr la participación de todos los involucrados. El muestreo y recolección de los datos del estudio de seroprevalencia se llevó a cabo entre el 15 y el 24 de junio de 2021. Se aplicó una encuesta de 62 preguntas que cubrieron características sociodemográficas y comportamiento individual.

El marco muestral de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), organizado por el DANE, fue utilizado para identificar el asentamiento humano de los nativos sanandresanos con mayor densidad poblacional. Se encontró que el mayor riesgo de la COVID-19 se ubicaba en los barrios La Loma y Black Hood, el primero albergaba centros de protección de adultos mayores, en los cuales se encontraron casos positivos en porcentaje cercano al 60 %. Inclusive, se encontró que algunos fallecidos no estaban registrados en las estadísticas.

Las cárceles fueron otro tipo de conglomerado priorizado en la muestra. Por lo cual se redimensionó y ajustó la estrategia de búsqueda activa de casos para adaptarla a cada escenario. Otro conglomerado importante en las islas fueron los centros de reconstrucción de la isla posterior a la devastación por el paso del huracán Iota, que aglomeraban más de 100 trabajadores. Al final se definieron 13 puntos estratégicos en la ciudad, y cada dos meses se recolectaban aproximadamente 100 muestras.

El INS se encargaba de procesar las muestras y realizar los análisis de datos, la información se entregaba en tiempo real, lo que incrementó la confianza entre la comunidad en los resultados aportados por el INS. Esto permitió reactivar las actividades económicas de forma continua y reducir las probabilidades de restricciones en las islas. Sin embargo, la presencia de la variante Delta en este territorio generó nuevas restricciones. El INS apalancó las acciones de fortalecimiento de capacidades (conocimientos, habilidades y prácticas) en la vigilancia intensificada por la COVID-19 incluidos en el Sistema de Vigilancia

en Salud Pública y las acciones relacionadas con los estudios.

Se recolectaron 907 muestras serológicas de personas, con una media por hogar de 2,2 respectivamente y tasa de respuesta del 96,4 % (941/907). Se obtuvieron 225 secuencias de virus, de las cuales 66 corresponden a los muestreos probabilísticos nacionales y el resto a los muestreos rutinarios. Entre los 907 individuos analizados, 549 (60 %) eran hombres; con una mediana de edad de 41 años (rango intercuartílico [RIQ] = 31 años); 320 (35,3 %) se consideraron raizales; 314 (34,6 %), mestizos, y 180 (19,8%), negros. Como solteros se identificaron 356 (39,3 %), seguido de los casados con 224 (24,7%) y en unión libre un total de 192 (21,2). El 25,7 % (233) se consideró empleado, seguidamente independiente con el 21,6 % (196). El nivel de educación más alto alcanzado por los participantes fue secundaria con el 44 % (399).

Se encontraron anticuerpos totales en 487 de los 907 individuos, para una seroprevalencia cruda de 53,7 % (IC 50,4 % - 56,9%) y ajustada por la sensibilidad y especificidad de la prueba 62 % (BCI 58,2 % - 65,8%). Adicionalmente, se registraron anticuerpos totales en 280 de las 479 personas que habían afirmado tener al menos una dosis de la vacuna contra COVID-19, para una seroprevalencia cruda de 58,5 % (IC 54 % - 62,8 %) y ajustada de 67,6 % (BCI 62,4 % - 72,8 %). Del total de personas vacunadas, 97 de ellas manifestaron tener las dos dosis de la vacuna contra COVID-19 y de estas, 87 presentaron anticuerpos totales para una seroprevalencia cruda de 85,6 % (IC 77,2 % - 91,2%) y ajustada de 99,5 % (BCI 91,3 % - 100 %) (Tabla 6).

Tabla 6. Estimación de Seroprevalencia SARS-CoV-2 en San Andrés 2021

	Postivo	Cruda		Ajustada	
		SP	IC	SP	ICB
Población general	487	53,7 %	50,4 % - 56,9 %	62,0 %	58,2 % - 65,8 %
Vacunados (1 o 2 dosis)	280	58,5 %	54,0 % - 62,8 %	67,6 %	62,4 % - 72,8 %
Vacunados esquemas completo	83	85,6 %	77,2 % - 91,2 %	99,5 %	91,3 % - 100 %

Nota. SP: Seroprevalencia. IC: Intervalo de Confianza. ICB: Intervalo de Confianza Bayesiano. Fuente: Dirección de Investigación - INS (2021). <http://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/Seroprevalencia-SARS-CoV-2-San-Andres.pdf>

En Providencia, las condiciones de las capacidades instaladas fueron distintas a las encontradas en San Andrés. La base naval se convirtió en el centro de operación de los estudios. Se encontró que las personas que habitan el archipiélago portaban más linajes (diversidad viral), incluso se encontraron linajes que jamás fueron detectados en el territorio continental. Entre abril de 2021 y octubre de 2022 se realizaron ensayos de secuenciación para determinar qué tipos de variantes de SARS-CoV-2 circulaban en las islas. Durante ese periodo se observó la presencia de *Mu*, *Delta* y *Ómicron* (BA1x, BA2x, BA2.12.1, BA4y BA5).

Se muestra en la Figura 6 el porcentaje estimado para cada variante. En la parte inferior se indica la fecha de identificación de las variantes, el número de secuencias identificadas por variante por semana epidemiológica. Se observa que el pico de circulación de *Delta* fue entre el 24 de octubre al 14 de noviembre del 2021, así como el reemplazo por *Ómicron* a partir del 26 de diciembre de 2021.

Figura 6. Variantes de SARS-CoV-2 identificadas en San Andrés y Providencia durante el estudio de seroprevalencia



Fuente: Dirección de Investigación – INS (2021).

Un aprendizaje relevante fue la adaptación del plan de investigación al contexto insular diferente al continental. Además, con una característica original en el territorio que es la entrada de turistas de diferentes partes del mundo, lo que posiblemente explique lo ocurrido en San Andrés que no aconteció en el resto del continente, como el incremento de contagios por la variante *Ómicron* y *Delta*. En este orden de ideas, se potencializaron las capacidades del personal de salud de la isla y se logró la confianza y el trabajo colaborativo con la entidad nacional y profesionales del interior del país. Según lo expresado por el grupo de personas entrevistadas del INS: «*San Andrés se convirtió en nuestro lugar*». San Andrés y Providencia se convirtió en el punto de vigilancia genómica centinela, cada dos meses iba un equipo del INS a realizar los muestreos que contribuían al seguimiento y control de la onda explosiva infecciosa por *Ómicron* y *Delta* y sus subvariantes.

Para el INS el proyecto en San Andrés y Providencia fue «*muy importante*», por las diferencias culturales locales, por ejemplo, la vigilancia de los raizales se realizó de manera muy estrecha con la vigilancia epidemiológica de la isla, de tal manera que las visitas se hacían con personas nativas que hablaran el idioma raizal y la recolección de información que originalmente estaba en español fuera traducidos a este idioma. Fue necesario el análisis sociológico y psicológico de la población raizal para lograr su aceptación y participación, convirtiéndose en un proyecto piloto que posibilitó entender sus necesidades, adaptarse a ellas y lograr la información que el estudio requería.

Las personas entrevistadas mencionan que para fortalecer la participación comunitaria fue primordial ampliar el trabajo técnico-científico hacia componentes sociales y culturales de tal manera que se involucrará a las comunidades de manera efectiva y logrará un mayor empoderamiento en torno al estudio. Como lo expresan: «*¡Que sintieran que era un beneficio para ellos, que ellos ganaban con que fuéramos allá, a sus viviendas!*». Asimismo, los entrevistados expresan que «*la dimensión de comunicación para la intervención de la comunidad fue importante para favorecer todos estos procesos incluidos en el estudio*» (Directora de Investigación en Salud Pública del INS, entrevista, febrero de 2023). Facilitó la empatía entre los investigadores y la comunidad al programar las visitas según sus hábitos de vida. Se observó que a los hombres no les gustaba que les sacaran sangre, la aceptación era mayoritariamente por mujeres y a muchas personas nunca les habían hecho venopunción en su vida.

La participación de la comunidad fue fundamental y los líderes y lideresas que acompañaron la experiencia iban adelante, explicando a cada habitante las actividades que el INS iba a realizar y generaron confianza en los habitantes, según los entrevistados «*los líderes comunitarios vendían el producto, explicaban lo que estábamos haciendo en términos de marketing, decían que era muy importante, que eso les iba a servir para estar tranquilos, para seguir trabajando*» (Epidemióloga del INS, entrevista, febrero de 2023).

La experiencia en San Andrés permitió fortalecer la

inteligencia epidemiológica, es decir, la recopilación y análisis de datos oportunos, la evaluación de riesgos y la propuesta de acciones de respuesta oportuna de emergencia para controlar los brotes, en especial de la variante *Delta*, que ponía en riesgo la primera actividad económica de la isla como es el turismo.

Con este antecedente se permitió avanzar en los estudios de seroprevalencia, el seguimiento a los anticuerpos y la vigilancia genómica. La estrategia de inteligencia epidemiológica y vigilancia centinela liderado por el INS y la Secretaría de Salud cada dos meses permitió identificar varios focos en lugares con mayores aglomeraciones. A lo largo del tiempo de la pandemia la capacidad de diagnóstico, en especial por las pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), se había disminuido. La llegada del equipo de trabajo del INS potencializó la búsqueda y diagnóstico de casos positivos en el territorio. Al mejorar la capacidad técnica en San Andrés y Providencia fue posible la recolección del mayor número de muestras. A la vez, se logró demostrar que la isla tenía la capacidad para seguir atrayendo turistas con el fin de mejorar la actividad económica.

Este fue un ejercicio científico, con una estrategia integral e integrada de vigilancia epidemiológica y de inteligencia epidemiológica, reproducible en cualquier isla alrededor de nuestro país y de otros países del mundo. Además, fue un cambio de paradigma, ya que fue posible iniciar el estudio de seroprevalencia y, posteriormente, seguir a los vacunados durante un año y realizar vigilancia genómica. Los participantes reconocen que *«los resultados positivos del estudio*

solo se lograron mediante el trabajo en equipo de las personas de la isla y el apoyo a las estrategias de vigilancia local de estos territorios» (Profesional Especializado oficina de Control Interno, entrevista, febrero de 2023).

La experiencia del INS muestra que las estrategias de vigilancia utilizadas como búsqueda activa institucional y búsqueda activa comunitaria tanto para vigilancia epidemiológica como para vigilancia genómica fueron efectivas para identificar los casos y tomar las decisiones pertinentes. También jugó un rol muy especial la implementación de técnicas de análisis espacial con análisis de predicción de casos que permitieron identificar dónde posiblemente hubiese casos; en este sentido los participantes manifiestan: *«creo que estas estrategias de epidemiología espacial también son importantes en estos procesos en campo para poder hacer acciones que sean puntuales»* (directora de Investigación en Salud Pública, entrevista, febrero de 2023). La articulación con los hospitales y los laboratorios fue muy importante, porque la mayoría de las pruebas eran de PCR, además se logró llegar a un acuerdo con ellos sobre la toma de las dos pruebas, por hisopado y la sanguínea, y si esta última salía positiva, por antígeno, la institución de salud se comunicaba de manera inmediata con el equipo del INS para el seguimiento y la toma de decisiones. La entrevista finaliza con una frase expresada por uno de los participantes: *«Y esperamos que lo que nosotros hicimos haya dejado una huella en el territorio»*.

Los aspectos que según los entrevistados hubiesen podido ser mejores:

- Continuidad en el presupuesto asignado; mayores recursos económicos se necesitaban para continuar con el acompañamiento por parte del INS en la gestión y desarrollo de capacidades en el territorio y la logística general que amerita un estudio de esta naturaleza.
- Continuidad en el acompañamiento a los territorios. Es un imperativo no solo continuar acompañando a los territorios en los procesos de vigilancia epidemiológica, sino desde la Dirección de Investigación en el cuidado y la conservación de las muestras que se toman.
- Inexistencia de una línea de base sobre seroprevalencia en el territorio,
- Falta de insumos para llevar a cabo las pruebas, lo cual fue superado al trasladar desde Bogotá los materiales necesarios.
- Falta de transporte interno dentro del territorio de bajo costo. Este aspecto fue superado al contratar vehículos de transporte interno con el apoyo logístico y económico de entidades locales y otras como la Universidad Nacional Sede San Andrés y el Grupo de Rotarios, entre otros.

Logros significativos de la experiencia:

- Publicación previa en la página del INS. <http://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/Seroprevalencia-SARS-CoV-2-San-Andres.pdf>
- Incremento de capacidades instaladas en las entidades territoriales en cuanto a fortalecer los conocimientos y habilidades del personal de laboratorio y de epidemiología en manejo de cartografía, encuestas y acercamiento a la comunidad para el desarrollo de estudios poblacionales; detección temprana de casos mediante búsqueda activa inteligente que permitió identificar nuevos conglomerados y hacer cercos epidemiológicos oportunos; y capacidades del personal de laboratorio en embalaje y envío de muestras de nivel de contención para los estudios genómicos.
- Desarrollo del centro de vigilancia centinela y de inteligencia epidemiológica que permitió el análisis de la situación de salud en tiempo real.
- Construcción de modelos matemáticos para San Andrés y Providencia que permitieron de manera oportuna la identificación de los cercos epidemiológicos, priorizar poblaciones y lugares para permitir que la isla siguiera funcionando.
- Fortalecimiento de estrategias como tener información para la acción. En este sentido, se fortaleció la georreferenciación en el territorio.
- Detección por primera vez en el territorio colombiano de la presencia del linaje *Delta*.



Foto 12. Toma de muestras INS

En conclusión, los resultados mostraron la necesidad de continuar con las medidas de prevención y control sanitario para limitar la propagación del virus SARS-CoV-2 y las variantes *Delta* y *Ómicron* identificadas y entregar medidas para proteger las actividades sociales y economías familiares. Los estudios de seroprevalencia en general sirvieron para ajustar los modelos matemáticos de presentación de la pandemia, no solo para San Andrés sino para el resto del país, estos ajustes favorecieron la toma de medidas oportunas para contener los picos epidémicos durante el tiempo de pandemia. Igualmente, las estrategias de vigilancia de laboratorio a través de estudios serológicos y genéticos en sitios que dependen de la actividad turística, esenciales para el cuidado de la vida y la apertura económica. Finalmente, esta experiencia describió por primera vez la presencia de la variante *Delta* en el territorio colombiano, también se detectaron sublinajes de esta variante que nunca fueron localizados en el territorio continental de Colombia.

Recuadro síntesis de la lección aprendida clave y principal recomendación:

- La participación comunitaria, teniendo en cuenta las características socioculturales de la población.
- La articulación con todos los actores, el ente territorial en San Andrés, Fuerzas Militares e IPS tanto públicas como privadas, Secretaría Departamental de Salud y DANE.
- Para el cuidado de la vida y la apertura económica es esencial implementar estrategias de vigilancia en laboratorios a través de estudios serológicos y genómicos en regiones turísticas. Además, estas estrategias son un complemento excepcional para la vigilancia epidemiológica de rutina. Se propone que otros países adopten estas estrategias de manera aplicada y obtengan resultados similares o incluso mejores que en nuestro país.
- La circulación de agentes con capacidad epidémica debe ser vigilada con estrategias de secuenciación de próxima generación y esta vigilancia genómica debe ser una herramienta indispensable para poder responder ante cualquier amenaza de este tipo, más aún en áreas de alta circulación de extranjeros.

Agradecimiento: Al Instituto Nacional de Salud - Dirección de Investigación en Salud Pública.



Foto 13. Procesamiento de muestras INS

Experiencia 2.2

De laboratorio de investigación al diagnóstico de COVID-19: experiencia de una pandemia, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla

Relatado por: Erika Palacio Durán

La pandemia provocada por SARS-CoV-2 trajo grandes incertidumbres frente a lo que el virus era capaz de provocar en las personas, su forma de propagación, la gravedad de la enfermedad, las complicaciones que generaba y su potencial de letalidad.

Durante los primeros meses de la emergencia sanitaria en Colombia, el diagnóstico confirmatorio para la COVID-19 se realizaba en el INS, en la ciudad de Bogotá, por requerirse capacidades en biología molecular y laboratorio de alta tecnología en virología. En esos momentos, la ciudad de Barranquilla, como la mayoría en Colombia, no contaba con un laboratorio para diagnóstico molecular.

La Universidad Simón Bolívar de la ciudad de Barranquilla disponía de un laboratorio de virología y genética diseñado inicialmente para fines académicos y de investigación, este estaba equipado con dispositivos necesarios para diagnosticar la COVID-19, cumplía en gran medida con los requerimientos de infraestructura y era posible adecuarlo rápidamente a las especificaciones técnicas del INS. Además, contaba con personal calificado, conformado por 15 científicos entre los cuales había doctores especializados en biología molecular, investigadores, estudiantes de doctorado y estudiantes de maestría. Hacia finales de marzo de 2020, el rector de la universidad, presentó al alcalde de la ciudad de Barranquilla la propuesta de diagnosticar la COVID-19 en el laboratorio de la universidad, con el fin de apoyar el dictamen de casos y medidas de contención de la epidemia en la ciudad. Fue así como la universidad asumió el reto, bajo el liderazgo del director de dicho laboratorio.

El laboratorio, de nivel de bioseguridad 2 (BSL-2), de Genética y Biología Molecular de la Universidad Simón Bolívar



Foto 14. Del laboratorio al diagnóstico COVID-19 #1

se encontraba ubicado en ese momento en la sede 2 de la universidad, dotado con zonas independientes para extraer material genético del virus y equipos para la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (rt-PCR), con capacidad para el procesamiento de 150 pruebas diarias. En dos semanas se hicieron todas las adecuaciones necesarias, 6 simulacros, se recibe visita de inspección por parte del INS. El día 11 de abril de 2020 obtiene la habilitación por parte del INS, pasando de ser una Unidad de Investigación a un laboratorio 'habilitable' para diagnosticar la COVID-19.

El sábado 18 de abril se recibieron las primeras 48

muestras para su procesamiento, siguiendo todos los protocolos de bioseguridad, por dos profesores investigadores, debidamente vestidos con batas desechables, guantes, respirador N95 y gafas quienes verificaron la cava donde se transportaban las muestras, procedieron a colocarla en una bolsa roja de bioseguridad y subieron el contenido, acompañados de un funcionario de la Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla, quien trasladó las muestras al laboratorio para organizar y verificar que todo estuviera en orden.

Al recibir las primeras muestras, se identificó que la cava donde se transportaban era demasiado grande,

situación que no había sido contemplada en los simulacros. Además, el traje resultaba incómodo, caliente y las gafas se empañaban y dificultaban la visión. La realidad resultó ser muy diferente a lo previsto durante los simulacros. Aunado a lo anterior, había mucha incertidumbre y temor. Aun así, se logró el objetivo y todas las muestras iniciales fueron negativas. Este fue momento histórico para la ciudad de Barranquilla, el cual fue seguido y registrado por el alcalde, directivos de la universidad y periodistas, entre otros.

El proceso de desembalaje de cada muestra (hisopados y aspirados) incluía la verificación del código de cada tubo con el listado entregado por la Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla. Lo hicieron dos investigadoras de la Universidad. El procedimiento de extracción de ARN fue, en palabras del director del laboratorio:

«el cuello de botella del proceso. Acá nos dimos cuenta de varias cosas: era un procedimiento que requería dos personas al tiempo para poder dispensar y manejar los tubos. Por ejemplo, mientras uno alícuota, el otro abría tubos. No teníamos robots o métodos de perlas magnéticas. No había en Colombia. Al contar solo con una centrifuga se podían procesar solamente 24 muestras al tiempo» (entrevista, mayo de 2023).

El proceso de extracción lo hicieron dos investigadores, utilizando el método TRIzol, el cual lo hacía demorado y tedioso, teniendo en cuenta que el secado al aire libre es tardado y no todas las muestras

se secan al mismo tiempo. Mientras un investigador realizaba la extracción, otros dos montaban el pre-PCR y después realizaban el montaje de las pruebas. Este procedimiento fue importante para evitar contaminaciones. La reacción de PCR duraba aproximadamente 110 minutos. La primera muestra positiva se obtuvo en el tercer día de procesamiento y fue repetida tres veces para mayor seguridad del resultado obtenido.

Durante todo el proceso llevado a cabo por el laboratorio se utilizaron varios puntos de control en el que se revisaban y verificaban las seis etapas del diagnóstico: recepción, desembalaje, extracción, PCR,

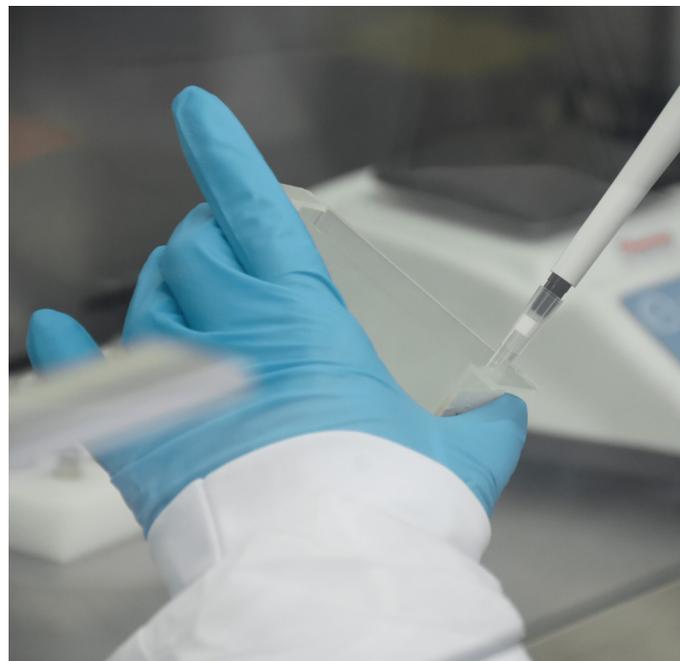


Foto 15. Del laboratorio al diagnóstico COVID-19 #2



Foto 16. Del laboratorio al diagnóstico COVID-19 3

análisis de resultados y divulgación de resultados. Cada una de estas etapas tenía un punto de control, realizado por uno de los investigadores del equipo, en el que se hacía revisión y verificación para pasar a la siguiente.

En tal sentido, en la recepción se verificaba que la lista de muestras recibida concordara con las fichas epidemiológicas; asimismo, durante el desembalaje, se contrastaba la información del tubo con la ficha de entrada; estos eran puntos críticos para no confundir documentos y muestras y evitar los diagnósticos erróneos.

Una vez pasaba el desembalaje, el personal de extracción controlaba las muestras recibidas con una lista enviada por el personal de recepción. Todas las muestras tenían su código QR para una mejor identificación. Un punto crítico era el momento del análisis y divulgación, porque eran vidas que dependían de ese diagnóstico, no un experimento de investigación, como era tradicional en el laboratorio, y una equivocación podía traer consecuencias que involucraban desde el laboratorio de análisis hasta la vida del paciente o usuario final. Razón por la cual se procuró no solo dar un diagnóstico oportuno sino confiable. En palabras del director del laboratorio: *«Esto nos motivó a desarrollar una ayuda mediada por inteligencia artificial como herramienta que complementaba nuestro trabajo al momento de realizar el análisis de los resultados y poder ser más oportunos a la hora de entregarlos»* (entrevista, mayo de 2023).

Este desarrollo se publicó el 23 de diciembre de 2020 y se encuentra accesible en <http://dx.doi.org/10.3390/moleculas26010020>.

Si bien para el diagnóstico se contaba con un tiempo de entrega de 48 horas después de la recepción de la muestra, el tiempo real de oportunidad en la entrega de resultados era menor a 24 horas. El laboratorio, además, implementó un proceso de aseguramiento de la calidad liderado por una de las investigadoras, profesional experimentada en el manejo de la calidad en instituciones prestadoras de servicios de salud. Paralelamente con esta actividad, se debió continuar con el rol docente, así que se ajustaron las agendas. Docencia en forma virtual y procesamiento de muestras en el laboratorio.

En Colombia se conformó una red de más de 200 laboratorios con capacidad de diagnóstico molecular en todas las regiones del país. Esta red fue liderada por el INS, a partir del mes de marzo de 2020, con el objetivo de descentralizar la vigilancia y realizar diagnóstico oportuno en todas las regiones. El laboratorio de la universidad fue el número 11 de la red y, junto con el laboratorio departamental, fue el único que atendió la crisis durante el primer mes de la pandemia en el Distrito y el departamento. Además, se conformó la red de vigilancia genómica, en el que el laboratorio de Genética y Biología Molecular de la Universidad Simón Bolívar hizo parte, junto con otros 21 laboratorios ubicados en las ciudades de Bogotá, Barranquilla, Santa Marta, Cartagena, Medellín, Manizales, Pereira, Cali y Palmira, y el INS, los cuales han continuado secuenciando SARS-CoV-2, con la intención de expandirlo a otros virus circulantes de interés en salud pública.

Al 30 de diciembre de 2022 se habían procesado más de 80 000 muestras orofaríngeas y nasofaríngeas provenientes de la vigilancia activa que hacía la Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla para la COVID-19, procesadas por el método de PCR en tiempo real. El diagnóstico fue financiado mediante un convenio entre la Universidad Simón Bolívar y la Alcaldía Distrital de Barranquilla, donde la universidad asignaba el personal calificado y la infraestructura, en tanto que la alcaldía se encargaba de los insumos y reactivos necesarios para el diagnóstico, por ejemplo, equipos de protección personal y reactivos para los ensayos moleculares.

El laboratorio de la Universidad Simón Bolívar, por ser parte de la Red Nacional de Diagnóstico, recibió insumos para el diagnóstico del INS, cuando había desabastecimiento. Además, recibió entrenamiento para el diagnóstico de la COVID-19. Realizó alianzas con la Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla y la Departamento del Atlántico, e instituciones de la red de servicios de salud, facilitando el diagnóstico oportuno durante las estrategias de mitigación, cercos y vigilancia para controlar la pandemia en Barranquilla y el departamento del Atlántico.

Igualmente, se recibieron donaciones de la Fundación Santo Domingo, Cámara de Comercio de Barranquilla e ISA

Transelca, como parte de sus programas para mitigación de la pandemia, desde los cuales se recibieron equipos especializados y reactivos que contribuyeron a incrementar la capacidad de diagnóstico. Entre estos equipos fue fundamental un robot para la extracción automática que aceleró y mejoró el procesamiento de las muestras y la oportunidad de respuesta.

Parte de lo aprendido y del éxito de esta estrategia fue la articulación con las entidades públicas, como se mencionó anteriormente, con la alianza entre la alcaldía distrital y el laboratorio de la universidad, el INS, la red de laboratorios de diagnóstico y de caracterización genómica y la Secretaría de Salud del Departamento del Atlántico. Se entendió rápidamente que no se tenía en ese momento todo el conocimiento requerido para abordar la situación de pandemia, pero la experiencia previa con estudios virológicos y de biología molecular facilitaron la respuesta rápida a la emergencia generada por este nuevo agente patógeno.

En 2020, el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, con las gobernaciones y el Sistema General de Regalías, fue proactivo en sacar convocatorias para fortalecer la capacidad de los laboratorios. En tal sentido, el laboratorio de la universidad participó en las siguientes convocatorias y ambas fueron adjudicadas:

- Fortalecimiento de capacidades instaladas de ciencia y tecnología de la Universidad Simón Bolívar para atender problemáticas asociadas con agentes biológicos de alto riesgo para la salud humana en el departamento del Atlántico.
- Fortalecimiento de capacidades de investigación y transferencia tecnológica para el diagnóstico diferencial de patógenos emergentes y reemergentes en el departamento de Bolívar.

Con la primera se logró conseguir recursos para la construcción de un laboratorio de genética y biología molecular nivel de bioseguridad 3 (BSL-3), por un monto de \$ 2 200 millones, con el propósito de poder cultivar patógenos de alto riesgo; este laboratorio entró en funcionamiento a mediados del año 2022. Así mismo, estos recursos permitieron comprar equipos y aumentar la capacidad de diagnóstico del laboratorio. Pasando de 150 muestras a 1 500 muestras/día. Con la segunda se recibió un monto de \$ 2 800 millones, para fortalecer la capacidad de diagnóstico y consolidar procesos de investigación en patógenos de interés público.

Los aspectos que, según los entrevistados, hubiesen podido ser mejores:

Los protagonistas de la experiencia consideran que faltó, en el tránsito hacia la prestación de servicios de salud, un mayor acompañamiento de los entes reguladores, quienes señalaron que contaban con un «talento humano sobrecalificado», pero entender el sistema de salud y las redes de laboratorios fue más complejo. Faltó integrar el

trabajo de los diferentes laboratorios y que de ahí salieran propuestas para el sistema de salud en temas de articular la prestación de servicios de salud y la academia (la educación continua e investigación). Faltó tener una cultura de sistemas de gestión en el laboratorio, así como pensar más como empresa o unidad de negocios.

Logros significativos de la experiencia:

- Fortalecimiento de los lazos entre los laboratorios de salud pública y las universidades, además del fortalecimiento de los tres pilares de la sociedad: entidades públicas, la empresa privada y la academia.
- Consecución de recursos mediante dos convocatorias ganadas.
- Publicación de 5 artículos en revistas indexadas como se observa en la Tabla 7.

Tabla 7. Publicaciones realizadas por los actores protagonistas de la experiencia

No	Título de la publicación	Autores
1	Comparative Analysis of In-House RT-qPCR Detection of SARS-CoV-2 for Resource-Constrained Settings.	Bello-Lemus, Y., Anaya-Romero, M., Gómez-Montoya, J., Árquez, M., González-Torres, H., Navarro-Quiroz, E., Pacheco-Londoño, L., Pacheco-Lugo, L. y Acosta-Hoyos, A. (2022).
2	Validación clínica de la prueba RT-LAMP para el diagnóstico rápido del SARS-CoV-2.	Hurtado, L., Díaz, D., Escorcía, Flórez, L., Bello, Y., Díaz, Y., Navarro, E., Pacheco, L. C., Galán, N., Maestre, R., Acosta, A. y Pacheco, L. A. (2022).
3	Impact of frailty and viral load on acute kidney injury evolution in patients affected by Coronavirus Disease 2019.	Aroca-Martínez, G., Musso, C. G., Avendaño-Echávez, L., González-Torres, H., Vélez-Verbel, M., Chartouni-Narváez, S., Peña-Vargas, W., Acosta-Hoyos, A., Cadena-Bonfanti, A. y Ferreyra, L. (2022).
4	Virucidal Activity of Different Mouthwashes Using a Novel Biochemical Assay.	Rodríguez-Casanovas, H. J., De la Rosa, M., Bello-Lemus, Y., Rasperini, G. y Acosta-Hoyos, A. J. (2021).
5	Anomaly Identification during Polymerase Chain Reaction for Detecting SARS-CoV-2 Using Artificial Intelligence Trained from Simulated Data.	Villarreal-González, R., Acosta-Hoyos, A. J., Garzón-Ochoa, J. A., Galán-Freyre, N. J., Amar-Sepúlveda, P. y Pacheco-Londoño, L. C. (2020).

Fuente: Antonio Acosta Hoyos. Director del Laboratorio de Genética y Biología Molecular.

Recuadro de síntesis de la lección aprendida clave y principal recomendación

- La principal lección es de vida: ser consiente del valor de toda persona que nos rodea y de cómo debemos cuidar a los demás.
- El trabajo articulado entre los laboratorios de salud pública, la academia, el ente territorial y la empresa privada potencializa la capacidad de respuesta que se puede brindar en situaciones de emergencia sanitaria.
- El trabajo colaborativo y la vocación de servicio a los demás es la clave para generar grandes cambios y construir nuevos escenarios.
- La ciencia no puede quedarse en los laboratorios, la sociedad debe conocer lo que se hace.
- Se recomienda una mayor integración y socialización de los procesos de investigación generados en la academia, con la participación de todos los actores de la sociedad para dar mejor acceso a la información, educación y tecnología.

Agradecimientos a los protagonistas de la experiencia: Dr. Antonio Acosta Hoyos, director de la Unidad de Genética y Biología Molecular de la Universidad Simón Bolívar; Dr. José Rafael Consuegra Machado; Dra. Yani Aranguren Díaz, Dr. Elwi Machado Sierra, Dr. Lisandro Pacheco Lugo, Dr. Leonardo Pacheco Londoño, Dra. Paola Amar Sepúlveda; Dr. Elkin Navarro Quiroz; Dr. José Torrez Ávila, Ludis Oliveros Ortiz, Msc. Ibeth Luna Rodríguez, Msc. Dayan Lozano Solano, Msc. Henry González Torres, Msc. Moisés Áquez Mendoza, Msc. Marco Anaya Romero, Msc. Yesit Bello Lemus, Msc. Martha Guerra Simanca, Msc. Janni Gómez Montoya; Leonardo Arrieta Rangel, María Serrano, María Vélez, Erika Álvarez, Jhon Amador, Roberto Romero Zúñiga, Leidy Pérez y Bryan Sarria.

De manera especial se reconoce el trabajo realizado por el personal de servicios generales, Laura Villa y Henser Molina, quienes día a día se encargaron de las actividades de limpieza, desinfección y traslado de residuos peligrosos.

Experiencia 2.3

Programa PRASS/DAR. Vigilancia y gestión integral del riesgo por COVID-19, Bogotá 2020-2021

Relatado por: Yaneth Herazo Beltrán

Desde la declaratoria mundial de la pandemia, se inició la vigilancia y gestión integral del riesgo por la COVID-19 en el Distrito Capital de Bogotá, liderado por la Secretaría Distrital de Salud, con la misión de describir, explicar y predecir el curso de la epidemia y orientar las intervenciones requeridas en el territorio. La adopción, adaptación e implementación del Programa PRASS establecido por el gobierno nacional. En Bogotá, este se articuló a las estrategias innovadoras implementadas en el Distrito, bajo la Estrategia Detecto, Aíslo y Reporto (DAR) (Secretaría Distrital de Salud, 2021).

El programa DAR/PRASS se orientó hacia la reducción de la velocidad de propagación de SARS-CoV-2 entre individuos, familias, colectivos, entornos y territorios, para romper cadenas de transmisión mediante la realización de pruebas masivas para identificación de los infectados, aislamiento selectivo y sostenible, seguimiento sistemático de casos y contactos y monitoreo de indicadores y tendencia de la COVID-19.

De conformidad con los lineamientos nacionales en relación con el Programa PRASS, normado mediante el Decreto 1109 de agosto de 2020 del MSPS y actualizado con el Decreto 1374 del 19 de octubre del mismo año, se conformó un grupo para atender una situación inédita que representó una emergencia sanitaria de dimensiones colosales. Bogotá conformó un equipo técnico multidisciplinario de profesionales entre las diferentes dependencias de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDSB), con los responsables de su implementación en las EAPB, referentes de instancias nacionales, distritales y con un equipo de respuesta rápida apoyado por USAID, a través de su Programa Comunidades Saludables, con quienes —con base en los lineamientos nacionales, la evidencia disponible, la información local y las reuniones de discusión— diseñaron la estrategia llamada Detecto, Aíslo, Reporto (DAR) y lo articularon al Programa PRASS (Secretaría Distrital de Salud, 2021).

En primera instancia, el equipo de trabajo analizaba las alertas a nivel mundial con el fin de comprender la magnitud del riesgo, lo cual permitió entender de manera anticipada lo que podría acontecer en Colombia y en Bogotá. Igualmente, el equipo de la SDSB había tenido una importante experiencia durante la pandemia anterior (año 2009) con el virus H1N1, con el cual se definió una metodología distrital de abordaje en este tipo de emergencias. Esta experiencia acumulada permitió con base en las decisiones del orden nacional dar una respuesta adoptada y adaptada por la SDSB de acuerdo con las propias experiencias del grupo de trabajo y al contexto de la capital del país, que alberga el mayor número de habitantes y de instituciones del sector salud, lo que hacía más compleja la respuesta a la emergencia sanitaria.

Se desarrolló la primera fase de aprestamiento en coherencia con las instrucciones nacionales e internacionales emitidas por la OMS, mediante la elaboración del Plan de Respuesta a la Pandemia por la COVID-19 de Bogotá D. C., con el que se orientaban las acciones e integraban los aprendizajes adquiridos. Este plan incluyó los lineamientos del programa PRASS, desde el momento cero, y un instrumento que retomó los avances en las estrategias epidemiológicas ya desarrolladas en la ciudad y la combinación de diversas acciones del componente rutinario de monitoreo de eventos e intervención en brotes, con la participación de los territorios, conglomerados, instituciones y poblaciones especiales. Ello con el fin de reducir el impacto de la emergencia sanitaria mediante el logro de información oportuna sobre los

casos asintomáticos, presintomáticos, sintomáticos y sus contactos (Ministerio de Salud y Protección, 2022).

El Plan de Respuesta dio cuenta de cómo la organización operativa es un punto fundamental en el control exitoso de la pandemia, porque permitió reconocer y gestionar los recursos disponibles y necesarios, como las instalaciones, el equipamiento, el personal en salud, los protocolos de bioseguridad y la comunicación efectiva del riesgo en salud disponibles. El fundamento principal del plan fue la metodología de Sistema Comando de Incidentes (SCI) previamente definida y probada por el equipo de vigilancia en salud pública de la SDSB, que se armonizó con los lineamientos que surgen desde el nivel nacional para atender la emergencia sanitaria por la COVID-19. Sobre la base del SCI se desarrollan 7 líneas de acción: la coordinación intersectorial, vigilancia en salud pública, red de laboratorios, reducción de transmisión



Foto 17. Plan de trabajo ERR y Secretaría Distrital, Bogotá

en comunidad, red de servicios de salud, preservación de la continuidad en el funcionamiento de los servicios esenciales y comunicaciones, con el fin de prevenir y disminuir el impacto en la morbilidad y letalidad ocasionadas por el ingreso y propagación del virus SARS-CoV-2 en la población del Distrito Capital (Secretaría Distrital de Salud, 2021).

La segunda línea, vigilancia en salud pública, fue el centro del monitoreo y de la vigilancia inteligente a la situación de salud; también fue absolutamente fundamental la red de laboratorios disponibles, con una limitante inicial, que fue el no uso rutinario de la única técnica que se reconocía útil para el diagnóstico de la COVID-19 como es la biología molecular. El profesional especializado de la Dirección de Epidemiología y Vigilancia en Salud Pública de la SDSB, expresa: «*Realmente había muy escasas capacidades y básicamente era la que había adquirido este laboratorio de salud pública en Bogotá, era el único el del Instituto Nacional de Salud. Pero el laboratorio era insuficiente para atender toda esa cantidad de pruebas*» (entrevista, marzo de 2023). Otras líneas de acción, como la red de laboratorio y la reducción de la transmisión en la comunidad, hicieron parte de las acciones de respuesta que se orientaban desde la vigilancia frente a las medidas no farmacológicas. De acuerdo con la cronología de los hechos en el mundo y de Colombia, con la declaratoria de la pandemia en el primer trimestre del 2020 y de la declaratoria a nivel nacional de la presencia de los primeros casos COVID-19, la SDSB, con el Plan de Respuesta, estableció la estrategia de cómo se podría contener o tratar de contener la propagación, con

base en los conocimientos que se iban generando mundialmente.

El modelamiento de la propagación de la COVID-19 fue un ejercicio clave, que mostraba las dificultades para mantener la contención del contagio. Por ello, el grupo consideró como una mejor estrategia la de disminuir la transmisión comunitaria para ganar tiempo para una respuesta adecuada desde los servicios de salud y desde la red de laboratorios, para evitar así los altos niveles de letalidad. En este sentido, lo primero que se hizo fue acatar la orden nacional de medidas de salud pública no farmacológicas; la cuarentena general se implementó inicialmente como un ejercicio experimental y, después, como una decisión de política, de forma paralela se fueron fortaleciendo las líneas de acción mencionadas anteriormente.

La vigilancia en salud pública se soportó en la red de laboratorios con el fin de proveer a la población una masiva posibilidad de acceder a los servicios, para ello se establecieron convenios con las universidades que tenían las capacidades para realizar las pruebas, esto incluyó transferencia de la tecnología y generación de convenios, inicialmente con 6 universidades, número que se fue ampliando para aumentar la oferta y el acceso. El uso de la inteligencia epidemiológica —es decir, las actividades relacionadas con la identificación temprana de los peligros potenciales para la salud—, su verificación, evaluación e investigación con el fin de recomendar medidas de control de la salud pública (Paquet et al., 2006) permitió el reconocimiento de territorios y población más vulnerables y la toma de

decisiones hacia cuarentenas selectivas y contenciones territoriales, asimismo, facilitó el monitoreo a los distintos grupos poblacionales y establecer grupos de riesgo (mayores de 60 años o con comorbilidades).

Uno de los resultados de la estrategia de vigilancia inteligente fue la organización de los servicios de salud para lo cual se estableció un convenio que, en palabras del profesional especializado de la Dirección de Epidemiología y Vigilancia en Salud Pública (entrevista, marzo de 2023) «*muy interesante, porque era también inédito para Colombia y fue lograr que interactuaran las EAPB, las IPS con el sector público y privado*». Adicionalmente se contó con el apoyo de diferentes organismos y agencias de cooperación internacional. Esta integración abrió los canales de comunicación para toda la comunidad, colocando a su disposición todos los servicios de salud de la ciudad. A partir de esta alianza fue posible responder a la emergencia sanitaria en Bogotá y la aplicación del programa PRASS que conjugó las orientaciones de programas nacionales como el Programa Ampliado de Inmunizaciones, el Programa de Control de Vectores, el Programa de Infecciones Crónicas como el de tuberculosis, entre otros,



Foto 18. Capacitación comunitaria sobre la COVID- 19 Barrio San Carlos, Bogotá

hizo que las instituciones miembros participaran operativa y tácticamente en los procesos de vigilancia de la salud pública. Según este profesional (entrevista, 8 de marzo de 2023):

«No teníamos un programa de este nivel. Una cosa también muy interesante es que la vigilancia generalmente ha estado bajo la responsabilidad estratégica y operacional del Estado, y la participación operativa y táctica de las EAPB y las IPS es clave en momentos donde se necesitaba abrir la economía, abrir la sociedad, abrir la cultura, era necesario tener una respuesta».

En el marco del Programa PRASS fue posible la realización del mayor número de pruebas en la ciudad y lograr la meta de acceso universal al rastrear el mayor número de personas; para el 30 de abril del 2021 se habían procesado 3 349 859 muestras, de las cuales 710 639 se reportaron como positivas (Secretaría Distrital de Salud, 2021). También se realizó el rastreo de personas contagiadas y sus contactos para el aislamiento selectivo y sostenible. El programa estuvo acompañado de la estrategia de comunicación denominada DAR, que tiene un doble significado, el primero es la solidaridad y cómo lo expresa el profesional especializado de la Dirección de Epidemiología y Vigilancia en Salud Pública (entrevista, marzo de 2023): *«La primera acepción hace referencia a que tenemos que ser solidarios porque en la medida en que yo me cuide, cuide a mi familia y cuide a mi entorno, pues, voy a reducir la posibilidad de que esto se transmita comunitariamente».*

La autogestión fue considerada una herramienta eficaz para cortar las cadenas de contagio en las familias y comunidades (Secretaría Distrital de Salud, 2021). El segundo significado de DAR tuvo implicaciones más prácticas y coherentes con el algoritmo implementado para el aislamiento de las personas y el reporte de síntomas.

La estrategia DAR le dio sentido a la vigilancia comunitaria al asegurar el intercambio oportuno de información y la participación de la

comunidad en las actividades del PRASS, por ello la Alcaldía de Bogotá denomina al programa como PRASS/DAR y contribuye a consolidar el uso de mecanismos de comunicación *«para habilitar, empoderar y equipar a los miembros de la comunidad para reconocer y responder a las preocupaciones de salud pública, lo cual constituye una base esencial para la vigilancia comunitaria»*, de acuerdo con lo expresado por el profesional especializado de la Dirección de Epidemiología y Vigilancia en Salud Pública (entrevista, marzo de 2023).

La intención de PRASS/DAR fue fortalecer las posibilidades que tenían los individuos y las familias de lograr una contención inteligente de la transmisión a partir de estrategias no farmacológicas, que en ese momento *«fue la más poderosa estrategia de atención primaria que teníamos antes de la vacunación»* de acuerdo con lo manifestado por el profesional especializado de la Dirección de Epidemiología y Vigilancia en Salud Pública (entrevista, marzo de 2023). Se mantuvieron las estrategias de vigilancia activa en la población general, principalmente en los grupos selectos reconocidos como principales fuentes de afectación, tanto en la posibilidad de transmisión como de mayor afectación por la enfermedad. Se consideraron como grupos selectos a las personas altamente transmisoras, por ejemplo, las asociadas a la ocupación, actividades económicas o de alta movilidad, tales como: vigilantes o guardias privados, servicios de aseo, taxistas, servicio de entregas a domicilio, coteros y zorreros, asentamientos de personas migrantes, poblaciones indígenas (en resguardos o no), personas en situación de calle y en entornos institucionales y albergues con población cautiva como personas mayores, población indígenas, personas desplazadas y privadas de la libertad. La georreferenciación de los grupos vulnerables fue esencial para definir el desplazamiento de los equipos de la SDSB para la búsqueda, detección y rastreo de casos y contactos, lo anterior mediante la identificación pasiva de casos en los servicios de salud del Distrito y la búsqueda activa en conglomerados previamente identificados en el análisis geoespacial (Secretaría Distrital de Salud, 2021).

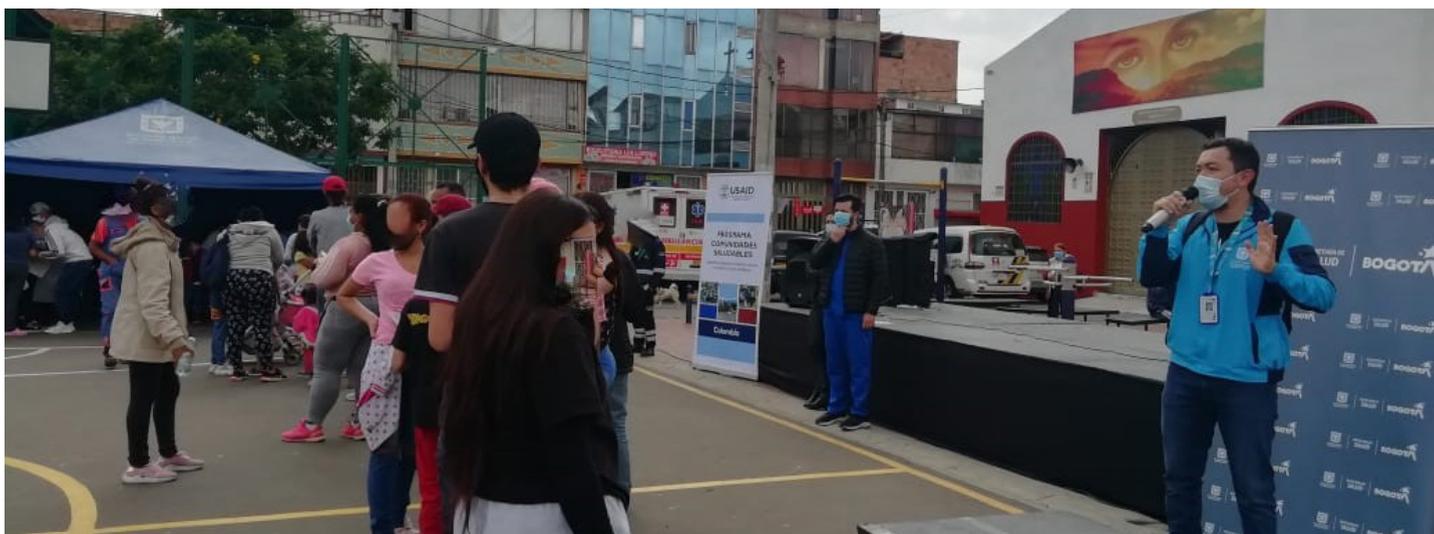


Foto 19. Jornada de salud día del migrante Barrio Kennedy, Bogotá

A pesar de la decisión nacional de suspender la emergencia sanitaria, la SDSB mantiene la vigilancia activa y pasiva; cada 15 días se reúne el equipo técnico de Vigilancia Epidemiológica con las IPS para analizar las situaciones presentadas y definir las respuestas según el contexto actual. En palabras del profesional especializado de la Dirección de Epidemiología y Vigilancia en Salud Pública (entrevista, marzo de 2023): *«Estamos siempre alerta para mirar, por ejemplo, que no nos vaya a llegar otra variante, y estamos todos preparados con todo este aprendizaje que hemos tenido»*. Al llegar a Colombia la segunda estrategia de atención primaria, como es la vacunación, se hizo todo el aprestamiento para lograr avanzar en las fases que se establecieron en el Programa Nacional de Vacunación contra la COVID-19 y en paralelo continuaron las estrategias de monitoreo y aislamiento selectivo con el fin de consolidar la prevención de la transmisión.

PRASS/DAR sigue vigente hasta hoy, no ha habido un acto administrativo colombiano que lo derogue, por ello la SDSB mantiene todos los instrumentos activos para su desarrollo. Un hecho importante fue el seguimiento a las afectaciones relacionadas con los síndromes post COVID-19, por ejemplo, las alteraciones en la salud mental, el incremento de condiciones cardiovasculares y las deficiencias en las capacidades de los niños. Los aprendizajes han sido documentados en diferentes artículos científicos, en manuales, lineamientos e instructivos publicados en revistas indexadas y en la página web de la SDSB.

El Boletín Epidemiológico Distrital ha sido un instrumento importante para publicar las diferentes experiencias de la SDSB alrededor de la emergencia sanitaria por la COVID-19 y donde próximamente se publicará la segunda versión del PRASS/DAR en Bogotá. La líder operativa del programa del PRASS/DAR en Bogotá, manifiesta (entrevista, marzo de 2023): *«Se fueron modificando esas estrategias de vigilancia, y se fue adaptando también el programa a las necesidades que iban surgiendo de acuerdo al comportamiento de la pandemia, y se fueron respondiendo casi que de manera inmediata cuando se presentaban los picos, a partir de las proyecciones que se hacían precisamente con el análisis de los datos»*; este antecedente resalta a los procesos de vigilancia epidemiológica inteligente para responder oportuna y eficazmente a una pandemia, siendo necesarios para comprender cómo se está desarrollando el evento, qué impacto están teniendo las medidas de control y cómo prepararse para los diferentes escenarios que podrían seguir.

Otro de los aprendizajes para el equipo de trabajo fue el trabajo intersectorial que logró consolidar la confianza y alianza entre los sectores público y privado, en el despliegue de una capacidad tecnológica y técnica para procesar y analizar las muestras. Se destaca que la articulación con las secretarías de Planeación y de Hacienda permitió la consecución de los diversos recursos necesarios para la implementación de PRASS/DAR.

Los aspectos que según los entrevistados hubiesen podido ser mejores:

- Las cuarentenas y posteriormente el aislamiento selectivo de las personas contagiadas para cortar cadenas de transmisión fueron las intervenciones de prevención primaria no farmacológicas de mayor uso a nivel global; sin embargo, su real y efectivo impacto es necesario ser evaluado de manera independiente.
- El liderazgo político, la capacidad de agencia y la generación de gobernanza a partir de instituciones de salud pública fortalecidas es una condición necesaria para lograr una respuesta integrada y efectiva de las emergencias sanitarias como la generada por el SARS-CoV-2
- Una respuesta efectiva a una emergencia sanitaria de tal magnitud requiere de unos sistemas de soporte de información y comunicación robustos. En eso tienen que avanzar Colombia y la ciudad de Bogotá.
- También es necesario fortalecer la red de laboratorios de salud pública en el país.
- La promoción de la salud podría influir sobre las políticas públicas para no volver al mundo que existía antes de la pandemia, específicamente en relación con la intersectorialidad, sostenibilidad, empoderamiento, equidad y perspectiva de curso de vida.

Logros significativos de la experiencia:

- Integración del programa PRASS en las acciones de Vigilancia en Salud Pública para la COVID-19.

- Diseño y optimización de las acciones del diagnóstico, rastreo y aislamiento de casos y contactos.
- Organización de las fuentes de información para monitoreo del comportamiento de la pandemia y el seguimiento a la implementación del programa PRASS.

En conclusión, esta narrativa muestra la adopción, adaptación e implementación de un programa nacional en un territorio específico como Bogotá mediante la introducción de estrategias innovadoras que posibilitaron la reducción de la velocidad de propagación del SARS-CoV-2 en los individuos, familias y colectivos.

Recuadro de síntesis de la lección aprendida clave y principal recomendación

- El reconocimiento de un enfoque integral desde el análisis de los ecosistemas para abordar la salud de las poblaciones es primordial para comprender la interdependencia de factores que pueden explicar la salud.
- El enfoque *Una sola salud (One Health)* es necesario para reconocer la interconexión entre las personas, los animales, las plantas y su entorno compartido. Este enfoque colaborativo, multisectorial y transdisciplinario contribuye a prevenir, detectar y responder eficazmente a los retos relacionados con la salud.
- La principal recomendación es el abordaje intersectorial e interdisciplinario de una emergencia sanitaria de la magnitud de la COVID-19.

Agradecimientos por la amable colaboración al equipo de trabajo: Elkin Osorio Saldarriaga, profesional especializado de la Dirección de Epidemiología y Vigilancia en Salud Pública de la SDSB; Eliana Pinzón Niño, profesional especializado contratista de apoyo al Programa PRASS/DAR.

Referencias

- Paquet, C., Coulombier, D., Kaiser, R., & Ciotti, M. (2006). Epidemic intelligence: a new framework for strengthening disease surveillance in Europe. *Euro surveillance: bulletin European sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*, 11(12), 212-214.
- Secretaría Distrital de Salud. (2021). Programa PRASS/DAR en el contexto de la vigilancia y gestión integral del riesgo por COVID-19 en Bogotá (2020-2021). *Boletín Epidemiológico Distrital*, 18(4), 1-28.
- Ministerio de Salud y Protección. (2022). Programas pruebas rastreo y aislamiento selectivo sostenible PRASS. Manual Operativo. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Pruebas-Rastreo-y-Aislamiento-Selectivo-Sostenible.aspx>

Experiencia 2.4

Sistematización de la implementación de la estrategia vigilancia en salud pública con enfoque comunitario

Relatado por: Jacqueline Acosta de la Hoz

Se entiende por vigilancia en salud pública con enfoque comunitario (VSPC) a la estrategia de vigilancia basada en eventos (rumores) que pueden afectar el estado de salud de una población. Lo que busca es la definición e identificación de eventos, factores de riesgo y determinantes presentes en los territorios, susceptibles de afectar la salud y calidad de vida de las comunidades para orientar el despliegue de alternativas de solución y transformación de las amenazas o riesgos, en pro de la construcción de una sociedad equitativa (MSPS y OPS, 2014). La estrategia fue lanzada por la Dirección de Epidemiología y Demografía a través del grupo de vigilancia en salud pública del MSPS en el año 2019. Sin embargo, solo hasta diciembre de 2021, dada la emergencia sanitaria causada por el coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19), fue necesario hacer un relanzamiento para potencializar su implementación. En esta actividad participaron 37 entidades territoriales de salud del país y las agencias de cooperación internacional.

En noviembre de 2021 el MSPS invitó a las diferentes agencias de cooperación a aunar esfuerzos para consolidar la implementación de la estrategia VSPC. En este sentido, se apoyó a nivel nacional las siguientes actividades:

- Revisar, ajustar y validar la estrategia VSPC, incluyendo el evento COVID-19 a la vigilancia de infecciones respiratorias agudas.
- Estandarizar el procedimiento de implementación a través de 11 líneas estratégicas en los territorios.
- Elaborar un plan de implementación nacional y territorial.
- Realizar el relanzamiento nacional de la estrategia y plan de implementación.
- Desarrollar caja de herramienta para los territorios.

- Brindar asistencia técnica territorial para la implementación, seguimiento y evaluación de la VSPC.
- Desplegar equipos de respuesta rápida para el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública y comunitaria.
- Implementar procesos de inclusión de población migrante venezolana y retornada en la vigilancia en salud pública.

El MSPS y las agencias de cooperación internacional apoyaron el proceso de revisión y ajuste de lineamientos y rotafolio de la estrategia entre noviembre de 2021 y enero de 2022. Los ERR junto con las entidades territoriales recibieron entrenamiento del MSPS frente a cómo realizar la implementación de la estrategia. En los territorios se generaron espacios de co-creación para levantar el procedimiento de implementación, los instrumentos y los recursos pedagógicos adaptados a las necesidades de cada territorio. Todo lo anterior fue validado por el talento humano del área de salud pública de las entidades territoriales.

Esta narrativa sintetiza el proceso de sistematización de la experiencia, resultados alcanzados, productos para la sostenibilidad de la estrategia y finalmente los logros y aprendizajes de las acciones implementadas, bajo un estudio cualitativo que incluyó la gestión, revisión y análisis de fuentes primarias y secundarias. Lo que permitió reconocer y poner en el centro, las voces y vivencias de los actores territoriales encargados de la implementación de la VSPC.

Para garantizar que el análisis representara las experiencias del ámbito nacional y territorial se realizó un muestreo intencional en bola de nieve, es decir, un muestreo planificado y acumulativo, con el que se alcanzó la saturación necesaria de información (Calderón, 2016). En el análisis de datos se implementó el método inductivo-deductivo; inductivo en tanto que, a partir de la lectura y relectura de los textos, se realizaron descubrimientos útiles para los resultados del estudio; y deductivo, porque se orientó a la comprobación testimonial, cuestiones fundamentales para la construcción de relaciones entre las fuentes primarias y secundarias.

Se recopiló la información primaria entre el 6 y el 29 de abril de 2022.

Se realizaron 4 entrevistas semiestructuradas, 2 de ellas con 2 actores clave del MSPS y 2 con actores del programa. Estos espacios de diálogo individual se desarrollaron con base en preguntas orientadoras que permitieron conocer cómo se realizaba la intervención a nivel territorial, aspectos facilitadores y barreras para la implementación de la estrategia. Se desarrollaron 2 talleres colectivos (fuente primaria), con 56 funcionarios de las 14 entidades territoriales y 14 integrantes de los ERR. Estos espacios de diálogo colectivo se orientaron a la reflexión conjunta y co-construcción de lecciones aprendidas y recomendaciones para la sostenibilidad de la estrategia en el futuro (Acosta, Ruiz y Jiménez, 2022).



Foto 20. Capacitación de líderes y lideresas comunitarias, Riohacha

Para analizar esta información se realizó escucha activa de las grabaciones, transcripción y codificación de la información utilizando el software de análisis cualitativo ATLAS TI. La información obtenida a través de la revisión de fuentes secundarias fue ordenada en matrices de análisis que incluyeron las categorías y subcategorías de análisis diseñadas en el marco del estudio (Acosta, Ruiz y Muñoz, 2022).

De acuerdo con lo documentado, en ambas fuentes de información, el rol de los ERR fue clave para la estandarización de esta estrategia en territorio mediante la puesta en marcha de las siguientes acciones: 1. Contextualización del sistema integrado de gestión de calidad. 2. Definición del instructivo de VSPC, adscrito al procedimiento de vigilancia en salud pública. 3. Levantamiento de especificaciones técnicas, revisión, validación y aprobación. 4. Elaboración de un plan de desarrollo de capacidades para el talento humano y comunidades, que incluyó el diseño de un plan de acción para la implementación de la estrategia (Acosta, Ruiz y Jiménez, 2022).

El ejercicio de estandarización inició el 19 de enero hasta el 11 de junio de 2022 e implicó el desarrollo de las siguientes acciones (Acosta, Ruiz y Jiménez, 2022):

- Caracterización geográfica y sociodemográfica del territorio priorizado.
- Caracterización de la situación en salud y focalización de zonas de cobertura VSPC en el territorio priorizado.
- Mapeo de actores (líderes y lideresas) para conformación de redes de vigilancia en salud pública comunitaria (RVSPC).
- Diagnóstico y priorización de eventos (situaciones de brote, entorno, hechos vitales y niñez) bajo VSPC.
- Caracterización de los recursos tecnológicos de comunicación comunitaria.
- Despliegue del plan de desarrollo de capacidades a los vigilantes comunitarios.
- Desarrollo y entrega de material pedagógico dirigido a líderes y lideresas comunitarias.
- Elaboración de caja de herramienta operativa VSPC para el funcionamiento RVSPC.
- Elaboración de instrumento para el seguimiento al funcionamiento VSPC zona de cobertura.

En abril de 2022, un actor clave del distrito de Buenaventura explicó que la estandarización permitió *«la construcción y revisión del procedimiento y demás anexos, lo cual favoreció la elaboración de documentos de alto contenido técnico y con factibilidad de sostenimiento en el tiempo»; «El desarrollo de puntos de mando unificado, desarrollo de estrategias a veces virtuales o telefónicamente, y pues todo el trabajo en equipo con el ente territorial. Y pues con el equipo de respuesta rápida que han estado muy comprometidos con las actividades asignadas y con el trabajo que hay que hacer en el distrito».*

En las entidades territoriales de Arauca, Barranquilla, Bucaramanga, Buenaventura, Cartagena, Cúcuta, Riohacha, Magdalena, Necoclí, Norte Santander e Ipiales, la caracterización del procedimiento se vinculó al proceso de vigilancia en salud pública; en Bogotá, Medellín y Soacha se elaboró como un instructivo vinculado al proceso de vigilancia epidemiológica y en una al proceso de vigilancia y control.

La aprobación de los procedimientos, instructivos y guías estandarizadas fue realizada por los líderes y lideresas de vigilancia en salud pública – PRASS (10 entidades); por el secretario de salud (2 entidades), y por líderes y lideresas de procesos de gestión de la calidad (2 entidades). Entre el 6 de abril y el 28 de julio de 2022 se entregaron al MSPS y a las entidades territoriales los procedimientos para la implementación de la VSPC, la caja de herramienta y el plan de desarrollo de capacidades (Acosta, Ruiz y Jiménez, 2022).



Foto 21. Certificación en vigilancia comunitaria a líderes y lideresas, Necoclí

*Fotografía tomada posterior al retiro de medidas de protección

Pensando en la sostenibilidad de la estrategia VSPC en los territorios, a partir del fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud, se diseñaron y socializaron los siguientes productos:

1. Elaboración de una caja de herramientas. Implicó desarrollar o adaptar los siguientes 15 productos:

- a) Módulos de capacitación para la RVSPC (Generalidades de la estrategia de VSPC; Módulo I. La estrategia de vigilancia en salud pública con enfoque comunitario: Fase operativa; Módulo II. Priorización de los eventos y situaciones a vigilar en la comunidad; Módulo III. Reporte de rumores en la estrategia de VSPC; Módulo IV. Identifico, reporto y sigo la gestión de respuesta; Módulo V. Comité de vigilancia epidemiológica comunitaria – COVECOM).
- b) En edición en formato virtual para uso libre y asincrónico.
- c) Formato de acta de reuniones.
- d) Formato de directorio de caracterización de actores y redes de vigilancia en salud pública con enfoque comunitario (RVSPC) de territorios priorizados.
- e) Formato de caracterización de la unidad comunitaria.
- f) Guía para la conformación del «Comité de vigilancia epidemiológica comunitaria».
- g) Adaptación del reglamento interno de la RVSPC del MSPS.
- h) Presentación para la socialización de la estrategia de VSPC a la comunidad; informe de gestión mensual de la VSPC.
- i) Formato de indicadores con sus respectivas fichas técnicas.
- j) Formato de matriz de priorización de problemas en VSPC e instructivo para su aplicación.
- k) Formato de consolidación de eventos reportados por las RVSPC.
- l) Formato de reporte de eventos, informado por la RVSPC, y formato de reporte de situación en salud, informado por la RVSPC.
- m) Instructivo formato de consolidación mensual de reportes de eventos VSPC por RVSPC.
- n) Formato de matriz de evaluación del riesgo para respuesta inmediata o respuesta programática.
- o) El rotafolio suministrado por el MSPS fue reproducido con 100 copias y facilitados a los territorios para adelantar el entrenamiento de THS.

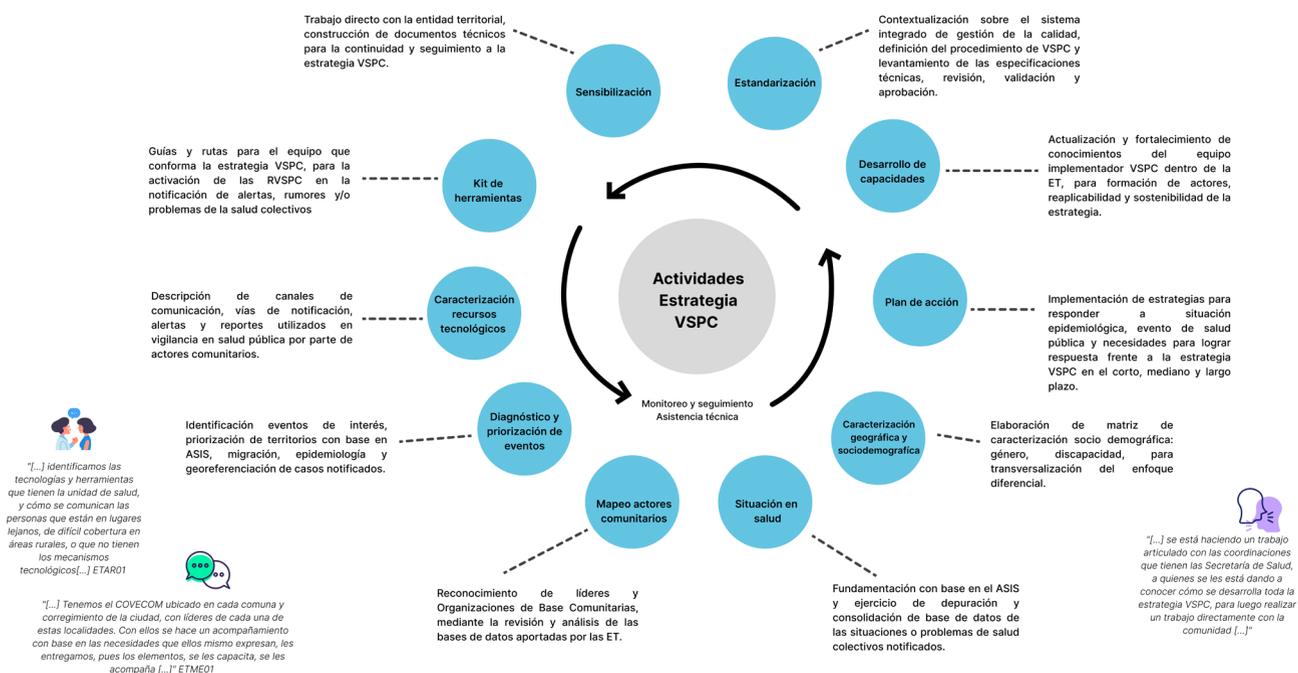
2. Construcción de un plan de desarrollo de capacidades: permite hacer sostenible la estrategia de VSPC en los territorios. Es liderado por las oficinas de salud pública o vigilancia epidemiológica con la participación directa y articulada de las diferentes áreas de la entidad territorial, cooperantes y redes de vigilancia en salud pública comunitario, bajo el cumplimiento de los lineamientos nacionales, y en respuesta a las necesidades y expectativas en salud por parte de la comunidad.

Con relación al ejercicio de estandarización del procedimiento de la estrategia de VSPC, el 93 % de los territorios priorizados (12/14) lograron instrumentalizar el procedimiento al 30 de marzo de 2022. En Barranquilla e Ipiales, el ejercicio se logró en el mes de julio de 2022. Entre el 29 de marzo y 30 de julio de 2022 se entregó a las 14 entidades la descripción del procedimiento de la estrategia y la caja de herramienta para favorecer la implementación. Con corte al mes de diciembre de 2022, el avance en el despliegue del plan de capacitación de THS y a líderes y lideresas propios de los territorios fue de 482 personas del sector salud y 239 personas de la comunidad sensibilizadas en la estrategia. Se proyectó para el año 2023 la certificación de más de 300 líderes y lideresas certificados para sostener las acciones de VSPC desde las RVSP (Acosta, Ruiz y Jiménez, 2022).

Logros significativos de la experiencia:

Los principales logros de esta experiencia fueron los siguientes y se resumen en la Figura 7:

Figura 7. Logros significativos del proceso de implementación de la estrategia VSPC



Fuente: Acosta, Ruiz y Muñoz (2022).

- Los territorios asistidos consideraron la estandarización de la estrategia VSPC como una experiencia positiva y significativa en términos de fortalecimiento de capacidades del talento humano y comunitario, especialmente para tejer redes y vínculos con líderes y lideresas en los territorios que son quienes soportan, en gran medida, la estrategia. También para avanzar en los planes de sostenibilidad de esta estrategia en el ámbito territorial.
- Se logró desarrollar herramientas pedagógicas que acercó los contenidos y generó apropiación en los territorios. Especialmente dado que el corazón de la estrategia VSPC son los actores comunitarios.
- Se identificó una respuesta positiva por parte de la comunidad y se recuperó credibilidad en la institucionalidad por parte de los actores comunitarios que participaron y asumieron roles activos en la implementación de la estrategia. Por parte de las entidades territoriales se creó el interés en continuar el fortalecimiento de capacidades del talento humano y de líderes y lideresas comunitarias en territorio, y, por tanto, mantienen comunicación constante y han creado vínculos con población migrante, étnica y de personas ubicadas en la ruralidad.
- El acompañamiento por parte de los ERR en los territorios priorizados permitió el fortalecimiento del monitoreo y seguimiento a partir de la definición de una serie de indicadores cuantitativos que muestran el avance de la implementación en un horizonte de tiempo. También, permitió la incorporación de nuevas perspectivas sobre la gestión de la información a partir de la aplicación de métodos cualitativos que permiten adelantar procesos participativos, de co-construcción y validación de contenidos con actores clave en los diferentes niveles.
- Se deben sostener acciones de formación dirigidos al talento humano, sostenibles en el tiempo para mantener las capacidades instaladas en el territorio. A esto, se adhiere la necesidad de contar con talento humano con disponibilidad para asumir la realización de acciones de la estrategia y con condiciones laborales estables que posibiliten su permanencia y disminuyan la rotación.

Las cinco principales lecciones aprendidas identificadas por los actores clave del ámbito nacional y territorial, retomando el proceso vivido durante la planificación e implementación de la estrategia VSPC, fueron las siguientes:

- *Identificar el contexto de las acciones que adelanta la entidad territorial para construir sobre lo construido.* Es importante que previa implementación de la estrategia se realice un ejercicio de revisión que permita reconocer las capacidades, necesidades y avances de las ET con respecto a las acciones de VSPC a implementar. En la entrevista, una persona integrante del ERR de Bogotá lo expresó en las siguientes palabras: «Conocer qué se ha realizado anteriormente permitió poner en diálogo, en armonización, las fuentes secundarias y primarias, permitió que el instructivo estuviera alineado al lineamiento distrital».
- *El fortalecimiento de capacidades del talento humano sobre el sistema de gestión de calidad es necesario.*

El trabajo adelantado por los ERR visibilizó la necesidad de continuar con el fortalecimiento de capacidades del talento humano, en torno a la revisión documental y recolección de información, y conocimientos sobre el sistema de gestión de calidad, políticas y manuales. Una persona entrevistada de la Secretaría Distrital de Bogotá lo narró así: «Es una estrategia que necesita de tiempo, de dedicación y acompañamiento, hasta que logre implementarse y fortalecerse con el personal de salud que existe allí en cada una de las regiones [...] hasta lograr la adherencia que se necesita por parte del personal de salud que está allí».

- *Es necesario realizar la sistematización de las acciones desarrolladas en el marco de la estrategia VSPC como parte de la gestión de conocimiento.* La sistematización de la experiencia empieza a posicionarse dentro de las ET y en los ERR como una alternativa para la gestión del conocimiento e intercambio de buenas prácticas territoriales. Sobre esto, uno de los actores entrevistados del ERR de Buenaventura manifestó: «Es necesario documentar las actividades desarrolladas por la entidad territorial para ejecutar la vigilancia en salud pública con enfoque comunitario de forma ordenada a través del ciclo ‘planear, hacer, verificar y actuar’. Esto permite identificar el cargo responsable y los productos verificables relacionados a cada actividad en la estructura dispuesta por el sistema de gestión de calidad de la entidad».



Foto 22. Revisión técnica estrategia VSPC, Minsalud – Agencias de cooperación

- *Dinamizamos actividades para el fortalecimiento de capacidades locales.* El fortalecimiento de capacidades fue recíproco entre los ERR y el equipo de funcionarios de las ET. Además de este proceso de enseñanza y aprendizaje que se tejió en los territorios, es importante resaltar los aportes técnicos realizados desde el nivel nacional a partir de documentos emitidos por el MSPS y las asistencias técnicas. Una de las personas entrevistadas de la entidad territorial de Norte de Santander lo expresó así: «*Fue vital la transferencia de conocimientos al talento humano de entidades territoriales y a la comunidad. Esta acción no es coyuntural, sino que es el motor que dinamiza el procedimiento, por lo cual es necesario planear los momentos claves para su acción*».
- *Se requiere de la participación y articulación de los diversos actores en los diferentes niveles.* Para la implementación de la estrategia se hace necesario articularse con el nivel directivo, operativo y de seguimiento dentro de las ET con el fin de armonizar la implementación de la estrategia. Además de esto, también se debe considerar la importancia de establecer relaciones con actores, de diferentes sectores, incluyendo la cooperación internacional para maximizar el impacto de las acciones y avanzar hacia la sostenibilidad de la estrategia. Una de las personas entrevistadas del MSPS lo expresó: «*Entonces, si nosotros nos articulamos, eso sería lo mejor. Por eso nuestra estrategia tiene buenos resultados, porque tenemos a todos los cooperantes a USAID, OPS, OIM, Vital estrategia, Médicos sin Fronteras y Médicos del Mundo, con Cruz Roja y al MSPS en un solo paquete*».

Recuadro de síntesis de la principal lección aprendida y recomendación:

- La sistematización es un recurso que se posiciona como una alternativa para la gestión del conocimiento e intercambio de buenas prácticas territoriales. Es relevante implementar el enfoque diferencial en las acciones realizadas en el marco de la implementación de la estrategia VSPC. Esto implica identificación de líderes y lideresas en sus territorios, enfoque incluyente y representativo, adecuación etnocultural, así como un trabajo articulado, constante, permanente y en equipo con la comunidad.
- Es fundamental apoyar la consolidación del monitoreo y la evaluación de la estrategia de VSPC implementada en los territorios priorizados y diseñar las intervenciones de mejora, que sean pertinentes y documentar las lecciones aprendidas.

Agradecimiento a: Equipos de vigilancia en salud pública de las secretarías de salud de los territorios.

Referencias

- Acosta, J., Ruiz, E. y Jiménez, K. (2022). Informe que contiene recomendaciones para asegurar la sostenibilidad de la vigilancia en salud pública y el programa PRASS en los territorios de Colombia. El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID. Rockville, MD: Abt Associates Rockville.
- Acosta, J., Ruiz, E. y Muñoz, B. (2022). Sistematización de la experiencia de implementación de la estrategia vigilancia en salud pública con enfoque comunitario en territorios priorizados. El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID. Rockville, MD: Abt Associates Rockville.
- Calderón. (2016). Unidad Didáctica I la investigación cualitativa en atención primaria: aspectos teóricos y ámbitos de aplicación. <https://www.researchgate.net/publication/334520148>
- Decreto 1499. (2017, 11 de septiembre). Sistema de desarrollo administrativo y el de gestión de calidad. Congreso de la República Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022a). Guía para el diagnóstico de capacidades de implementación de la vigilancia en salud pública con enfoque comunitario en municipios y áreas no municipalizadas. Minsalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022b). Guía para el diligenciamiento de la matriz de seguimiento a comunicaciones en el marco de la vigilancia en salud. Minsalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022c). Guía para la elaboración del plan de despliegue de vigilancia en salud pública con enfoque comunitario (VSPC) en departamentos y distritos de Colombia. Minsalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022d). Marco general para el desarrollo de los Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM). Minsalud.

Experiencia 2.5

Programa pruebas, rastreo y aislamiento selectivo sostenible, Instituto Departamental de Salud. Norte de Santander

Relatado por: Luis Miguel Caro Barrios - Yaneth Herazo Beltrán.

Esta experiencia, desarrollada en el Norte de Santander, muestra la participación de la autoridad departamental de salud en el proceso de vigilancia en salud pública durante la emergencia sanitaria por la COVID-19, que se implementó bajo el liderazgo del mandatario gubernamental. En el mes de enero del 2020, tras conocer las noticias internacionales sobre la COVID-19, se inicia la etapa de alistamiento en el Instituto Departamental de Salud (IDS) de Norte de Santander, con el fin de organizar la respuesta en el departamento, acatando las directrices del gobierno nacional. Se publican circulares que buscaban la capacitación y alerta del personal de las distintas instituciones prestadoras de salud. Cabe anotar que en el año 2020, hay un relevo político y la llegada de nuevos grupos de trabajo y dirigentes al frente de cada alcaldía y gobernación. Aun así, se logró contar con equipos de trabajo encargados de la vigilancia en salud pública en todo el territorio. El IDS mostró un liderazgo durante la emergencia sanitaria en todo el departamento al focalizar entre sus acciones, la vigilancia epidemiológica, la expansión hospitalaria que permitiera responder a las solicitudes de atención intramural y el manejo de los cadáveres.

A partir de la estrategia de los Puestos de Mando Unificado, en enero de 2020, se conformó un equipo de trabajo institucional que orientó las decisiones operacionales en los procesos de vigilancia en salud pública. Una de las primeras decisiones fue la construcción de la Sala de Análisis del Riesgo (SAR) que, en palabras del director del IDS, «se constituyó en el cerebro en el territorio para el manejo de la pandemia» (entrevista, marzo de 2023). Y las primeras actividades fueron las capacitaciones del personal del IDS y de las secretarías municipales, la socialización de información mediante circulares y el recuento de la disponibilidad del talento humano para asumir las actividades de vigilancia en salud pública y enfrentar dicha situación. El primer caso positivo de la COVID-19, se registra el 6 de marzo de 2020, una mujer que llegó de Europa. La persona responsable de Vigilancia en Salud Pública del IDS expresa que en esa misma fecha recibieron la visita del INS, «afortunadamente tuvimos el apoyo

permanente de ellos y se activó la SAR, dado que ya contábamos con un equipo que era el básico de vigilancia en salud pública» (entrevista, marzo de 2023).

En ese momento, a mediados y finales de marzo de 2020, se enfrentaron a diferentes retos, como la definición del personal que iba a tomar las muestras en el domicilio de las personas, el apoyo a la atención y el seguimiento de los casos y sus contactos. Y aunque se contaba con el personal de vigilancia en salud pública con conocimientos y experiencia, la incertidumbre sobre la bioseguridad del talento humano en los escenarios comunitarios y el manejo de cadáveres en el domicilio fue un desafío para el IDS. La vinculación de las Instituciones Prestadoras de Salud domiciliarias fue fundamental para secundar estas actividades y superar las inquietudes iniciales para realizar la toma de muestras en las comunidades. Los primeros casos confirmados no tuvieron complicaciones graves, todos se atendieron en su domicilio y otros fueron aislados en hoteles. Hubo un grupo de personas migrantes en tránsito con resultados positivos que no tenía un domicilio para su aislamiento, en estos casos la cooperación internacional (USAID, Organización Internacional de las Migraciones [OIM], la OPS y ACNUR) contribuyó a obtener áreas de aislamiento para esta población.

La comunicación con la población fue un aspecto importante para el equipo del IDS, y como manifiesta la responsable de Vigilancia en Salud Pública del IDS (entrevista, marzo de 2023) *«estratégicamente se estableció un call center con los teléfonos que existían en las oficinas de vigilancia epidemiológica, así como las líneas telefónicas de las oficinas encargadas de tuberculosis y de salud sexual»*. Lo anterior permitió la interacción con las personas desde sus hogares para guiarlos en las rutas de atención que habían dispuesto. Entre la Gobernación y el INS se realizaba un seguimiento permanente a las posibles cadenas de transmisión, con el fin de darle un manejo controlado y definir los cercos epidemiológicos, dado que día a día aumentaban los casos positivos de la COVID-19. Cada vez que un municipio hacía el reporte de un caso se citaba a la SAR, se contemplaban qué acciones se estaban tomando o debían tomar en un proceso total del manejo de la pandemia. Asimismo, los municipios venían adelantando las órdenes del aislamiento, el seguimiento y, luego, los procedimientos de sostenibilidad alimentaria implementada por el gobierno nacional y la gobernación departamental, los cuales sostuvieron gran parte de la iniciativa de aislamiento. Sin estas, las personas aisladas no hubiesen tenido los medios para lograr el objetivo.

Aunque durante casi todo el año 2020 se implementaron las medidas de vigilancia, aislamiento y seguimiento, la puesta en funcionamiento en octubre de ese mismo año del programa PRASS fue fundamental, sobre todo, el componente de sostenibilidad. Los entrevistados resaltan este eje del programa, porque se pudo brindar apoyo económico para la alimentación de los casos y contactos que no tenían los recursos suficientes para sostenerse y de esta manera se garantizaba su aislamiento selectivo.

El aislamiento en los 40 municipios del departamento se ejecutó conforme a lo establecido en el Decreto 1374 de 2020, con una alta receptividad por parte de las autoridades locales y la población, incluso, pusieron en marcha acciones específicas como instalar un puesto de control en las entradas del municipio para identificar las personas que ingresaban y salían del territorio, en tanto que las personas que no eran residentes al ingresar tenían que cumplir un aislamiento de 14 días para poder desarrollar actividades que exigían interacción social. Esta práctica mostró un ejemplo de vigilancia en salud pública comunitaria donde la población, bajo la guía de la autoridad local, se organizó para identificar y reportar posibles casos de la COVID-19, lo que conllevó a una respuesta inmediata de la autoridad gubernamental. Todos los días emitían una infografía de los casos confirmados y de mortalidad con el fin de mantener informada a la comunidad en general.

Con la implementación del programa PRASS se logró capacitar a 2 877 personas que laboraban en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud y del área de vigilancia epidemiológica de los 40 municipios. Abordados los lineamientos del programa PRASS, vigilancia de la COVID-19 y estrategia de caracterización genómica SARS-CoV-2, prácticas saludables, protocolos de bioseguridad y vacunación. El ERR apoyó la estrategia de comunicaciones y movilización social del programa PRASS, elaborando un video y una infografía con material alusivo a la implementación, asimismo brindó educación a 9 561 personas, como líderes y lideresas, madres comunitarias, trabajadores del ICBF y población migrante.



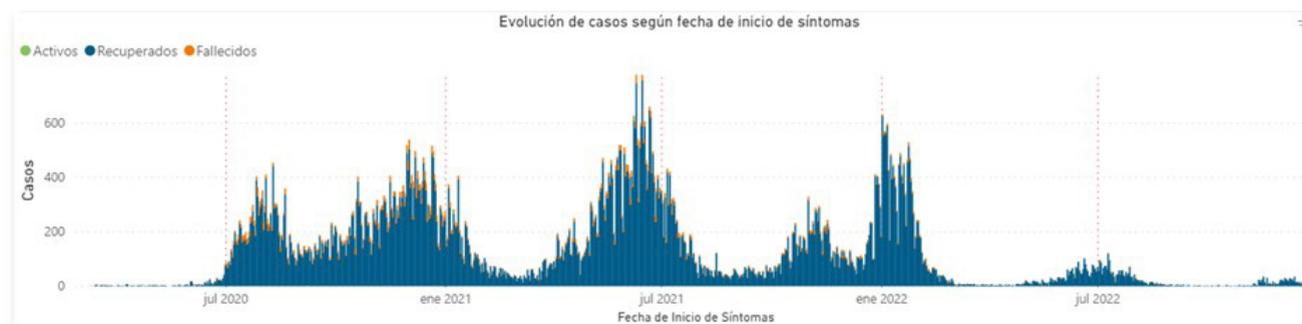
Foto 23. Educación práctica saludables, Norte de Santander

La divulgación en los medios de comunicación —radio, canales de televisión (nacionales y locales) y redes sociales— permitió que todas las estrategias de detección y rastreo fuesen socializadas a la comunidad de forma constante al igual que las jornadas de toma de muestras, así se logró que su acceso fuera expedito y diligente. La estrategia de manejo de datos contó con el apoyo del ERR que realizó actividades de seguimiento y monitoreo al cumplimiento de la gestión de bases de datos del Centro de Contacto Nacional de Rastreo y apoyo al *call center* en la distribución de los registros de CoronApp y del Centro Nacional de Enlace. Semanalmente se elaboraba un boletín de seguimiento COVID-19 en población de acogida y un boletín de seguimiento en población migrante.

En cuanto a la pruebas, el director del IDS comenta que el gobierno nacional apoyó al departamento con un presupuesto de \$ 1 330 000 000 y la gobernación departamental, con \$1 500 000 000 de pesos colombianos para la realización de las pruebas moleculares (reacción en cadena de la polimerasa-PCR) en el Laboratorio de Salud Pública Departamental (entrevista, marzo de 2023). Se recibió asesoría de la Universidad de Charité de Berlín, Alemania, en biología molecular. Igualmente, se realizaron cambios en la infraestructura física y en los recursos tecnológicos necesarios para que el procesamiento de las pruebas en los laboratorios de salud pública del departamento, tanto los del ente territorial como el de la Universidad de Pamplona, esta última institución realizó en total 40 569 pruebas. El Laboratorio de Salud Pública Departamental contribuyó en el estudio de secuenciación genómica para reconocer la variante circulante en el departamento, con la colaboración de la Universidad Industrial de Santander y la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) [Sociedad Alemana de Cooperación Internacional], específicamente con la donación de reactivos para el procesamiento de las muestras.

A 31 diciembre de 2022, Norte de Santander registró un total de 125 197 casos confirmados para la COVID-19 (Figura 8). Donde el 52,7 % (n=66 032) eran mujeres y 47,3 % (n=59 165), hombres.

Figura 8. Evolución de casos según fecha de inicio de síntomas



Fuente: INS y Sivigila.

El 22,5% (n=28 169) de los casos estaban en el rango de edad entre los 30 y 39 años, seguido del 20% (n=25 039) entre los de 20 y 29 años. Como casos pertenecientes a la etnia negro, mulato, afrocolombiano son el 0,8% (980) y el 0,19% (237) indígenas. La mayoría de las personas pertenecen a los estratos socioeconómicos 1 (20%) y 2 (55%). El 17,4% (21 784) de los casos eran mayores de 60 años. El total de casos fatales fue de 5 196 personas y la letalidad fue 4,15 por 100 casos. 119 000 (95%) casos atendidos en casa y 6 197 (5%) hospitalizaciones. En relación con la frecuencia de casos en trabajadores de la salud, 2 263 personas se contagiaron, de los cuales el 74,4% (n=1 683) eran mujeres y 25,6% (n=580), hombres; del total de casos en trabajadores de la salud, el 2,2% (n=48) se hospitalizaron. Hubo 41 (1,8%) casos fatales (Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

La fuente de contagio que predominó en Norte de Santander correspondió a casos con fuente comunitaria con el 73,7%, por ello, el rastreo de contactos de los casos probables o confirmados en las comunidades fue una prioridad para el equipo del IDS. La identificación sistemática de los contactos se hizo de manera presencial y telefónicamente (dos líneas telefónicas con horario de atención de 7:30 a.m. a 7:30 p.m.), así se permitió la definición de conglomerados de casos para aislarlos y monitorearlos. Durante el periodo del 2020 a 2022, se caracterizaron 423 conglomerados para el evento de la COVID-19, el área donde se agruparon más casos fueron las empresas (135 conglomerados), allí se tomaron 2 050 muestras. Luego, las instituciones de salud con 100 conglomerados y donde se tomaron 2 224 muestras. Para la atención de alertas de casos probables y confirmados de la COVID-19, además de

la disponibilidad de las líneas telefónicas, se habilitó la plataforma de la sala situacional del IDS para el reporte de casos probables, rumores, información y vigilancia comunitaria.

Un elemento importante fue la participación de profesionales en periodismo asignados al área de comunicaciones del IDS; ellos se encargaron de informar a la comunidad mediante la creación de las noticias, realización de la publicidad en medios radiales, televisivos, en la página web y en redes sociales. Las notas periodísticas se publicaron en el diario *La Opinión*, medio principal de prensa en la región. Esta estrategia de comunicación de promoción de la salud y prevención del riesgo de contagio era fortalecida por los equipos de rastreo que diariamente consultaban en el SegCovid19 los casos confirmados y sospechosos, para luego registrar sus contactos, asimismo, establecían comunicación con los casos o contactos para brindar orientaciones sobre las acciones a seguir, según la clasificación de riesgo epidemiológico de cada caso y la presencia de factores modificadores. También explicaban las necesidades y las condiciones o características del aislamiento preventivo y el monitoreo de signos y síntomas de alerta. Los 40 municipios del departamento contaron con equipos de vigilancia salud pública, liderados por un coordinador de salud pública o secretario de salud, 3 profesionales y técnicos por municipio que apoyaron todas las acciones y eventos de interés en salud pública que se desarrollaron durante la emergencia.

Durante el seguimiento telefónico se brindó educación a los beneficiarios sobre la enfermedad. Siempre hubo

un constante contacto con las EAPB, secretarías de salud y entidades territoriales para el reporte de los casos sospechosos con el fin de activar la ruta de atención y la toma de muestra, de acuerdo con la orden médica. Se georreferenciaron los casos activos a través del aplicativo Epicollect5 con la generación de mapas de calor que posibilitaron las acciones de intervención y eliminación de las cadenas de transmisión. Los rastreadores realizaban el seguimiento a estos casos, inicialmente fueron 62 rastreadores, quienes realizaban las acciones en los municipios priorizados, según el aumento de indicadores de la COVID-19; finalmente quedaron 20 rastreadores de apoyo en el territorio.

El mes de diciembre del 2020 fue un periodo complejo debido al aumento del número de casos positivos y la mortalidad, esta situación obligó la decisión de aislamiento obligatorio durante las festividades navideñas. El mandato del gobernador también respondió a la alta mortalidad entre el personal de salud. En total murieron 10 profesionales en enfermería, 19 profesionales en medicina, 1 profesional en odontología y 1 persona que laboraba como conductor de ambulancia. Igualmente, las capacidades de las empresas funerarias para atender las necesidades de la población estaban disminuidas, por la alta cantidad de muertes diarias: más de 20 fallecidos por día.

La llegada de la vacuna a inicios de 2021 contribuyó a mitigar la situación. Inicialmente se vacunó a los trabajadores del Hospital Universitario Erasmo Meoz. Seguimiento de los grupos vulnerables y población general.

Se habilitaron dos líneas telefónicas con horario de atención de 7:30 a.m. a 7:30 p.m. y la plataforma de la sala situacional para el reporte de vacunación. A diciembre de 2022, se habían aplicado 2 711 443 dosis (1 037 182 habitantes en el departamento), con porcentaje de aplicación del 83,5 %.

La población migrante fue prioridad para el equipo del IDS, especialmente las personas migrantes venezolanas, dada la frontera que comparten Colombia y Venezuela en el departamento de Norte de Santander. Los puntos fronterizos por este territorio tienen una gran afluencia migratoria y las condiciones de hacinamiento en las que viven las personas migrantes podían incrementar el riesgo de contagio. Además, las personas llegaban a Colombia sin elementos de protección personal y con escasos conocimientos de las medidas de bioseguridad para evitar el contagio. Un fenómeno social que ocurrió durante la contingencia sanitaria fue el retorno masivo hacia Venezuela, en respuesta a las garantías que las autoridades venezolanas ofrecieron a las personas que regresaran al país en el marco del Plan Vuelta a la Patria. Entre marzo de 2020 y agosto de 2022 un total de 11 352 connacionales retornaron de forma segura (Ministerio del Poder Popular para Relaciones Exteriores, 2022).

Tal antecedente convirtió al Norte de Santander en un territorio de transición por el desplazamiento de las personas. Esto llevó a la conformación de centros de atención migratoria transitoria, un ejemplo de ellos fue el que se creó en Tienditas (puente vehicular y peatonal que conecta el departamento de Norte

de Santander, Colombia, con el estado Táchira, Venezuela), con una capacidad para 400 personas, las cuales recibían servicios de salud: vigilancia de síntomas por la COVID-19 y otros eventos de interés en salud pública como la varicela (se detectó un caso), control de embarazo, acceso a la vacunación contra la COVID-19 y a otros biológicos del programa ampliado de inmunizaciones y más.

Las ayudas internacionales recibidas para el desarrollo del Programa PRASS, permitieron contar con un talento humano con experiencia en rastreo en casa, que identificaba los casos sospechosos y probables, análisis de datos y construcción del mapa de contactos, así el infectado entraba a aislamiento selectivo

Los rastreadores fueron dotados de pulsioxímetros con los cuales se realizó seguimiento en tiempo real en el domicilio a las personas con la COVID-19 leve o moderado, utilizando la Solución Tecnológica Mi paciente-Netux. La toma de pruebas, el rastreo y el aislamiento se logró por el trabajo colaborativo entre la gobernación del Norte de Santander y las autoridades de los municipios, donde fue necesario, en ocasiones, el acompañamiento de la Policía Nacional para el ingreso seguro de los profesionales de la salud.

En 2021, el programa PRASS contó con 20 auxiliares para el trabajo en campo en los municipios del departamento. El área de vigilancia epidemiológica disponía de 20 profesionales y técnicos que atendían la Sala de Análisis del Riesgo. Igualmente contaban con aproximadamente 67 rastreadores contratados por la Unidad Gestión del Riesgo.

La implementación del programa PRASS y de vacunación en la zona del Catatumbo fue compleja por la accesibilidad y el conflicto social que se maneja en este territorio. Es importante resaltar que el departamento fue pionero en realizar estrategia de vacunación masiva en todas las fases en esta zona. La construcción de una plataforma tecnológica (VACUNASID) para apoyar y agilizar la inmunización en el departamento fue esencial para el seguimiento en tiempo real del proceso de vacunación en términos del número de dosis que se aplicaban y el nivel de avance de cada municipio.

La ejecución del programa PRASS estuvo articulada con la disposición de los servicios de hospitalización y cuidado crítico en el departamento. Y, en palabras del director del IDS de Norte de Santander (entrevista, marzo de 2023) *«logramos una expansión de camas hospitalarias importante, fueron 459 camas en unidades de cuidado crítico. Es una cifra totalmente histórica con aportes de la Gobernación que superaron los 55 000 millones de pesos colombianos»*. A ello se suma la adquisición de 5 ambulancias medicalizadas distribuidas estratégicamente en todo el departamento para el traslado de los pacientes desde y hacia las Empresas Sociales del Estado (ESE) Hospital Regional Norte de Tibú, ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota, el Área Metropolitana de Cúcuta, ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares en Ocaña y la ESE Hospital Regional Centro en Gramalote.

El IDS durante los años 2021 y 2022 ocupó el primer lugar en el ranking de desempeño de vigilancia en salud pública de las entidades territoriales otorgado por el Instituto Nacional de Salud. También se destacó en la respuesta en salud mental de las comunidades, su director expresa *«la salud mental se afectó con la pandemia en todas las edades, en nuestra juventud, nuestros niños, la familia en general, se incrementaron la violencia intrafamiliar y los suicidios»* (entrevista, marzo de 2023). Actualmente se continúa la vigilancia y seguimientos con los grupos territoriales ante cualquier evento respiratorio y como explica la líder PRASS, *«la vigilancia no para, no hemos bajado la guardia, la idea es dar respuesta oportuna a las necesidades de la comunidad»* (entrevista, marzo de 2023).



Foto 24. Actividad educativa, Norte de Santander

Los aspectos que, según los entrevistados, hubiesen podido ser mejores:

- Garantizar la ejecución del programa PRASS en población migrante, debido a que, el constante flujo migratorio y recursos insuficientes para la atención de esta población, dificultaban el acceso tanto al diagnóstico, atención y aislamiento.
- Mejorar los tiempos de oportunidad en entrega de resultados de las pruebas diagnósticas y fortalecer la validación y calidad de los datos en plataformas creadas para la consulta de resultados.
- Fortalecer la estandarización de los sistemas y fuentes de información que permitirían la unificación de los datos y asimismo contar con un sistema de información geográfica que permita en tiempo real la visualización de información.

Logros significativos de la experiencia:

- El aprendizaje concurrente en el equipo de trabajo, el conocimiento sobre el manejo de la emergencia que se iba generando se articulaba a las prácticas diarias de los servicios de atención.
- El reconocimiento del MSPS al IDS por la gran labor en materia de vigilancia en salud pública.
- Recibir ayuda de las organizaciones de cooperación internacional como la Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR), OIM y USAID con el fin de adecuar y poner en funcionamiento áreas de aislamiento para la población migrante.

- El trabajo en equipo para la toma de decisiones compartida y consensuadas fue una experiencia y aprendizaje que unió al grupo de trabajo y contribuyó a consolidar la cultura de apoyo y cooperación en la IPS.
- La unidad del equipo de trabajo que permitió los aprendizajes y la toma de decisiones compartida.
- El apoyo de la gobernación que priorizó la salud de la población por encima de otras necesidades del departamento fue un factor determinante para incrementar las oportunidades de vida de los nortesantandereanos.
- Participar en las investigaciones lideradas desde el INS para tipificar la seroprevalencia y el comportamiento del virus en el territorio.

En conclusión, la implementación del programa PRASS en el Departamento Norte de Santander mostró el liderazgo del IDS para proteger la salud de las comunidades y prevenir la propagación del virus. Esta experiencia muestra que la cooperación nacional e internacional es clave ante los problemas de salud pública global porque fortalece las acciones para recolectar y emitir información confiable y de calidad. La solidaridad con la población migrante fue un eje central para el equipo de personas que estuvieron al frente de la atención en salud.

Recuadro síntesis de la lección aprendida clave y principal recomendación

- La emergencia sanitaria fue una escuela de formación, no solamente en lo relacionado con la COVID-19 sino en los aprendizajes personales y colectivos.
- El participar en una experiencia durante una pandemia fortaleció el papel de servidor público.
- La principal recomendación es mantener la vigilancia continua y sistemática de los eventos respiratorios, de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos, que permita generar información oportuna, válida y confiable para medidas de control.

Agradecimientos a los participantes de esta experiencia: Carlos Arturo Martínez García, director IDS; Sandra Milena Corredor Blanco, responsable de Vigilancia en Salud Pública del IDS; Yenny Bautista Garnica, líder PRASS; Ligia Bejarano, jefe de prensa del IDS.

Referencias

- Instituto Departamental de Salud. (2020). Situación COVID-19 Norte de Santander Boletín Epidemiológico-285. <https://ids.gov.co/boletines-covid-19/situacion-covid-19-norte-de-santander-boletin-epidemiologico-285/>
- Instituto Departamental de Salud. (2022). Situación COVID-19 Norte de Santander Boletín Epidemiológico Diciembre 2022. <https://ids.gov.co/boletines-covid-19/situacion-covid-19-norte-de-santander-boletin-epidemiologico-noviembre-2022-2/>
- Ministerio del Poder Popular para Relaciones Exteriores. (2022). Plan Vuelta a la Patria: 4 años garantizando unión a las familias venezolanas. <https://mppre.gob.ve/2022/08/27/plan-vuelta-patria-garantizando-union-familias-venezolanas/>
- Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Casos COVID-19. Colombia, 2020-2023. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMjBjZWNlOGUtNzc1Yi00NjVkLTkyMjktOTJmMGU3YTU2Nzk4IiwidCI6ImE2MmQ2YzdiLTlmNTktNDQ2OS05MzU5LTM1MzcxNDc1OTRiYiIsImMiOiR9&pageName=ReportSection0c50ea3406afe4407370>



Promoción y prevención

Capítulo 3

Fotografía # 25 suministrada por el Equipo de Respuesta Rápida, Norte de Santander

Capítulo 3. Promoción de la salud y prevención durante la pandemia por COVID-19

Por: Yaneth Herazo Beltrán - Erika Palacio Durán

Durante la pandemia por la COVID-19 las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desempeñaron un papel esencial frente al cuidado y protección de la salud y bienestar. Las medidas no farmacológicas en salud pública fueron las utilizadas para reducir el riesgo de contagio, ante la falta de vacunas y tratamientos farmacológicos efectivos contra la COVID-19. Las medidas que se implementaron fueron higiene y el lavado frecuente de manos, uso de mascarillas, distanciamiento físico y ventilación de los espacios para evitar el contacto directo con personas contagiadas o casos sospechosos de la COVID-19 (Simkhada et al., 2020).

La pandemia por la COVID-19 demandó la rápida acción de los gobiernos y la comunidad científica para implementar estrategias de promoción de la salud y prevención eficaces para mitigar el impacto. En el contexto mundial de la crisis de la COVID-19, la implementación de medidas de salud preventiva tenía como objetivo romper la cadena de transmisión para aliviar la presión sobre el sistema de salud y proteger la vida, la salud y el trabajo de las personas. Al respecto, la OMS emitió orientaciones para el público en general sobre cuándo y cómo usar la mascarilla, consejos acerca de los rumores sobre el nuevo coronavirus y algunas consideraciones con relación al apoyo a las poblaciones vulnerables, las medidas restrictivas y de cuarentena.

En Colombia, el gobierno nacional mediante la Circular 005 de 2020 del 11 de febrero de 2020 (Ministerio de Salud y Protección Social – INS, 2020a) adoptó acciones institucionales para la detección temprana, el control y la atención ante la posible introducción del nuevo coronavirus, a cargo de las entidades territoriales, las EAPB, IPS, operadores portuarios y aeroportuarios, empleadores, contratantes y trabajadores, y la implementación de los planes de preparación y respuesta ante este riesgo.

Los planes de respuestas incluyeron la articulación intersectorial, gestión y comunicación del riesgo, toda vez que la COVID-19 afectaba las diferentes dimensiones del desarrollo social (salud, educación, empleo, transporte, comercio e infraestructura, ambiente, seguridad, condiciones de vivienda, género, etnia, curso de vida) (Antoñanzas y Gimeno, 2022; Núñez-Cortés et al., 2021).

El MSPS a través de 19 decretos, 78 resoluciones, 9 circulares, lineamientos y guías estableció las orientaciones

promocionales y las medidas sanitarias para prevenir y controlar la propagación y mitigar los efectos de la COVID-19:

Orientaciones para el mantenimiento de la salud y bienestar

Consisten en instrucciones para la prevención, contención y mitigación que el gobierno nacional emitió el 17 de febrero de 2020, recomendaciones sobre las medidas de control y de bioseguridad relacionadas con el manejo de los residuos generados en la atención en salud por el virus de la COVID-19. Las orientaciones para el mantenimiento de la salud y el bienestar incluyeron el suministro y uso permanente de los elementos de protección personal como tapabocas, evitar el contacto cercano con personas que presentan alguna infección respiratoria, lavado de manos con agua y jabón de manera frecuente, al estornudar cubrir la boca y la nariz con un pañuelo desechable, entre otras.

Entre las medidas preventivas estuvo el aforo, entendido como la capacidad máxima que un espacio o recinto puede albergar personas. Esta medida aplicó a los eventos o actividades que involucraran más de 500 personas, establecimientos comerciales, centros de salud, laborales y educativos, medios de transporte, entre otros. Así mismo, el aislamiento y cuarentena para toda la población. El *aislamiento* se aplicó a las personas contagiadas; la *cuarentena* a los casos sospechosos y probables; el *distanciamiento social* es la separación y mantenimiento de un espacio físico entre individuos, al inicio de la emergencia el

distanciamiento entre personas fue de 2 metros y luego 1 metro; el *confinamiento* es una restricción a nivel comunitario e implica diversas estrategias como el uso de mascarillas, restricción de horarios de circulación, suspensión del transporte y cierre de fronteras (Sánchez-Villena y de La Fuente-Figuerola, 2020).

Las medidas higiénicas en los espacios y superficies de contagio en todos los escenarios y establecimientos, cuyas principales recomendaciones fueron: uso de mascarillas, lavado de manos con agua y jabón, desinfección de manos con alcohol, distanciamiento físico, protección ocular, uso de pantallas para protección facial y limpieza de calzado.

El confinamiento en el país inició el día 25 de marzo de 2020 y se extendió hasta el 1 de septiembre del



Foto 26. Centro de Protección adultos mayores, Cali. Suministrada por J.Triana

mismo año. El 17 de abril de 2020 se socializa a todo el territorio nacional los aspectos clave para el aislamiento preventivo obligatorio colaborativo e inteligente en Colombia, a saber: el cierre de universidades, colegios y jardines infantiles; el confinamiento para los adultos mayores de 70 años hasta finales de mayo de 2020; las personas con comorbilidades debían permanecer confinadas en sus hogares; el cierre de fronteras y la restricción de vuelos internacionales; la restricción de vuelos nacionales; el cierre de eventos públicos y de actividades en discotecas y bares; el teletrabajo como estrategia de prevención del contagio; el diseño e implementación de protocolos de bioseguridad que entre sus lineamientos incluyó tres medidas clave para evitar el contagio por la COVID-19: uso de tapabocas, distanciamiento social y lavado de manos; la protección del transporte público evitando las aglomeraciones, y el distanciamiento social mediante la restricción total de eventos sociales.

Medidas de bioseguridad como el uso del tapabocas, el lavado de manos y el distanciamiento social se promovieron rápidamente en el país, teniendo en cuenta que son medidas que han demostrado eficacia mediante evidencia científica en la disminución de la transmisión de virus (Chiu et al., 2020). El 24 de abril de 2020 el gobierno colombiano emite las primeras indicaciones para el diseño de los protocolos de bioseguridad (Resolución 666 de 2020) que orientaron las acciones comerciales y sociales en diferentes escenarios. A partir de esta fecha se emitieron 78 resoluciones que reglamentaron el diseño e implementación de protocolos de bioseguridad para diferentes actividades (recreativas y de actividad física

en parques, playas y piscinas) y sectores (comercial, de servicios, de la construcción, financiero, hotelero) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020c). El 1 de septiembre de 2020 se termina el confinamiento en el país y se inició una etapa de aislamiento selectivo en la cual la responsabilidad individual fue esencial para continuar con las medidas de autocuidado.

Los cambios o suspensión de las anteriores directrices estuvieron sujetas a la evolución de la emergencia, evaluada de manera permanente a través de los diferentes sistemas de información dispuestos para tal fin. Entre el 4 de mayo y 31 de agosto de 2020 inicia el plan de apertura en toda Colombia, y durante esos 4 meses se fueron activando de manera escalonada los diferentes sectores económicos y actividades; el primero fue el industrial, específicamente, la manufactura y la construcción.

La Resolución 1513 del 1 de septiembre de 2020 reglamentó las medidas de bioseguridad en los espacios públicos y entornos por parte de las personas, familias y comunidades como centro de la atención en salud. En esta Resolución se reiteran las medidas generales de comportamiento para disminuir el riesgo de contagio por la COVID-19, es decir, autoaislamiento voluntario en casa para los casos confirmados, sospechosos y probables, higiene de manos, uso de mascarillas o tapabocas y distanciamiento físico.

Los ámbitos que aborda esta resolución son los espacios comunitarios y familiares como el hogar, centros comerciales, supermercados, parques y espacios abiertos, medios de transporte, público y

privado, escenarios para realizar actividad física e IPS. El uso del tapaboca y el lavado de manos es una medida de bioseguridad obligatoria en las IPS tanto para trabajadores como para usuarios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020b).

Se emitieron lineamientos frente a las acciones y cuidados que se requerían implementar en el aislamiento preventivo para evitar el contagio por la COVID-19 para diferentes grupos poblacionales. Poblaciones vulnerables fueron priorizadas en los lineamientos y recomendaciones para garantizar la promoción de la salud y la prevención de riesgos durante la pandemia, entre ellos los grupos étnicos, adolescentes y jóvenes que se encontraban en el sistema de responsabilidad penal, sectores sociales LGBTI, entre otros. Aproximadamente, 28 documentos técnicos relacionados con lineamientos de prevención del riesgo de contagio fueron emitidos por el MSPS (2023a).

Dado los efectos negativos que la emergencia por COVID-19 tuvo sobre la salud mental en niños, adolescentes, adultos mayores y talento humano en salud, manifestado principalmente por depresión, estrés y ansiedad (Broche-Pérez et al., 2020), el gobierno nacional adoptó una serie de medidas que pudieran minimizar el impacto de la pandemia sobre el bienestar mental de las personas. Entre estas medidas se establecieron los lineamientos de bioseguridad para la práctica de actividad física al aire libre en aras de reducir comportamientos sedentarios y mejorar la salud mental de la población que ya se encontraba afectada por la cuarentena y el aislamiento social y

disminuir el riesgo de contagio durante esta práctica. Esta estrategia buscó que las personas entre 18 y 59 años asumieran la práctica segura de actividad física al aire libre siguiendo los protocolos de bioseguridad, fortaleciendo los procesos de limpieza y desinfección de equipos, el uso adecuado de los Elementos de Protección Personal (EPP), así como el manejo de residuos producto de la actividad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020i).

Las personas adultas mayores se convirtieron en un grupo de especial atención durante toda la pandemia por ser el grupo etario más vulnerable a complicaciones y mortalidad generada por el contagio con SARS-CoV-2, por esto el país brindó las orientaciones de aislamiento tendientes a la protección de esta población y el cierre parcial de actividades de Centros Vida y Centros Día, procurando el cuidado de la salud física y mental de las personas adultas mayores (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020j). Sin embargo, este aislamiento conllevó a incrementar los problemas de salud mental que ya venían afectados por el temor frente al nuevo virus, sus consecuencias y complicaciones en este momento de vida. En este sentido, el desarrollo de actividades físicas al aire libre que se había establecido para personas de 18 a 69 años se amplía para personas mayores de 70 años en un periodo máximo de 2 horas diarias con recomendaciones en cuanto a tiempo de duración, personas con movilidad reducida u otras comorbilidades, así como las recomendaciones de bioseguridad para disminuir el contagio durante la práctica (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020j).

Uno de los sectores con mayor riesgo asociado a alteraciones en la salud física, cognitiva y mental fue los trabajadores de la salud, en especial la primera línea de atención, quienes de manera directa enfrentaron la respuesta a la emergencia sanitaria contra el virus SARS-CoV-2 en la población. En todo el mundo hay 136 millones de trabajadores en actividades de atención de la salud humana y de asistencia social, entre otros, como los profesionales en enfermería, en medicina y demás trabajadores de salud (OIT, 2020); los trabajadores de centros de atención en residencias y los trabajadores sociales, así como los trabajadores de apoyo y el personal de lavandería y limpieza, fueron quienes corrieron un mayor riesgo de contraer la infección por el SARS-CoV-2 en el lugar de trabajo, por estar expuestos de manera directa o indirecta a personas con la COVID-19.

La exposición permanente a enfermedades infectocontagiosas sea por el contacto con el paciente o por la interacción con elementos contaminados tales como material clínico, sábanas, camillas, herramientas corto-punzantes o demás instrumental quirúrgico, hacen que se aumente el riesgo para este personal con respecto al contagio. Así mismo, es importante considerar otros factores que tiene una incidencia directa en la afectación de la salud; turnos de 12 horas, exposición a factores estresores, fatiga y cansancio hacen que enfermedades crónicas como la hipertensión, alteraciones gastrointestinales, complicaciones coronarias y osteomusculares sean factores que hagan a esta población mucho más vulnerable.

El bienestar y la resistencia emocional de los trabajadores de atención médica, administrativa y de apoyo fueron componentes clave para mantener los servicios esenciales de salud durante la pandemia por COVID-19. Por lo tanto, es crucial identificar las tensiones asociadas con este trabajo, establecer apoyos para los trabajadores involucrados en la atención médica, administrativa y logística del sector salud, así como encaminar estrategias de prevención y mitigación que puedan ser propicias en un entorno seguro. La identificación de peligros y valoración de riesgos, así como el monitoreo y la evaluación de la salud mental y el bienestar del personal involucrados en la atención médica, administrativa y logística del sector salud, son un componente fundamental en la gestión del impacto causado por la COVID-19, junto con los esfuerzos para combatirlo, prevenir brotes en la organización y asegurar la reintegración exitosa con sus colegas de trabajo, en caso de que ellos mismos se infecten, se suma compromiso de la alta dirección en la implementación de estrategias de prevención y control para el cuidado de los colaboradores y la atención segura de las personas.

Las personas en condición de discapacidad fueron consideradas uno de los grupos vulnerables y con mayor riesgo de contagio por las distintas limitaciones y barreras que estos individuos tienen para acceder a la información, a los servicios de salud y para el cumplimiento de las medidas de bioseguridad. En este sentido, las recomendaciones generales se dirigieron a mantener y fortalecer el acompañamiento familiar y de apoyo social y comunitario, priorizar la atención domiciliaria, limitar las visitas presenciales tanto

familiares como comunitarias, fortalecer los vínculos afectivos y los estilos de vida saludables (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020d).

Las personas en situación de calle también fueron una prioridad para el gobierno nacional que emitió lineamientos generales enfocados a la seguridad y el cuidado de las personas que permanecen en la calle de manera permanente y transitoria. Los principales hacen referencia a la identificación de las zonas de concentración de la población para el monitoreo y realización de pruebas diagnósticas. De igual forma, se fortalecieron las acciones de limpieza, desinfección y recolección de residuos en las áreas donde permanecen las personas habitantes de la calle, la colocación de puntos de lavado de manos y entrega de elementos de protección personal fueron unas de las orientaciones del Ministerio de Salud y Protección Social (2020e).

Estos lineamientos eran de obligatorio cumplimiento para las entidades territoriales y locales, sin embargo, otras organizaciones colaboraron en estas acciones como es el ejemplo del Comité Internacional de la Cruz Roja (2020) que dispuso de 33 albergues para atender a población migrante y personas en situación de calle en 18 ciudades de Colombia donde se les entregó kits de higiene y lavamanos portátiles. Sobre todo, porque la medida de aislamiento preventivo obligatorio en la población migrante con contagio probable o sospechoso o con contagio confirmado se podía dificultar por la ausencia de un lugar dónde alojarse.

Las particularidades de los lineamientos dirigidos a los grupos étnicos apuntaron al uso de estrategias de comunicación del riesgo y de las medidas para prevenir la infección y evitar su propagación ajustadas a la lengua de cada pueblo o comunidad y a la utilización de los medios disponibles en las comunidades como el voz a voz, sistemas de radiofonía, emisoras comunitarias, entre otros. Una medida segura que se contempló fue el control de la entrada y salida de personas del territorio, también el empoderamiento de los líderes y lideresas comunitarias fue una estrategia clave para que las medidas de bioseguridad llegaran a las comunidades étnicas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020f).

A causa de las condiciones de hacinamiento y reclusión de las personas privadas de la libertad, entre los lineamientos para esta población se resaltan el de fortalecer las acciones de limpieza, desinfección y recolección de residuos en las diferentes áreas, el suministro de los elementos de protección personal e insumos para lavado de manos. La restricción del ingreso de familiares a los establecimientos penitenciarios y carcelarios fue una recomendación crucial para disminuir el contagio; se implementó la «etiqueta de la tos» entre el personal de salud intramural, reclusos, guardias y visitantes, estrategia que buscó educar a las personas en el cubrimiento de boca y nariz con el antebrazo o un pañuelo, antes de toser y estornudar (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020g).

Las estrategias de distanciamiento social en las cárceles, escenarios con espacios donde la proximidad entre las

personas es estrecha, fueron en tres niveles: el nivel individual incluyó evitar el contacto físico mediante el cumplimiento de una distancia de 2 metros entre las personas; el nivel de grupo implicó la cancelación de las actividades grupales y alternar el uso de los espacios de recreación, y el nivel operativo involucró la reordenación del mobiliario en los comedores y celdas para aumentar la distancia entre ellos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020g).



Foto 27. Jornada de vacunación, Secretaría de Salud del Cesar

Un grupo vulnerable a la COVID-19 fue el personal que realizó servicios y labores de asistencia social a la comunidad como las personas que laboraron en el servicio público de transporte, servicios en tiendas, supermercados, farmacias, trabajadores domiciliarios, servicio de aseo público, vigilancia, personal de cocina, entre otros, por ello, los lineamientos enfatizaron en las medidas preventivas en personas con comorbilidades y el uso estricto de las medidas de bioseguridad. El tipo de tareas y actividades de servicio social realizadas determinaron las especificaciones en las recomendaciones, por ejemplo, las personas que realizaban entregas a domicilios debían dejar en la puerta del domicilio el producto a entregar y preferiblemente el pago con tarjetas y no con dinero en efectivo. Los establecimientos comerciales y de servicios debían colocar avisos para los usuarios con la información sobre los protocolos de las medidas de bioseguridad no farmacológicas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020h).

El incremento de los rumores erróneos y la desinformación durante una emergencia generó incertidumbre, tristeza, miedo y ansiedad en la población. Un estudio realizado en Colombia mostró que, a fecha de noviembre de 2020, el 88 % de los encuestados recibió información sobre la COVID-19 por medio de la televisión, solo el 16 % confió en las fuentes de información (Babalola et al., 2020). Conocedores del incremento de noticias falsas durante tiempos de pandemia, el MSPS adelantó diferentes campañas de comunicación de riesgos con mensajes oportunos y claros sobre las medidas preventivas que los colombianos debían adoptar para disminuir el contagio. Usando la estrategia de la pregunta como herramienta que favorece el interés y atención de las personas, el MSPS formuló tres interrogantes clave: ¿Qué es el coronavirus?, ¿a quiénes afecta y cuáles son sus síntomas? y ¿cómo prevenirlo?, cuyas respuestas buscaron contribuir a que las personas tomaran decisiones informadas.

Medidas preventivas no farmacológicas contra la COVID-19

Otra de las estrategias utilizadas fue el uso de videos informativos, en general son 235 videos relacionados con la COVID-19 y de estos, aproximadamente el 40,4 % aborda las medidas de prevención y de autocuidado. Estos videos están colgados en el canal de YouTube (<https://www.youtube.com/playlist?list=PLdA3cVDe-LYwZErtr-6FkNGrOfiCXfIZV>).

Los mensajes que estos videos contienen están dirigidos a diferentes entornos y grupos poblacionales, por ejemplo, recomendaciones para los adultos mayores, el entorno familiar, el retorno a clases, el uso de piscinas, asistencia a restaurantes y bares, el uso del espacio público, entre otros.

Un elemento importante que se observa en los videos es que los mensajes de promoción de la salud y prevención del riesgo son socializados por figuras públicas reconocidas en Colombia, como cantantes, actores y deportistas.

Otros mensajes son expuestos por funcionarios del MSPS y por académicos y científicos expertos en la prevención y manejo del COVID-19. Estas personas se convierten en facilitadores que influyen en la capacidad y motivación para adoptar o mantener comportamientos de salud positivos, y ayudan a crear conciencia sobre las medidas de prevención necesarias para controlar el contagio (Organización Mundial de la Salud, 2021).

El MSPS creó 3 cuñas informativas en formato mp3 sobre distanciamiento social, no bajar la guardia y tapabocas; 10 piezas publicitarias para Facebook (Figura 9), 11 piezas publicitarias para Twitter y 16 infografías que informaban sobre las medidas de promoción de la salud, de prevención del riesgo y las rutas de atención en salud. Todas estas estrategias de comunicación del riesgo se encuentran almacenadas en el siguiente enlace: <https://drive.google.com/drive/folders/10EBH1H3D4Of5JiPgwhEw50TWqSbxuGx>

Figura 9. Pieza publicitaria síntomas 1. Diseñada para Facebook



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2023c).

En el estudio de Murad-Rivera et al. (2021) se analizó la respuesta social a las medidas no farmacológicas para controlar la propagación de la COVID-19 en Colombia, donde el 68 % de los participantes, personas mayores de 17 años, adoptó más de tres medidas de higiene; la medida de bioseguridad con mayor aceptación y uso fue el lavado de manos, seguido del distanciamiento social. Las personas mayores de 45 años fueron las que en mayor medida cumplieron con el autoaislamiento (83,5 %).

En la medida en que la frecuencia de contagio y de muertes por la COVID-19 iba disminuyendo, el uso de estas medidas también iba decreciendo, por ello, el 5 de abril 2023 se emite la Resolución 555 que reglamentó el uso obligatorio del tapabocas para ingresar a instituciones prestadores de servicios de salud y hogares geriátricos, así mismo, para las personas de 60 años en adelante o aquellas con comorbilidades e inmunosupresión, y las que presentan síntomas respiratorios. La norma recomienda el cuidado de sí

mismo, evitando el contacto con quienes pudieran estar en situaciones de riesgo para la transmisión del virus de la COVID-19 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023d).

Plan nacional de vacunación contra la COVID-19

Aunque las medidas no farmacológicas fueron esenciales para disminuir el contagio por la COVID-19, la morbilidad y mortalidad causada fue alta a nivel global, a fecha de 30 diciembre de 2020 se habían presentado 81 093 503 casos y 1 790 032 muertes en 216 países/áreas/territorios; en la región de las Américas el número de casos fue de 35 393 389 y 855 296 muertes (Pan American Health Organization and World Health Organization, 2020). Estas cifras mostraban la necesidad de una vacuna que disminuyera la creciente carga de la COVID-19. El 31 de diciembre de 2020 la OMS validó la vacuna Comirnaty de ARN mensajero contra la COVID-19 de Pfizer/BioNTech y avala su uso en la emergencia. Previamente fue aprobada por la U.S. Food & Drug Administration (FDA, 2020), al considerar que cumplía con los criterios legales y la evidencia necesaria para prevenir el contagio o las complicaciones graves de la enfermedad.

El 17 de febrero de 2021 llegan a Colombia las primeras vacunas (50 000 dosis de Pfizer/BioNTech) gracias a los acuerdos bilaterales entre el gobierno colombiano con los productores. Luego, el 21 de marzo de 2021 a través del mecanismo COVAX llegaron 117 000 dosis de la vacuna de Pfizer/BioNTech y se convirtió en el primer país de la región de las Américas en recibirlas en el marco de COVAX. El mecanismo COVAX fue la plataforma que respaldó la investigación, el desarrollo y la fabricación de vacunas contra la COVID-19 y negoció su precio para que todos los países participantes tuvieran igual acceso. El listado de vacunas usadas durante la emergencia en el país se observa en la Tabla 8, aunque el listado publicado por el MSPS contiene otras vacunas que son aceptadas para el ingreso en Colombia, estas 5 fueron las compradas y aplicadas a la población colombiana.

Tabla 8. Lista de vacunas COVID-19 en Colombia

Nombre comercial de la vacuna	Nombre del fabricante	Definición de esquema completo (número de dosis)	Número de dosis por mecanismos bilaterales
Comirnaty Tozinameran BNT162b2	Pfizer BioNTech	2 dosis con 3 a 12 semanas de diferencia	10 millones de dosis adquiridas para 5 millones de personas
ARNm-1273	Moderna	2 dosis con 4 a 12 semanas de diferencia	10 millones de dosis adquiridas para 5 millones de personas
Vaxzevria AZD1222 Covishield	AstraZeneca	2 dosis con 4 a 12 semanas de diferencia	10 millones de dosis adquiridas para 5 millones de personas
Ad26.COV2.S	Johnson & Johnson Janssen	Dosis única	9 millones de dosis para 9 millones de personas
CoronaVac	Sinovac	2 dosis con 4 semanas de diferencia	7.5 millones de dosis para 3 750 000 personas

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (s.f.).

Estas acciones en torno a la adquisición, distribución y aplicación de las vacunas contra la COVID-19 fueron reglamentadas en el Plan Nacional de Vacunación (PNV) contra la COVID-19, y es adoptado mediante el Decreto 109 de enero 29 de 2021, modificado parcialmente por el Decreto 404 y el Decreto 466 de 2021. El plan definió la población objeto, enfoque basado en priorización y diferencial, la estrategia gradual en fases y la logística y administración de las vacunas, la ruta para la aplicación de la vacuna, disposición de la información, comunicación, información y movilización social, capacitación del talento humano y comunidad, farmacovigilancia y seguimiento a la vacunación. Así como las

responsabilidades de todos los actores del SGSSS para «reducir la morbilidad grave y la mortalidad específica por la COVID-19, disminuir la incidencia de casos graves y la protección de la población que tiene alta exposición al virus y reducción el contagio en la población general, con el propósito de controlar la transmisión y contribuir a la inmunidad de rebaño en Colombia» (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021a).

El enfoque basado en priorización y diferencial del PNV permitió reconocer los riesgos de transmisión según las características particulares de la población para priorizarlos y garantizar que toda la población

sea incluida en el plan con equidad. Los grupos poblacionales considerados como los más vulnerables para acceder a la vacunación fueron las poblaciones indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, la población que reside en zonas rurales, rurales dispersas y territorios con menos de 1 500 habitantes, personas migrantes, entre otros. Debido a la disponibilidad gradual de las vacunas porque el suministro y la distribución no fueron totalmente suficientes para toda la población, se definieron los criterios de priorización con base en las minorías poblacionales mencionadas en líneas anteriores y la evidencia científica disponible que demostró que adultos mayores y la presencia de comorbilidades (obesidad, tabaquismo, accidente cerebrovascular, enfermedad renal, enfermedad cardiovascular, hipertensión, cáncer, diabetes y enfermedad pulmonar) aumentaban el riesgo de gravedad de la enfermedad y muerte.

Otro de los grupos priorizados fue el talento humano que, de manera continua, directa e intensa estuvo expuesto al SARS-CoV-2 y a los pacientes confirmados graves, con complicaciones y con intervenciones invasivas, y al que se denominó la primera línea de atención contra la COVID-19 y el resto del personal de salud. Otros grupos priorizados fueron los docentes de educación inicial, preescolar, básica y media, el personal de la Fuerzas Militares y la Policía Nacional, talento humano de las funerarias, centros crematorios y cementerios, población privada de la libertad, bomberos, rescatistas de la Cruz Roja y de la Defensa Civil, habitantes de calle y trabajadores de ocupaciones que permiten la operación aérea

internacional (Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Hacienda y Crédito Público e Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, 2021).

El proceso de vacunación se desarrolló en dos fases y cinco etapas, a saber:

- **La fase I se desarrolló en tres etapas:**

Primera etapa: se priorizaron a los adultos mayores de 80 años y al talento humano en salud que tenían contacto directo de atención en salud especializada a pacientes sintomáticos respiratorios intra y extramural. Esta etapa inició el 17 de febrero de 2021. Se vacunaron 1 453 432 personas.

Segunda etapa: incluyó a las personas entre 60 a 79 años y a los trabajadores de la salud que prestaban sus servicios en establecimientos de salud de cualquier nivel de complejidad. Entre otros, también se incluyó a los médicos tradicionales, sabedores ancestrales y promotores comunitarios en salud propia y a los estudiantes de ciencias de la salud. Inició el 8 de marzo de 2021. Se vacunaron 6 620 274 personas.

Tercera etapa: se vacunaron a las personas de 16 a 59 años con comorbilidades, profesores de instituciones de educación básica y secundaria, cuidadores de adultos mayores, personal activo de las Fuerzas Militares, Policía Nacional, Fiscalía General, guardia indígena y talento humano de las funerarias, centros crematorios y cementerios. Inició el 22 de mayo de 2021. Se vacunaron 9 325 861 personas.

- **La fase II tuvo dos etapas:**

Cuarta etapa: se vacunaron a la población privada de la libertad, personal de custodia y vigilancia, bomberos, socorristas, habitantes de calle, controladores aéreos, pilotos y auxiliares de vuelos internacionales. Inició el 17 de junio de 2021. Se vacunaron 8 436 318 personas.

Quinta etapa: incluyó a la población mayor de 16 no indicadas en las etapas, 1, 2, 3 y 4. Inició el 17 de julio 2021. Se vacunaron 15 750 703 personas. Desde este momento comenzó la vacunación sin condiciones debido a la disposición y acceso a las diferentes vacunas a nivel mundial.

Para la identificación de las diferentes poblaciones, el MSPS utilizó diversas bases de información, por ejemplo, para los adultos mayores la Base de Datos Única de Afiliados, Registraduría Nacional del Estado Civil, Migración Colombia y Censo Nacional 2018. En el caso del talento en salud y el personal de apoyo logístico, cada empresa envió la información al MSPS. El listado de profesores del sector público lo proporcionó el Ministerio de Educación y del sector privado, cada rector de las instituciones educativas.

Colombia contó con 4 348 sedes de prestadores con servicio de vacunación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023b). La vacunación contra la COVID-19 fue y es gratuita en Colombia, el proceso fue ejecutado bajo el liderazgo del MSPS por las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales, las EAPB e IPS que se encargaron de la logística de la vacunación, almacenamiento, conservación y cadena

de frío, según las especificaciones técnicas de cada biológico y la logística del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Para garantizar la calidad en la conservación de las vacunas, el MSPS contó con dos cuartos fríos de refrigeración para 44 millones de dosis y un cuarto de congelación para almacenamiento de paquetes fríos, además, 110 cuartos fríos distribuidos en todo el territorio nacional. El transporte se hizo desde el laboratorio productor a Bogotá y desde allí a las demás ciudades del país usando transporte aéreo y terrestre, o directamente del laboratorio productor a los diferentes territorios colombianos (centros de acopio regionales). Las condiciones de refrigeración para la distribución interna fueron de +2°C a +8°C (Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Hacienda y Crédito Público e Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, 2021).

Al vacunarse la persona recibía inmediatamente el carné de vacunación en papel y podía acceder al certificado digital de vacunación COVID-19 con verificación QR en Mi Vacuna COVID-19, la plataforma tecnológica que permitió identificar de manera individual la etapa en la que cada persona fue clasificada. Mi Vacuna COVID-19 también informaba sobre el lugar y la fecha de vacunación, esta plataforma contó con herramientas que salvaguardaron la información y los datos de identificación. El agendamiento de citas se hizo a través de llamadas telefónicas, mensajes de texto, mensajería instantánea, correo electrónico, entre otros; una vez en la cita y previo a la vacunación se firmaba el consentimiento informado y de acuerdo

con el esquema de la vacunación se definía la próxima cita. Cada vacuna aplicada se debía registrar en el sistema de información nominal PAIWeb, esta tarea la realizaba el prestador de servicios de salud responsable del afiliado (Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Hacienda y Crédito Público e Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, 2021).

A fecha de octubre de 2021, el país adquirió 63 703 914 dosis, de estas se distribuyeron a las entidades territoriales 50 896 398 dosis y se aplicaron 46 698 321; el sector empresarial privado adquirió 2 100 000 dosis, y una aplicación de 1 341 627 dosis en la población del sector; la mayor causa de pérdida por parte de las entidades territoriales fue la interrupción de la cadena de frío (13 029 a corte 31 octubre 2021); el 57,6 % de la población total colombiana se aplicó la primera dosis o dosis única, mientras que el 40,9 % tenían el esquema completo; 90,2 % de las personas mayores de 70 años tenían el esquema completo, asimismo, 73,5 % de los adultos entre 50 y 69 años, 54,8 % entre los 30 y 49 años, y el grupo que en menor frecuencia (23,2 %) cumplió con el esquema completo fue entre los 12 y 29 años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021b). El 23 de julio de 2021 se inicia la vacunación en las gestantes con la vacuna de Pfizer y a partir del 1 de noviembre de 2021 se autorizó la aplicación de la vacuna en niños y niñas de 3 a 11 años.

Las dosis de refuerzo para población mayor de 18 años se administraron desde enero de 2022 con el fin de aumentar la protección ante la circulación de nuevas variantes como *Ómicron* y *Delta*. Se realizó de forma gradual y seis meses después de cada etapa, y luego se redujo a 4 meses desde que completó el esquema de vacunación. El financiamiento de las vacunas contra la COVID-19 estuvo a cargo del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME) a través de la Subcuenta para la Mitigación de Emergencias – COVID-19 del Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres. Por ejemplo, por 13 854 229 dosis el valor total de facturación fue de \$76 568 875 482 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021c).

La farmacovigilancia y monitoreo de eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI) tuvo como propósito hacer seguimiento a las reacciones adversas a la vacuna contra la COVID-19. Se implementaron estrategias de vigilancia pasivas y activas, el PNV recomendó los centros centinela y el uso de aplicaciones para teléfonos inteligentes (Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Hacienda y Crédito Público e Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, 2021). El monitoreo a las comunidades y pueblos indígenas fue un imperativo para el MSPS, para ello, se plantearon como recomendaciones especiales implementar acciones de educación y comunicación basados en sus costumbres y lenguas, y mantener la articulación con las autoridades y la guardia indígena sobre los resultados de vacunación. El boletín número 18 de septiembre de 2022 reportó que los eventos adversos relacionados con la vacuna contra la COVID-19 consisten en reacciones leves que no exigen tratamiento y no producen consecuencias a mediano y

largo plazo. Las reacciones graves son poco frecuentes y no tienen una relación causal con la vacuna administrada. 57 287 (0,06 %) reportes en 89 120 230 dosis administradas, 2,8 % (n=1 590) graves y 97,2 % (n=55 697) no grave. El 66 % de los reportes adversos lo hicieron las mujeres. Los signos y síntomas que con mayor frecuencia se reportaron fueron dolor de cabeza (17 %), fiebre (9 %), malestar general (7,7 %), dolor muscular (7,4 %), debilidad (6,3 %) y dolor en la zona de vacunación (6 %). El 13 % de los reportes los hicieron las personas entre 25 a 29 años. El mayor porcentaje de reportes fue con la vacuna Pfizer (40,6 %; n=23 243). Es de anotar que los eventos adversos a la vacunación se auto resuelven de una manera rápida y sin secuelas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

En consideración a que el desarrollo de capacidades en el talento humano fue vital para una vacunación de calidad, el PNV incluyó la necesidad de garantizar la actualización de conocimientos y el desarrollo de habilidades en la ejecución de los procesos de vacunación contra la COVID-19. Y exhortó a las entidades territoriales, EAPB, IPS vacunadoras públicas y privadas a diseñar un plan de capacitación para el talento humano que coordina, implementa y ejecuta el PNV. Entre las capacitaciones que se han desarrollado están las siguientes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021b):

- Reporte de pérdidas de vacuna contra la COVID-19.
- Gestión de insumos y excursiones de temperatura en el marco de vacunación contra la COVID-19.
- Actualización de la data y el cargue de la misma al enlace de SISPRO.

La cooperación internacional fue de gran apoyo en la vacunación en el país, al respecto Colombia recibió las siguientes donaciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023e):

- Gobierno de Alemania: 2,4 millones de vacunas.
- España: 6,4 millones de vacunas.
- Bélgica y GlaxoSmithKline: 364 000 para las personas migrantes venezolanas.
- USAID con el apoyo al gobierno colombiano en la gestión e implementación al plan nacional de vacunación contra la COVID-19.

En 2021, el MSPS realizó un estudio de efectividad en el uso de las vacunas contra la COVID-19 en 3 346 826 adultos colombianos mayores de 60 años a través de un estudio de cohorte de base poblacional, donde el 50 % de la muestra eran personas vacunadas y el otro 50 % no vacunadas. Se estudiaron dos desenlaces: hospitalización y muerte por la COVID-19. El riesgo de hospitalización y de muerte por la COVID-19 fue mayor para las personas no vacunadas. La efectividad de las vacunas fue de 69,9 % para prevenir la hospitalización que no conlleva a la

muerte; 79,4% para prevenir la muerte por la COVID-19, después de la hospitalización y 74,5% para prevenir la muerte por la COVID-19 entre quienes no fueron hospitalizados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021d).

Diseñar e implementar las intervenciones de salud pública y las medidas no farmacológicas en el marco de la emergencia fue un gran desafío. Representaron para el gobierno nacional y local, para las familias e individuos una alta inversión económica, social y sanitaria. En especial por los cambios de comportamiento que fueron necesarios asumir de manera individual y grupal para su implementación.

Este capítulo presenta las experiencias territoriales que muestran las acciones frente a las orientaciones para el mantenimiento de la salud y bienestar, medidas para mitigar la COVID-19 y sus impactos y las medidas preventivas. Así como los desafíos generados frente a la pandemia COVID-19 con el propósito que ayuden a la reflexión, el aprendizaje y orientaciones frente a futuras emergencias sanitarias. Estas experiencias ejemplarizantes son:

- **Sistematización de la microplanificación en el marco del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19:** se describe la experiencia desarrollada para apoyar al gobierno colombiano por USAID, a través de su Programa Comunidades Saludables, que permitió fortalecer los procesos territoriales para el despliegue del plan nacional de vacunación y adaptar las estrategias de la vacunación a los diferentes contextos socioculturales y epidemiológicos del país.
- **La sabiduría de la comunidad palenquera frente a la COVID-19. El regreso a los patios de las casas a escuchar a los kuagros, las mujeres, abuelos y abuelas. San Basilio de Palenque:** es una experiencia que muestra cómo en situaciones de emergencia sanitaria extremas como la vivida se pueden fortalecer los espacios y tiempos para encuentros y conversaciones familiares reforzando el uso de la lengua palenquera y las medidas de autocuidado que preservan la salud de las personas.
- **Apoyando la resiliencia de niños y familias en la frontera colombo-venezolana durante la pandemia por la COVID-19. Villa del Rosario:** es una experiencia que adaptó el modelo «Quédate en la escuela» al «Quédate en casa», lo cual permitió el reconocimiento de las condiciones de vida de 38 familias y la creación de nuevos proyectos que contribuyeran a mejorar su calidad de vida y bienestar.
- **Caminos conectados con la vida. Cartagena, Bolívar:** esta experiencia informa sobre el cuidado en casa de las personas con COVID-19 mediante estrategias de educación en salud, detección temprana de los riesgos de contagio y complicaciones, a través de un trabajo en equipo para el logro de objetivos comunes.

- **Estrategia centros de protección al adulto mayor, Secretaría de Salud de Cali:** esta experiencia da cuenta de las acciones educativas que desde la Secretaría de Salud de la ciudad de Cali se adelantaron para proteger la salud y la vida de los adultos mayores, población en condición de vulnerabilidad y de mayor riesgo de contagio, y enfermedad grave y muerte.
- **Programa MIUDES, una experiencia interprofesional de atención a la COVID-19 en comunidades en situación de vulnerabilidad social. Bucaramanga:** una experiencia orientada al acompañamiento interprofesional a la población de la Comuna 1 de Bucaramanga a través de 5 mesas de trabajo que abordaron los temas de salud, saneamiento básico y ambiental, gobernanza, habilidades para la vida y tecnología y comunicaciones durante la emergencia sanitaria.
- **Formando campeones – cambiando historias en la pandemia. Squash and Education Alliance, Cartagena:** esta estrategia describe la adaptación de “Squash Urbano Colombia” en tiempos de la pandemia para mantener la misión social de la organización, lo que facilitó continuar brindando oportunidades para mejorar la calidad de vida de los jóvenes de escasos recursos en Colombia y población migrante venezolana. Las acciones se fundamentaron en promocionar la educación, enseñanza de idioma inglés y la práctica del squash, entre otras, utilizando recursos y mediaciones tecnológicas, educación sanitaria, diálogo de saberes y la gestión institucional para mantener el compromiso de buscar la financiación escolar y universitaria en los Estados Unidos de los estudiantes inscritos en el programa.

Referencias

- Antoñanzas, A. y Gimeno, L. (2022). Los determinantes sociales de la salud y su influencia en la incidencia de la COVID-19. Una revisión narrativa. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 15(1), 12-19.
- Babalola, S., Krenn, S., Rimal, R., Serlemitos, E., Shaivitz, M., Shattuck, D. y Storey, D. (2020). COVID Dashboard. Johns Hopkins Center for Communication Programs. <https://ccp.jhu.edu/kap-covid/>
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E. y Reyes, D. (2020). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*, (46), 1-14.
- Chiu, N., Chi, H., Tai, Y., Peng, C., Tseng, C., Chen, C., Fatt, B. y Lin, C. (2020). Impact of wearing masks, hand hygiene, and social distancing on influenza, enterovirus, and all-cause pneumonia during the coronavirus pandemic: Retrospective National Epidemiological Surveillance Study. *Journal of medical Internet research*, 22(8). <https://doi.org/10.2196/21257>
- Comité Internacional de la Cruz Roja. (2020). Así avanza nuestra respuesta operacional frente al COVID-19 en Colombia. <https://www.icrc.org/es/document/asi-avanza-la-respuesta-operacional-covid-19-desde-el-cicr-colombia>
- FDA. (2020). Comunicado de prensa de la FDA de diciembre 11 de 2020. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-takes-key-action-fight-against-covid-19-issuing-emergency-use-authorization-first-covid-19>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020a). Circular 005 de 2020. Directrices para la detección temprana, el control y la atención ante la posible introducción del nuevo coronavirus (2019-ncov) y la implementación de los planes de preparación y respuesta ante este riesgo. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/circular-externa-005-de-2020.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020b). Resolución 1513 de 1 de septiembre de 2020. Bogotá D.C. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201513%20de%202020.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020c). Orientaciones de medidas preventivas y de mitigación para contener el COVID-19 dirigidas a la población en general. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPG13.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020d). Lineamientos de prevención del contagio por coronavirus (COVID-19) y atención en salud para las personas con discapacidad, sus familias, las personas cuidadoras y actores del sector salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/lineamientos-covid19-poblacion-discapacidad.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020e). Lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de coronavirus (COVID-19) para población en situación de calle en Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/>

sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/teds03-lineamientos-prevencion-dym-covid19-poblacion-calle.pdf

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020f). Orientaciones para la prevención, detección y manejo de casos de COVID-19 para población étnica en Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/TEDS04.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020g). Plan de contingencia para responder ante la emergencia por COVID-19. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Documents/ABRIL%20PLAN%20DE%20CONTINGENCIA%20PARA%20RESPONDER%20ANTE%20LA%20EMERGENCIA%20POR%20COVID-19%20%281%29.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020h). Lineamientos para control, prevención y manejo de casos por COVID-19 para la población privada de la libertad – PPL en Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS10.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020i). Lineamientos para prevención del contagio por COVID-19 para el personal que realiza actividades de asistencia social. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GPSG02.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020j). Lineamientos de bioseguridad para actividad física al aire libre en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS32.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020k). Orientaciones para el desarrollo de la actividad física en personas adultas mayores en el marco de la prevención, contención y mitigación del coronavirus (COVID-19). <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/TEDS10.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020l). Promoción de la salud mental en personas adultas mayores en aislamiento preventivo frente al coronavirus (COVID-19). <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/TEDS06.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021a). Decreto 109 de enero de 2021. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 y se dictan otras disposiciones. <https://www.dssa.gov.co/images/vacunacion/decreto-109-de-2021.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021b). Avance Plan Nacional de Vacunación (PNV) COVID-19. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/avance-plan-vacunacion-octubre-2021.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021c). MinSalud modifica mecanismo para pago de vacunas aplicadas. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-modifica-mecanismo-para-pago-de-vacunas-aplicadas.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021d). Efectividad de las vacunas contra la COVID-19 en Colombia.

- Estudio de cohorte de base poblacional en adultos de 60 años y más. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/estudio-efectividad-vacunas-colombia-msps.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Vigilancia de eventos adversos posteriores a la vacunación (EAPV) contra COVID-19 en Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/boletin18-farmacovigilancia-vacunas-oct2022.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023a). Documentos Técnicos COVID-19. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Documentos-tecnicos-covid-19.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023b). Ubicación de sede de prestadores con servicio de vacunación. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud-REPS. <https://minsalud.maps.arcgis.com/apps/dashboards/e12f9e426dba423cab76c981af7a5791>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023c). Repositorio Institucional Digital. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=habilitac&ss=Todos>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023d). Resolución 555 del 5 de abril de 2023. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-555-de-2023.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023e). Prevención COVID-19. <https://drive.google.com/drive/folders/148liJXc6juh4dr14RLHUC2JcD-gAmEbE>
- Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Hacienda y Crédito Público e Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. (2021). Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19. Técnico Documento. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/pnv-contra-covid-19.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Lista vacunas COVID-19. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/lista-vacunas-covid-19.pdf>
- Murad-Rivera, R., Rivillas, J., Sánchez, S., Calderón-Jaramillo, M. y Rivera-Montero, D. (2021). Respuesta social a las medidas no farmacológicas para controlar la propagación del COVID-19 en Colombia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, (53). <https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21029>
- Núñez-Cortés, R., Ortega-Palavecinos, M., Soto-Carmona, C., Torres-Gangas, P., Concha-Rivero, M. y Torres-Castro, R. (2021). Determinantes sociales de la salud asociados a la severidad y mortalidad en pacientes con COVID-19. *Gaceta Médica de México*, 157(3), 273-280. <https://doi.org/10.24875/gmm.20000778>
- Oliva-Sánchez, P., Vadillo-Ortega, F., Bojalil-Parra, R., Martínez-Kobeh, J., Pérez-Pérez, J. y Pérez-Avalos, J. (2022). Factores de riesgo para complicaciones graves de COVID-19, comparando tres olas epidemiológicas. Un enfoque desde la atención primaria en México. *Atención Primaria*, 54(11). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102469>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2020). Observatorio de la OIT: El COVID-19 y el mundo del trabajo. Segunda edición. Estimaciones actualizadas y análisis. <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/>

--dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_740981.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Estrategia global de comunicación de riesgos y participación de la comunidad para la COVID-19. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341326/WHO-2019-nCoV-RCCE-2020.3-spa.pdf>

Pan American Health Organization & World Health Organization. (2020). COVID-19 Daily Update: 30 December 2020. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53495>

Sánchez-Villena, A. y de La Fuente-Figuerola, V. (2020). COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? *Anales de Pediatría*, 93(1), 73-74. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05.001>

Simkhada, P, Mahato, P., Tamang, I.P., van Teijlingen, E., & Shahi, P. The Role of Health Promotion during the COVID-19 Pandemic. (2020). *Journal of Health Promotion*, 8, 1-4.

Experiencia 3.1

Sistematización de la microplanificación en el marco del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19

Relatado por: Jacqueline Acosta de la Hoz

Colombia adopta el Plan Nacional de Vacunación (PNV) contra la COVID-19, mediante el Decreto 109 de 2021, modificado parcialmente por el Decreto 404 y el Decreto 466 de 2021, estableciendo la población objeto, los criterios de priorización, las fases y la ruta para la aplicación de la vacuna, así como los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del Plan, dirigidos a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) señalando sus roles y responsabilidades durante la microplanificación; implementación, seguimiento y evaluación de la estrategia de vacunación en el territorio nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

En tal sentido, el PNV-COVID-19 fue implementado en el territorio nacional a fin de prevenir la enfermedad, reducir la morbilidad grave y la mortalidad específica por la COVID-19 y controlar la transmisión de la enfermedad, requiriendo la participación, articulación y cumplimiento de responsabilidades por parte de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, IPS, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), entre otras.

Para la realización de la vacunación de manera sistemática y organizada se estableció el proceso de microplanificación: con el fin de alcanzar las metas de vacunación establecidas con anterioridad. Se entiende como un ciclo de pasos para lograr un resultado. Parte de un análisis de situación, identificación de brechas en la cobertura y definición de estrategias y tácticas, así como requerimientos para la ejecución de las acciones de vacunación (Corral, Ruiz, Acosta y Muñoz, 2022).

USAID, a través de su Programa Comunidades Saludables, apoyó a 19 territorios: Medellín, Arauca, Bogotá, Bucaramanga, Buenaventura, Barranquilla, Caldas, Cartagena, Cesar, Cauca, Casanare, Cundinamarca, Riohacha, Nariño, Norte de Santander, Santa Marta, Sucre, Cali y Meta, sistematizó la experiencia y levantó lecciones aprendidas y recomendaciones para fortalecer la respuesta ante emergencias en salud pública actuales y futuras y aportar orientaciones para la sostenibilidad del proceso de microplanificación en el ámbito territorial.

Se utilizaron métodos de investigación cualitativa bajo el enfoque fenomenológico hermenéutico, basado en la gestión de fuentes primarias y secundarias. La selección de los participantes se hizo mediante un muestreo intencional en bola de nieve, es decir, un muestreo planificado y acumulativo, que permitiera llegar a la saturación necesaria de información (Calderón, 2016). Se desarrollaron entrevistas y talleres colectivos (fuente primaria) con actores clave del Ministerio de Salud y entidades territoriales; se ordenaron, revisaron y analizaron documentos técnicos (fuentes secundarias) sobre el Plan Ampliado de Vacunación Regular y del PNV contra la COVID-19. La guía de entrevistas y los talleres colectivos se desarrollaron a partir de las categorías de análisis establecidas previo al proceso de sistematización. Algunas de las categorías exploradas y cuyos resultados se presentan a continuación son:

- Coordinación intersectorial y proceso
- Factores facilitadores y desafíos.
- Lecciones aprendidas y experiencias significativas.



Foto 28. Jornada de vacunación en Riohacha

En convergencia, con la OMS, «la vacunación debe ser considerada como un servicio de salud esencial que no debe de ser interrumpido». Por tanto, la prestación del servicio de inmunización se debió mantener en el contexto de la respuesta contra la

COVID-19. Por ello, las decisiones relacionadas con la operación del PNV contra la COVID-19 obedecieron a una evaluación detallada de la epidemiología del territorio, escenario de transmisión de la COVID-19 y medidas de mitigación, recursos del sistema de salud e inmunización y disponibilidad de vacunas e insumos. Es así como se hizo necesario planificar las medidas para minimizar el riesgo excesivo de morbilidad y mortalidad por eventos posteriores a la vacunación (Ministerio de Salud, 2021, pp.1-3).

Tal como se describe en los lineamientos generales para el PAI en el contexto de la pandemia por la COVID-19, para la puesta en marcha en los ámbitos departamentales y distritales se instó el uso herramientas tecnológicas virtuales que permitieran socializar, capacitar y replicar la información a los diferentes actores involucrados. Las actividades realizadas se basaron en la actualización del sistema de información nominal con base en el registro diario de vacunación, elaboración del cálculo de necesidades del biológico y redistribución cuando se hiciera necesaria para garantizar su disponibilidad a nivel local, diseño de una estrategia con enfoque diferencial, grupos étnicos, para la adaptación de planes de contingencia y cumplimiento de esquema de vacunación. Y la estrategia para la vacunación de población migrante y articulación con otros actores de diferentes sectores, así como el diseño de un plan de medios para informar, sensibilizar y crear vínculos comunitarios (p.6).

A continuación, se presentan los resultados alcanzados por las entidades territoriales en los siguientes pilares:

capacitaciones, asistencias técnicas, coordinación intersectorial, gestión realizada en la micro planificación, actividades para mejorar coberturas de vacunación e indicador de institucionalidad.

Coordinación intersectorial y proceso de micro-planificación

En la preparación de la microplanificación: se promovió la participación de los actores y aliados del sistema de salud, así como la articulación con otros sectores, como la fuerza pública, para garantizar la custodia de las vacunas durante la distribución en cada uno de los territorios. Con el sector educativo se acompañó la gestión de jornadas de vacunación dirigida a comunidades educativas, así como jornadas de sensibilización de la comunidad para la promoción de la vacunación. Con estas acciones se logró la participación en 213 mesas de coordinación intersectorial para adaptar las acciones a la realidad local y concretar las acciones necesarias en el municipio, departamento o distrito, realizando la coordinación, el seguimiento y la evaluación de la implementación.

Algunos de los actores y aliados con los que se logró la coordinación y articulación para mejorar las acciones de vacunación y disminuir las brechas de acceso a la vacunación han sido las sociedades científicas, Procuraduría, Departamento para la Prosperidad Social, ICBF, Policía, Policía de Infancia, Secretarías de Educación, Comisarías de Familia, iglesias, Pastoral Social, organizaciones no gubernamentales, sociedades académicas, entre otros.



Foto 29. Jornada de vacunación, Villa del Rosario

Con el objetivo de fortalecer el proceso de microplanificación: en los territorios, se adelantaron cuatro acciones clave: apoyar la gestión planeación en el área urbana, rural y rural dispersa, coordinar acciones sectoriales, intersectoriales y comunitaria para la implementación de estrategias para la vacunación, apoyar en el desarrollo de un plan de

asistencia técnica dirigido a los municipios con mayor número de población a vacunar y zonas dispersas. Y planificar las estrategias de participación y educación comunitaria a nivel municipal relacionadas con la vacunación.

A continuación, se detalla las acciones realizadas en el ámbito territorial:

La articulación para la gestión del PNV entre el Ministerio de Salud, las entidades territoriales de salud, Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), Puesto de Mando Unificado (PMU), organismos y agencias de cooperación internacional y comunidad favoreció el desarrollo de capacidades ajustado a las necesidades del territorio. Esto fue constatado así, en la región Andina (Antioquia, Bucaramanga, Caldas, Cúcuta, Cundinamarca y Norte de Santander), se realizaron 369 asistencias técnicas y 25 capacitaciones brindadas a personal en salud y comunidad en general, principalmente en temas relacionados con pilares fundamentales como sistema de información red de frío, red de frío y situación de la COVID-19 y de la vacunación, vigilancia epidemiológica y la COVID-19. Así como en lineamientos sobre la vacunación, módulos del sistema nominal PAIWeb 2.0. En esta zona se logró desarrollar capacitaciones a 28414 miembros del equipo de la salud.

En el caso de la región Caribe (Riohacha, Cesar, Barranquilla, Santa Marta, Sucre y Cartagena), podemos destacar las 121 capacitaciones con las que se beneficiaron 16 128 personas trabajadoras de salud. Los temas abordados giraron en torno a promoción

de la tercera dosis (vacunación segura), monitoreo, proceso de ajuste de inventario de vacuna, PAIWeb, capacitación en pautas de las normas técnicas administrativas en vacunación, asimismo en la verificación de indicadores de gestión, porcentaje de cobertura alcanzada por cada uno de los municipios y verificación de la microplanificación: para el cumplimiento de coberturas útiles y en general la revisión de cumplimiento de los lineamientos del PNV contra la COVID-19.

En el Pacífico (Buenaventura, Valle y Cali) las condiciones de intervención hicieron énfasis en asistencias técnicas en: seguimiento, monitoreo, evaluación, cadena de frío, insumos, sistema de información y calidad del dato, asimismo en aplicativo PAI COVID-19 y reporte diario de dosis aplicadas. En total se realizaron 371, distribuidas en 53, 14 y 304 municipios, respectivamente.

Las capacitaciones abordaron procedimientos para la notificación de pérdidas de vacunas, actas institucionales, acta de baja, plan de mejora, reporte a PAIWeb-SISPRO. En esta zona se logró desarrollar capacitaciones a 992 personas del equipo sanitario.

En la Orinoquía (Casanare, Meta y Arauca), las asistencias técnicas realizadas giraron en relación con los siguientes componentes: planeación y coordinación, movilización social y comunicación, sistema de información, coberturas, seguimiento, monitoreo y evaluación. Asimismo, PAIWeb, red de frío, cargue masivo de información, ajuste de parametrización de segundo refuerzo del biológico.

En total 319 asistencias realizadas con 1 799 personas del talento humano en salud beneficiadas.



Foto 30. Jornada de vacunación, Arauca

Factores facilitadores y desafíos

Los actores territoriales lograron identificar aspectos facilitadores y desafíos que contribuyeron y dificultaron, respectivamente, el proceso de microplanificación. Estos fueron mencionados en los espacios de diálogo colectivo y se relacionan a continuación:

Facilitadores

Contar con orientaciones claras que delimitan la microplanificación: pero con suficiente flexibilidad para su adopción y adaptación en el territorio.

El trabajo articulado entre las entidades de salud y diferentes cooperantes facilitó la ejecución de las acciones de microplanificación.

Las articulaciones interinstitucionales e intersectoriales facilitan el trabajo en campo y aportan a las coberturas útiles de vacunación.

Implementar estrategias y acciones para contactar a representantes de las comunidades indígenas, posibilita el trabajo con esta comunidad y la operativización del enfoque étnico.

Talento humano con capacidad de flexibilizar sus acciones y adaptarse a los requerimientos del entorno y necesidades comunitarias.

Desafíos

Contextos socioculturales complejos, atravesados por la violencia y otros fenómenos sociales, que dificultan el despliegue de la estrategia en el ámbito territorial.

El censo y canalización de la población migrante a los servicios de salud porque se encuentran en movimiento constante.

Imaginarios sociales que todavía persisten, especialmente en padres de familia, que dificultan coberturas útiles de vacunación entre la población de niños, niñas y adolescentes.

Hace falta contar con un insumo de caracterización de los usuarios de las EAPB.

Sistema de información PAIWeb, que puede mejorarse para evitar rezagos en el reporte de información en los territorios y atrasos en entrega de carné de vacunación.

Fuente: Corral, Ruiz, Acosta y Muñoz (2022).

Logros significativos de la experiencia:

En el marco de la implementación del PNV contra la COVID-19, se identificaron las siguientes experiencias significativas. De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas, una experiencia significativa se caracteriza por generar buenos resultados e impacto positivo sobre las comunidades, satisface necesidades actuales, genera participación, involucramiento y adherencia de las comunidades y tiene potencial de repetición y fácil replicabilidad en otros contextos o situaciones. Teniendo en cuenta esto, las experiencias territoriales seleccionadas para presentar sus experiencias en el marco de los talleres colectivos fueron:

- Arauca, porque pese a su dispersión geográfica y contexto sociocultural y político, logró avanzar significativamente en vacunación de su población.
- El distrito de Barranquilla, por su capacidad de convocatoria, apalancada en estrategias de comunicación para la sensibilización y movilización social masiva de la comunidad.
- Buenaventura, por la elaboración de un instrumento de medición (encuesta de percepción) que ayudó a comprender las inquietudes de la población con respecto a la vacunación; además, hizo un trabajo con población con discapacidad auditiva mediante una jornada de capacitación.
- Cauca y Riohacha concentraron sus esfuerzos en promover la vacunación contra la COVID-19 conservando un enfoque diferencial étnico, que respondió a las características diferenciales de su población.
- Norte de Santander implementó estrategias para la convocatoria y canalización a los servicios de salud por parte de población migrante.
- Cesar diseñó un sistema de seguimiento y monitoreo que le permitió implementar acciones correctivas sobre la marcha, para obtener las coberturas esperadas en vacunación.

Lecciones aprendidas:

El proceso de sistematización señaló cinco lecciones aprendidas clave en el ámbito nacional y territorial. Estas fueron identificadas por los actores durante los talleres colectivos en los que se reflexionó sobre el proceso vivido durante la planificación e implementación de la estrategia del PNV contra la COVID-19:

- Las acciones de microplanificación: son de gran importancia, iniciando con el reconocimiento de las particularidades del territorio, la identificación de actores clave y necesidades de las comunidades. Es posible aterrizar una ruta segura para alcanzar en corto tiempo las coberturas útiles de vacunación en los territorios.

- El trabajo en equipo es esencial bajo acciones articuladas entre el talento humano que brinda la asistencia técnica y el que lidera la estrategia en la entidad territorial. Permite cerrar brechas de desempeño técnico y potencializar competencias y la transferencia horizontal de nuevos saberes que estarán permeando la respuesta actual y futura en los territorios.
- El fomento sistemático de capacidades técnicas al talento humano en salud es indispensable para sostener las acciones, lograr los resultados y contribuir con buenas prácticas de gobierno. Particularmente, en situaciones de crisis a adaptación al cambio es fundamental. Para la implementación del PNV contra la COVID-19 se requirió entrenar de forma sistemática frente a las orientaciones, lineamientos que se fueron adoptando a medida que trascurrían las fases del plan.
- La articulación con organizaciones de base comunitaria, líderes y lideresas hace posible el desarrollo de las jornadas. Son aliados comprometidos con la consecución de coberturas útiles de vacunación. Siempre dispuestos a resolver tensiones en las comunidades y facilitar espacios para sensibilizar frente al proceso, desmitificándolo y movilizándolo en las voluntades en las comunidades que representan.
- El seguimiento y monitoreo sistemático, controlado y compartido permiten generar confianza en las autoridades, instituciones y comunidad. Dan consistencia a la toma de acción, anticipan situaciones que, de no ser atendidas, afectarían la ejecución del PNV; permiten, como en el caso de Colombia, la flexibilización de medidas basadas en la evidencia, minimización de riesgos, daños y efectos adversos.

Recuadro de síntesis de la principal lección aprendida y recomendación:

Para desarrollar acciones de microplanificación, es importante realizar una aproximación territorial que permita conocer las particularidades del contexto y rastrear actores clave para generar vínculos y alianzas que faciliten entrar en contacto con la población y superar las desigualdades sociales para el *logro* de coberturas (etnia, género, situaciones y condiciones de vulnerabilidad, región-territorio). En esta medida, apropiarse del enfoque diferencial y territorial es necesario para desarrollar acciones comunitarias que deben tejerse con la comunidad, construirlas con y para ellas y de esta manera ser sostenibles.

Sostener los procesos de microplanificación en el programa regular de vacunación es esencial para la seguridad sanitaria de la comunidad de acogida, población migrante y retornada.

Agradecimientos: Al equipo PAI de las entidades territoriales.

Referencias

- Calderón. (2016). Unidad Didáctica I la investigación cualitativa en atención primaria: aspectos teóricos y ámbitos de aplicación. <https://www.researchgate.net/publication/334520148>
- Corral, J., Ruiz, V.E., Acosta, J., Muñoz, B. (2022). Sistematización de la micro planificación en el marco del Plan Nacional de Vacunación contra COVID-19 (PAI-COVID). El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID. Rockville, MD: Abt Associates Rockville
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & saúde coletiva*, 17, 613-619.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Lineamientos generales para el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en el contexto de la pandemia de COVID-19. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS15.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Decreto 109 de enero de 2021. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 y se dictan otras disposiciones. <https://www.dssa.gov.co/images/vacunacion/decreto-109-de-2021.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Resolución 1151 de 2021. Por la cual se establecen nuevos lineamientos técnicos y operativos a la aplicación de vacunas contra el COVID-19 y se dictan otras disposiciones. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201151%20de%202021.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Marco general para el desarrollo de los Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/marco-general-covecom.pdf>

Experiencia 3.2

Ma konocimiento ri palenge, andi KOBID-19: ke gue mini a ma trojas, ri to posa, pa kucha, chitia a ma kuagro, ma changaina, aguelo, aguela y cha **La sabiduría de la comunidad palenquera frente a la COVID-19: el regreso a los patios de las casas a escuchar a los kuagros, las mujeres, abuelos y abuelas. San Basilio de Palenque**

Relatado por: Luis Ricardo Navarro D.

Volver a los patios de las casas de Palenque: el reencuentro con las abuelas

San Basilio de Palenque es un corregimiento de Mahates, Bolívar, ubicado en las faldas de la subregión de los Montes de María a 45 minutos de Cartagena, al norte de Colombia. El Censo DANE 2005 estimó un total de 7 470 personas autoreconocidas como palenqueros, de las cuales el 50,5 % son hombres y el 49,45 % mujeres. Se trata de una población que conserva desde el proceso colonial de esclavización usos y costumbres anclados a su cotidianidad y formas de entender y sentir el mundo. La comunidad reconocida como la primera población libre de América conserva su lengua nativa y sus raíces africanas. Debido al confinamiento producido por la COVID-19 se fortalecieron los espacios y tiempos para encuentros en los núcleos familiares. De esta forma, las conversaciones con los adultos mayores, los niños, niñas y jóvenes reafirmaron el uso de la lengua palenquera y su autoreconocimiento. Los procesos educativos volvieron a las formas locales y a las estructuras familiares.

Los abuelos y abuelas adquirieron relevancia nuevamente en el proceso educativo de menores de edad. Los niños y las niñas comenzaron a reconocer la lengua más pura, producto de su relación con sus abuelas.

«Yo resumo la experiencia de la pandemia en San Basilio de Palenque en dos cosas. Una, el volver al uso de las plantas medicinales y otra el apego a los seres queridos y el fortalecimiento del vínculo familiar. Compartir historias nos sirvió para no pensar en la muerte». (Mujer palenquera, entrevista, febrero de 2023)

Los procesos educativos marcaron durante la pandemia una diferencia entre las dinámicas de educación. La escolar formal, impartida en las instituciones educativas por los docentes y las formas ancestrales de educación, que se empezaban a recuperar y visibilizar en los patios de las casas del poblado. La pandemia trajo consigo al verdadero *piacha*, el maestro de la lengua tradicional. Es decir, los adultos mayores y mayores.

Con el aislamiento y resistencia social, las escuelas de danza y música dejaron de funcionar. También fueron apagados los tambores. La COVID-19 se convirtió en una amenaza para la cultura. Sin embargo, con la reapertura y reactivación de vida social, en Palenque se crearon nuevos semilleros de música, nuevas escuelas de danza y música como, por ejemplo, *Famía ri tabalá*, que traduce «Familias de tambores», constituidos por niños y niñas entre 6 y 12 años en el sector de Chopacho, Barrio Abajo.

Gran parte de la vida cotidiana de San Basilio de Palenque se desarrolla en los patios de las casas, muchos de ellos compartidos por varios núcleos familiares y varias viviendas. Con el confinamiento la gente se volvió a encontrar en los patios y, por ejemplo, costumbres basadas en la comida tradicional fueron transmitidas desde las abuelas a las nuevas generaciones. «*La gente volvió a preparar la mazamorra de maíz pilado la misma que hoy, en el mundo actual, la gente le da pereza preparar. En este aspecto la abuela palenquera fue protagonista*» (mujer palenquera, entrevista, febrero de 2023). Con la pandemia se evidenció el fortalecimiento y reactivación de la estructura social de la comunidad, en específico del kuagro (organización social por edades, tradicional y heredada de África), cuyos valores comunitarios son la solidaridad y la consideración. A partir de los kuagros se diseñó la estrategia para enfrentar la crisis sanitaria producida por la COVID-19.

Los kuagros se convirtieron en gestores, ante la comunidad nacional e internacional, de ayudas humanitarias centradas en apoyo alimentario e insumos para la salud. Los kuagros palenqueros diseñaron estrategias relacionadas con proyectos productivos como aporte a la sostenibilidad de la comunidad. El diseño de estrategias por parte de palenqueros y palenqueras para poder sobrevivir está anclado a la historia de esclavización y colonización que tuvo que enfrentar esta comunidad en siglos anteriores. «*Si la comunidad no se hubiera organizado, el pueblo hubiera desaparecido en aquella época y en ésta*» (Mujer palenquera, entrevista, febrero de 2023).

La sobrevivencia y la libertad fueron parte de la lucha del movimiento cimarrón a través de diversas estrategias propias de sus pobladores. A pesar de la crisis producida por la COVID-19, el corregimiento de San Basilio de Palenque logró fortalecer la organización de la misma comunidad, así como sus organizaciones de base tradicional. De hecho, según el inspector del corregimiento, durante la pandemia en Palenque, en el territorio, hubo una vida normal.



Foto 31. Patios de plantas naturales, San Basilio de Palenque

Procesos de recuperación y fortalecimiento de la medicina tradicional palenquera en contextos de la COVID-19

Antes de la pandemia se habían debilitado en San Basilio de Palenque los procesos de medicina tradicional. Uno de los factores tiene relación con la dificultad de transportar desde los campos y fincas las plantas al poblado. Para ello, una vez llegada la pandemia, los hombres reasumieron esta función e hicieron parte de la dinámica de reactivación del uso de plantas medicinales. Dada la emergencia, la gente volvió a encontrarse en el patio con procesos y narrativas que reconocen el poder de esas plantas medicinales. Para ello, el saber que podían transmitir las abuelas fue determinante. Dada la necesidad originada por la pandemia, muchas personas conocieron las plantas medicinales, sus procesos y sus utilidades.

De forma complementaria con los patios de las casas, de San Basilio de Palenque, existe un espacio de medicina tradicional especializado en la siembra de plantas medicinales. Se llama Patio Sikito. Es un lugar comunitario de libre acceso donde la gente puede buscar las plantas que necesite para su uso y tratamiento. «*Casi toda la*

comunidad llegó a este espacio para protegerse de la COVID-19, sin ningún costo» (Médico tradicional, entrevista, febrero de 2023). A partir del legado de los ancestros, los saberes tradicionales conservados a través del tiempo, el pueblo palenquero por medio de sus médicos tradicionales se autodeclara como el primer pueblo libre de la COVID-19 de Colombia.

Entonces, se reactiva la fase de la siembra de plantas medicinales en los patios de las casas de la comunidad conocidos como trojas. Se volvieron a sembrar plantas como anamú, salvia, moringa, la flor de muerto, yerba limón, verbenas, menta, las cinco llagas, la capitana, chocolatillo y jengibre. En la actualidad (2023) es posible encontrar el sembrado de estas plantas en los patios de las casas de la comunidad. Para el caso de los niños y niñas la tradición indica un baño por parte del médico tradicional con un rezo específico de tradición africana. Los sabedores empezaron a regalar algunas plantas medicinales. *«En ese entonces mi patio quedó sin plantas, se acabaron, yo regalaba la mayor cantidad posible»* (Mujer palenquera, entrevista, febrero de 2023).

La reactivación entre sus pobladores del uso de las plantas medicinales como mecanismo de prevención del virus y de fortalecimiento del sistema de salud de la comunidad fue una constante. Plantas propias del territorio como té de eucalipto, bebidas de toma caliente tradicional para la gripa a base de plantas como verbena y la toma denominada como las tres raíces (raíz de la verbena, raíz de la anamú y la raíz del chocolatillo), regresaron a la vida cotidiana de la población.

«Bebidas calientes como la sopa, el caldo y el té eran considerados efectivos para matar el virus» (Mujer palenquera, entrevista, febrero de 2023). Otra de las bebidas utilizadas fue el contra, preparación que incluye más de 15 plantas medicinales mezclada con ñeque (bebida tradicional palenquera). El ñeque produjo un efecto protector de la comunidad. El ñeque como bebida tradicional de San Basilio de Palenque fue reafirmada por la comunidad palenquera desde sus poderes curativos.

«Pero la importancia no está en el ñeque sino en las plantas, en las raíces que contiene su preparación. Por ejemplo, esta botella de acuerdo con el conocimiento del sabedor y el uso de plantas medicinales puede prepararla de diferentes formas. En esta botella tenemos cuartillito, malambo, bejuco cadena, capitana. Se mezclan raíces amargas y raíces dulces como el malambo y el cuartillito. La capitana es una planta fuerte, amarga, para preparaciones que llamamos el ron compuesto» (Médico tradicional, entrevista, febrero de 2023)

Las personas que eran identificadas con la COVID-19 o potencialmente contagiadas, eran inicialmente discriminadas y aisladas dentro de la comunidad. *«No tuvimos un acompañamiento de una Entidad Promotora de Salud que hiciera acompañamiento de síntomas, pruebas y estadísticas dentro de la comunidad»* (Mujer palenquera, entrevista, febrero de 2023). El tratamiento fue en su mayoría local, propio, ancestral y empezaba con bebidas tradicionales preparadas con plantas medicinales.

Según los médicos tradicionales, había muy poco uso del tapabocas en la comunidad. Con el fallecimiento de una persona de la comunidad por la COVID-19, avanzó el proceso de sensibilización frente a las medidas sanitarias de la emergencia sanitaria. Muchas personas no creían en el poder letal de la COVID-19. «*Algunos pocos contagios se dieron en la comunidad por el incumplimiento a las normas de confinamiento, el irrespeto al cerramiento de caminos de acceso y por la indisciplina de algunas personas en su comportamiento y cuidado de salud*» (Mujer palenquera, entrevista, febrero de 2023). En medio del aislamiento, la crisis económica se agudizaba.

Sin embargo, la comunidad generó una red de apoyo basada en los kuagros y el gabilaneo (intercambio de productos) para cubrir necesidades expresadas por algunas personas en la comunidad. «*Yo no tengo arroz, pero tengo yuca, entonces vamos a hacer ese cambio*» (Mujer palenquera, entrevista, febrero de 2023). Esta se trata de costumbres ancestrales como el trueque o cambio de mano que consiste en dar o compartir con el que no tiene o cambiar por algo que se tiene con alguien que no lo posee, se fortalecieron. Compartir el bastimento, la mano de popocho, la mano de plátano, la mano de ñame, la mano de yuca. Se gestionaron mercados.

Estrategias comunitarias, mujeres palenqueras y vacunas. Kuchá suto andi posa ri cultura (escúchanos de casa en casa)

La mujer palenquera fue el fundamento de la estrategia comunitaria para enfrentar la emergencia de la

COVID-19. Lideraron los procesos, gestaron recursos, educaron, sensibilizaron, informaron, aplicaron la medicina tradicional y fueron las guardianas de toda la comunidad. Desde la mujer se concretó el complemento y diálogo de la medicina tradicional y la medicina occidental. Con la crisis, ellas gestionaron donativos relacionados con tapabocas, alcohol y gel por parte de la alcaldía de Mahates, Bolívar, municipio al cual se encuentra adscrito el corregimiento de San Basilio de Palenque. Parte de la estrategia comunitaria fue aplicada por el mismo tejido social a través de la palabra, en este caso, usada para convencer a la persona que no tenía la COVID-19. En el contexto de la pandemia se identificaron como procesos con alto riesgo de impacto comunitario dinámicas asociadas a la economía, la agricultura, la ganadería y otros procesos productivos agrícolas, el turismo, la venta de dulces y ventas de licores y bebida tradicional. Los hombres también se ven afectados por sus productos agrícolas. A pesar de estar en el campo, también tenían miedo de salir de sus casas.

Con ello, llegan las dificultades de acceso y comercialización de sus productos. Todos sus productos bajaron de precio ante el mercado; lo producido quedó estancado en el campo y arrumado en algunas casas de la comunidad perdiendo cada día valor comercial y alimenticio. Los hombres se debilitaron física y emocionalmente y, a partir de la tensión de no tener el sostenimiento diario económico, comenzaron a surgir algunos problemas intrafamiliares. Algunos hogares se dividieron, configurándose nuevos divorcios y el inicio de la fase más crítica desde el comienzo de la enfermedad.



Foto 32. Entrevista comunitaria, San Basilio de Palenque

Se registran evidentes afectaciones económicas, a la salud mental, emocional y física.

Las redes sociales, en especial los grupos de WhatsApp, sirvieron como una plataforma de orientación y contacto, tanto con el profesional en medicina que se encontraba fuera de la comunidad como con el saber tradicional, que también transmitía información por esas plataformas.

En su momento, los adultos mayores no querían aplicarse la vacuna porque la asociaban con la muerte. El imaginario colectivo la asociaba con un producto que se hizo para acabar con la gente. Para los adultos

mayores palenqueros, la COVID-19 estaba asociada con algo extraño que había llegado al mundo. Era más asociada con un invento, pero no una enfermedad. Sobre la vacuna se crearon muchos mitos. Algunos de ellos aún vigentes en la comunidad. Los relatos definen la vacuna como algo malo, algo inventado para acabar con la gente. A través del diálogo se logró convencer del poder de protección de la vacuna. Mucha gente se abstuvo de aplicarse la vacuna, más que todo la población adulta mayor. *«A los adultos mayores había que enamorarlos para poder aplicarles la vacuna»* (Mujer palenquera, entrevista, febrero de 2023). Se acudió a personas reconocidas en la comunidad con el fin de presentarlas como las primeras en aplicarse

la vacuna y así generar un contexto de confianza en el resto de los pobladores.

El equipo de personas designadas para aplicar la vacuna fue conformado por enfermeras comunitarias palenqueras. No fue un personal extraño a la comunidad. Esto influyó en que parte de la comunidad accediera a la aplicación de la vacuna. *«De hecho, al pueblo llegaron personas a aplicar la vacuna, pero se tenían que devolver con las dosis completas»* (Mujer palenquera, entrevista, febrero de 2023). La confianza, familiaridad y cercanía entre la población palenquera y el equipo de vacunación, en este caso, palenquero, influyó en la decisión de vacunarse. Un grupo de mujeres nativas acompañaban a los equipos de vacunación para lograr mejores índices de vacunación en la población. Según datos de líderes y lideresas de la comunidad, actualmente aproximadamente el 30 % de la población no se ha vacunado. Sobre esto no hay registros oficiales, pero sí historias por parte de la comunidad.

COVID-19 en clave audiovisual palenquera. Pandemia: mujeres afro de los Montes de María

Las mujeres palenqueras que acompañaban y atendían la emergencia fueron las primeras en aplicarse la vacuna y en invitar a su familia cercana a que también lo hiciera. Todo ello como ejemplo y referencia visible para el resto de la comunidad. *«Ofrecimos a nuestras abuelas, madres, hijas embarazadas, niños y niñas de nuestras familias como ejemplos de vacunación ante la comunidad»* (Mujer palenquera, entrevista, febrero de 2023).

En este contexto las mujeres palenqueras reinventaron la relación con el mundo exterior. Ellas son pilares del equilibrio económico de la comunidad, dado que desarrollan la tradicional actividad de venta de dulces palenqueros en las calles de ciudades nacionales e internacionales. Sin embargo, en su obligado retorno a la comunidad, las mujeres vivieron un proceso de marginación y obligada movilidad similar al del proceso de esclavización vividos en épocas de la colonia.

Las mujeres reinventaron el sistema económico palenquero sin desligarse de lo tradicional. La innovación, comercialización e impacto de sus productos con el tiempo se readaptó, reinventó y fortaleció. Esta estrategia fue replicada de forma estructural en todas las dimensiones económicas y culturales de la comunidad, en sectores como el turismo, el educativo, el musical, el agrícola, entre otros. Estas historias fueron registradas por el proyecto audiovisual *Pandemia: mujeres afro de los Montes de María*, proyecto financiado por Proimágenes. Se trató de una miniserie documental que documentó cómo vivieron las mujeres, su cotidianeidad, antes, durante y después en adaptación a la pandemia. Las protagonistas fueron más de 20 mujeres vendedoras de dulces del territorio.

De esta forma, las mujeres que vendían dulces fuera del territorio tuvieron que regresar y el comercio quedó solamente interno. Algunas dejaron de vender. La presentación de los dulces en la ponchera necesitó de la aplicación de práctica de higienes más robustas. Los dulces no podían estar al aire libre y las

historias orales que las mujeres cuentan o cantan mientras vendían sus dulces, desaparecieron del escenario público.

Las mujeres a través de sus hijos empezaron a crear páginas en internet y en aplicaciones digitales para la venta de sus productos en diferentes redes sociales, que evidencia una mezcla entre lo tradicional y la tecnología. Los videos realizados gracias al proyecto *Pandemia: mujeres afro de los Montes de María* fueron enviados a organizaciones públicas y privadas, secretarías, gobernaciones y hasta a la propia Presidencia de la República. Estos registros fueron útiles para dar a conocer la vulnerabilidad en la que se encontraba la población dadas las pocas formas de sobrevivir. Como consecuencia, se inicia el envío de donativos por parte de comunidad externa. En Palenque, las primeras receptoras fueron las mujeres vendedoras de dulces, dado que ellas son la columna principal del sustento económico de la población. Ante la crisis sanitaria, las mujeres demostraron procesos de resistencia, empoderamiento y firmeza para sostener el tejido social palenquero.

El confinamiento trajo consigo algunas oportunidades. La gente en la comunidad de San Basilio de Palenque empezó a volver a escuchar cuentos, mitos y leyendas en los patios de las casas. Una de las entrevistadas, comunicadora comunitaria palenquera, se propuso rescatar, registrar y sistematizar en un libro esas historias, cuentos, mitos y leyendas. El ejercicio de la escritura de algunos cuentos tradicionales de la comunidad se plasmó en el libro titulado *Los cuentos de mi abuela* publicado en 2023, por el Proyecto Reflejo Sur. El libro fortaleció y motivó el uso y práctica de la lengua palenquera en contextos de pandemia. Jóvenes que se encontraban distantes de la lengua palenquera inician un proceso de familiaridad y comprensión de la lengua palenquera. La cosmología de la comunidad palenquera apuesta por una visión de mundo narrado y lleno de sentidos, mágico y plural. La pandemia fue la oportunidad para reafirmarse como una comunidad con fuertes procesos de resistencia, los cuales mezclan la mirada ancestral y contemporánea de la condición humana de hoy.



Foto 33. Médico tradicional, San Basilio de Palenque

Recuadro de la principal lección aprendida y recomendación:

La vivencia de la COVID-19 en San Basilio de Palenque permitió recuperar espacios y tiempos para encuentros de los núcleos familiares. El regreso de las conversaciones con los adultos mayores y los niños, niñas y jóvenes fortalecieron el uso de su lengua, la educación tradicional y ancestral, así como su autorreconocimiento e identidad. El tiempo de pandemia se convirtió en la posibilidad de volver a la siembra de plantas medicinales en los patios de las casas, como mecanismo de prevención del virus y de fortalecimiento del sistema de salud de la comunidad. Ante la crisis sanitaria, las mujeres demostraron procesos de resistencia, liderazgo, empoderamiento y firmeza para sostener el tejido social comunitario. Las mujeres se convirtieron en la primera línea del territorio para enfrentar la COVID-19, dado que se formaron como promotoras de salud e impulsaron los procesos para mantener el equilibrio del tejido social durante la emergencia, la estabilidad de la salud mental de los nativos y el constante mejoramiento de los indicadores de salud durante el tiempo de pandemia.

Agradecimientos a la comunidad del corregimiento de San Basilio de Palenque, Bolívar-Colombia. Claren Simarra (comunicadora social, Colectivo de Comunicaciones Kuchá Suto), Gleidis Paola Salgado Reyes (docente de etnoeducación y gestora cultural), Antonia Casiani (sabedora Palenquera), Solbay Cáseres Cabarcas (sabedora palenquera), Ambrosio Herrera Cáseres (médico tradicional), Pedro Reyes Miranda (médico tradicional), Segundo Cáseres Reyes (inspector del corregimiento de San Basilio de Palenque, Bolívar y coordinador de la Guardia Cimarrona), Moraima Simarra Hernández (docente etnoducadora y rezandera), Karina Herrera Miranda (pedagoga infantil y bibliotecaria palenquera), Bernardino Reyes Miranda (docente y representante de la casa museo), Ricardo Caseres (sabedor de la medicina tradicional) y Diego Armando Caseres (fotógrafo comunitario).

Experiencia 3.3

Apoyando la resiliencia de niños y familias en la frontera colombo - venezolana durante la pandemia por COVID-19. Villa del Rosario

Relatado por: Erika Palacio Durán

La fundación «Comparte por una vida, Colombia» es una entidad sin ánimo de lucro que nace en 2018 con la misión de cerrar brechas de desigualdad entre la población migrante y de acogida en Colombia. A través del modelo *Quédate en la Escuela*, la organización trabaja en instituciones educativas de distintas ciudades en el Norte de Santander para «promover los derechos, deberes, bienestar y la inclusión de estudiantes migrantes y locales» (directora de la Fundación, entrevista, marzo de 2023).

El modelo *Quédate en la Escuela* promueve la permanencia escolar de niños, niñas y jóvenes migrantes y colombianos a través de sus tres componentes clave. En primer lugar, se llevan a cabo actividades para combatir la desnutrición, incluyendo la promoción de buenas prácticas de salud alimentaria y nutrición. En segundo lugar, se promueve la salud pública a través de la gestión, promoción y prevención en salud, así como el autocuidado. Por último, se fomenta la integración social y ciudadanía, promoviendo los derechos y deberes para una convivencia sana, generando espacios de diálogo, actividades de intercambio cultural y gobernanza por medio de la promoción de los derechos humanos.

En febrero de 2020 la fundación recibió la visita de Tinker Foundation (TF). Durante su estadía, conocieron el trabajo que se venía realizando en aras de conseguir recursos para ampliar la atención del programa de desnutrición y fomentar la permanencia escolar de 100 a 500 niños, a pesar de las dificultades. Sin embargo, la pandemia de la COVID-19 declarada por la OMS el 11 de marzo de 2020 y la posterior emergencia sanitaria decretada a nivel nacional el 16 de marzo, obligaron a suspender las clases presenciales en todo el país.

La llegada de la pandemia generó incertidumbre en el personal de la fundación, que tuvo que adaptar su enfoque del modelo *Quédate en la Escuela al Quédate en Casa*. Esta situación motivó al equipo a replantear su estrategia

y buscar formas de mitigar la vulnerabilidad de los niños y sus familias. Fue entonces cuando surgió la propuesta de trascender el *Quédate en Casa* y adoptar un enfoque de Ir a las Casas. La primera decisión tomada fue informar a TF quiénes eran los financiadores del proyecto inicial, sobre la situación de emergencia en el contexto colombiano y el replanteamiento propuesto para brindar apoyo a los niños y sus familias durante este proceso.

Al proponer el ajuste de la estrategia fue fundamental que TF hubiera visitado presencialmente a la Institución Educativa La Frontera en el municipio de Villa del Rosario, Norte de Santander, donde la fundación «Comparte por una vida, Colombia» ejecutaba uno de sus programas antes del brote de la pandemia en febrero. Al ser testigos del impacto social y la importancia del trabajo realizado, TF señaló que contaban con recursos adicionales para apoyar la resiliencia, inicialmente, de 38 familias frente a la epidemia, reconociendo que la labor en el departamento de Norte de Santander no podía interrumpirse.

A finales de marzo de 2020 se diseñó una estrategia para llegar a las casas de los niños mediante una caracterización exhaustiva que permitió conocer las situaciones y problemas que afectaban a sus familias. Esto ayudó a ampliar la visión de la fundación que se tenía antes de pandemia. Trascendiendo la situación del niño, en el contexto que se encontraba detrás de él y de su familia, superando el temor frente al contagio de una enfermedad prácticamente desconocida en aquel entonces.

A partir de la caracterización realizada se identificaron diversas situaciones preocupantes, como el hacinamiento, la falta de acceso al agua potable y la vulnerabilidad de adolescentes en pleno desarrollo. En respuesta, la fundación «Comparte por una vida, Colombia» creó nuevos proyectos para abordar estas problemáticas. Uno de ellos es *Salud menstrual y salud sexual y reproductiva*, que busca empoderar a niñas, adolescentes y mujeres en el municipio de Villa del Rosario, Norte de Santander, brindándoles herramientas para su autocuidado y autoprotección. También surgió el proyecto MERGED (siglas en inglés de Migrants are Empowered and their Rights are Guaranteed Through Equity Dialogues), cuyo objetivo fue fomentar el diálogo en la frontera colombo-venezolana para promover los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes (NNA).

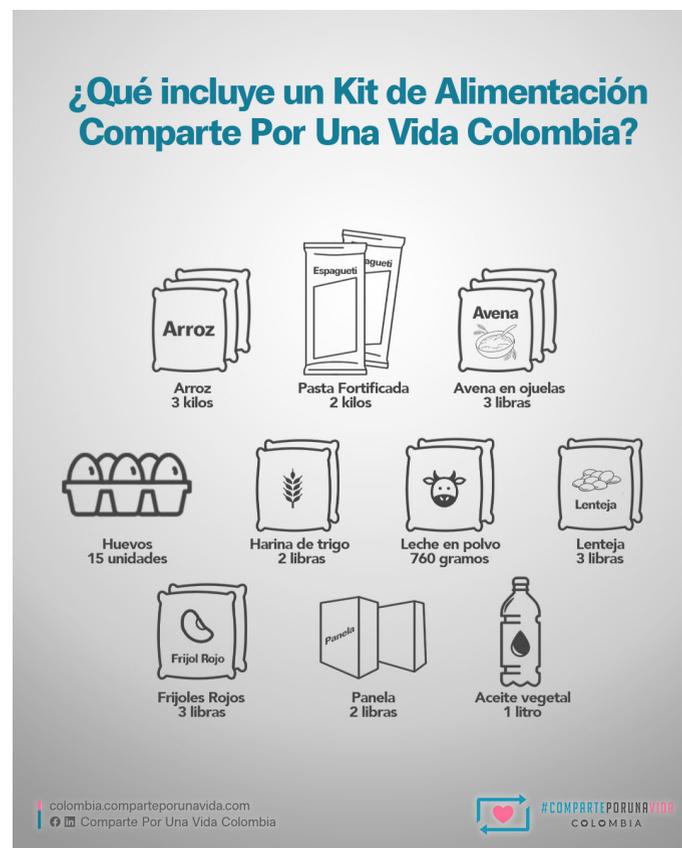
La estrategia de acercamiento casa a casa permitió la visibilización del trabajo de la fundación y generó un importante impacto social al vincular a un total de 56 voluntarios comprometidos con la labor altruista. Estas personas realizaron mediciones antropométricas, entregaron kits de alimentación y desarrollaron diversas actividades en beneficio de la comunidad. Este acercamiento también fortaleció la confianza y el valor de la comunidad en la fundación, generando un ambiente de colaboración y apoyo mutuo entre la fundación, la comunidad educativa y las familias.

Las alianzas estratégicas fueron cruciales para lograr los objetivos propuestos por la fundación. La colaboración con la empresa privada, el gobierno local

y regional, y otras organizaciones no gubernamentales (ONG) permitió suministrar 583 kits nutricionales y 3 252 tratamientos nutricionales a través del programa *Combatimos la desnutrición*. Restaurante Puerto Seguro y Movimiento Colombia Cuida a Colombia fueron algunos de los aliados que participaron en esta experiencia. Los kits nutricionales contenían alimentos básicos como arroz, pastas, avena, huevos, harina de trigo, leche en polvo, lentejas, frijoles, panela y aceite vegetal, los cuales cubrían la carga calórica de una familia de cinco personas (Figura 10). Además, se proporcionó el tratamiento nutricional aprobado por UNICEF y el MSPS, Plumpy'Doz, diseñado para la recuperación de la desnutrición en niños mayores de seis meses.

La colaboración con la Fundación Manitas Amarillas fue esencial para asegurar la logística de la entrega de mercados a las familias de los niños beneficiados por nuestro programa. Gracias a esta alianza, también se pudo proporcionar 595 unidades de higiene y kits de bioseguridad que contenían elementos vitales para la prevención del contagio de enfermedades, como jabones, detergentes, gel antibacterial y tapabocas. En la Figura 11 se puede observar los contenidos de los kits de bioseguridad entregados.

Figura 10. Contenido del kit de alimentación por Comparte por una vida, Colombia



Fuente: Comparte por una vida, Colombia (2022).

Figura 11. Kit de bioseguridad entregados por Comparte por una vida, Colombia



Fuente: Comparte por una vida, Colombia (2022).

La estrategia de comunicación de la fundación fue fundamental para llegar a los niños y sus familias. Se utilizaron diferentes medios, como WhatsApp, el portal web y el voz a voz, lo que permitió que las familias de los niños que formaban parte del programa nutricional pudieran entrar en contacto con el personal de la fundación. Además, se estableció una

comunicación cercana con la Institución Educativa La Frontera, otro aliado estratégico que abrió sus puertas para que la fundación ejecutara sus programas y, además, involucró a docentes, padres de familia, cuidadores principales y los mismos alumnos.

Como parte de las estrategias de comunicación y de sostenibilidad de la estrategia se hizo una campaña de recaudación de fondos para continuar apoyando los tratamientos nutricionales y las ayudas alimentarias brindadas a los beneficiarios del programa. Al final de la campaña se logró un recaudo total de USD10000 dólares, destinados a potencializar todas las acciones que se estaban ejecutando.

La educación brindada a las familias en nutrición balanceada y en higiene, apoyada con el desarrollo de infografías que reforzaban cada uno de estos temas, fue una acción fundamental para la sostenibilidad de la recuperación de la desnutrición de los niños participantes en el programa. Gracias a esto, el 94% de los 472 niños respondieron positivamente al tratamiento y evidenciaron una notable recuperación nutricional. Además, se realizaron 5 actividades educativas que beneficiaron a todos los estudiantes y 103 familias en condición de vulnerabilidad. Estas acciones no solo fortalecieron capacidades para la población ubicada en la frontera, sino que también mitigaron las brechas existentes que afectan a comunidades vulnerables, como personas migrantes, rurales, desplazadas y de acogida, permitiéndoles acceder a oportunidades que el país ofrece.

Durante la emergencia sanitaria por la COVID-19, la

fundación atendió a más de 1 400 familias, beneficiando a un total de 10 460 personas directamente, a las que se sumaron las 314 dosis de vacuna contra la COVID-19 que se aplicaron. Se logró la adhesión de más de 42 socios y aliados, así como la participación de un equipo de 56 voluntarios comprometidos, lo que ha sido reconocido por entidades importantes como USAID y OIM, que destacaron la labor desarrollada por la fundación.

Esta experiencia se convirtió en un proceso de aprendizaje para todos los miembros de la fundación, identificando oportunidades de mejora para la ejecución de futuros programas y proyectos y para la sostenibilidad de las acciones en el tiempo, a partir de la identificación de las necesidades reales de la población en el contexto en el que estas se desenvuelven con el fin de desarrollar acciones más certeras que aporten a la solución de sus problemas.

Los aspectos que, según los entrevistados, hubiesen podido ser mejores:

- Contar con un mayor número de aliados y socios para potenciar las acciones realizadas por la fundación «Comparte por una vida, Colombia».



Foto 34. Estrategia Resiliencia en población migrante-1

Logros significativos de la experiencia:

- La cercanía con los beneficiarios es fundamental para garantizar el éxito de las intervenciones, no solo con los niños y jóvenes, sino con todo el núcleo familiar, de tal forma que se puedan atender sus intereses y necesidades, haciéndolos partícipes activos en la construcción de las soluciones.
- El trabajo articulado con los profesores y directivos de la escuela pública La Frontera fue clave para garantizar la buena ejecución del programa. En este sentido, los profesores se convirtieron en coequiperos para el desarrollo del programa, brindando acompañamiento y permitiendo el acceso a las aulas para la realización de cada una de las actividades planteadas.
- El acercamiento a la comunidad posibilita la identificación de necesidades existentes en la población, las cuales pueden ser abordadas a través de programas con carácter interdisciplinar e intersectorial que puedan contribuir a su solución.
- La caracterización de la población beneficiaria debe ser siempre una prioridad, en tanto permite, no solo conocer a la población, sino también determinar las necesidades más urgentes e identificar soluciones a las mismas.
- El programa debe ser lo suficiente flexible como para asumir la ausencia constante del 10% de los beneficiarios diariamente.
- Para garantizar la sostenibilidad del programa es necesario incluir un componente de educación nutricional en el que participen tanto los niños y adolescentes como sus padres. Esto permitirá que las familias establezcan hábitos alimenticios saludables, lo que tendrá un impacto positivo en el estado nutricional de las familias.



Foto 35. Estrategia Resiliencia en población migrante-2

Recuadro de la principal lección aprendida y recomendación:

- El trabajo con las comunidades resulta más significativo y eficaz cuando son las personas quienes participan activamente en la toma de decisiones frente a las problemáticas que los aquejan.
- Las alianzas entre empresas y entidades tanto públicas como privadas son fundamentales para atender y dar soluciones oportunas y certeras a los problemas que aquejan a comunidades vulnerables.
- La cooperación internacional es un apoyo importante para mitigar las necesidades de poblaciones migrantes y de acogida.

Agradecimientos: Lala Lovera, cofundadora y directora ejecutiva de la fundación Comparte por una vida, Colombia; Edith Silva, cofundadora y subdirectora de la fundación; Gabriel Bergara, coordinador en Cúcuta; David Bautista, líder de comunicaciones, y Layla Barboza, oficial de proyectos.

Experiencia 3.4

Caminos conectados con la vida. Cartagena, Bolívar

Relatado por: Yaneth Herazo Beltrán

La experiencia *Caminos conectados con la vida* privilegió el cuidado en casa de las personas con la COVID-19 mediante estrategias de educación en salud, detección temprana de los riesgos de contagio y complicaciones. El reto fue conectar vidas a través de un proceso de coordinación, comunicación y entrenamiento del talento humano y personas atendidas en la IPS «Caminos IPS S.A.S.», bajo el direccionamiento establecido por el MSPS el 17 de marzo de 2020. La gerente de la IPS relata que la entidad es privada, con ánimo de lucro, constituida en el año 2014 y ubicada en Cartagena, Bolívar. La institución brinda atención a las personas afiliadas a la Empresa Administradora de Planes de Beneficios Mutual Ser EPS.

Los servicios ofertados son de atención básica en salud (medicina general, odontología, enfermería, vacunación, planificación familiar y laboratorio clínico), de atención complementaria (consulta externa especializada como: pediatría, medicina interna, servicio de nutrición y dietética, psicología, infectología, reumatología, psiquiatría, endocrinología, neumología general y pediátrica y diabetología) y 16 programas de gestión integral de riesgo dentro de los cuales están: atención de riesgo cardiovascular, artritis reumatoide, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, convivientes con el virus del VIH, obesidad, desnutrición, detección de cáncer de cérvix y mama, detección de cáncer de piel, falla cardíaca, salud mental, enfermedades huérfanas (hipertensión pulmonar, psoriasis, anemia de células falciformes) y gestión de personas víctimas de la violencia.

Con la declaración de la emergencia de salud pública de importancia internacional por la COVID-19, declarada por la OMS el 11 de febrero de 2020, la IPS Caminos IPS orientó y preparó al equipo para la atención en modalidad virtual, uso de protocolos de bioseguridad, atención domiciliaria y la toma de muestras en los usuarios, con la firme convicción de ser parte de la solución en la ciudad de Cartagena. A 31 de diciembre de 2021 el cuadro de trabajadores estuvo así (Tabla 9):

Tabla 9. Personal contratado por Caminos IPS a diciembre de 2021

Personal administrativo	Personal asistencial	Personal asistencial solo para la COVID-19	Personal administrativo solo para la COVID-19	Personal especialista	Total personal
142	276	70	34	45	567

Fuente: Castaño (2023).

La primera decisión fue el entrenamiento en el procedimiento de toma de muestras naso y orofaríngea mediante la técnica de hisopado el 6 de marzo del 2020, bajo el liderazgo de una funcionaria de Cuidado Seguro en Casa S.A., utilizando recursos pedagógicos virtuales de aprendizaje y también presenciales. Este entrenamiento logró garantizar la calidad en la toma de muestras y transporte de estas las cuales tenían que cumplir con estándares para evitar reprocesos o pérdidas de muestras, actividades a cargo de la dirección científica y los líderes y lideresas del laboratorio de Caminos IPS. Participaron en el entrenamiento profesionales en medicina, bacteriología, odontología y fisioterapia, auxiliares de enfermería y administrativos.

Inicialmente, se seleccionaron a los odontólogos para tomar las muestras, sobre la base que eran los profesionales que mejor conocen el aparato bucal, no obstante, debido a que este grupo de personas tenía alto riesgo de complicaciones ante un contagio por

presentar diferentes comorbilidades, se priorizaron a los profesionales en fisioterapia con menos riesgos. Como lo manifiesta la gerente (entrevista realizada, febrero de 2023): *«Resaltamos la disposición de todos los colaboradores de la organización para el trabajo en equipo, materializando uno de los 5 valores institucionales: buscamos en conjunto soluciones innovadoras y la llevamos a la acción»*. De igual forma, la institución estuvo siempre comprometida con el bienestar y la salud de sus colaboradores al realizar regularmente pruebas al talento humano, que según lineamiento del MSPS se recomendó la toma de la prueba inmediatamente se presentaran los síntomas o 3 días después de la exposición a un caso sospechoso o confirmada de la COVID-19 en personal asintomático. El suministro de las medidas de protección personal se realizaba semanal y diariamente la aplicación de protocolos de bioseguridad.



Foto 36. Caminos conectados con la vida-1

Los profesionales entrenados iniciaron el trabajo de campo, se controlaba el cumplimiento de las medidas de bioseguridad, la disposición de los insumos para la toma, rotulado y embalaje de las muestras. Al respecto, una de las entrevistadas expresa (Gerente de la IPS, entrevista, febrero de 2023): *«Tuvimos dificultades para comprar algunos insumos, como el medio viral; no fue fácil su compra por la escasez en los distribuidores»*. Se resalta la gestión realizada por la institución para la adquisición de los elementos de bioseguridad que permitió asegurar la protección del talento humano y optimizar su ejercicio y desempeño profesional.

La segunda decisión fue el enfoque educativo preventivo y de cuidado para salud a los usuarios, a

fin de generar capacidades y habilidades para afrontar la situación provocada por la COVID-19. En este sentido, la estrategia de promoción de prácticas saludables y acciones de prevención sobre las medidas no farmacológicas y la más relevante al inicio, quedarse en casa y la posterior vacunación fueron los pilares de la estrategia. El tercer elemento incluyó el seguimiento por profesionales en medicina, enfermería y fisioterapia a los pacientes con la COVID-19 sintomáticos con comorbilidades para identificar complicaciones tempranas que permitieran redireccionar con oportunidad la atención institucional en la red de IPS definidas por la Empresa Prestadora de Salud (EPS) para tal fin, dado que Caminos IPS brinda solo atención de carácter ambulatorio. Para esto, se entregaron 4 304 oxímetros de pulso y termómetros

y monitoreo telefónico diario, atención médica domiciliaria, lo cual generó un impacto positivo que evitó muertes debido al acceso rápido a la atención de urgencia y hospitalaria. Cabe anotar que siempre se atendió en la IPS a nivel presencial conservando las medidas de seguridad de pacientes que por su condición debería atenderse y evitar aglomeraciones en los servicios de urgencias.

En Cartagena, la IPS Caminos tiene un potencial de población para atender en promedio 190 000 usuarios al año. En el marco de las medidas preventivas sanitarias emanadas del MSPS, el 6 de abril de 2020 se decide emitir un comunicado masivo a los usuarios a través de mensajes de texto, con información relevante sobre la adopción de medidas preventivas y signos y síntomas de alerta para consultar de forma presencial a la IPS. En ese momento fue relevante la disponibilidad de tecnologías de la comunicación para mantener el contacto con los usuarios. Esto llevó a innovar diferentes estrategias de información en salud, como fue la disposición de 60 Troncales SIP, 70 de Movistar y 30 de Tigo y canales virtuales (Instagram, correos electrónicos, página web institucional y chat administrativo) para orientar el acceso a los servicios de salud. Se implementó el servicio de teleconsultas a través de teléfono móvil y fijo, con cobertura de 24 horas al día.

El eje central fue controlar el aforo en las instalaciones de la institución, por ello la gestión de diversas formas y mediaciones en la atención y acercamiento a la población se convirtió en el objetivo del equipo de trabajo. Otra de las innovaciones fue el desarrollo

de un aplicativo que se nombró COVIDev (las dos últimas letras corresponden a los nombres de los técnicos que diseñaron el software), el cual se utilizó para llevar el registro y el control de los pacientes sospechosos y confirmados, a quienes se les realizaba el seguimiento domiciliario. COVIDev fue el software que soportó la gestión de los procesos de atención en Caminos IPS facilitando una respuesta rápida y oportuna a los requerimientos de las diferentes EPS y entes de control, asimismo, permitía almacenar los datos de seguimiento de los pacientes durante la emergencia para su análisis e interpretación.

Entre una de las prácticas exitosas documentadas fue el uso de mensaje masivo de texto con información preventiva y alertas, lo que permitió que las personas *«no se movieran de la casa, que nosotros estábamos para atenderlos en su propia casa»*. Para que esta información llegara a la población fue necesario la articulación con Mutual Ser EPS. Ambas instituciones sumaron el uso de las tecnologías disponibles en corto tiempo. El acceso a las plataformas facilitadas entre los sistemas de información permitió el acercamiento eficiente a las personas y la interoperabilidad entre el software de citas y la tecnología como la App Zona SER que facilitó el acceso oportuno a las citas y la información de síntomas. Otras instituciones con las cuales se realizó la gestión colaborativa fueron el Laboratorio Departamental de Salud Pública de Bolívar, Clínica Crecer, Sura EPS (quienes fueron los que entrenaron en la estrategia de clasificación de riesgo e intervención), Salud Total EPS, Sanitas EPS, Coosalud EPS, el laboratorio de la Universidad de Cartagena y el Centro de Regulador de Urgencias.



Foto 37. Caminos conectados con la vida-2

Bajo el liderazgo del Director del CRUE de Cartagena se capacitó al personal de la IPS sobre la respuesta de atención 24 horas del servicio de ambulancia (el cual fue implementado por Caminos IPS solo para atención de la pandemia con posterior desmonte) y el entrenamiento en el embalaje de cadáveres y el manejo de documentación para certificaciones de defunción.

El uso de las tecnologías de la información y la comunicación para la gestión de riesgo y atención tuvo doble propósito: el primero, mantener la atención regular en la IPS y, segundo, proteger a los profesionales, especialmente, a los que tenían condiciones crónicas de los riesgos de contagio y evitar el despido masivo de profesionales como odontólogos a quienes se les reasignaron labores de pruebas para la COVID-19 o labores educativas vía telefónica hacia los pacientes de higiene oral y alerta referente a síntomas o qué hacer frente una urgencia odontológica hasta que el MSPS

levantó la restricción frente a este servicio. Este fue el desafío permanente para la organización, toda vez que la IPS no estaba preparada para ofrecer atención bajo la modalidad de teleasistencia (virtual). Sin embargo, fue posible vencer los obstáculos con los esfuerzos propios y con la articulación de la EPS Mutual SER. Entre los servicios de teleasistencia que ofrecieron se encuentra la telerehabilitación de pacientes con la COVID-19 y con síndrome post-COVID-19 y otras patologías. Así como el seguimiento virtual a los planes de atención de medicina general, nutrición, trabajo social, psicología, reumatología, medicina interna, cardiología, dermatología y odontología mediante el uso de las plataformas como Zoom y Team. El servicio de odontología ofrecía consultas educativas y las urgencias odontológicas se atendían las 24 horas de manera presencial.

Durante la emergencia, la IPS clasificó la atención

domiciliaria como un entorno de alto riesgo por el contacto cercano y frecuente con las personas que recibían la atención, por ello la integración de la funcionaria de seguridad y salud en el trabajo a las estrategias implementadas facilitó la cultura del autocuidado en los trabajadores y la disponibilidad permanente de los elementos de protección personal.

Los procesos de atención a los pacientes con la COVID-19 fueron, como lo señala la gerente de la IPS (entrevista, febrero de 2023), «24/7, el paciente llamaba y nosotros íbamos a su casa si cumplía criterios, le llevábamos los medicamentos, si lo requería [...]. En caso de pacientes con síntomas, se les tomaba la muestra y se evitaba que el paciente llegara a la sede». Otro beneficio de la estrategia fue controlar las aglomeraciones en la sede, la saturación de los servicios de urgencias y el uso de medios de transportes, escenarios reconocidos como de alto riesgo para el contagio.

De los 190 000 usuarios que tiene Caminos IPS entre los años 2020 y 2022, se realizaron 55 858 atenciones domiciliarias de pacientes con la COVID-19 y otras patologías, de estas, 52 287 fueron realizadas por enfermería y 3 571 por medicina general. Se realizaron 21 028 atenciones intramurales, de las cuales 4 119 fueron realizadas por medicina general. Se realizaron 16 909 consultas médicas mediadas por las tecnologías. En cuanto a la toma de muestras, se hicieron 106 211, para pruebas moleculares (RT-PCR) fueron 100 794 y para prueba de detección de antígenos 5 417; de estas pruebas, 9 811 pacientes fueron positivos para la COVID-19. También se logró

gestionar la habilitación del servicio de ambulancia para el traslado de los pacientes (384 traslados) y para la atención domiciliaria, lo que contribuyó a que la estrategia de cuidado en casa fuera más eficiente y eficaz en cuanto a los tiempos de atención y el número de personas atendidas y con proyección de sostenibilidad.

Una de las profesionales en fisioterapia de la IPS resalta (entrevista, febrero de 2023): «*La estrategia que utilizamos en los pacientes contagiados sirvió para la detección temprana de síntomas respiratorios en poblaciones de alto riesgo y su tratamiento oportuno, y podemos reportar que ningún paciente falleció*». La estrategia de seguimiento de los pacientes se realizaba mediante llamada diaria desde el Call Center por parte de auxiliares de enfermería quien efectuaba un tamizaje con preguntas relacionadas con signos y síntomas y obtenía los datos de medición de signos vitales mediante el uso de los oxímetros de pulso. Durante la comunicación se fomentaba el uso de las medidas de prevención y cuidado y se orientaba al servicio de salud si se detectaban alertas. Estas acciones permitieron que los pacientes con la COVID-19 con comorbilidades redujeran su presencia en los servicios de urgencia y hospitalización de las IPS, dado que el profesional en medicina era quien hacía el seguimiento clínico de estos pacientes, y se ordenaban los marcadores sanguíneos necesarios en el domicilio para tomar decisiones de una manera oportuna. Y los profesionales de fisioterapia, además de tomar las muestras, evaluaban al paciente para identificar signos de alerta que se comunicaban a todo el equipo de atención. Esta identificación temprana, de acuerdo

con la profesional en fisioterapia entrevistada «*fue una de las estrategias que impactó positivamente los resultados*». En el momento que se inició la vacunación en el país la institución habilitó este servicio, el 29 de abril de 2021 se ofreció la vacuna contra la COVID-19 a todas las personas, independientemente de su tipo de afiliación. Se ofrecieron las vacunas disponibles con el concurso de distintas organizaciones de la ciudad (DADIS, Mutual SER, SURA, Coosalud, entre otras), que tenían un fin común con Caminos IPS y fue la salud y calidad de vida de todas las personas. Al igual que para promover el cuidado en casa, se activaron los canales de comunicación para informar sobre la disponibilidad de las vacunas a los grupos de edad priorizados según las directrices del nivel nacional y se realizaron actividades de inducción a la demanda mediante sensibilización de los beneficios de esta.

Aunque la vacunación fue un ejercicio intramural, se aplicaron estrategias extramurales a personas que tenían limitaciones en el desplazamiento a la sede, facilitando el acceso y cobertura a las personas. Se aplicaron todas las medidas de bioseguridad, cadena de frío y calidad. Entre el 29 de abril de 2021 y el 17 de enero de 2023 se vacunaron 56 563 usuarios de la IPS. De estos, 28 000 personas tenían las siguientes comorbilidades: enfermedades cardiovasculares, diabetes, HTA, EPOC, asma, falla cardiaca, artritis, síndrome VIH e hipertensión pulmonar. Caminos IPS Cartagena para concienciar a la población sobre las medidas de protección y cuidado recomendadas, comunicó siempre las acciones de forma veraz, se enfocó en romper los mitos identificados y en desacreditar las noticias falsas. Esto fue de suma importancia en el contexto cultural y social de la población, toda vez que un número de personas y familias están en condiciones de vulnerabilidad por ser población migrante no afiliada.

Las acciones realizadas por Caminos IPS Cartagena fueron pioneras en la ciudad y permitieron implementar cercos epidemiológicos, junto al Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS). Dada la experiencia exitosa en Cartagena, la alta dirección de la organización decidió la apertura de una sede en Soledad - Atlántico, proceso que incluyó la adecuación de la infraestructura física y el cumplimiento de los requisitos y procedimientos para su habilitación y réplica de la experiencia.

Un hecho importante fue el manejo humanizado que se tuvo con los cadáveres; la atención se suministró las 24 horas tanto en Barranquilla como en Cartagena. Previo a la visita de los profesionales de Caminos IPS al escenario donde estaba el cadáver, se comunicaban telefónicamente con los familiares para explicarles el manejo seguro, transporte y disposición del cuerpo. Siempre iba un profesional en medicina que recolectaba información general del fallecido y su familia, así mismo, de los contactos cercanos para la toma de muestras y seguimiento pertinente. De igual forma, mediante un diálogo cordial con los familiares, el profesional en medicina explicaba las medidas de bioseguridad para manipular el cadáver, el alistamiento y el embalaje seguro para su traslado por parte del servicio funerario. Siempre se entregaba una tarjeta de condolencias que fue diseñada por el equipo de trabajadores de Caminos IPS. A diciembre de 2022, se apoyó la gestión para el manejo adecuado de 303 cadáveres.



Foto 38. Caminos conectados con la vida-3

Los aspectos que, según los entrevistados, hubiesen podido ser mejores:

- El diligenciamiento de las fichas epidemiológicas fue uno de los aspectos que, en palabras de los entrevistados, *«fue muy álgido, al inicio no se tenía la suficiente experiencia y se erró en el diligenciamiento de algunas fichas epidemiológicas que, para corregirlas, el equipo encargado se reunió en la noche, largas jornadas para dar cumplimiento a la norma y poder al día siguiente llevar las muestras al laboratorio»* (Gerente de la IPS, entrevista, febrero de 2023).
- Faltó escribir la historia de éxito durante el proceso y la evidencia filmica de la experiencia.
- Por ser una emergencia inesperada y desconocida, los costos económicos de algunos recursos fueron muy elevados por desabastecimiento, por ejemplo, los elementos de protección personal para el equipo de salud. Lo anterior generó sobrecostos y detrimento del presupuesto general de las instituciones, tanto la IPS como la EAPB. Es necesario contar con mecanismos nacionales que mitiguen este tipo de situaciones en emergencias futuras.
- Contar con más unidades móviles y mejor equipadas es necesario para proporcionar una mayor oportunidad en el servicio.

Logros significativos de la experiencia:

- El incremento de las capacidades y habilidades en el talento humano de la IPS. Con el acompañamiento del ente territorial (DADIS) y de Mutual Ser EPS se fortalecieron los conocimientos de los trabajadores y colaboradores en los laboratorios y otras instituciones que se vincularon para implementar pruebas rápidas que facilitaron el diagnóstico e intervención oportuna. La toma de muestra por profesionales capacitados permitió la ausencia de error de procedimiento, manipulación y procesamiento de las muestras.
- Disponibilidad de transporte asistencial de emergencias fue «24/7 en las ambulancias» (Gerente de la IPS, entrevista, febrero de 2023).
- Solidaridad del equipo de trabajo, que sumó 70 personas en Cartagena. El 50% del personal contratado durante la contingencia por la COVID-19 continúa laborando en la institución.
- El manejo humanizado de cadáveres durante la emergencia. La institución diseñó una tarjeta de condolencia para los familiares.
- La consolidación de dos unidades de toma de muestra domiciliarias. Se tomaban en promedio 430 diarias, lo que implicaba la construcción de las fichas epidemiológicas, el consentimiento informado y el seguimiento a las personas en las diferentes plataformas que se tenían para tal fin. Detrás de los profesionales que tomaban las muestras y atendían al paciente en casa, había un equipo apoyando los procesos administrativos y de atención especializada.
- La publicación de la historia en el libro *La reinención de la esperanza. 20 historias de aprendizajes y optimismo en tiempos de pandemia*. Editado por Amgem Colombia, 2021.

En conclusión, esta experiencia muestra cómo la atención domiciliaria y teleasistencia para promover la salud de las comunidades en una emergencia sanitaria puede ser una alternativa para el cuidado, seguimiento de las personas y su núcleo familiar, puesto que no solo tiene en cuenta componentes biomédicos, sino sociales y ambientales. El apoyo de las TIC es primordial para que información veraz y confiable llegue a las personas, contribuya a afrontar las situaciones y a crear entornos saludables y decisiones eficientes y efectivas para que todos estemos conectados con la vida.

Recuadro de síntesis de la lección aprendida clave y principal recomendación:

- Mayores capacidades para responder a las circunstancias cambiantes a las que llevó la COVID-19, y para gestionar de manera efectiva los riesgos para las personas y para el talento humano en salud.
- La promoción y educación para la salud se configuraron como estrategias esenciales en la atención porque permiten mejorar las capacidades de las personas para actuar de manera responsable ante su salud.
- La solidaridad de los equipos humanos y el manejo de crisis durante la emergencia.
- El trabajo colaborativo entre las IPS, EAPB y la secretaría de salud de la ciudad. Se eliminaron las barreras y diferencias para lograr una meta común. En palabras de la gerente de la IPS (entrevista, febrero de 2023): «*Los límites entre las instituciones de salud dejaron de existir. Es algo que debe continuar*».
- La atención innovadora mediada por las TIC, en cuanto a la comunicación y gestión del riesgo.
- La experiencia de cuidado en casa se mantiene a la fecha en un menor porcentaje de usuarios, sin embargo, continúan asintiendo a las personas contagiadas en su domicilio y realizando las pruebas a personas con síntomas.
- Las recomendaciones principales son el control de precios de los recursos en tiempos de pandemia, la reorientación de los sistemas de salud hacia la atención primaria de salud, y el reconocimiento de las realidades sociales y ambientales de la población que influyen en los comportamientos relacionados con la salud.

Agradecimientos a los participantes de la entrevista por su amabilidad para compartir sus historias: Martha Castaño Vergara, Luis Mayarres Támara, Yuranis Castro Hoyos, Osmar Jiménez Anillo, Karen Villalba Villamil, Sandra Alandete Lora, Yesenia Sabalza Suárez, Piedad Moreno Herrera, Irina Crizón Ospino, Eduardo Romero, Claudia Fuentes Díaz, Kelly Cabarcas Baena, Verónica Olave Vélez, Ofelia Olivieri Barrios, Junior Salas Arrieta y Merlys Marrugo Barrios.

Experiencia 3.5

Estrategia centros de protección al adulto mayor, Secretaría de Salud de Cali

Relatado por: Erika Palacio Durán

Los Centros de Protección Social (CPS) para la persona mayor son instituciones creadas para brindar medidas de protección permanente o temporal (servicios de hospedaje, de bienestar social y cuidado integral) para las personas mayores que, por su condición, no pueden autovalerse o permanecer con sus familiares. La experiencia denominada «Estrategia CPS» se enfocó en proteger la vida de 3 800 adultos mayores institucionalizados en 198 centros ubicados en la ciudad de Cali, Colombia, en el marco de la estrategia promovida por la administración municipal para proteger a los caleños frente a la COVID-19, *Cali guarda la vida*. Se desarrolló en tres fases:

Fase 1. Alistamiento: inició antes del primer caso de la COVID-19 en Colombia (6 de marzo de 2020), lo que otorgó tiempo para poder afrontar la situación. Se realizó un censo en todos los centros y albergues de adultos mayores de la ciudad. Estos fueron intervenidos para prepararlos frente a los insumos, técnicas y prácticas relacionadas con las medidas de bioseguridad para prevenir o mitigar las cadenas de contagio frente a la COVID-19 y otras infecciones respiratorias agudas. La caracterización permitió identificar los diversos contextos socioeconómicos, condiciones de bioseguridad, vulnerabilidad, las capacidades del talento humano y el perfil de riesgo de cada uno de los adultos institucionalizados.

Para la caracterización se utilizaron las bases de datos propias, así como las del Programa de Adulto Mayor de la Secretaría de Bienestar Social de Cali, en articulación con las oficinas de los Centros de Administración Local Integrada (CALI), quienes facilitaron la ubicación de los CPS, datos de contacto de organizaciones de base comunitaria, entre otros. La Cámara de Comercio suministró también las bases de datos de los centros registrados. Otra acción importante fue la articulación con los servicios de urgencia de las IPS quienes informaban todos los casos transportados a los hospitales desde los CPS.

En palabras de la Subsecretaria de Promoción, Prevención y Producción Social de la Secretaría de Salud de Cali (entrevista, marzo de 2023):

«El voz a voz ayudó a captar muchos centros que se fueron enterando de los aportes que la Secretaría brindaba a los centros a través de las donaciones internacionales que recibían, como apoyo frente a todas las necesidades que generaba la pandemia y que se constituyeron en incentivos para que los administradores de centros se acercaran».

El alistamiento se realizó con el equipo de las EAPB, los administradores de CPS, las IPS, especialmente el Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel de Cali, enfocado en la garantía de la atención sin barreras. Además, se recibió acompañamiento por parte de la Universidad del Valle frente a los procesos formativos y la elaboración de rutas de atención.

Esta fase permitió la organización del trabajo en red entre instituciones y los funcionarios de la Secretaría de Bienestar Social de Cali y facilitó la gestión de necesidades de forma bajo la figura *padrinos de centro*. Esta figura corresponde a servidores públicos que fueron designados para realizar acompañamiento permanente, asesoramiento técnico, orientación y activación de rutas e intercomunicadores entre la administración y el CPS. El equipo base de la Secretaría de Salud Pública (SSP) fue de 10 servidores públicos, de los cuales 8 tenían entre sus funciones el apadrinamiento. En la medida que la emergencia sanitaria lo requirió, el equipo de padrinos se robusteció con la participación de 56 servidores de la Secretaría de Bienestar Social. El equipo de trabajo disminuyó y la estructura operativa se contrajo cuando la necesidad de padrinazgo también disminuyó. Previo a la vacunación contra la COVID-19 en los CPS, el equipo se volvió a expandir con 35 servidores de la SSP.

Fase 2. Prevención y contención: inicia en mayo de 2020 con la detección del primer caso de contagio en un CPS y se realizaron acciones educativas y de entrenamiento dirigidas a administradores y trabajadores de los CPS, algunas de las cuales se ampliaron a personas mayores y sus familias, en temas relacionados con vacunación en personas adultas mayores, procedimientos de limpieza y desinfección, e inmunonutrición en personas adultas mayores. También sobre la disposición final de fallecidos, entre otros. Se hizo la entrega de elementos de bioseguridad como alcohol, caretas, tapabocas y guantes al talento humano de los CPS y a los equipos de rastreadores de la Secretaría de Salud. Se realizó búsqueda activa ante casos sospechosos para la detección temprana de contactos estrechos y la notificación inmediata al sistema de vigilancia para la activación de las acciones de contención de conglomerados. Resultó fundamental el liderazgo y acompañamiento del Sistema Comando de Incidentes, implementado en la ciudad.

El primer caso de la COVID-19 se presentó en agosto de 2020, en una trabajadora de 51 años de la institución. Es decir, a los cinco meses después del inicio de la emergencia sanitaria en Colombia. Gracias a las medidas de protección, las aplicaciones de protocolos de bioseguridad y la planeación del modelo de atención concertado con las EAPB, además, para mitigar el riesgo de exposición de los adultos mayores con el ingreso de los profesionales de la salud de las diferentes instituciones, se acordó la atención por un equipo cerrado de profesionales que valoraban y seguían a todos los pacientes independientemente de la EAPB a la que se encontraban afiliados.

La comunicación permanente entre la Secretaría, las EAPB y los centros fue esencial para afrontar las diferentes situaciones que día a día se presentaban con los adultos institucionalizados, permitiendo atenderlas sin la barrera de aseguramiento. Dentro de las acciones de contención se hizo la búsqueda activa de casos. Una vez determinado un caso sospechoso, el epidemiólogo encargado de dar soporte a poblaciones especiales por parte de la Secretaría entraba en contacto con el CPS, realizaban las acciones de aislamiento, contención, investigación epidemiológica y notificación al SIVIGILA, lo que permitió la contención de brotes en los centros.

La vigilancia epidemiológica permanente apoyada en el uso de las tecnologías de información, con integración y cruce de las fuentes de bases de datos de la Secretaría de salud (SIVIGILA), IPS (RIPS), MSPS (SegCOVID-19), INS (SISMUESTRA) y registros administrativos y clínicos de los CPS, permitieron la gestión de los casos y conglomerados, bien sea de los adultos mayores o.



Foto 39. Centro Protección Adulto, Cali-1. Suministrada por J.Triana

profesionales de salud de los centros. Esta estrategia permitió controlar la presencia de brotes en los CPS. El registro de casos de la COVID-19 antes de la vacunación estuvo alrededor del 9,4 % de adultos mayores y un porcentaje de mortalidad del 2 %. En total se realizaron 78 acciones de contención, así como 2 630 pruebas de la COVID-19 dentro de la búsqueda activa realizadas en los CPS. De estas, 1 867 se realizaron en personas adultas mayores institucionalizadas y 763 en trabajadores de los mismos establecimientos

Fase 3. Mitigación: las acciones de mitigación comenzaron en enero de 2021, cuando se inició la preparación de las estrategias y tácticas de vacunación contra la COVID-19 en los CPS. Entre las más relevantes se destaca la sensibilización y educación realizada por el equipo humano de la SSP a la aplicación de la vacuna, la cual permitió que las personas pudieran resolver sus inquietudes, transformar mitos y realizar la lectura y firma de los consentimientos informados de manera anticipada, logrando un proceso de vacunación ágil, cálido y humanizado a partir del mes de febrero de 2021 en las personas mayores institucionalizadas y en el talento humano, logrando vacunar 3 736 adultos mayores equivalentes al 98 % de los adultos mayores de los CPS. Otra clave de éxito fue el monitoreo permanente de cobertura. El éxito de la estrategia de contención y vacunación permitió adecuarla más adelante para realizar la gestión de riesgo en conglomerados en las empresas, una vez se hizo la apertura económica.

En esta fase se contó con el acompañamiento de los residentes de geriatría de la Universidad del Valle, quienes desde su área disciplinar facilitaron la expresión del avance en el *derecho de las voluntades anticipadas*² en los CPS, ya que los adultos institucionalizados por su edad o su condición de salud, al inicio de la intervención no tenían el interés de ser vacunados o ser reclusos en una institución hospitalaria o en una unidad de cuidados intensivos, por temor a no superar una condición crítica, morir solos y no poder expresar su voluntad en relación con el proceso de atención. Esto motivó la idea de crear el perfil de fragilidad de los adultos institucionalizados, tipificar quiénes estaban en condiciones de usar un ventilador o una unidad de cuidados intensivos, más allá de la edad de la persona y la decisión objetiva de cada uno de ellos.

Fue relevante aplicar los criterios de manejo de los casos y el protocolo de bioseguridad con rigor y en todo momento, evitando situaciones y consecuencias que afectaran el bienestar de las personas atendidas. El país inició la vacunación contra la COVID-19 el 17 de febrero del 2021. Para los CPS fue necesario enfrentar la situación de abrir las puertas a los equipos de vacunación y solo vacunar las personas con 80 años y más y al talento humano de primera línea, asumiendo el riesgo que representaba para las personas mayores esta apertura. El resto de los adultos mayores, a pesar de ser vulnerables y tener comorbilidades, debieron esperar el avance gradual del Plan Nacional de Vacunación para acceder a la vacuna (8 de marzo población mayor entre 79 y 60 años y 22 de mayo de 2021 población con 59 y menos años).

²El derecho de voluntades anticipadas hace referencia a la posibilidad que tenían las personas mayores de tomar decisiones frente a sus preferencias en cuanto al manejo de la COVID-19, en caso de enfermar severamente

De igual forma, la experiencia demostró la importancia de contar *con sistemas de información y plataformas ágiles* que facilitaran el flujo de datos de manera oportuna para la rápida identificación de los casos y la toma de decisiones con el fin de enfrentar las situaciones que ponen en riesgo la salud y la vida de la población. La plataforma que facilitó el flujo de datos fue principalmente el correo electrónico institucional y la información se registró en hojas de cálculo de Excel, ya que, por su volumen y practicidad, fue la base a partir de la cual los datos fueron gestionados por cada equipo de trabajo según su competencia: vigilancia epidemiológica, para realizar cruces periódicos masivos con SIVIGILA, SISMUESTRAS y vacunación contra la COVID-19. Lo anterior facilitó acciones de coordinación y micro planificación para vacunar los CPS y monitorizar coberturas. También, se articuló con el equipo de profesionales de la Secretaría y de la Universidad del Valle para geolocalizar los CPS a los casos de morbilidad, mortalidad y los factores de riesgo identificados.

El financiamiento de la estrategia se logró mediante alianzas entre la Secretaría de Salud y Secretaría de Bienestar Social de Cali y las EPS que atienden población caleña (Nueva EPS, Coosalud, EPS Sura, Comfenalco Valle, Salud Total, Emssanar, Comfandi), la Universidad del Valle, Universidad Antonio José Camacho, a través de su programa de Administración en Salud, las empresas sociales del Estado (ESE Norte, Oriente, Suroriente, Ancianato San Miguel, ESE Centro y ESE ladera) y con la Gobernación del Valle. La contribución de las empresas y la Gobernación del Valle fue a través de la donación de insumos de bioseguridad para la prevención de la transmisión del virus. Con la Universidad del Valle, la alianza involucró la asistencia especializada de docentes quienes asesoraron algunas acciones y participaron como facilitadores en algunas capacitaciones brindadas.

Es de resaltar que el trabajo articulado en equipo y la comunicación asertiva entre la Secretaría de Salud y los CPS, así como el modelamiento de trabajo en red, aprendido durante el curso de la pandemia, fue eficiente y eficaz, por lo cual debe sostenerse en pro del bienestar de las personas mayores.

La comunicación del riesgo se apalancó a través del uso de la plataforma

Meet mediante la cual se conectaron todos los centros y se brindó información educativa, tanto al personal que laboraba como a los adultos institucionalizados y sus familiares. De igual manera, para transferir información a los tomadores de decisiones. La plataforma utilizada para la comunicación del riesgo, por su agilidad, usabilidad y amigabilidad para la mayoría de los administradores de los CPS fue la aplicación móvil WhatsApp. Por esta plataforma de mensajería instantánea se envió información de la situación actualizada de la pandemia, medidas a implementar, instrumentos normativos, convocatoria a asistencias técnicas, entre otros.

La promoción de la estrategia realizada por la Secretaría Distrital, a través de los medios de comunicación, fue importante para que las personas creyeran en el proceso. En palabras del Líder del Programa de Adulto Mayor de la Secretaría de Salud de Cali (entrevista, marzo de 2023), es «fundamental» mantener los canales de información abiertos con los Centros de Protección Social para *«el sostenimiento en el tiempo de esta intervención en materia de salud pública, teniendo como base una relación de confianza mutua para la implementación de estas acciones»*.

En ese mismo sentido, otras voces de los protagonistas mencionan que es necesario sostener el Plan Padrino en los CPS, porque es un pilar estructurante de la estrategia, así como las líneas telefónicas de atención al adulto mayor con un enfoque diferencial y los servicios de teleconsulta geriátrica que funcionaron durante toda la intervención; además, articular procesos de investigación rigurosos que amplíen el conocimiento de esta y otras situaciones que afectan a los adultos mayores, sobre todo en un país cuya población está envejeciendo.

Se resalta que, a pesar de la adversidad vivida por la pandemia, las alianzas, el trabajo colaborativo y en red entre los centros, la academia, las empresas y la secretaría, lograron impulsar acciones comunes para el beneficio de los adultos mayores en pro no solo de su salud física, sino además de su salud mental.



Foto 40. Centro Protección Adulto, Cali-2. Suministrada por J.Triana

Los aspectos que, según los entrevistados, hubiesen podido ser mejores:

- Faltó una plataforma que facilitara todo el flujo de información para que los datos hubiesen sido más oportunos.
- El flujo de recursos fue limitado y con destinación específica para el uso programas.
- El seguimiento de la información para identificar diferentes eventos de importancia en salud pública.

Logros significativos de la experiencia:

- La comunicación bidireccional y permanente entre los CPS y la Secretaría de Salud Pública permitió contar con información actualizada de los casos confirmados y sospechosos, además de brindar apoyo desde la Secretaría a las necesidades que generaba la pandemia en cada uno de los CPS.
- El trabajo interinstitucional y en red que facilitó la gestión de necesidades de forma bajo la figura *padrinos*

de centro, quienes eran los encargados de realizar el acompañamiento permanente, asesoramiento técnico, orientación y activación de rutas e intercomunicadores entre la administración y los CPS.

- El proceso de vacunación ágil, cálido y humanizado debido a la previa sensibilización y educación realizada por el equipo humano de la SSP a la aplicación de la vacuna.

Recuadro de síntesis de la principal lección aprendida y recomendación:

- La comunicación asertiva y el trabajo articulado entre los CPS y la Secretaría de Salud Distrital de Cali fue esencial para garantizar condiciones de salud y bienestar a la población adulta mayor.
- El Plan Padrino resulta ser una estrategia que se debe sostener en el tiempo para la oportunidad en la atención de los principales problemas que aquejan a la población adulta mayor de los CPS, así como las líneas telefónicas de atención al adulto mayor con un enfoque diferencial y los servicios de teleconsulta geriátrica.

Agradecimientos: Dra. Doris Tejada Puentes, subsecretaria de Promoción, Prevención y Producción Social de la Salud de Cali; Dr. Gustavo Adolfo Girón Restrepo, profesor Asociado – Institución Universitaria Antonio José Camacho, y Jorge Otero Pillimúé, referente de Envejecimiento y Vejez de la Subsecretaría de Promoción, Prevención y Producción Social de la Salud de Cali.

Experiencia 3.6

Programa MIUDES, una experiencia interprofesional de atención a la COVID-19 en comunidades en situación de vulnerabilidad social.

Bucaramanga

Relatado por: Luis Ricardo Navarro D.

El 24 de julio de 2017 se inició en la ciudad de Bucaramanga el programa MIUDES (Modelo Interprofesional de la Universidad de Santander), orientado al acompañamiento interprofesional para generar acciones enfocadas a la reducción de la vulnerabilidad social. El programa trabaja en la posibilidad de transformación del ser, entendida en términos de reducción de la vulnerabilidad social, de la Comuna 1 ubicada en el norte de Bucaramanga, apoyando el proceso de identificación de problemáticas sociales, mediante trabajo continuo con la comunidad.

Dada la iniciativa de la Universidad de Santander de desarrollar este programa, se busca en el marco del convenio Docencia Servicio un proceso de concertación con el Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU) para seleccionar los territorios donde se focalizarían las acciones de fortalecimiento social, educativas y en salud. La selección del territorio obedeció a que el barrio Colorados representa uno de los más poblados

en la Comuna 1 de Bucaramanga. Según información de la Alcaldía, sus habitantes provienen de familias que han sido desplazadas desde diferentes regiones del departamento de Santander por el fenómeno de conflicto armado o por las condiciones económicas propias de los sectores rurales. En este contexto se registran altos índices de violencia, hurto, consumo, tráfico de drogas y violencia intrafamiliar.

Una vez asignado el territorio por parte del ISABU, las mesas de trabajo del MIUDES realizaron un proceso de acercamiento para conocer los líderes y lideresas de la comunidad, con quienes realizaron entrevistas y grupos focales que permitieron una primera aproximación a las necesidades y potencialidades de la comunidad. Posteriormente, se realizó una feria para crear empatía en el asentamiento Comuna I de Bucaramanga y seguidamente un plan de trabajo con las familias en los diferentes ciclos vitales para identificar problemáticas, necesidades y redes de apoyo existentes.

Según un diagnóstico liderado por el programa MIUDES en la Comuna I, específicamente en los asentamientos humanos Nogal 2, se encontraron barreras de acceso a la salud y a la educación básica, así como problemas relacionados con la inseguridad alimentaria. En este proceso de identificación de necesidades participaron, de forma activa y protagonista, algunos representantes de la comunidad. De igual forma, se identificó, a través de técnicas de investigación de acción participativa, una débil organización social; razón por la cual el programa en articulación con la mesa de Gobernanza desarrolló procesos de fortalecimiento de liderazgos comunitarios a través de la creación de Juntas de Acción Comunal.

Después que la OMS declaró la pandemia por la COVID-19, el 11 de marzo de 2020, la Universidad de Santander, como centro académico y de pensamiento, inició un proceso de reflexión frente a diversas miradas interprofesionales para enfrentar los efectos de la cuarentena y, en general, a la crisis sanitaria producida. A partir de lo anterior, la apuesta central del programa apuntó a fortalecer necesidades de las comunidades previamente identificadas e implementar procesos desde la universidad a través de cinco mesas de trabajo y la vinculación de prácticas profesionales de 18 programas académicos que impulsa la institución: Comunicación Social y Periodismo, Derecho, Enfermería, Fisioterapia, Fonoaudiología, Medicina, Psicología, Bacteriología, Instrumentación Quirúrgica, Ingeniería Industrial, Administración de Negocios Internacionales, Mercadeo y Publicidad, Medicina Veterinaria, Ingeniería Civil, Terapia

Ocupacional, Bienestar Institucional, Ingeniería de Software y Departamento de Salud Pública, los cuales fueron determinantes en la atención a la COVID-19 realizada desde el programa MIUDES.

Los estudiantes realizaron entrevistas semiestructuradas a las familias identificadas de forma previa por el programa. Esta información fue útil para planear las acciones estratégicas. El diagnóstico permitió reconocer las necesidades de las familias, por ejemplo, relacionadas con asistencia médica, jurídica, de conectividad escolar o de seguridad alimentaria. *«Nuestros estudiantes universitarios realizaban las llamadas, realizaban todo el proceso de levantamiento de información, y las necesidades eran remitidas a través de un link para ejecutar la asistencia directa a la familia afectada»* (funcionaria del programa MIUDES, entrevista, marzo de 2023).

En este contexto, las cinco mesas de trabajo iniciaron sus procesos de acompañamiento a la población de la Comuna I de Bucaramanga, incluyendo población migrante venezolana que para el período 2020-2021 correspondía a un 12% de la población impactada por el programa. En la Mesa de Salud se priorizó las familias con niños y niñas en primera infancia orientado a las necesidades relacionadas con las enfermedades prevalentes de la infancia y la promoción de prácticas de cuidado. Desde la Mesa de Gobernanza se desplegaron estrategias para fortalecer la construcción participativa, democrática e incluyente, a partir de procesos de problematización y concientización comunitaria. Este proceso se realizó con las Juntas de Acción Comunal, con los

líderes y lideresas naturales los nuevos liderazgos que se fueron identificando a lo largo del desarrollo de los procesos. La Mesa de Saneamiento Básico y Ambiental desarrolló acciones para promover el cuidado responsable de las mascotas y el mejoramiento de las condiciones higiénico-sanitarias. La Mesa de Habilidades desarrolló estrategias de fortalecimiento de habilidades para la vida (HpV) con escolares, adolescentes y población adulta mayor y el desarrollo de capacidades para la empleabilidad y el emprendimiento con mujeres y hombres adultos. La Mesa de Tecnología y Comunicaciones sistematizó y difundió la experiencia en diferentes formatos y momentos.

Las mesas trabajaron a través de procesos de investigación-acción, construidos con y desde la comunidad, es decir, con participación activa de actores sociales que conforman el tejido social de la Comuna 1, con el propósito de diseñar acciones de cambio. Se trató de un proceso de fortalecimiento de la gestión y participación comunitaria, dinamizado y acompañada por actores de la Universidad de Santander, entre ellos, estudiantes de los diferentes programas de pregrado, profesores y funcionarios. El programa MIUDES atendió, durante el período 2020-2021, a 390 familias de la Comuna I de la ciudad de Bucaramanga en procesos relacionados con desarrollo de habilidades para la vida, empoderamiento comunitario, restitución de derechos, salud, emprendimiento y empleabilidad.

Con el avance de la pandemia, el programa MIUDES estableció relaciones con organizaciones como



Foto 41. MIUDES, Bucaramanga-1

Colombia College, Fe y Alegría, Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU) y Acción Contra el Hambre. Con esto se fortalecieron acciones de planificación con comunidad y procesos de incidencia en la comunidad, tal como lo menciona una funcionaria del programa:

«Nosotros para ese momento ya teníamos bases de datos de las familias que habíamos estado acompañando desde el 2017, con el programa MIUDES. Con esas bases de datos e información pudimos contactar a las familias e inicialmente saber cómo estaban y de qué forma estaban enfrentando este reto tan importante» (entrevista, marzo de 2023).

Este tipo de acciones fueron fundamentales para conocer las percepciones que se estaban construyendo sobre lo que estaba sucediendo en ese momento en lo relacionado con la crisis sanitaria. El acompañamiento telefónico fue realizado a 390 familias para educación y orientación sobre formas de prevención de la COVID-19. De estas familias, 73 personas fueron derivadas y atendidas por telemedicina, 10 por psicólogo y 13 en consultorio jurídico remoto. Dentro de las necesidades identificadas mediante el acompañamiento telefónico se encontró déficit alimentario en el 100 % de familias de los asentamientos que hacían parte del programa.

Esto impulsó el desarrollo de la estrategia de atención a familias con altos niveles de vulnerabilidad en seguridad alimentaria y nutricional con la implementación del Plan Padrino, con el cual se logró apoyar a 422 familias con el suministro de kit higiénico, alimentario y sanitario.

«El Plan Padrino solo se hizo en pandemia en dos oportunidades cuando estuvimos en confinamiento. Solo lo hicimos esta vez por temas de ayuda humanitaria porque se

requería. Evitamos entrega de mercados para evitar generar dependencia en las comunidades y por eso fueron solo esas dos entregas en los 5 años que llevamos operando» (funcionaria del programa MIUDES, entrevista, marzo de 2023)

El kit de alimentación contenía aceite, arroz, lentejas, chocolate, azúcar, sal, harina, pasta de concha, leche, espagueti, mantequilla, café, panela, atún, huevos y arveja. El kit higiénico contenía jabón de manos, papel higiénico y blanqueador doméstico.

Para desarrollar el Plan Padrino durante la emergencia sanitaria producida por la COVID-19, MIUDES buscó la alianza de la organización no gubernamental RECIENSA (Rendimiento Ciencia Salud) con el fin de desplegar una estrategia comunicativa difundida a nivel interno-institucional y externo a través de diferentes plataformas y medios digitales. De esta forma, se logró la recolección de mercados y kits higiénicos. Los padrinos internos correspondieron a estudiantes, profesores y personal administrativo de la Universidad de Santander. Externamente se logró la vinculación del aporte de funcionarios de la Fundación Fe y Alegría y la donación en mercados de la Fundación Éxito.

Por su parte, el acompañamiento jurídico estuvo focalizado en el reconocimiento y restablecimiento de los derechos. El trabajo estuvo enfocado en la formalización de dos sectores o asentamientos humanos para lograr una gobernanza propia, el acceso al derecho a la salud, a la educación y la protección humanitaria de población migrante. Así mismo, en la

creación de un espacio de empoderamiento con enfoque de género que ha llevado a 15 mujeres a reconocer su lugar de acción, organización y capacidad de trabajo en equipo. El programa académico de derecho ha realizado aportes en el restablecimiento y garantías de derechos a partir de la acción constitucional con 67 acciones de tutelas y derechos de petición. Además, la activación de 18 rutas institucionales con el Estado para el restablecimiento de derechos, relacionado con violencia doméstica contra las mujeres, derecho a la vida en conexidad con el derecho a la salud, derecho al trabajo, entre otros.

Pasada la etapa crítica de la pandemia, estudiantes, profesores e investigadores del programa MIUDES aplican a la convocatoria 874 de 2020 de «Fortalecimiento de proyectos de ejecución de CTCL en Ciencias de la Salud con talento joven e impacto», ofrecida por el Ministerio de Ciencias. El propósito era desarrollar procesos de la sistematización y relación de datos a través de metodologías propias de la investigación científica, de tal forma que fuera posible documentar la experiencia relacionada con la seguridad alimentaria y nutricional de esta población durante el período de la pandemia y tomar las decisiones debidamente fundamentadas aplicando metodología mixta (cualitativa y cuantitativa) de análisis de riesgo.



Foto 42. MIUDES, Bucaramanga-2

Se vincularon dos jóvenes talento, una estudiante de pregrado del programa de Psicología y una profesional egresada del programa de Medicina quienes desarrollaron una estrategia edu-comunicativa sobre seguridad alimentaria y nutricional en familias con población infantil del programa MIUDES que habitan en la Comuna 1 de Bucaramanga. Como producto se desarrolló la cartilla *Alimentémonos seguros, prácticas alimentarias para menores de 5 años*; un documental de la experiencia de las jóvenes talento y un video. En proceso se encuentran la publicación de dos artículos científicos con los resultados de esta experiencia.

Entre los principales resultados de esta investigación se destaca la identificación en la Comuna 1 de prevalencia de inseguridad alimentaria en el 93 % de las familias que tenían algún integrante de primera infancia. El 30 % de los infantes tenían riesgo de desnutrición, de los cuales el 5,5 % fue identificado con desnutrición aguda. Entre los factores relacionados se encuentran el bajo poder adquisitivo para la compra de alimentos, las prácticas de alimentación inadecuadas, baja participación de los adultos responsables en estrategias de buenas prácticas frente a la maternidad, paternidad, y crecimiento y desarrollo de niños y niñas.

Fue relevante la preocupación sobre cómo las comunidades estaban creando las representaciones sociales sobre la COVID-19 y la lactancia materna. Antes de la pandemia, ya se encontraban en alerta los indicadores sobre lactancia materna los cuales ya marcaban por debajo de los dos meses, siendo estos niveles inferiores a los de la media nacional. Con la llegada de la COVID-19 emergieron también muchos mitos y mucha desinformación mundial centrada en las posibilidades de contagio y transmisión a través de la lactancia. En los imaginarios estaba la pregunta: «¿Era necesario separar a mamá y bebé?». Teniendo presente que la separación traería consigo el empeoramiento de los escenarios de alimentación de los menores y el aumento del riesgo de perder la salud y vida. MIUDES se enfocó en minimizar el impacto negativo de la COVID-19 en relación con la lactancia materna y el desarrollo infantil.

En relación con lo anterior, se decide incorporar procesos de educación y formación en lactancia materna comunitaria a través de encuentros virtuales acompañados por personal profesional especializado de la Universidad de Santander. En estos espacios se exploraban las creencias de las comunidades frente a la COVID-19 y la lactancia materna y se rompían los mitos con argumentos técnico-científicos en lenguaje sencillo. Esta estrategia creó ambientes de confianza y de trabajo social con la comunidad que fueron fortalecidos a medida que la crisis sanitaria iba avanzando en cada una de sus etapas.

El programa MIUDES convirtió en una apuesta la estrategia de atención psicosocial a través del uso de dispositivos móviles. Estas acciones y procesos no se encontraban registrados en ningún libro de carácter académico, sino que fueron emergentes con el paso de la pandemia. Inicialmente el grupo de psicólogos y psicólogas de la mesa de

Gobernanza elaboró un protocolo de primeros auxilios psicológicos. Se capacitó a los estudiantes y profesores de todos los programas académicos para que una vez se realizaran las llamadas telefónicas a las familias, los estudiantes pudieran tener elementos para dar respuesta según cada necesidad. Los estudiantes tuvieron acceso a bases de datos de las familias, establecer los contactos, aplicar baterías de preguntas, sistematizar la data, aplicar consentimientos informados y consolidar información relevante para la toma de decisiones y procedimientos de apoyo al familiar vinculadas al programa.

Es de subrayar que para el momento en que el confinamiento era absoluto y las medidas de aglomeramiento y distanciamiento eran máximas, las restricciones selectivas por los riesgos de contagio identificados en los territorios selectivos se sumaron, pero el equipo del programa MIUDES realizó el acompañamiento comunitario, por vía telefónica y virtual principalmente. Según la líder del programa MIUDES, se hicieron alrededor de 390 acompañamientos telefónicos y 73 teleconsultas médicas, aportando información a la Secretaría de Salud sobre el perfil de eventos que afectaban a la comunidad.

En este sentido, el empoderamiento comunitario fue emblemático en la experiencia. *“El ánimo del programa nunca ha sido hacer paternalismos o asistencialismos porque sabemos que eso genera dependencias y problemáticas sociales y políticas muy delicadas”* (funcionaria de MIUDES, entrevista, marzo de 2023). Esta pretensión es correspondiente con la metodología del proyecto, la cual ha estado basada en enfoques de investigación acción participación en donde las comunidades actúan como protagonistas de los procesos a través de trabajos, saberes y métodos propios.

También por resaltar, cómo emerge, en las comunidades, de forma autónoma, un proceso de construcción de conocimiento, centrado en identificar saberes propios, aplicando los aprendizajes en el uso de métodos para elaboración de bases de datos y propuestas de soluciones participativas y generación de redes sociales. Podrían entonces responder preguntas propias: *¿Qué es lo que está sucediendo en las casas?, ¿cuáles son las familias que tienen mayores dificultades?, ¿cuáles son las familias que tienen que ser priorizadas?, ¿dónde está la mayor posibilidad de vulnerabilidad?, ¿población adulta mayor o menores de edad con posibilidad de desescolarización?*

Así fue construyéndose la estrategia de organización social, creando empoderamiento en las comunidades y fomentando la toma de decisiones propias. MIUDES promovió, dinamizó y facilitó estos espacios, facilitó conocimiento y una ruta ordenada en su ejecución y sostenibilidad.

«Intentamos mantener cerca la comunidad a través de los celulares y las computadoras. Ofrecimos acompañamiento psicosocial y desarrollamos estrategias de comportamiento emocional como, por ejemplo, estrategias que propiciaran el fortalecimiento de los vínculos familiares ante el incremento del estrés emocional, las dificultades de comunicación». (funcionaria MIUDES, entrevista, marzo de 2023).

Con el inicio del proceso de reactivación de la vida social, la llegada de las vacunas y la flexibilización de las medidas durante el avance de los meses del año 2021, MIUDES apostó a tres misiones y funciones institucionales. Fueron la extensión como labor de impacto social, la investigación como proceso generador de nuevo conocimiento y a la docencia desde las nuevas formas de relacionamiento social que exigía la pandemia.

Los aspectos que, según los entrevistados, hubiesen podido ser mejores:

- Entre los aspectos por fortalecer se encuentra la necesidad de publicación y visibilización en espacios académicos y comunitarios de los logros del programa MIUDES. De igual manera, la aplicación del programa a otros sectores de la ciudad de Bucaramanga, así como a otras ciudades en donde la Universidad de Santander tiene presencia con sedes y actividad académica.
- En este momento, el programa se encuentra en fase de ampliación a la sede de la universidad ubicada en Valledupar, César.

Logros significativos de la experiencia:

Entre los logros del programa MIUDES es relevante destacar la participación de sus actores en las mesas de puesto de mando unificado en articulación con la autoridad sanitaria y otros sectores, representantes de las EPS e IPS, desde donde se concertó la estrategia pedagógica para el departamento de Santander relacionada con procesos de prevención y protocolos de manejo de la COVID-19. Este proceso fue significativo en la medida en que motivó el reconocimiento de los saberes de las comunidades, las necesidades y propuesta de soluciones. *«El acto pedagógico desplegado en un territorio es un actor transformador del tejido social»* (funcionaria MIUDES, entrevista, marzo de 2023). Se trató entonces de una estrategia que integró tanto la transformación social de las familias y comunidades en las que tenía incidencia el programa MIUDES, pero también procesos de cambio en los propios estudiantes a través del avance de su formación.

Recuadro de síntesis de la principal lección aprendida y recomendación:

- Entre las lecciones aprendidas se encuentra la construcción y fortalecimiento de las bases de datos de la población como un instrumento garante de atención ante una crisis sanitaria futura.
- De igual forma, la consolidación del proceso de investigación académica en momentos de crisis para reducir riesgos específicos de la población en condición de vulnerabilidad, factor influyente en la toma de decisiones durante una emergencia sanitaria.
- La articulación de agentes externos, como los padrinos del programa fue un apoyo vital para resolver las necesidades identificadas en la población focalizada.

Agradecimientos: Sandra Patricia Ortiz, enfermera y magíster en Epidemiología, líder del proyecto MIUDES de la Universidad de Santander; Camilo Londoño, psicólogo y magíster en Psicología Social Comunitaria; Erika Aguilar, enfermera e integrante líder en el territorio de MIUDES; Marcela Vásquez, terapeuta ocupacional, especialista en Psicología Social e integrante de la Mesa de Habilidades Productivas del programa MIUDES; Paola Rueda, médica, especialista en Medicina Familiar, consultora internacional de lactancia certificada e integrante de la Mesa de Salud del Programa MIUDES; Tatiana Vivas, abogada y magíster en Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, acompañamiento sociojurídico del programa MIUDES; Nohora Liliana Castillo, profesional en fisioterapia, Mesa de Salud del programa MIUDES; Luisa Fernanda Chanagá, fonoaudióloga y especialista en Administración de Servicios de Salud, Mesa de Salud del Programa MIUDES, y Sonia Solano, coordinadora de prácticas de la Universidad de Santander.

Experiencia 3.7

Formando campeones - cambiando historias en la pandemia. Squash and Education Alliance, Cartagena

Relatado por: Jacqueline Acosta de la Hoz

En 1995, veinticuatro estudiantes de escuelas públicas de Cambridge y Roxbury Massachusetts se unieron a un nuevo programa extracurricular llamado Squash Busters. La organización introdujo a los estudiantes al *squash* y les brindó apoyo académico y tutoría durante todo el año, con el objetivo de ayudar a sus participantes a mejorar su calidad de vida por medio del deporte y la educación para poder acceder a la universidad. Hoy, más de 2 500 estudiantes están inscritos en el programa Squash Urbano en 21 ciudades de Estados Unidos y en cinco países más (Israel, Sudáfrica, Canadá, India y Colombia). Todos miembros de Squash and Education Alliance (SEA).

Siguiendo el modelo de los programas de SEA en Estados Unidos, en el 2014 fue fundado Squash Urbano Colombia (SUC), con la misión de brindar oportunidades que mejoren la calidad de vida de los jóvenes de escasos recursos en Colombia y jóvenes migrantes venezolanos, promocionando educación, enseñanza de idioma inglés y la práctica del *squash*. Y con el compromiso que los estudiantes al finalizar la escuela primaria y secundaria continúen con la graduación universitaria en Universidades de los Estados Unidos. Squash Urbano Colombia trabaja con 100 jóvenes de los barrios El Espinal, Nariño y Lo Amador en la ciudad de Cartagena. SUC trabaja con niños y jóvenes entre los 7-22 años, de los cuales el 55 % son mujeres, el 80 % son afrocolombianos y 17 %, personas migrantes venezolanas.

En SUC los jóvenes participan 6 días a la semana de programación supervisada entre prácticas de squash, clases de inglés y refuerzo académico. Además, participan en torneos nacionales e internacionales, paseos culturales, talleres y realizan servicio comunitario. Los estudiantes reciben anualmente 780 horas de programación supervisada. SUC incentiva a los jóvenes a soñar en grande mientras reciben ayuda individualizada y trabajan con determinación para superar las adversidades y alcanzar su máximo potencial como atletas, estudiantes y seres humanos.

Una semana antes de declarar la emergencia sanitaria en Colombia por la COVID-19, el equipo de trabajo de SUC canceló todas las actividades presenciales. Fue un momento difícil, con grandes desafíos para un programa

con una alta programación de actividades de contacto diario. Fue difícil, pero el reto era lograr retener los estudiantes y continuar los procesos educativos y deportivos, además de cumplir la visión. Con este objetivo creamos tres estrategias adaptativas. Estas son: 1. *Seguridad alimentaria*, 2. *Educación-Bilingüismo* y 3. *Bienestar físico y mental*. Iniciaron clases virtuales de inglés y de entrenamiento físico a través Zoom y otras plataformas, las cuales se llevaron a cabo de lunes a sábado.

1. **Seguridad alimentaria.** El 80% de las familias trabajan en sectores informales de la economía, esto sumado a los que perdieron su empleo durante la pandemia, que llevó a una crisis sin precedentes en la comunidad. Fue entonces una prioridad garantizar la alimentación y accesos a productos básicos de higiene a las familias de los estudiantes. Desde el 2 de abril hasta el 31 de diciembre de 2020 la Fundación Squash Urbano entregó más de 500 mercados a todos sus beneficiarios con alimentos básicos de la canasta familiar y elementos de aseo como jabones, crema de dientes y productos de cuidado femenino, como toallas higiénicas. Sea un bello momento para agradecer a todos los donantes que apoyaron la campaña en Colombia Apoya a Squash Urbano y en Estados Unidos *Keep Squash Urbano dreams alive*, donde recaudaron más de 100 millones de pesos donados por las organizaciones tales como, Fundación GE, Ministerio del Deporte, fundación Amigos Ada Brinsa, Megatiendas. Así como, la Fundación Procaps que apoyó con una jornada de



Foto 43. Logo squash urbano Colombia

valoración y desparasitación y entrega de kits con vitaminas y suplementos nutricionales.

2. **Educación.** El programa académico fue dirigido por un equipo apoyándose en plataformas como Duolingo, Zoom, Youtube y Whatsapp. Con el apoyo de los donantes dotaron de computadores y de internet a varios estudiantes convirtiendo sus casas en salones de clases. Si bien fue un reto muy grande y complicado lograron mantener a los estudiantes motivados y enganchados con el aprendizaje de inglés, lo cual era vital para las aspiraciones de los estudiantes que viajaban para empezar sus estudios en colegios en Estados Unidos y otros que estaban en proceso de aplicación para becas en distintos colegios. En el mes de septiembre del 2020 una estudiante viajó a los Estados Unidos para iniciar clases en Indian Mountain School en Connecticut. Ese mismo año, siete estudiantes se postularon a beca en colegios en Estados Unidos tales como: Tabor Academy Massachusetts, Westminster School Connecticut, Indian Mountain School Connecticut y Westover School Connecticut; y en marzo de 2021 fueron

aceptados 4 estudiantes. En septiembre del 2022, otra estudiante fue aceptada en Tabor Academy en Massachusetts.

3. **Salud física y mental.** Entrenadores de SUC en alianza con el programa Coaching por una Causa acompañados de jugadores profesionales rankeados a nivel mundial se unieron para brindar sesiones de entrenamiento físico enfocados en la práctica de squash. También se realizaron sesiones de entrenamiento mental. Una vez levantadas las medidas de confinamiento comenzamos entrenamientos al aire libre utilizando las playas y malecones de la ciudad.

La COVID-19 recrudeció y expuso las necesidades sentidas de nuestra comunidad, en especial la vulnerabilidad de las niñas y mujeres en este tipo de entornos. Por esta razón, durante el 2021 y 2022 decidieron trabajar con varias organizaciones locales para mitigar el impacto negativo de la pandemia en los jóvenes de la comunidad donde vivían los estudiantes. Las acciones impulsadas a través de talleres y discusiones en un esfuerzo para romper diferentes tabús como, por ejemplo:

- **Fundación Poderosas:** de la mano con la Fundación Poderosas se abordaron temas de empoderamiento femenino y derechos sexuales.
- **Fundación Flow Fem:** se realizaron talleres sobre educación sexual y menstrual y se donaron copas menstruales a las niñas de SUC y de la Institución Educativa Antonia Santos, colegio donde estudia la mayoría de los jóvenes SUC.
- **Grupo Familia:** La marca Nosotras hizo entrega de kits de cuidado femenino a niñas de la fundación y de la institución educativa Antonia Santos y realizó talleres sobre higiene y educación menstrual.

Con el fin de proteger la salud de los estudiantes, familias y equipo de trabajo, en cumplimiento con las normas de bioseguridad del MSPS y del Ministerio de Educación, para un regreso seguro a las actividades



Foto 44. Squash entrenamiento



Foto 45. Entrega de copas menstruales Flow Fem

presenciales, la Fundación Squash Urbano realizó alrededor de 100 pruebas para detectar la COVID-19. SUC es también un ejemplo de cómo podemos apoyar la migración de venezolanos y venezolanas a Estados Unidos brindándoles a los niños y jóvenes oportunidades de educación y deporte, gestionando becas para estudiar en colegios o universidades en Estado Unidos.

Los aspectos que, según los entrevistados, hubiesen podido ser mejores:

- La conectividad sin duda fue de los desafíos más complejos por resolver, a través de la entrega de equipos y conexión internet y celular fue posible llevar a cabo muchas de las actividades. Una respuesta más rápida hubiera sido ideal.
- La logística con la entrega de mercados fue también un gran reto por las restricciones de las cuarentenas que se vivían, por lo cual era necesario un mayor número de aliados para este tema.

Logros significativos de la experiencia:

- Mantener el contacto con la comunidad y poder seguir ofreciendo programación diaria para mantener la intensidad y calidad del programa y garantizar la retención de la mayoría de los participantes.
- Trabajo conjunto con empresas, fundaciones, autoridades locales, instituciones educativas y el gran apoyo y resiliencia de la comunidad.
- Se demostró que a pesar de todas las adversidades es posible adaptarse a los cambios y ser flexibles en las diferentes maneras de trabajar y de comunicarnos.
- Empoderar a las mujeres y visibilizar la higiene femenina y la educación menstrual para desmitificar y ofrecer medios para el cuidado seguro mediante la donación de toallas higiénicas y copas menstruales más los talleres que fueron, sin duda, una clave de éxito.
- Incentivar a las familias a tener una dieta más balanceada y resaltar la importancia de tener hábitos saludables y hacer deporte.
- La migración de estudiantes hacia Estados Unidos durante la época de pandemia fue algo realmente extraordinario. Ello mostró la importancia del trabajo en equipo con las diferentes organizaciones, donantes y profesores.
- En general todas las alianzas que se hicieron sin duda fortalecieron el trabajo de la Fundación Squash Urbano Colombia.

Recuadro síntesis de la lección aprendida clave y principal recomendación:

Teniendo en cuenta el número de población migrante venezolana que se tiene y, esperando apoyar más en el futuro, con el fin de brindarles las mismas oportunidades que a los jóvenes colombianos, es de suma importancia la invaluable ayuda de entidades de gobierno local para facilitar el proceso de visas y migración, en el caso que estudiantes venezolanos sean aceptados por colegios o universidades en Estados Unidos, así como el apoyo para la obtención de visas para participar en torneos en Estados Unidos.

Es indispensable contar con el apoyo de terceros públicos o privados para apoyar a la comunidad durante épocas de crisis. Una buena comunicación es importante y necesaria para orientar y combatir la desinformación que circuló por diferentes fuentes. Esta es una clave de éxito, debe ser clara, precisa, disponible con rapidez y mensajes soportados en el conocimiento y la evidencia para ser responsable con la comunidad.

Agradecimientos: Queremos agradecer a nuestra junta directiva: Juan Manuel Muñoz, Diana Gómez Kopp, Stanley Stairs, Pablo Caicedo Gómez, Bernardo Samper, Catalina Peláez, Tim Wyant, Andreas Gruson, Mario Estupiñán, Juan Camilo Montaña, Pablo Serna, Sergio Gálvez, Carlos Andrés Martínez, Joaquín Caicedo, Javier Cárdenas y Santiago Cabal.

Nuestro equipo de trabajo: Nolvin López, Samuel Martínez, Andrés Felipe González, Santiago Parra, Kayliegh Hill, Katherine Torres y Esteban Espinal.

A las empresas y organizaciones que nos apoyan: Chase Lenfest y Lenfest Foundation, SEA, Cargill Colombia, Facol, PSA foundation, Federación Colombiana Squash, IDER, IDERBOI, Institución Educativa Antonia Santos y UNICA.



Atención primaria en salud y prestación de servicios

Capítulo 4

Fotografía # 46 suministrada por el Hospital Civil de Ipiales

Capítulo 4. Atención primaria en salud y prestación de servicios durante la pandemia por COVID-19

Por: Narledis Núñez Bravo

La OMS anunció el 30 de enero de 2020 la emergencia de salud pública de preocupación internacional por coronavirus, sin embargo, el 11 de marzo de 2020 la nueva enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19) fue declarada por la misma organización como una pandemia. Significando esto que se había extendido por varios países de diferentes continentes (Organización Panamericana de la Salud, 2020a).

Esta situación conllevó a las organizaciones de salud y a los diferentes países a buscar la mejor manera de prevenir, ralentizar la transmisión y evitar sus consecuencias para la población. Siendo la Atención Primaria en Salud (APS) parte fundamental de esa respuesta de los sistemas de salud, permitiendo que la comunidad accediera a los servicios de salud necesarios en este nuevo panorama.

La APS es reconocida como una estrategia clave de los sistemas de salud en el mundo por la evidencia científica del impacto sobre la salud de la población. Contempla tres componentes integrados e interdependientes: 1. La acción intersectorial; 2. La acción transectorial por la salud; 3. La participación social, comunitaria, ciudadana y los servicios de salud. Se ha demostrado que la APS puede ser adaptada a los distintos contextos políticos, sociales y culturales (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

La estrategia busca, mediante tecnologías y métodos sociales, clínicos y científicos, proveer asistencia esencial, continua e integral a las personas, familias y comunidades en condiciones de cercanía como *primer elemento de asistencia sanitaria*, con calidad, costo, eficiencia, eficacia, efectividad y la prestación de servicios multidisciplinarios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016; OMS, 1978). La atención primaria tiene un alcance mayor que el componente asistencial de los servicios curativos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), e involucra la territorialización, el fortalecimiento de la participación social efectiva que empodera a la población en la toma de decisiones, la gestión intersectorial y la integralidad de los servicios individuales y colectivos con un enfoque de salud familiar y comunitaria.

En Colombia, el SGSSS de 1993, bajo la reforma de la Ley 1438 de 2011, define la atención primaria en salud como:

La estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del sistema de salud. Hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/ transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana (Art. 12).

Según la OPS (s.f.), la APS también es fundamental para que los sistemas de salud sean más resilientes en situaciones de crisis, sean más dinámicos en la detección de los primeros signos de epidemias y estén más preparados para actuar de forma temprana en respuesta a los aumentos en la demanda de servicios. Existe un amplio consenso de que la APS es la «puerta principal» del sistema de salud, clave en su accionar para afrontar crisis sanitarias como la generada por la COVID-19.

Acción intersectorial, transectorial y participación comunitaria en Colombia durante la pandemia por COVID-19

El MSPS, a través de la comisión intersectorial de respuesta para enfrentar posibles contingencias sanitarias, ha orientando la toma de decisiones frente a riesgos epidemiológicos como los de chikunguña, sarampión, zika, entre otros. Esta comisión orientó acciones de preparación, respuesta y alerta, incluyendo acciones de APS durante la pandemia por la COVID-19. En primer lugar, se adelantó un plan nacional de prevención, atención y mitigación de la pandemia acorde con la normativa vigente, con los siguientes componentes: 1) Fase de preparación (riesgo bajo); 2) Reducción – fase de contención (riesgo moderado); y 3) Preparación y manejo – fase de mitigación (riesgo alto). El 12 de marzo de 2020 en Colombia se declaró la emergencia sanitaria por la COVID-19, y el 17 de ese mismo mes se adoptaron las medidas.

Fase: preparación

Durante esta fase se realizaron diferentes estrategias orientadas a: 1. Establecimiento de una estrategia nacional de prevención y control de la enfermedad; II. Establecimiento de una red de vigilancia epidemiológica para detectar casos sospechosos de la COVID-19, y III. Establecimiento de una estrategia de comunicación para informar a la comunidad en general. Las acciones corresponden a la situación epidemiológica pre-epidémica. Comprendió en documentar la amenaza existente y desarrollar los

instrumentos para adecuación y disponibilidad de recursos e insumos necesarios para responder. El país estuvo atento y se activó el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo, desplegando acciones relacionadas, en especial, con puntos de entrada, comunicación del riesgo en todos los niveles, planes de contingencia, capacitación de talento humano y definiciones de protocolos de actuación técnicos y de gestión del riesgo, estableciendo líneas a detallar:

- Coordinación intersectorial para realizar la evaluación de riesgo con base en la información que iba generando la OMS, que permitiera realizar monitoreo, seguimiento, evaluación y toma de decisiones de acuerdo con el riesgo relacionado. Se establecieron las cuarentenas nacionales para contener la propagación del virus y establecimiento de una cuarentena obligatoria para los viajeros que llegaron al país generando una constante comunicación con la Cancillería y Migración Colombia frente a viajeros que provenían de zonas de riesgo. Esta fase fue importante para determinar los mecanismos de respuesta en la atención frente al manejo de los primeros casos y casos subsiguientes confirmados en el país y la evaluación de las capacidades existentes de prevención, preparación, respuesta y recuperación frente a la emergencia por la COVID-19 evaluadas en relación con: talento humano disponible para servicios habituales y para la respuesta; fuentes y mecanismos de financiación frente al aumento en la demanda; suministros disponibles en el sector sanitario

y otros sectores; y mecanismos para el acceso a medicamentos y vacunas (en la medida en que estas se fueran desarrollando o dispuestas), medios de diagnóstico, dispositivos médicos y EPP, a través de medidas como compra anticipada y de almacenamiento de reservas.

- Vigilancia en salud pública y control sanitario. En esta línea de acción se trabajó en el monitoreo de las fuentes necesarias, formales y no formales, para la detección de casos y el comportamiento de la COVID-19 y su riesgo. Se identificó la situación mundial de la COVID-19 las 24 horas, 7 días a la semana, siendo la fuente única la oficial de contacto con los centros de enlace de otros países y área de emergencias de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. Se establecieron y divulgaron los lineamientos sectoriales e intersectoriales para la detección oportuna de la COVID-19.
- Red nacional de laboratorios en la cual se hizo una identificación de la capacidad diagnóstica para la COVID-19 representado en los laboratorios de salud pública (LSP), laboratorios clínicos, centros de investigación, universidades y a su vez se generaron los lineamientos para los laboratorios autorizados con capacidad diagnóstica para la COVID-19, para la adecuada recolección, conservación y transporte de muestras biológicas.
- Reducción de la transmisión en la comunidad.

Intensificación de la difusión de mensajes clave sobre la prevención ante la COVID-19, su cuidado en casa y la detección de los signos de alarma vigentes desde el programa y los que se fueron definiendo según el comportamiento de la enfermedad y sus características clínicas y epidemiológicas. Implementando y haciendo seguimiento del plan de medios ante la emergencia de la COVID-19 dirigido a la comunidad y talento humano en salud. Se organizó una central de orientación telefónica o línea para la atención de las consultas de la comunidad para brindar recomendaciones claras sobre medidas de prevención y control de la enfermedad. Se generaron directrices para la aplicación de medidas de distanciamiento social: cierre de escuelas, prohibición de concentraciones multitudinarias, eventos masivos, restricciones para el transporte masivo o desplazamientos y otras medidas sociales para el control de la morbilidad, como la modificación de los hábitos laborales y de control de la enfermedad (médicas y no médicas).

- Red de servicios de salud, realizando la evaluación de las capacidades de respuesta de la Red de Prestación de Servicios del país para la prevención, preparación y respuesta en emergencia por la COVID-19 identificando los vacíos existentes y las necesidades en la preparación. Se promovió el desarrollo e implementación de modelos

de atención de prestadores de servicios de salud y pagadores que involucraran las modalidades de telesalud, telemedicina y la atención domiciliaria para mejorar el acceso, la oportunidad y la resolutivez en la atención de casos de la COVID-19. Abastecimiento y administración de EPP por prestador, procedimiento de entrega y proyección ante escenario de incremento de casos sospechosos y confirmados dentro de sus limitaciones en presupuesto.

- Preservación de los servicios emitiendo directrices para orientar al sector público y privado en la elaboración y ejecución de los planes de continuidad durante una pandemia y plan de recuperación de las capacidades sanitarias básicas, incluyendo emergencias y desastres, vigilancia epidemiológica, salud ambiental, inmunizaciones, prestación de servicios y aseguramiento y mantener la comunicación y articulación constante con los CRUE.
- Comunicación de riesgo que permitiera informar de manera transparente a la comunidad sobre la patología, anticipándose a los rumores que pudieran ser generados por los medios de comunicación y las redes sociales para evitar que la confianza institucional pudiera afectarse a través de la divulgación en canales externos, redes sociales y páginas web información de la situación sobre la COVID-19.



Foto 47. Actividad preventiva Coliseo Rocky Valdéz Cartagena

Fase: reducción o de contención

En esta fase se establecieron las acciones de identificación y respuesta a la introducción de la amenaza al país (detección de los primeros casos de manera temprana), y los esfuerzos ante la aparición de los primeros brotes, para contenerlos y evitar su propagación de manera coordinada con otros sectores, incluyendo también medidas de prevención en comunidad, individuales y colectivas. En esta fase se realizó seguimiento a los planes sectoriales, protocolos, procesos y procedimientos operativos estandarizados; evaluación del riesgo que incluyó la identificación de amenazas y la evaluación de la eficacia de las capacidades de afrontamiento, tanto existentes como alternativas, con respecto a los escenarios de riesgos probables; planes de fortalecimiento de las capacidades básicas actualizados; vigilancia de la COVID-19 en las entidades territoriales con casos confirmados; búsqueda activa de casos, seguimiento de contactos completo, rápido y monitoreo; se establecieron mecanismos para la implementación de los procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad durante una pandemia a nivel comunitario integrando estrategias intramurales, extramurales y a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones; se estableció un grupo de expertos en comunicación de riesgos y participación comunitaria que respaldaron la respuesta ante la COVID-19.

Desde etapas iniciales de la emergencia el MSPS definió un plan de acción con orientaciones para adelantar estrategias de aproximación proactiva a la población como telesalud y telemedicina y la conformación

de Equipos Multidisciplinarios en Salud (EMS). Se expidieron lineamientos y guías para la gestión y la prestación de servicios en programas de interés en salud pública.

Para el 2 de junio de 2020 el país contaba con 1 782 sedes de prestadores con 6 662 servicios habilitados bajo la modalidad de telemedicina, ubicados en 344 municipios de 32 departamentos y el distrito capital; la habilitación para la prestación de servicio de telemedicina estuvo autorizada transitoriamente a 3 256 sedes de prestadores y a 12 378 servicios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020b). Todas estas acciones fueron estructuradas con las autoridades distritales y departamentales.

Fase: mitigación o de manejo

En esta fase las acciones estuvieron encaminadas a preservar los servicios y brindar la atención requerida a la población afectada. Se realizó notificación inmediata de casos de acuerdo con definiciones de caso establecidas; identificando necesidades y criterios para el abastecimiento de dispositivos médicos y medicamentos requeridos con base en la evidencia científica disponible a nivel nacional durante la emergencia por la COVID-19, y se desarrollaron estrategias para la fabricación de medicamentos, suministros y dispositivos médicos esenciales, previendo el desabastecimiento. Para ello se expidió el Decreto 1148 de 2020 y la Resolución 1066 de 2020 que buscó prevenir, mitigar, controlar y tratar la propagación y efectos de la COVID-19, lo que permitió la fabricación de medicamentos en

el año 2021 de fenobarbital, hidromorfona clorhidrato, morfina clorhidrato, meperidina clorhidrato y primidona.

Desafíos en la atención en salud durante la pandemia

Las estrategias de enfrentamiento de la pandemia en América Latina se basaron, por una parte, en acciones dirigidas a reducir la movilidad de las personas, y por otra, en medidas para mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud a través del aumento de camas críticas y de la capacidad de testeo de casos sospechosos. Sin embargo, las condiciones sociales y económicas de la región que incluyen una alta tasa de empleo informal, hacinamiento y precariedad de las viviendas y falta de acceso a servicios básicos limitaron la efectividad de las medidas sanitarias de prevención, agravando el impacto social y económico de la pandemia sobre la población, especialmente entre aquellos en situación de vulnerabilidad (OCDE, 2020).

En Colombia, la pandemia retó la capacidad del Estado en materia de prestación de servicios especialmente antes de disponer del plan nacional de vacunación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020a). Fue necesario adoptar distintas medidas no farmacológicas como la higiene de las manos y de la vía respiratoria. Luego, con su ingreso, las medidas sanitarias se complementaron con el uso de tapabocas, la limpieza de superficies y objetos; la ventilación de vivienda, lugares de trabajo y de vehículos de transporte; y se implementaron las medidas de distanciamiento social.

De esta misma manera, la respuesta inicial incluyó planes para la detección temprana de la enfermedad antes de la llegada de la COVID-19. Posteriormente, los esfuerzos se encaminaron a la prevención de la propagación del virus y a la preparación de los profesionales en salud y las instituciones prestadoras de servicios a un posible incremento de la demanda asistencial. En cuanto a la organización y redireccionamiento de la infraestructura en salud se instauró una flexibilización de procesos de habilitación para la prestación de servicios, habilitación transitoria de servicios por complejidad y servicios ofertados y aumento de capacidad instalada en las unidades de cuidados intensivos. Por otra parte, en cuanto al talento humano en salud se hizo un llamado a los

profesionales de la salud, la graduación anticipada de estudiantes de medicina, la reasignación de labores según necesidad, y la formación y capacitación de todo el talento humano en cuanto a medidas de bioseguridad y manejo de pacientes en estado crítico. Asimismo, el plan integral del cuidado primario incluyó el abordaje no presencial/remoto con estrategias de telesalud, vías de atención telefónica, nuevas plataformas (*online*), toma de muestras para diagnóstico en casa y seguimiento de pacientes virtual. Y de manera presencial se profundizó en la atención domiciliaria priorizando tres grupos poblacionales en cuanto a atención domiciliaria: a) personas que realizan demanda espontánea por morbilidad general (en especial, mayores de 70 años); b) pacientes con patología crónica controlada y de bajo riesgo, y c) personas con patología crónica no controlada de riesgo mediano o alto y gestantes.

Luego de analizar todo este panorama, el MSPS de Colombia llegó a un consenso de la necesidad de establecer un conjunto de actividades para hacer frente a las situaciones de emergencia e incidentes que vulneren la salud de la población. Por ello, desarrolló el CONPES junto con el Departamento Nacional de Planeación (DNP), el cual fue emitido a través de la resolución número 1411 de 2022 con el fin de establecer un conjunto de actividades que permitieran desarrollar y robustecer la capacidad del país para producir y satisfacer las necesidades de tecnologías de salud estratégicas, en aras de fortalecer las capacidades para hacer frente a situaciones de emergencia e incidentes agudos que pongan en riesgo la salud de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Dicha resolución tenía como objetivos: generar condiciones de gobernanza, flujo de recursos y capacidad de vigilancia en salud pública para preparar y dar respuesta adecuada a las situaciones de emergencia sanitaria; promover e incentivar las capacidades industriales de producción local de medicamentos de síntesis química, biotecnológicos, dispositivos médicos, radiofármacos, y componentes sanguíneos y anatómicos, como otras tecnologías estratégicas en salud que apoyaran la atención de epidemias o incidentes agudos; incrementar la formación de recurso humano para satisfacer la necesidad de anticipar, preparar y atender situaciones de emergencia e incidentes agudos y además fortalecer las capacidades en torno a la disponibilidad, interoperabilidad, desarrollo de aplicaciones de salud digital y uso transparente de la información necesarios

para la planeación y la gestión de emergencias e incidentes agudos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Para el suministro de oxígeno, como medida transitoria se direccionó toda la producción de oxígeno del país con fines medicinales para garantizar la disponibilidad y suministro de oxígeno medicinal, en el marco de la emergencia se expedieron los Decretos 465 y 1672 de 2021. Asimismo, desde la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud (DMTS) se realizó el seguimiento de la producción y de la distribución para garantizar el suministro oportuno en el país y hacer frente a la demanda de oxígeno por los efectos de la pandemia. De manera simultánea, con el fin de realizar acercamiento e incentivar la producción de oxígeno medicinal en las instituciones hospitalarias se realizaron reuniones con instituciones públicas y privadas, con acompañamiento del Banco Mundial y del experto en plantas para obtención de oxígeno. De igual forma, en atención a solicitud del sector de gases medicinales del país, desde el 2021 se ha venido trabajando en la construcción del análisis del impacto normativo (AIN) de la guía de estabilidad de gases medicinales, como requisito previo para la expedición de un reglamento técnico que incorpore las particularidades de este tipo de medicamentos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Prestación de servicios en salud y telemedicina

A nivel nacional se identificaron ciertas condiciones que dificultaban la prestación de servicios. Existía poca oportunidad de atención ambulatoria secundaria a las medidas adoptadas durante la pandemia, lo que aumentaba el riesgo de deterioro de patologías crónicas y de pérdida de continuidad e integralidad en los servicios de salud. De esta manera, surgió la necesidad de adaptar los servicios intra y extrahospitalarios a través de la atención no presencial, aumentando la capacidad instalada y capacitando al personal de salud.

Respecto a los servicios ambulatorios, dadas las medidas de aislamiento y con el fin de disminuir las tasas de contagio, inicialmente fueron suspendidos, dificultando el seguimiento de pacientes con patologías crónicas, así como los afectados por la COVID-19 sin criterios de hospitalización. En respuesta a esto,

surgieron las visitas domiciliarias para continuar con los controles de estos pacientes, evaluando su entorno. De igual manera, se incluyó la dispensación de medicamentos a domicilio y la entrega anticipada de hasta tres meses de formulación para limitar la circulación de personas. Adicionalmente, se hizo uso de plataformas digitales que permitan la atención a distancia, dando continuidad a los servicios extrahospitalarios permitiendo el control de la propagación del virus mediante la limitación del contacto físico y el descongestionamiento de servicios de urgencias mediante la disminución de consultas, la oportunidad de acceso continuo a información confiable el ofrecimiento de consultas virtuales (Hernández-Rincón et al., 2021).

En cuanto a los pacientes con enfermedades crónicas el MSPS emitió orientaciones para el despliegue de acciones para la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles incluidas las enfermedades huérfanas, para fortalecer acciones de articulación intersectorial con las entidades territoriales que garantizaran la atención integral a la salud de la población a través de acciones relacionadas con el control de los factores de riesgo a los que están expuestos los habitantes según el curso de vida y según las enfermedades o patologías crónicas asociadas. Particularmente, en la población mayor de 70 años, personas con condiciones crónicas de base o con enfermedades huérfanas.

Respecto a las UCI, el MSPS en marzo del año 2020 adelantó la estrategia de estimación de la capacidad instalada basada en los mapas de distribución de las unidades de cuidado crítico existentes en el país,

estimando 5 349 camas de cuidados intensivos y 3 186 camas de cuidados intermedios en Colombia. Y a través de compras y donaciones logró obtener 13 500 ventiladores para el territorio colombiano al cierre del año 2020. Para el manejo de estas unidades, los centros reguladores de urgencias y emergencias de cada departamento y ciudades fueron esenciales; estos monitoreaban las necesidades y demanda de dichas unidades, coordinando que cualquier persona que llegase a necesitar una cama en UCI tuviese oportunidad de esta.

Cuidado del talento humano en salud

La dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud (THS) del MSPS, en aras de enfrentar la falta de personal en salud que pudiera hacer frente a la emergencia sanitaria, emitió la Resolución 628 de abril de 2020, haciendo el llamado a todo el personal de la salud, especialmente a profesionales en medicina intensiva, medicina interna, anestesiología, cirugía general y otras especialidades médico-quirúrgicas, profesionales en medicina general, enfermería, fisioterapia, terapia respiratoria, bacteriología, entre otros (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020c).

Una vez declarada la emergencia internacional por la COVID-19, uno de los temas que rápidamente preocupó fue el cuidado de los trabajadores. Resguardar su salud fue uno de los cuatro pilares de la propuesta de acción de la OPS: la protección contra contagios, la necesidad de capacitación sobre la emergencia, la preocupación por la salud mental y la sobrecarga laboral (OPS, 2020b). Esta inquietud ha



Foto 48. Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Civil de Ipiales

sido recurrente en las recomendaciones internacionales (OMS y OIT, 2021). En América Latina, países como Perú y Brasil publicaron guías y recomendaciones para orientar el trabajo de los equipos en esta materia (Orellano y Macavilca, 2020).

La pandemia por la COVID-19 causó que las personas experimentaran reacciones de miedo y preocupación en variados niveles, sentimientos asociados tanto a la enfermedad como a las situaciones resultantes de las medidas gubernamentales que se implementan para la contención, mitigación y erradicación de la pandemia. Dentro de la población más vulnerable en términos de salud mental se destacó el personal sanitario debido a la gran responsabilidad, la carga de trabajo y el consecuente agotamiento, además la discriminación y estigma a los que fueron sometidos al inicio de la emergencia, la exposición al contagio y la carga laboral generan aislamiento social y diversos sentimientos de malestar, y no solo el temor por su propia seguridad, sino también por la seguridad de sus seres queridos; ambas circunstancias reducían la disponibilidad de apoyo social para amortiguar el impacto del estrés.

Un estudio mostró que en Colombia los profesionales de la salud reportaron temor a ser contagiados, contagiar a otros y frente a la muerte propia o de otros colegas; manifestaron ser discriminados e incluso agredidos por su trabajo; el 40 % de los profesionales presentaron síntomas de ansiedad, depresión, problemas de sueño o insomnio.

El 35,4% de los profesionales de medicina presentaron síntomas de ansiedad, el 26,7% depresión y el 13,0% insomnio; en otros profesionales de la salud, el 31,8% mostró síntomas de ansiedad, el 18,2% síntomas de depresión y el 4,5% insomnio; mientras que el 27,8% de los profesionales de enfermería padeció ansiedad, el 16,7% depresión y el 10,5% insomnio. Sobre el impacto de los síntomas reportados en salud mental o consumo de drogas, la mayoría de las personas que tenían algún riesgo no buscaron ayuda (Agudelo et al., 2022).

Permitiendo concluir que el cuidado de la salud mental en el personal de salud sigue siendo uno de los retos que ha dejado la pandemia, ya que pandemias anteriores han demostrado la necesidad de atención en las fases posteriores para esta población (Agudelo et al., 2022).

Por otra parte, el MSPS estableció un mecanismo de bonificaciones para los profesionales, técnicos y auxiliares que ejecutaron tareas relacionadas con la atención de pacientes con diagnóstico o sospecha de la COVID-19. A julio de 2021 se habían entregado \$393 000 millones por concepto de bonificaciones que beneficiaban a 259 384 personas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

A continuación, se presentan las experiencias territoriales que dan cuenta de las acciones frente a la atención primaria en salud del país frente a la pandemia por la COVID-19 que permitirán orientar acciones frente a futuras emergencias sanitarias. A detallar:

- **Multicomponente para la contención de la infección por SARS-CoV-2 en adultos mayores institucionalizados. Valle del Cauca:** presenta el desarrollo de una estrategia de atención enmarcada en un modelo interdisciplinario para la contención del COVID-19 en adultos mayores con alto nivel de fragilidad y carga de enfermedad biopsicosocial, los cuales residían en hogares de protección de larga estancia en la Ciudad de Cali. Brindando una intervención temprana con el fin de contener, mitigar y atender de forma temprana los casos identificados y sus contactos, a través de servicios de nutrición, terapia ocupacional, y geriatría, fisioterapia, terapia respiratoria,

fonoaudiología, trabajo social, odontología, psicología, gerontología y enfermería.

- **Estrategia: Barranquilla no baja la guardia contra la COVID-19:** presenta el modelo de gerenciamiento que permitió dar respuesta a la emergencia sanitaria en la ciudad a través de una red de atención en salud pública y privada para una prestación de servicios integrados, con un gran énfasis en el trabajo intersectorial, donde las alianzas con la empresa, el estado, la academia y la población civil fueron elementos clave para hacer frente a la pandemia.
- **Cambiamos y nos adaptamos para vivir humanamente, servimos con el corazón. Ipiales:** la cual da cuenta de la consolidación de una estrategia de humanización de los servicios de salud con varias líneas de acción en los servicios de salud en el Hospital Civil de Ipiales. Acciones en aras de trabajar la integralidad del proceso de atención de la COVID-19, salud mental y comorbilidades al paciente, familia, cuidadores y al talento humano del hospital.
- **Conectando la salud a las regiones: Programa Tele-UCI solidaria. Bogotá:** relata la contribución realizada por el Hospital Universitario Nacional en desarrollar un modelo de atención en la regiones del país en sinergia con el sistema de referencia y contrarreferencia de las entidades territoriales y aseguradoras para prestar los servicios de tele apoyo en medicina crítica y cuidados intensivos mediante la comunicación sincrónica e interactiva a través de la categoría de teleapoyo, tele experticia y teleeducación a las instituciones de salud que no contaban con las capacidades tecnológicas, humanas y organizacionales para manejo integral de pacientes críticos con la COVID-19 y otras patologías.
- **Abordaje sistémico y adaptativo de una institución de salud ambulatoria al contexto de la pandemia por la COVID-19. Bogotá:** da cuenta de la experiencia de una institución de atención

primaria ambulatoria de primer y segundo nivel, a pacientes crónicos, embarazadas, oncológicos, niños, adultos mayores, pluripatológicos, entre otros. Cambiando el modelo de atención enfocado en la modalidad principalmente presencial a otras modalidades como la telemedicina, tele orientación y atención domiciliaria, para el seguimiento de los pacientes.

- **Salud sin barreras en tiempos de pandemia. Fundación Amiga Colombo Venezolana – FAMICOVE. Medellín:** relata el plan estratégico para el abordaje en salud y educación a la población venezolana refugiada y colombiana retornada con necesidad de protección internacional y que se encontraba fuera del sistema de salud colombiano. Ofreciendo atención médica y psicológica con acciones de promoción de la salud, prevención del contagio y complicaciones graves de la enfermedad de manera presencial y remota.

Referencias

- Agudelo, A., Bohórquez, B., Vélez, B., Peñuela, A., Bautista, N. y Rodríguez, A. (2022). Salud mental del talento humano en salud durante el COVID-19 en Colombia. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 12(2). <https://doi.org/10.18041/2322-634X/rcso.2.2022.8989>
- Hernández-Rincón, E., Pimentel-González, J., Aramendiz-Narváez, M., Araujo-Tabares, R. y Roa-González, J. (2021). Description and analysis of primary carebased COVID-19 interventions in Colombia. *Medwave*, 21(3). <https://doi.org/10.5867/medwave.2021.03.8147>
- Ley 1438. (2011, 19 de enero). Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República de Colombia. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de atención integral en salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020a). MinSalud lidera una estrategia integral para el manejo del COVID-19. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-lidera-una-estrategia-integral-para-el-manejo-del-covid-19.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020b). Plan de contingencia para responder ante la emergencia por COVID-19. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Documents/PLAN%20DE%20CONTINGENCIA%20PARA%20RESPONDER%20ANTE%20LA%20EMERGENCIA%20POR%20COVID-19.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020c). Resolución Número 628 de 2020. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20628%20de%202020.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Bonificación al talento humano en salud ha beneficiado a 260 mil personas. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Bonificacion-al-talento-humano-en-salud-ha-beneficiado-a-260-mil-personas.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). MinSalud presentó hoja de ruta para la seguridad sanitaria del país. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-presento-hoja-de-ruta-para-la-seguridad-sanitaria-del-pais.aspx>
- Orellano, C. y Macavilca, M. (2020). Peruvian Guideline to Care the Mental Health of Health Providers During COVID-19 Pandemic. *International Journal of Health Policy and Management*, 9(11), 496-497. doi:10.34172/ijhpm.2020.107.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2021). COVID-19: Occupational health and safety for health workers: interim guidance. https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-HCW_advice-2021-1.
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Atención primaria de salud. <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud#:~:text=La%20APS%20tambi%C3%A9n%20es%20fundamental,en%20la%20demanda%20de%20servicios>.
- Organización Panamericana de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2020a). La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia#:~:text=La%20epidemia%20de%20COVID%2D19,un%20gran%20n%C3%BAmero%20de%20personas>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020b). Recomendaciones para adaptar y fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52729>.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD). (2020). COVID-19 en América Latina y el Caribe: Panorama de las respuestas de los gobiernos a la crisis. https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=132_132868-3ikx3m7ikl&-title=Covid-19-enAmerica-Latina-y-el-Caribe-panorama-de-las-respuestas-de-los-gobiernos-a-la-crisis
- World Health Organization. (2008). Atenção primária à saúde: mais necessária que nunca. WHO.

Experiencia 4.1

Multicomponente para la contención de la infección por SARS-CoV-2 en adultos mayores institucionalizados. Valle del Cauca

Relatado por: Lilibeth Sánchez Güette

En marzo de 2020 se generó una preocupación generalizada debido a la alta mortalidad en adultos mayores por la infección ocasionada por el virus SARS-CoV-2 en las residencias o centros de protección de adulto mayor en España. Este virus dentro del territorio español había alcanzado una letalidad promedio de un 22 % en personas mayores de 80 años. El 9 de mayo de 2020 España tuvo 18 342 fallecidos de los cuales el 35,2 % tenían más de 70 años. Sin duda, la infección respiratoria aguda grave (IRAG) causada por el nuevo SARS-CoV-2 estaba siendo un desafío no solo para España, sino para toda la comunidad internacional por su rápida propagación que, para entonces, se sabía que traspasaba fronteras fácilmente y que las incipientes medidas de contención eran necesarias, pero muchas veces no eran suficientes para controlar el contagio.

Esta situación de alarma fue extrapolada de manera temprana hacia el Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel (HGASM) de Santiago de Cali en Colombia, por parte de la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, ya que consideró al HGASM como una

institución de prestación de servicios pública única en su naturaleza en todo el territorio nacional, que debió ser priorizada debido a su alta vulnerabilidad financiera causada por el gran número de adultos mayores que albergaba, casi todos en condiciones de abandono, con alto nivel de fragilidad y con una gran carga de enfermedad desde el punto de vista biopsicosocial, siendo susceptibles a contraer IRAG generada por SARS-CoV-2 hasta el punto de perder la vida y producirse un escenario similar a los hogares geriátricos españoles con altos índices de mortalidad. De ahí que, en el HGASM se haya creado la exitosa estrategia multicomponente en la contención de la infección por SARS-CoV-2 en adultos mayores que residieran en hogares de protección de larga estancia, en función de aprovechar el modelo propio interdisciplinario de atención en salud con el que cuenta el HGASM, donde se brindan servicios de nutrición, terapia ocupacional, geriatría, fisioterapia, terapia respiratoria, fonoaudiología, trabajo social, odontología, psicología, gerontología y enfermería; además de tener diferentes salas clasificadas según el estado funcional de los adultos mayores: pacientes

dependientes y pacientes independientes (HGASM, 2023).

Las primeras acciones que comenzaron a desarrollarse como parte de esta estrategia multicomponente iniciaron con la apropiación de los protocolos de bioseguridad y el aislamiento temprano de los adultos mayores con el medio externo, en la cohorte de residentes, según la funcionalidad, síntomas y tipo de contacto con pacientes positivos o probables; a mediados del mes de febrero del 2020 se citó a reunión a los familiares de pacientes de todas las salas y se sacó boletín de prensa para informar que se cerrarían las puertas del HGSM para visitas de familiares y se presentó la modalidad de comunicación mediante videollamadas o llamadas telefónicas. No se recibieron nuevos residentes en las instituciones.

Lo anterior, se realizó antes del 9 de marzo de 2020, cuando se reportó el primer caso de la COVID-19 en el departamento del Valle del Cauca. Era un hombre de 34 años, procedente de España (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020). Los esfuerzos tempranos del HGASM fueron incorporados en el diseño de la ruta de manejo del adulto mayor con sospecha por infección de SARS-CoV-2 de los centros de protección de larga estancia.

El MSPS (2008) los clasifica de esta manera en los lineamientos técnicos administrativos para los centros de promoción y protección social para adultos mayores realizado en alianza con la Universidad del Valle. La ruta facilitó la transferencia de conocimientos relacionados con manifestaciones clínicas y síntomas

de la COVID-19 en el adulto mayor, la determinación del riesgo de infección en los centros de larga estancia, así como la preparación, contención y mitigación del riesgo inminente por la nueva IRAG generada por la COVID-19.

De hecho, todo este escenario académico entre el HGASM, la Universidad del Valle a través de su programa de Especialización en Geriátrica, perteneciente al Departamento de Medicina Familiar, y la Universidad Libre de Cali, llevaron a la construcción de la ruta usando la evidencia científica existente. Esta se concertó con geriatría, gerontología y un equipo interdisciplinario capacitado e integrado para brindar una atención adecuada a los pacientes adultos mayores. Sin embargo, esto también permitió que se diera voluntad y diálogo político entre la gerencia del HGASM y las autoridades de las secretarías departamentales del Valle del Cauca de Salud Pública y Distrital de Cali, para llegar al consenso de cómo direccionar la situación coyuntural representada por la pandemia por la COVID-19, basados en la ruta creada. De esta manera, siempre se tuvo presente la necesidad de apoyar al HGASM como centro de larga estancia por la alta vulnerabilidad de la población que albergaba, cuidaba y protegía, por medio de donaciones de pruebas moleculares y de antígeno, termómetros, caretas, batas, alcohol, medicamentos y capacitaciones en septiembre durante el año 2020 en pro de apoyar la parte diagnóstica del centro.

Bajo este escenario generalizado de cuidado con el adulto mayor, entre el 1 marzo y 31 de julio de 2020, el HGASM, la Universidad del Valle y la Universidad

Libre – Cali, ejecutaron la capacitación del equipo interdisciplinario en salud a partir de la ruta diseñada en cuatro fases clave. La primera fase consistió en la planeación de las actividades con el equipo de trabajo interdisciplinario y con las familias de los adultos mayores, donde se caracterizó a toda la población de adultos mayores residentes en el HGASM mediante escalas clínicas, así como también se determinaron las áreas de mayor riesgo según los pabellones de pacientes dependientes o independientes, además de seleccionarse al personal voluntario de atención para conformar la primera línea en la COVID-19 y establecer la ruta de atención con la EPS y la IPS, en caso de que no fuera posible continuar brindando manejo del adulto mayor infectado por la COVID-19 en el HGASM debido al nivel de atención demandado.

En la etapa de clasificación de los pacientes adultos mayores residentes en el HGASM, cada profesional en salud del equipo de trabajo aplicaba las escalas disponibles en la evidencia científica hasta el momento, al ingreso del paciente adulto mayor y al final de su proceso de recuperación, para definir diagnóstico y tipos de intervención desde un enfoque integral. De esta forma, las escalas aplicadas por los profesionales de fisioterapia fueron Barthel; Tinetti; fuerza de agarre; batería SPPB, que comprende: velocidad de marcha, prueba de equilibrio, prueba de la silla; fenotipo de fragilidad de Fried (pérdida de peso involuntaria, estado de ánimo decaído, velocidad de la marcha, actividad física, debilidad muscular); desde el campo de la psicología (Minimental, Yesavage, CAM); en gerontología (autopercepción de salud, filadelfia, escala breve de afrontamiento resiliente); la terapia

ocupacional (Lawton y Brody); nutrición (MNA CRIBAJE, MNA Evaluación); enfermería (escala de Braden, escala de Downton, escala clínica de fragilidad), y clínica (escala NEWS2 y examen físico). Cada una de estas escalas permitieron hacer una valoración geriátrica integral aunada al seguimiento de su evolución, la evaluación del equilibrio y la marcha, el desempeño físico, entre otros criterios determinantes en el cuidado y manejo del adulto mayor frente a la COVID-19.

Particularmente, la enseñanza sobre cómo clasificar a los adultos mayores en el HGASM inició con la escala clínica de fragilidad para valorar este síndrome de la geriatría, donde se le otorgaba una escala de puntuación de 1 a 9 al adulto mayor evaluado, siendo los menores valores los correspondientes a una mejor condición de salud y los mayores valores señalaban que el adulto mayor tenía una condición de fragilidad severa. De igual manera, se aplicaba la escala de necesidades paliativas de NECPAL para determinar si el paciente necesitaba este tipo de intervención y de cuidados paliativos debido a una enfermedad crónica avanzada, los cuales se prestaban sin necesidad de remitirlo a otro centro asistencial. Cuando la escala de fragilidad arrojaba 6 o más en puntuación, se decidía con todo el equipo interdisciplinario que el adulto mayor fuera manejado en el HGASM, cuando la escala puntuaba 5 se aplicaba la escala la NECPAL, si el adulto mayor tenía necesidades paliativas se manejaba en el HGASM, si era negativo la escala de NECPAL y necesitaba manejo en un centro de mayor complejidad se derivaba. Los adultos mayores con escala clínica de fragilidad ≤ 4 puntos y si tenían

critérios de remisión se derivaban a una institución de salud de mayor complejidad de atención. Todo lo anterior se realizaba bajo el consenso del equipo interdisciplinario.

Toda la información de valoración del adulto mayor resultante de la aplicación de diferentes escalas se sistematizó en una base de datos creada en agosto de 2020 por un profesional en medicina geriátrica e investigador de la institución para definir las intervenciones a realizar en los adultos mayores institucionalizados. Además, se ejecutaron desde marzo hasta agosto de 2020 una serie de capacitaciones dirigidas al resto de hogares de protección y promoción social del adulto mayor de corta estancia en todo el Valle del Cauca, lideradas por las Secretarías de Salud Departamental y Distrital, de la que el HGASM hizo parte fundamental como referente regional y nacional en el manejo integral del paciente adulto mayor infectado por la COVID-19.

Por su parte, en la segunda fase de contención y mitigación consistió en las restricciones del acceso a todas las actividades externas como las visitas, y solo se permitió la presencia del personal esencial, haciendo uso permanente de mascarilla, así como también realizando la higiene de manos cada tres horas, lo que generó un traumatismo psicosocial en los adultos mayores. Así mismo, se señalizaron los pasillos de circulación y de sillas habilitadas, dando espacio controlado y reglado a actividades de alimentación, rehabilitación y ocio escalonadas. Del mismo modo, se habilitaron dos salas de videollamadas según el riesgo y grado de infección de los adultos mayores



Foto 49. Talento Humano- Estrategia Multicomponente

para el uso de las tecnologías de la información y la comunicación en pacientes que no estuvieran en condición de abandono y aún conservaran contacto con sus familiares. Además, se educó en el uso de EPP, sin embargo, todo lo anterior generó un traumatismo psicosocial en los adultos mayores.

De igual forma, en esta fase de mitigación y contención se realizó el estudio de análisis de casos críticos de infección para intervenir y ejecutar acciones de rehabilitación desde los diferentes campos y áreas de la salud presentes en el equipo interdisciplinario del HGASM, realizando pruebas diagnósticas al instante (RT-PCR) a todos los adultos mayores institucionalizados en el pabellón del caso índice, notificando de forma inmediata a la Secretaría Distrital de Salud de Cali y Departamental del Valle del Cauca y realizando confinamiento por áreas y pabellones designados, donde el personal asistencial

se encontraba atento a las manifestaciones clínicas en el adulto mayor cada 8 horas mediante listas de chequeo, para brindar intervención terapéutica adecuada y oportuna, verificar el uso correcto de EPP e identificar los contactos estrechos que se pudieron tener con el nuevo infectado. Lo anterior con el fin de contener la propagación con aislamiento en áreas según el riesgo para así decidir rápidamente el nivel de atención y activar la ruta de cuidado según lo planeado en fase 1.

De esta manera, se le daba paso a la tercera fase de capacitación al talento humano en salud del HGASM, que consistía en la remisión del adulto mayor a una IPS cuando se necesitara cuidados de mayor complejidad que no pudieran ser suministrados en la institución y cuando tuviera una directriz de manejo médico invasivo-derivada de la aplicación de las escalas de fragilidad y la NECPAL. Para finalmente, entrar a educar sobre la cuarta y última fase de capacitación del personal, que consistía en la contrarremisión de la IPS al centro de protección de larga estancia HGASM.

Fue así que se pudo contener la aparición del primer caso, hasta el 11 de agosto del 2020, cuando llegó a la Sala Catalina del HGASM donde residían mujeres adultas mayores con discapacidad y dependencia, el primer caso de contagio por SARS-CoV-2, producto de una infección en una mujer adulta mayor a la que inicialmente se le tomó pruebas moleculares de la COVID-19. Con este caso índice se inició la implementación de la segunda fase ruta de manejo del adulto mayor con sospecha de infección por SARS-CoV-2 / COVID-19 en centros de protección de larga

estancia (contención y mitigación).

Un mes después se inició la toma de las pruebas rápidas a todos los adultos mayores del HGSM con el apoyo de la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca. Luego, se comenzó el cerco epidemiológico a todos los adultos mayores bajo cuidado del HGASM para identificar otros adultos mayores posiblemente infectados y esta situación generó la necesidad de clasificarlos según su grado de infección por la COVID-19, así como también de acuerdo con sus aspectos de manejo terapéutico definidos en la aplicación de las diferentes escalas. Por lo tanto, se caracterizó a toda la población adulta mayor en el HGASM con el fin de obtener el caso índice que permitiera la activación de la fase de contención y mitigación, para lo cual se contrató una epidemióloga y se levantó todo tipo de seguimiento, indicación e instrucción generado por la profesional y el equipo interdisciplinar del HGASM. Cuando los pacientes empezaron a tener complicaciones se les comenzó a administrar tratamiento en las instalaciones teniendo en cuenta las escalas mencionadas y el trabajo de epidemiología realizado. Lo anterior fue fundamental ya que, en toda Colombia, hubo escasez de disponibilidad de camas en las UCI y en el centro de cuidado y atención especial para adulto mayor del HGASM contaba con uno que desarrolló la capacidad de tomar decisiones basados en la valoración geriátrica integral y no en estereotipos o concepciones erróneas provenientes de tener en cuenta solo la edad cronológica del paciente.

Al finalizar el primer pico del SARS-CoV-2 en

Colombia, desde el 21 de julio hasta el 12 de agosto de 2020 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020), la Institución HGASM contaba con 252 personas, de los cuales 84 fueron positivos para la COVID-19 y el 14 % tenía más de 90 años, con múltiples comorbilidades. No todos fueron hospitalizados por ausencia de sintomatología, pero sí recibieron monitoreo de los profesionales de la salud desde las distintas salas. La detección de la infección se dio a partir de 34 pruebas moleculares y 25 pruebas de antígeno donadas por la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca.

En los dos primeros picos no hubo fallecidos a pesar del alto riesgo que tenía el HGASM de presentar altas tasas de mortalidad; al contrario, se trabajó por la preservación de la vida y del estado de fragilidad de todos, incluyendo a una adulta mayor centenaria, con 102 años y que estuvo infectada por la COVID-19. En adición, se tuvo una baja tasa de infección de 30,6 % con respecto a otros países de condiciones poblacionales parecidas las cuales estaban entre un 39,8 % y un 85,6 %. *«En orden a la buena cohesión, preparación y educación del grupo interdisciplinario de intervención que poseía en ese momento»* el HGASM según el líder del equipo del HGASM, especialista en medicina geriátrica (entrevista realizada, marzo de 2023).

Se realizó una tarea titánica reflejada en una tasa de 0 % de mortalidad durante el año 2020 por causa de la infección por SARS-CoV-2, cuando los cuidados y el manejo adecuado eran los más inciertos por el desconocimiento del comportamiento del virus. De hecho, el equipo interdisciplinario del HGASM resultó



Foto 50. Entrevista Talento Humano, Cali

suficiente para atender las demandas de la población adulta mayor institucionalizada. No hubo rotación laboral ya que se dividió el personal asistencial por pabellones. Este personal fue inscrito ante el MSPS para ser remunerados con los bonos económicos del gobierno por ser parte de la primera línea de atención a la COVID-19.

Los aspectos que, según los entrevistados, hubiesen podido ser mejores:

Es esencial en estos escenarios mejorar la voluntad y la relación con las aseguradoras para garantizar la protección al riesgo de los adultos mayores, cuando requieran ser hospitalizados dentro de la misma institución o deban salir remitidos a una IPS de mayor complejidad, ya que se asumieron costos innecesarios que no correspondían al HGASM. Así mismo, la inestable asignación de recursos financieros del

HGASM resulta ser uno de los asuntos que más se deben trabajar para mejorar a largo plazo la atención en salud de esta institución pública única en el país. Al mismo tiempo, se debe disminuir el abandono del adulto mayor para mitigar la carga de financiación pública de centros de larga estancia en Colombia con el objetivo de que el adulto mayor pueda estar con su familia para recuperar en ellos, el valor de la vejez.

Logros significativos de la experiencia:

- El HGASM obtuvo la publicación en agosto de 2020 de la ruta diseñada para el manejo de paciente adulto mayor con sospecha de infección por SARS-CoV-2 en los centros de larga estancia, en la Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica (Bernal-Torres et al., 2020). Además, en el marco del VII Encuentro Internacional de Salud Pública, VI Simposio de vigilancia y V Encuentro de Universidades Virtual realizado en Cali – Colombia, los días 2, 3 y 4 de diciembre de 2020 por la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca. El comité organizador reconoció a la experiencia del HGASM con un premio internacional de salud pública.
- Así mismo, como resultado de esta experiencia se publicó el artículo de Zambrano-Urbano et al. (2021) y el estudio de Buitrago-Gómez et al. (2022) sobre el estudio de caso de la centenaria institucionalizada recuperada por la COVID-19 con generación de inmunidad y la prevalencia de factores asociados con infección por la COVID-19 en adultos mayores institucionalizados. El último resultado de la experiencia consistió en que el profesional en medicina geriátrica encargado de las bases de datos de la estrategia ganó una beca Fullbright por convenio interinstitucional entre el Florida A&M University Institute of Public Health (IPH) y la Universidad del Valle para los años 2022 y 2023 con el objetivo de estudiar el comportamiento de la fragilidad en los adultos mayores institucionalizados que padecieron la COVID-19.
- Finalmente, la experiencia multicomponente para la contención de la infección por SARS-CoV-2 en adultos mayores institucionalizados fue de conocimiento público mediante la página web de las Secretarías de Salud Departamental y Municipal, así como también a través de múltiples respuestas a derechos de petición a los entes de control y a ciudadanos que querían conocer la inversión de los recursos públicos. Además, las estrategias, acciones y resultados se divulgaron en eventos virtuales de intercambio nacional e internacional en conexión con la información de análisis de riesgos de la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca.

Recuadro de síntesis de la principal lección aprendida y recomendación:

- La detección, contención temprana y el manejo consensuado e interdisciplinar para evitar el contagio sin control de la infección respiratoria aguda grave (IRAG) por la COVID-19 es clave para lograr tasas de mortalidad extremadamente bajas que pudieran llegar a 0 %.
- Son imperativas las alianzas entre las instituciones públicas y privadas para la coordinación de esfuerzos, para el aprovechamiento y la inversión eficiente de los recursos disponibles.
- Preservar y fortalecer la curva de aprendizaje de los profesionales de la salud capacitados en medio de toda esta coyuntura pandémica que cuentan con un aprendizaje previo valioso para la atención del adulto mayor con IRAG por la COVID-19.
- Adoptar medidas oportunas y pertinentes basadas en el estudio investigativo, interdisciplinario y transversalizado de la actividad asistencial en salud, preferiblemente de naturaleza publicable para su fácil divulgación.
- Mejorar el marco jurídico regulatorio de las aseguradoras para garantizar, de manera real y efectiva, la protección del riesgo de los adultos mayores vulnerables en medio de emergencias sanitarias.

Agradecimientos al grupo de voluntarios entrevistados: María Cristina Lesmes Duque, Sandra Marentes Astaiza, José Mauricio Ocampo Chaparro, Carlos Alfonso Reyes Ortiz, Claudia Yaneth Hernández Arango, Leivy Cuadros Mosquera, Gina Lorena Rendón Riascos, Paola Andrea Giraldo Valencia, Liliana Daza y Manuel Antonio Cano Wagner. Grupo de colaboradores públicos en alianza estratégica: Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, Secretaría Distrital de Salud Pública de Santiago de Cali y Empresa Social del Estado E.S.E Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel de Santiago de Cali, Universidad del Valle. Alianzas con el sector privado: Laboratorio Boydorr Nutrition y Abbott Laboratories.

Referencias

- Bernal-Torres, W., Pérez-Marmolejo, D., Gómez-González, B., Castro-Flórez, X., Aristizábal-Gómez, L., Ocampo-Chaparro, J. y Calzada, M. (2020). Ruta de manejo del adulto mayor con sospecha de infección por SARS-CoV-2/COVID-19 en centros de protección de larga estancia para adultos mayores en el departamento del Valle del Cauca – Colombia. *Revista Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria – Revista ACGG*. 34(1), 29-44.
- Buitrago-Gómez, N., Zambrano-Urbano, J., Muñoz-Realpe, J., Ocampo-Chaparro, J., Hernández-Arango, C., Lesmes-Duque, M., Osorio-Amaya, L. y Reyes-Ortiz, C. (2022). Prevalencia y factores asociados con infección por COVID-19 en adultos mayores institucionalizados. *Revista Duazary*, 19(2), 116-128. <https://doi.org/10.21676/2389783X.4691>
- Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel (HGASM). (2023). Misión y servicios asistenciales. <https://ancianatosanmiguel.com.co/hospital/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2008). Lineamientos técnicos para los Centros de Promoción y Protección Social para Personas Mayores. <https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20T%C3%A9cnicos%20Centros%20Persona%20Mayor.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Cronología del COVID-19 en Cali y las medidas de la Alcaldía para enfrentarlo. <https://www.minsalud.gov.co/Regiones/Paginas/Cali-12-de-abril-de-2020---Cronologia-del-COVID19-en-Cali-y-las-medidas-de-la-alcaldia-para.aspx>
- Organización Panamericana de Salud (OPS). (2021). La COVID-19 y adultos mayores. <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable/COVID-19-adultos-mayores>
- Zambrano-Urbano, J., Buitrago-Gómez, N., Muñoz-Realpe, J., Ocampo-Chaparro, J. y Reyes-Ortiz, C. (2021). Centenaria institucionalizada recuperada por COVID-19 con generación de inmunidad: un caso de estudio. *Revista Universidad y Salud*, 23(3), 301-308. <https://doi.org/10.22267/rus.212303.244>

Experiencia 4.2

Estrategia: Barranquilla no baja la guardia contra la COVID-19

Relatado por: Lilibeth Sánchez Güette

En enero del año 2020 se declaró la emergencia sanitaria en salud pública de importancia internacional (ESPII) por parte de la OMS, por los casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) causados por un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2). El 11 de marzo esta fue categorizada como pandemia por su expansión global. Al día siguiente, Colombia declara emergencia sanitaria por la COVID-19 y el 25 de marzo comienza el confinamiento preventivo obligatorio en el territorio nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

El Distrito de Barranquilla presenta los primeros casos de contagio el 16 de marzo de 2020, creando un frente de respuesta integrada de orden público, social, económico, de comunicaciones y de salud pública. Las autoridades distritales trabajaron fuertes en vigilancia genómica y epidemiológica inteligente, con un protocolo que partía de la identificación del caso de la COVID-19 a través de las pruebas pertinentes (PCR y antígenos), para luego decidir la forma en que actuarían, basados en el panorama de riesgo de la ciudad.

La jefe de Salud Pública de Barranquilla aseguró que se generaron acciones preparatorias para desplegar el hacer de la gobernanza y para adaptar las instituciones de salud a la coyuntura local, causada por los casos del nuevo coronavirus que, en un corto plazo, aumentaron de manera marcada.

La primera etapa fue el alistamiento institucional. Se realizó la planeación y preparación de la red de atención en salud, pública y privada, que permitió la prestación de servicios de manera secuencial, sistemática e integrada. Se prepararon los laboratorios clínicos para tener suficiencia operativa en toma de muestras COVID-19, que en promedio se realizaban alrededor de 1 500 a 2 000 diarias, ya no solo de las 20 muestras por día a las que se estaba acostumbrados al comienzo del confinamiento domiciliario obligatorio.

Barranquilla, debido a la coyuntura de ese momento, pasó de tener un laboratorio de procesamiento para detectar

la enfermedad a cargo del INS a tener 13 laboratorios locales y 46 laboratorios a nivel nacional que recibían muestras de los barranquilleros. Además, de ubicar la capacidad instalada en toda la ciudad, con puntos de pruebas para la COVID-19 en lugares estratégicos del Distrito como parques y centros de comercio en las 5 localidades de Barranquilla, mejorando la oportunidad del diagnóstico, de acuerdo con la Oficina de Salud Pública. Entre los años 2020 y 2022, en Barranquilla se procesaron 1 718 707 pruebas diagnósticas para la COVID-19, lo que significa 143 225 pruebas COVID-19 por cada 100 000 habitantes (Instituto Nacional de Salud, 2022). Durante toda la pandemia, Barranquilla se mantuvo como el ente territorial con el mayor número de pruebas diagnósticas por cada 100 000 habitantes.

En primer lugar, el equipo de vigilancia epidemiológica y laboratorio distrital que pertenece a la Oficina de Salud Pública del Distrito de Barranquilla estuvo conformado por 100 integrantes de la sala de análisis del riesgo, del personal responsable de la estrategia de información, educación y comunicación (IEC) y rastreo de contactos y, del personal de campo, quienes lograron identificar los posibles puntos de entrada de casos por la COVID-19 mediante la observación de los conglomerados humanos más vulnerables, la vigilancia de las diferentes zonas portuarias (13 terminales) y los puntos de entrada como el terminal de transporte de Barranquilla y el Aeropuerto Ernesto Cortissoz, de entrada de personas, no solo nativas, sino también extranjeros que venían de diferentes lugares del mundo. Y segundo, se organizó y desplegó la red de servicios de atención única en la ciudad, donde el CRUE fue la clave para engranar todos los actores en salud, públicos y privados.

De acuerdo con la jefe de salud pública (entrevista, marzo de 2023), durante esta etapa se identificaron los recursos con que se contaba para atender la emergencia y estimar la capacidad instalada y de respuesta del Distrito. 25 000 personas del talento humano en salud estuvieron al frente del manejo de la emergencia sanitaria por la COVID-19 en Barranquilla. Con este equipo humano fue posible generar las bases de datos para los análisis predictivos de la ciudad, acompañados por el INS y el MSPS. Lo que permitió conocer cuándo se estaba frente a un ascenso o descenso de casos por la COVID-19, facilitando la preparación anticipada de los servicios y comunidades durante el primer pico de contagio, el cual con base al MSPS fue de junio hasta agosto de 2020. El segundo pico, entre diciembre y enero de 2021 y el tercer pico desde abril a junio del 2021 (MSPS, 2021), momento en el que la red de prestación de servicios de atención en salud estaba consolidada y generaba reportes diarios de 411 camas (inicio de la emergencia sanitaria) que se tenían dispuestas para los casos por la COVID-19 en la red de hospitalaria.

Con los apoyos del gobierno nacional y las ayudas locales, nacionales e internacionales, Barranquilla incrementó en un 77 % las UCI para adulto al pasar de 411 a 728 camas. Durante el desafío de atender la enfermedad, específicamente al momento de los picos epidemiológicos y con el aprovechamiento de la normatividad legal de habilitación transitoria de UCI adulto, se superaron las 950 camas UCI, una expresión real de la dimensión de

la emergencia y la capacidad de respuesta territorial, lo que le permitió que Barranquilla fuese una ciudad resolutive y suficiente en la emergencia sanitaria. Este aumento de la capacidad de UCI ha sido un hecho histórico para la ciudad que, en menos de seis meses, trabajó, gestionó y mejoró la infraestructura para la atención de alta complejidad hospitalaria, un avance que se hubiese logrado en 30 años.

Lo anterior, permitió brindar atención oportuna y pertinente a las personas y alcanzar la mayor disponibilidad de camas de hospitalización y camas UCI por población en el país. Por tal razón, se atendió a población barranquillera y de otras regiones de Colombia. Sumado a lo anterior, el aumento de la capacidad a causa de la emergencia sanitaria por la COVID-19 permitió atender otras situaciones ajenas a la pandemia pero con ocurrencia durante la misma como, por ejemplo, las necesidades sanitarias de apoyar la emergencia en la Isla de San Andrés y Providencia a causa del huracán Julia en octubre de 2022 y de la atención de los pacientes en las unidades de cuidado crítico para quemados luego del incendio de un camión de gasolina en el corregimiento de Tasajera, ocurrido en julio de 2020.

Así mismo, se destaca en Barranquilla el aprovechamiento de modalidades de prestación de servicios de salud en modelo de red para atender y desescalar el riesgo clínico asociado a la COVID-19, muy evidenciado en la atención exclusiva de pacientes recuperados con manejos post-hospitalarios en instalaciones acondicionadas por la Alcaldía de Barranquilla y operadas por la red pública MiRed



Foto 51. Barranquilla No Baja la Guardia-1

IPS que funcionó en el Centro de Eventos Puerta de Oro. Un claro ejemplo de expansión hospitalaria y aprovechamiento de las infraestructuras intramurales existentes en la ciudad antes de la pandemia, para la enfermedad moderada y severa de la COVID-19, limitando el uso del hospital de campaña en el primer pico a soportar el egreso de pacientes y garantizando el seguimiento en la fase resolutive de la enfermedad.

La experiencia del hospital de campaña Puerta de Oro garantizó atención con calidad, observándose cumplimiento de las condiciones técnicas y científicas para los pacientes considerados en el modelo de expansión de la red en el primer pico de emergencia. Barranquilla obtuvo 977 175 bienes e insumos médicos hospitalarios para el manejo y control de la emergencia, incluyendo ventiladores, dispositivos médicos, elementos de protección personal, insumos y demás herramientas que ayudaron a la capacidad de respuesta en la pandemia. Además, fueron adquiridas 6 nuevas ambulancias para ampliar y lograr respuestas

más rápidas de la red, 4 de ellas de transporte básico y 2 medicalizadas. Se fortaleció el CRUE que permitió unificar el manejo de las remisiones a UCI, convirtiéndose en modelo regional y nacional de atención.

La ciudad atendió en sus urgencias servicios de hospitalización y UCI a 4 683 pacientes procedentes del departamento del Atlántico y de otras zonas del país, de los cuales 3 687 correspondían al departamento del Atlántico, y 996 pacientes a otros departamentos de Colombia. Un total de 2 054 eran positivos para la COVID-19. De esta manera, Barranquilla se convirtió en la ciudad con mayor capacidad instalada, y apoyó a otras ciudades del país durante los picos de contagios que estas presentaron.

Con el propósito de proteger y salvar vidas se solicitó apoyo del gobierno nacional, a organizaciones no gubernamentales y al Gobierno de Emiratos Árabes. Gracias a estas ayudas, Barranquilla logró robustecer su sistema de salud, crear nuevos modelos de atención, enfoques predictivos y epidemiológicos tempranos, así como la capacidad de reacción ante los desafíos en salud pública que se presenten. De esta manera, la ciudad enfrentó los desafíos de las circunstancias en tiempos de incertidumbre.

Especialistas en salud, expertos científicos, sector público, sector privado y la ciudadanía trabajaron en conjunto para dejar grandes lecciones de autocuidado y responsabilidad. De igual forma, las clínicas, hospitales, los Puntos de Atención en Salud Oportuna (PASO), los Centros de Atención Médico Integral

Oportuna (CAMINO) y demás centros de salud y el talento humano, estaban a disposición de atender, recibir y apoyar a los ciudadanos. Estos lugares se gestionaron en convenio con las EPS para la población afiliada y con la Secretaría de Salud Distrital para la población en condición de vulnerabilidad.

En el proceso de atención domiciliaria se aprendió a manejar la enfermedad con el uso de pulsioxímetros. En otros casos, con uso de oxígeno domiciliario y seguimiento por profesional en medicina de forma presencial. Fue parte del proceso de atención la educación, información y comunicación sobre las formas de prevenir, mitigar y controlar el contagio, así como el manejo e identificación de signos y síntomas de alarma en los pacientes y familiares. Se realizaron campañas por medios de comunicación como «Barranquilla no baja la guardia» (Alcaldía de Barranquilla, 2020), donde agentes de salud caminaban de casa en casa, educaban acerca del uso de los elementos de protección personal, medidas de bioseguridad y actuaban como caminantes de la salud pública, haciendo seguimiento del uso del tapabocas, lavado de manos, protocolos de higiene, entre otras herramientas que había que adoptar en la rutina personal.

Otra de las tareas fundamentales fue la atención de la salud mental, a lo cual Barranquilla le hizo frente mediante la estrategia «Vacuna emocional, ¡hablemos!», la cual inició desde diciembre de 2020. Esta estrategia llegó a las cinco localidades de la ciudad, recorriendo centros comerciales, colegios, universidades, parques, escenarios deportivos, entre

otros espacios de Barranquilla, priorizando sus servicios en niños, jóvenes y adolescentes, quienes regresaron a sus entornos sociales después de un período de confinamiento y sin presencialidad por el virus. «Hablemos» ha estado en función de la atención de los barranquilleros, logrando cifras claves (más de 80 000 personas impactadas) frente a la acogida, especialmente en poblaciones que enfrentan duelos por pérdidas de seres queridos a raíz de la pandemia. Así como población adolescente y jóvenes, familias, amas de casa y ciudadanía en general al vivir los confinamientos y regresar a las normalidades.

En paralelo se creó una mesa técnica interdisciplinar con profesionales expertos de neumología, internistas, intensivistas, ginecólogos, pediatras y todas las especialidades médicas, dirigida por el alcalde y el secretario de salud distrital de Barranquilla. En este espacio, con base en la evolución y evidencia científica disponible se tomaban decisiones clínicas. Lo anterior, implicaba adaptaciones constantes a la dinámica mundial y nacional en la que se iba viviendo la pandemia, que marcaba la evolución de la COVID-19, dado que su comportamiento era desconocido para el mundo.

Una situación particular encontrada en la ciudad de Barranquilla correspondió a la característica de la ocurrencia de los casos y la temporalidad que siempre mostró, convirtiéndose en el gran centro urbano que afrontaba el inicio de los picos que tuvo Colombia. El liderazgo del alcalde de Barranquilla, con el aprovechamiento de la gobernanza que muestra el territorio, permitió estructurar un modelo

de atención de la pandemia que articuló no solo las necesidades sanitarias, si no de la educación, la gestión social, la infraestructura y, en general, de todos los sectores de la economía de la ciudad. Este liderazgo y gobernanza adquieren un mayor valor porque se generaron condiciones para transferencia de datos y conocimientos del comportamiento de la pandemia, a disposición de otros grandes centros urbanos como Cali, Medellín y Bogotá. Lo anterior, independiente, de que la misma temporalidad permitió al MSPS y a la Alcaldía de Barranquilla apoyar las atenciones de no solo de estos grandes centros urbanos, sino de todo el territorio nacional.

El modelo de gerenciamiento del riesgo sanitario liderado por la Secretaría de Salud de Barranquilla, basado en el concepto de «valor compartido» explica la existencia de mesas técnicas permanentes para el manejo de la crisis. Se destacan mesas técnicas con EPS, IPS, la academia, grupos científicos locales, nacionales e internacionales, administradoras de riesgos laborales, MSPS, INS, directores de medios de comunicación, juntas administradoras locales, juntas de acción comunal, entre otros sectores, que permitieron el abordaje intersectorial y el fomento de la construcción participativa de las decisiones. Se destaca que actualmente y como lección aprendida de la pandemia por la COVID-19, permanecen las mesas territoriales de EPS y de IPS abordando temáticas de interés de salud pública, dengue, maternidad segura, viruela símica (MPox en inglés), salud mental, entre otros eventos de interés.

En el momento en que se aumentó la cifra de casos por



Foto 52. Barranquilla No Baja la Guardia-2

la COVID-19 en Barranquilla, entre enero a junio de 2021 con 126 790 reportes (Instituto Nacional de Salud, 2022), el desafío fue mayor para las autoridades en salud pública, EPS e IPS, tocando con gran fuerza la sensibilidad de las redes familiares y comunitarias que debieron ser abordados. En este sentido, todas las secretarías distritales del gobierno en Barranquilla, como Comunicaciones, Deporte, Gestión del Riesgo, Desarrollo Económico, Gestión Social, Hacienda, Planeación, y las otras oficinas del gabinete lideradas por el señor alcalde, desarrollaron coordinadamente estrategias que sumaron a la respuesta de la emergencia en toda la línea de tiempo. Se destaca entre estas, la entrega de mercados a poblaciones vulnerables, campañas de sensibilización y educación virtuales para docentes, estudiantes y padres de familia de los colegios, sobre cómo evitar el contagio de la COVID-19 por medio de las plataformas virtuales utilizadas para las clases.

Para la población de edad avanzada se implementó la estrategia +60, que reconocía el riesgo acumulado en esta población por comorbilidad y fragilidad por la edad. Destinando servicios en los hogares geriátricos y cárceles, donde se intensificó la vigilancia y la aplicación de las medidas de prevención no farmacológicas y protocolos de bioseguridad a fin de controlar el contagio, minimizar las complicaciones y muertes. El abordaje de esta estrategia +60 impulsó la capacidad resolutoria de la ciudad, de la atención domiciliaria, derivado de la decisión de la Secretaría de Salud de Barranquilla y las EPS que prestan servicios en la jurisdicción, de destinar la capacidad instalada de la ciudad en la atención prehospitalaria, a los barrios y grupos de edades de mayor riesgo para la enfermedad por la COVID-19.

En ese momento, se optó por fortalecer los servicios de atención domiciliaria y la telemedicina con un período de 12 horas de atención al día para cubrir un porcentaje de personas en la ciudad, entre las que se encontraban casos asintomáticos o con síntomas y signos leves, pero que, según los lineamientos del programa PRASS del MSPS, requerían seguimiento hasta la remisión de caso. En este segmento fue esencial el seguimiento por los equipos de atención domiciliaria (virtual o presencial). Actualmente, esta capacidad instalada se sostiene y es coordinada en una mesa técnica de trabajo con las EPS e IPS.

El miércoles 17 de febrero del año 2021, unos 11 meses después de estar atendiendo los desafíos que día a día presentaba el virus de la COVID-19, llegaron a Barranquilla las primeras vacunas contra la enfermedad, ajustando y consolidando poco a poco el proceso del Plan Nacional de Vacunación (PNV) COVID-19, guiados por el MSPS. Esta circunstancia logró el fortalecimiento de la red de atención primaria para ajustar la capacidad instalada de la red de frío para la preservación de la custodia de la vacuna. Resaltando la donación del ultracongelador entregado por la Universidad Simón Bolívar. Además, del fortalecimiento de competencias específicas del talento humano asistencial en el proceso de microgestión para el PNV COVID-19 a través del SENA (Servicio Nacional de

Aprendizaje), la academia, agencias y organismos de cooperación.

Finalmente, el éxito de la experiencia de la Secretaría de Salud de Barranquilla en APS y prestación de servicios de atención durante la emergencia sanitaria de la COVID-19 en el Distrito radicó en el desarrollo pertinente y oportuno de cada etapa desplegada en respuesta a la emergencia sanitaria del territorio, la cual terminó dejando múltiples lecciones aprendidas que hoy son valiosas para replicarse.

Los aspectos que, según los entrevistados, hubiesen podido ser mejores:

El secretario de salud distrital (entrevista realizada, marzo de 2023) manifestó *«que durante la emergencia sanitaria por COVID-19 se evidenciaron aspectos y circunstancias inesperadas que fueron propias de la crisis y la incertidumbre mundial en la que se vivía en los momentos de pandemia»*.

- Cansancio y agotamiento físico del talento humano en salud.
- Momentos en los que se atacó a los profesionales de la salud y en los que se dudó de los reportes médicos y de los reportes de las instituciones. Las acciones desarrolladas se enfocaron en la sensibilidad y humanización de la ciudadanía con el talento humano en salud.
- La infodemia y la desinformación mediática. Se crearon acciones de comunicación adecuadas para mitigar ambos escenarios.
- Presencia de errores humanos, los cuales fueron corregidos y ajustados, además fueron dejando lecciones aprendidas que se socializaron y se integraron a los planes de trabajo.

Logros significativos de la experiencia:

- El liderazgo de la autoridad sanitaria local para organizar la respuesta a la emergencia sanitaria en la ciudad permitió una planeación y preparación de la red de atención en salud, pública y privada para una prestación de servicios secuencial, sistemática e integrada.
- La disponibilidad de 13 laboratorios locales para procesar las pruebas para la COVID-19 permitió la atención a la población de Barranquilla, del departamento del Atlántico y de otros territorios de Colombia.
- La vigilancia en salud pública inteligente que permitió la realización de análisis predictivos de la ciudad para una respuesta anticipada.
- El incremento de la capacidad instalada para atender las urgencias por la COVID-19 y otras condiciones de salud permitió que Barranquilla fuese una ciudad resolutive y suficiente en la emergencia sanitaria.
- La conformación de mesas técnicas intersectoriales e interdisciplinarias para el análisis situacional de la

- ciudad y de Colombia y la toma de decisiones oportunas.
- La estrategia +60 que permitió priorizar a los adultos mayores como una población en condición de vulnerabilidad y necesitada de intervenciones puntuales como la atención domiciliaria.

Recuadro de la principal lección aprendida y recomendación:

La principal lección aprendida es que solo a través de las alianzas intersectoriales e interdisciplinarias se puede enfrentar una emergencia de la magnitud de la generada por la COVID-19. El «valor compartido» en las mesas fue clave para responder de una forma eficiente a las necesidades de los barranquilleros y de otras poblaciones colombianas.

La principal recomendación va dirigida a sostener el trabajo articulado entre sectores donde las alianzas de organizaciones empresariales, del Estado, la academia y la población civil se conjuguen para proteger a las comunidades ante amenazas como la ocasionada por la COVID-19.

Agradecimientos: a los profesionales entrevistados, Dr. Humberto Mendoza Charris, Secretario de Salud Barranquilla y la Dra. Ligia Inés Oviedo Castaño, jefe de Salud Pública de Barranquilla. Grupo de colaboradores públicos en alianza estratégica: Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla, Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social.

Referencias

- Alcaldía de Barranquilla. (2020). Barranquilla no baja la guardia, prevenir el coronavirus está en tus manos. <https://www.barranquilla.gov.co/salud/coronavirus>
- Instituto Nacional de Salud. (2022). Casos COVID-19. Colombia, 2020-2023. <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2020). Presidente Duque declara emergencia sanitaria. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Presidente-Duque-declara-Emergencia-Sanitaria-frente-a-COVID-19.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2021). Tercer pico se sentirá hasta finales de junio en centro y sur del país. Boletín de prensa N.º 637 de 2021. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Tercer-pico-se-sentira-hasta-finales-de-junio-en-centro-y-sur-del-pais.aspx>
- Oficina de Salud Pública de Barranquilla. (2023). Comportamiento de la infección respiratoria aguda COVID-19. <https://www.barranquilla.gov.co/salud/institucional/informes-salud>

Experiencia 4.3

Cambiamos y nos adaptamos para vivir humanamente, servimos con el corazón. Ipiales

Relatado por: Narledis Núñez Bravo

Ipiales es un municipio colombiano ubicado en el suroriente del departamento de Nariño, en la frontera con Ecuador. Es la segunda ciudad más importante de este departamento, y gracias a su ubicación fronteriza es también el segundo puerto terrestre más importante de Colombia. En este municipio se encuentra ubicado el Hospital Civil de Ipiales, que es referente de 13 municipios de Piedemonte costero y de atención a la población migrante.

En el año 2015, el hospital inicia el proceso de integrar el programa de humanización en la atención en los servicios de salud. Múltiples análisis de variables relacionadas con la calidad de la atención en salud han orientado el abordaje de las relaciones entre las personas involucradas en la prestación de los servicios de salud (profesionales y trabajadores de la salud, pacientes, cuidadores y administradores). También han demostrado que los cambios y la modernización de los servicios de salud han estado encaminados en mejorar la seguridad, la eficacia y la eficiencia, pero estos aún no han resuelto la fragmentación,

despersonalización y deshumanización de la atención (Galván, 2022).

Por ello, a inicios del mes de marzo del año 2020, cuando se declara la emergencia por la COVID-19 el hospital inicia la preparación institucional a través del comité de emergencia hospitalaria, teniendo claridad que, por estar ubicado en un nivel fronterizo, se tenían grandes posibilidades que los primeros casos que llegaran a Colombia entraran por este territorio, lo que implicó la preparación y la creación de rutas de atención e incluso a mirar las áreas en las que serían ubicados los casos, cuando se presentara la situación.

El hospital crea el Comité COVID-19 Institucional donde se define la reorientación de la infraestructura; implicó dividir el hospital en dos grandes áreas, una para la atención de pacientes con la COVID-19, con adecuación de áreas dignas para el usuario, y otra área no COVID-19, con accesos totalmente independientes y así evitar riesgos de contagio y propagación.

En el mes de abril del año 2020, cuando se presentó el primer caso en el municipio, el hospital ya contaba con toda la dotación de ventiladores mecánicos y monitores recibida por parte del MSPS. Pasando de tener 21 camas a tener 75 camas en las UCI. Lo que permitió la atención de 1 000 pacientes en estas unidades, haciendo uso de los tratamientos disponibles en ese momento.

Dada la situación, desde la dependencia de talento humano se realizó un análisis de las áreas donde se había reducido la demanda de atención, por ejemplo, los servicios de consulta externa y áreas administrativas. Este personal sanitario fue reubicado en áreas críticas como el servicio de urgencias y las UCI. Sumado a esto, debido a la gran afluencia de pacientes, fue necesaria la contratación de 200 colaboradores entre profesionales en medicina, enfermería, fisioterapia, nutrición y especialistas en medicina crítica e infectología, adicionales entre los años 2020 y 2021.

En los diferentes servicios se trabajó una estrategia de pares, donde una persona con mucha experiencia en el cuidado crítico era asociada a una con menor experiencia recién contratada para realizar el seguimiento y acompañamiento y brindar las garantías de calidad a la atención. Se ejecutó un plan de capacitaciones modalidad híbrida frente a los lineamientos y protocolos que el MSPS entregaba para el manejo de la COVID-19.

El comité de COVID-19 Institucional orientó decisiones frente al desempeño del talento humano. Se

tomaron medidas de protección, una vez comenzaron los casos por la COVID-19, en el personal sanitario. También, acciones de albergue cuando se presentaron las reacciones sociales de discriminación por parte de la comunidad, quienes veían al personal de salud como un foco de contagio. El talento humano enfrentó además largas jornadas laborales que favorecieron entre otros aspectos el síndrome de burnout. Lo que creó la necesidad de trabajar la integralidad del proceso de atención de la COVID-19, salud mental y comorbilidades al paciente, familia, cuidadores y al talento humano del hospital.

En este sentido, el área de comunicaciones del hospital implementó la política de humanización de afecto digital para sensibilizar a la comunidad, denominada



Foto 53. Talento Humano Hospital Civil de Ipiales-1

Cuidamos con amor, con 6 líneas de acción: abriendo puertas de luz; informando con amor; humanizamos para servir; manos que sanan tu dolor; sanando corazones, y ambientes humanizados. Contó con dos espacios denominados: *Mi lugar seguro* y *Una mano amiga*. Permitted visibilizar lo que estaba viviendo el talento humano adentro de los hospitales, con respuesta positiva en las personas, pues ya no los veían como un riesgo sino como los héroes. Esto también generó una respuesta positiva del personal de salud, pues no se sentían discriminados, sino aplaudidos y respaldados por el hospital, los pacientes y familia, generando un aumento del nivel de confianza.

Desde el espacio «un lugar seguro» se realizaron intervenciones psicológicas de manera individual y grupal, con acompañamientos emocionales para el cuidado de la salud mental de todos los colaboradores. Desde el espacio «mano amiga» se acompañó a través de llamadas telefónicas a todos los colaboradores positivos o con sospechas por la COVID-19, para brindar herramientas para el manejo del estrés y ansiedad que permitieran enfrentar el aislamiento.

Otra de las estrategias trabajadas fue la denominada *Avancemos juntos*, que tenía como finalidad capacitar a los colaboradores en el manejo de casos a través de pequeños grupos focales con las áreas donde se brindaban los servicios. Así mismo, abordó el cuidado de la salud mental, manejo del estrés y la ansiedad, relaciones interpersonales y gestión emocional.



Foto 54. Talento Humano Hospital Civil de Ipiales-2

Se estableció una ruta de transporte seguro y se adecuaron estancias en hoteles para el personal del hospital, teniendo en cuenta que algunos eran procedentes de otros municipios. Se promovieron incentivos, dentro de ellos al «colaborador más humano» que tenía como criterio de selección el número de felicitaciones que emitían los pacientes a los colaboradores, se hacía una entrega de un certificado con un reconocimiento público en las redes sociales, lo cual generaba bastante impacto en la comunidad, no solo de la parte profesional, sino también de la calidez y calidad humana.

Mi corazón está contigo fue una estrategia para acompañar a la familia cuando había alguna pérdida de un colaborador, brindándoles los primeros auxilios psicológicos y el apoyo sentido desde la institución. Con el transcurrir de los días se siguió posicionando el servicio humanizado. Las estrategias denominadas *Sanando corazones* y *Un regalo para mí*, dirigidas al autocuidado de la salud mental, con entrega de contenidos didácticos, libros para colorear y todo el acompañamiento psicológico al paciente durante su estancia hospitalaria, fueron muy apreciadas. En la UCI la estrategia *Puro amor* fue una estrategia realizada desde la unidad de cuidados intensivos neonatales, dirigidos a los padres, para apoyar a enfrentar la situación, manejar las restricciones de visitas. Estas acciones se vincularon a la estrategia *Afecto digital*, en la cual se les realizaba una videollamada a los padres para que vivieran la sensación de cercanía con sus bebés.

El área de comunicaciones impulsó las estrategias *Abriendo puertas de luz* y *Una pastilla para el alma*, en las cuales el talento humano respetó todo tipo de



Foto 55. Talento Humano Hospital Civil de Ipiales-3

creencias, realizando videos cortos con mensajes espirituales y motivacionales, que eran transmitidos todos los días por los altavoces de la institución y las redes sociales. Los mensajes eran grabados por personas que lideran iglesias de diferentes confesiones en el municipio. También, a través de *La lectura cura y Jugar para sanar*, se iban moldeando los ambientes hacia la humanización con sentido.

En las UCI, la estrategia de *Informando con amor* permitió la comunicación de los pacientes con los familiares a través de videollamadas entre 3 a 4 veces a la semana, teniendo en cuenta el volumen de pacientes que se manejaba diariamente.

Cuando se controlaban los picos por la COVID-19 se adaptó la estrategia de UCI de puertas abiertas para facilitar el ingreso a la UCI con horarios establecidos de un familiar para visitar a su paciente, creando un ambiente de tranquilidad y confianza. Se comenzaron a recibir cartas y mensajes que fueron pegados en los cubículos para que fueran leídos por los pacientes generando sonrisas y sentido de gratitud.

Los aspectos que según los entrevistados hubiesen podido ser mejores son:

- La imposibilidad de contar con la Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO, por sus siglas en inglés), lo que impidió hacer una intervención de soporte cardíaco y respiratorio a pacientes cuyos pulmones y corazón estaban gravemente dañados.
- Dignificar el trabajo de los profesionales de la salud, jurídica y salarialmente.
- Contratar un mayor número de personal especializado. La disponibilidad de estos es esencial para asegurar la calidad de la atención.

Logros significativos de la experiencia:

- Consolidación de la estrategia de humanización en los servicios de salud en el hospital.
- Aumento del nivel de confianza de la comunidad a las entidades de salud.
- Capacidad instalada de reacción rápida, capaz de dar respuesta a emergencias sanitarias.

Recuadro de síntesis de la lección aprendida clave y principal recomendación:

- La vigilancia y seguimiento de la salud mental de los profesionales de la salud es indispensable.
- No se debe olvidar el trabajo y el esfuerzo que realizaron los presionales de la salud ante la emergencia sanitaria.
- La principal recomendación es capacitar a todo el personal sanitario en el área de unidades de cuidados intensivos para atender futuras emergencias sanitarias.

Agradecimientos a todo el equipo del Hospital Civil de Ipiales, y a quienes estuvieron en la entrevista: Ulises Valenzuela, líder del Talento Humano; Evelyn Narváez, líder de Calidad; Alejandra Orellano, líder del Programa de Humanización; José Miguel Guerrero, médico intensivista; Aidé Parra Calderón, enfermera líder de la Unidad de Cuidados Intensivos, Andrés Patiño y Yesid Barona, del Equipo de Comunicaciones del Hospital Civil de Ipiales.

Referencias

Galván, J. (2022). Diseño e implementación del modelo integral para la humanización de la atención en salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 70(3), 1-12.

Experiencia 4.4

Conectando la salud a las regiones: programa tele-UCI solidaria. Bogotá

Relatado por: Narledis Núñez Bravo

El Hospital Universitario Nacional (HUN) es una entidad autónoma, con la regencia académica de la Universidad Nacional (UNAL) de Colombia, sus primeros estatutos fueron aprobados el 22 de noviembre del año 2012, por la Universidad y la Asociación de Exalumnos de Medicina de la Universidad Nacional (AEXMUN) y el 17 de diciembre, bajo la Resolución 1136 de 2012 fue reconocida por parte de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá e inaugurado en el año 2016.

A través de un programa que llevaría como nombre *Conectando la salud en la región*, se plantearon llegar a las diferentes regiones de Colombia donde la Universidad Nacional tiene sede, tales como: Bogotá, Medellín, Manizales, Palmira, La Paz, Orinoquía, Amazonía, el Caribe y Tumaco. Sin embargo, en marzo del 2020, con la llegada de la emergencia sanitaria por la COVID-19, estos planes se debieron acelerar en respuesta, dada la alerta internacional y las necesidades de atención en cuidados intensivos que los afectados requerían debido a la severidad de la enfermedad, que en ese momento no se dimensionaba lo requerido en el manejo ventilatorio de los afectados.

La gran preocupación del país se centraba en cómo hacer el abordaje, si la capacidad instalada era suficiente o no para afrontar la emergencia. En ese momento el MSPS adelantó la estrategia de estimación de la capacidad instalada basada en los mapas de distribución de las unidades de cuidado crítico existentes en el país. Estimadas en 5 349 camas de cuidados intensivos y 3 186 de cuidados intermedios a marzo de 2020. Asimismo, se identificó en situación crítica la región suroriente del país, que carecía de dichas unidades.

El reto planteado por el MSPS era contar con 10 000 ventiladores, y efectivamente a través de compras y donaciones se logró obtener 13 500 ventiladores para el territorio colombiano al cierre del año 2020. No obstante,

la preocupación seguía patente, puesto que no solo era necesario el ventilador, sino adecuar el cubículo con los equipos biomédicos básicos como monitores y bombas de infusión, entre otros.

Sumada a esta preocupación, existía algo aún más delicado y difícil de conseguir: el talento humano capacitado para el manejo de los pacientes y el uso de los equipos biomédicos. Esto requería de profesionales en medicina, enfermería, fisioterapia, nutrición y psicología, así como de especialistas en cuidado crítico, infectología, nefrología, medicina interna y de todo el equipo de apoyo terapéutico que permitiera el manejo de los pacientes de manera integral.

En este contexto, el HUN y la UNAL valoraron que el hospital contaba con 12 profesionales en medicina intensiva y profesionales de las otras disciplinas. Se realiza un ejercicio interno, en el cual se exploró con cada uno de ellos si estaban dispuestos a donar una hora diaria de trabajo para ayudar al país, recibiendo una respuesta positiva de todos. Es decir, se contaba con 12 horas de trabajo extra de un equipo integral que estaba dispuesto a dar soporte a las regiones a través de la virtualidad.

Es así como se plantea el objetivo de brindar servicios de salud y medicina crítica y cuidados intensivos mediante la comunicación sincrónica e interactiva en la modalidad de tele-UCI y telesalud, a través de la categoría de teleapoyo y/o telexperticia y teleeducación a las instituciones que no contaran con las capacidades tecnológicas, humanas y organizacionales para manejo integral de pacientes críticos con la COVID-19 y otras patologías.

Se procede a estructurar la estrategia de llevar la teleayuda a todas las regiones. Apoyando el accionar en el talento humano existente en las instituciones, es decir, profesionales en medicina interna, medicina hospitalaria o inclusive, los profesionales en medicina rurales. Se planteó que los profesionales en las instituciones realizaran las rondas y atención inicial de los pacientes y luego a través de canales virtuales y de forma sincrónica, los equipos de profesionales del HUN hicieran las recomendaciones y sugerencias necesarias al proceso de atención de cada paciente.

La primera experiencia ocurre el 17 de marzo del año 2020, con el primer caso por la COVID-19 en el departamento de Amazonas. Se inicia el contacto con el hospital San Rafael de Leticia, se transfiere el cómo funciona la estrategia de teleapoyo. No obstante, hasta ese momento no se habían contemplado las limitaciones y barreras de conexión de esta región. Rápidamente, se realiza el teleapoyo a través de videollamada, dada la necesidad de observar los ventiladores y poder hacer los ajustes a la programación de la ventilación mecánica. Sin embargo, la conectividad seguía siendo un reto en esa región, que seguramente se presentaría en otras regiones del país, con poco o nulo acceso a internet.

Esto lleva a plantear otra estrategia para esas regiones, colocando la UCI del HUN a disposición de estos territorios, realizando el traslado de los pacientes que por complicaciones requiera ser asistidos, esto último en coordinación con el centro regulador de urgencias de Bogotá.

El segundo paso fue levantar la capacidad instalada real en cada región, todo lo relacionado con el talento humano, equipos biomédicos, apoyo diagnóstico e imágenes, laboratorios, medicamentos y estrategias terapéuticas. En función de esta realidad se co-crearon las estrategias por seguir con las diferentes instituciones del país.

Para el mes de abril del año 2020, el MSPS plantea los lineamientos para flexibilizar la telemedicina en el país. Sin embargo, tuvieron que afrontar otro reto. Toda vez que los pacientes necesitaban intubación y se requería de la asistencia de los especialistas del HUN y del profesional local, estos se veían abocados a tratar al paciente bajo las modalidades permitidas en los nuevos lineamientos, estas son: 1) Teleapoyo: un profesional en medicina en la institución y un profesional en medicina especialista remoto de la región hace el acompañamiento, siendo responsable del paciente, el profesional en medicina que atiende de manera presencial y 2) Telexperticia: un profesional en medicina tratante y un profesional en medicina especialista remoto de la región, el cual genera como experto un concepto que se registra en la historia clínica del paciente, lo que implicaba que se contara con alguna herramienta para poder compartir las historias clínicas de los pacientes en tiempo real.

Inicialmente se utilizó la plataforma CISCO, entre 9 y 12 de la noche. Un intensivista registraba su disponibilidad desde la casa y se conectaba para pasar revista a la UCI. Surge otro reto, la plataforma, era muy pesada para la capacidad de conexión de algunas regiones. Por lo que se debió hacer uso de otras plataformas virtuales como: Zoom e inclusive WhatsApp. Sin embargo, estas plataformas no permitían tener seguridad de los datos.

Este reto genera alianzas con el doctorado en Ingeniería de Sistemas de la UNAL, para el diseño del *software* HIGIA que permitiera la interoperatividad de la historia clínica, para así registrar los conceptos emitidos por el experto y poder exportar el PDF y enviarlo a la clínica o al hospital cabecera de red y, además, garantizar la seguridad de todos los datos. Sin embargo, esto no era posible en todas las regiones del país inicialmente.

Los aprendizajes hicieron posible la comunicación sincrónica interactiva con los hospitales que requerían teleapoyo. Fue posible revisar los datos (clínicos, del contexto social, procedencia, familiares, entre otros) de los pacientes presentados por los profesionales que estaban en las regiones y, a partir de ello, tomar las decisiones. La estrategia de teleapoyo no solo permitió observar los ventiladores mecánicos, sino también conocer el contexto social, elemento clave para saber hasta dónde se podía avanzar a mediano y largo plazo.

El HIGIA se convirtió en una muy herramienta útil para ese talento humano no experto, puesto que cada caso requería horas de revisión y la toma de decisiones basadas en la revisión de la evidencia científica, lo cual se hacía con todo el equipo de apoyo terapéutico. Se evaluaba qué procedimiento realizar para el beneficio del paciente. Luego de estructurado el modelo, se procedió a dialogar con todos los directores de las sedes de la UNAL en las diferentes regiones. Estos, a su vez, logran el contacto con las secretarías de Salud departamentales, municipales y los directores de los hospitales, para concertar la implementación de la estrategia de teleapoyo para la atención de pacientes críticos.

Se plantearon objetivos específicos: prestar teleapoyo para la atención de pacientes críticos; ayudar al proceso de capacitación del talento humano a través de la teleeducación y de manera presencial; acompañar al talento humano, y tomar de decisiones asistenciales y éticas alrededor del manejo de la COVID-19. Otro de los objetivos, agregado con el tiempo, fue brindar acompañamiento para el proceso de habilitación de unidades de cuidados intensivos en las diferentes regiones del país, aprovechando las fortalezas institucionales de toda la UNAL.

Se procede a poner al servicio la estrategia al MSPS. Se priorizan las regiones e instituciones a las cuales brindarles el apoyo. Se identifican 350 instituciones que necesitaban ayuda, se priorizaron 60 hospitales en 22 departamentos. Apalancado el trabajo con el *software* HIGIA para el registro de pacientes. La estrategia se denomina programa Tele-UCI solidaria,

en el marco de las estrategias para prestar los servicios y teleapoyo a las regiones.

Se contaba con una línea telefónica, para la comunicación las 24 horas del día los 7 días de la semana con todo el equipo clínico experto en cuidado crítico. Se daban las orientaciones y cuando ya se tuviesen los resultados de exámenes proceder a la conexión para realizar el plan de manejo integral.

A finales del año 2020, el MSPS requirió fortalecer el uso eficiente, seguro y adecuado de los respiradores mecánicos para el manejo de casos de cuidados intensivos de pacientes críticos por la COVID-19, como complemento a la donación de 200 ventiladores que hizo el gobierno estadounidense al país, y así garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud esenciales y la atención de la UCI para pacientes con la COVID-19, como personas migrantes venezolanas, repatriados colombianos y comunidades receptoras, al mismo tiempo que fortalecer y mejorar la calidad y los servicios de salud y la resiliencia del sector de la salud. El MSPS señaló la idoneidad y experiencia única del HUN.

HUN realizó un proceso que permitió difundir la información acerca del manejo del paciente crítico por la COVID-19, mediante el desarrollo de un estudio retrospectivo de pacientes con la COVID-19 fallecidos en Colombia y un estudio prospectivo sobre los desenlaces en el proceso de atención en el HUN; el fortalecimiento del sistema de información HIGIA, para la transferencia de datos y orientaciones para la evolución de las historias clínicas de los pacientes; el fortalecimiento del modelo de teleapoyo

regional que en cadena colaborativa con hospitales de alta complejidad dieron soporte a los de mediana complejidad y estos a su vez a los de baja complejidad. Se desarrolló una ruta con 11 pasos para el proceso de teleapoyo en cuidado crítico por la COVID-19, que se inician con la aplicación de criterios de ingreso y culminan con un plan de manejo a seguir para la atención del paciente post-UCI, incluyendo la remisión o no a un mayor nivel de complejidad o acompañamiento diario en la revista interdisciplinaria que se planteó para responder a las necesidades de atención integral los pacientes en estado crítico.

El modelo trabajó en sinergia con el sistema de referencia y contrarreferencia de las aseguradoras, quienes autorizaran la remisión de los pacientes que requerían traslado a un hospital regional. Esta estrategia aportó mucho, puesto que el equipo que estaba tratando al paciente contaba con la seguridad de que en el momento que el paciente requiriera mayor complejidad esto sería posible y así evitar el alto índice de mortalidad. Con este modelo 5 300 pacientes en cuidado crítico fueron valorados.

El MSPS, HUN y el Instituto de Investigaciones Clínicas de la Facultad de Medicina de la UNAL, desarrollaron documentos técnicos de análisis, estos son: 1) Factores asociados a desenlaces clínicos adversos en pacientes con la COVID-19 que recibieron atención en Unidades de Cuidado Intensivo en Colombia; 2) Recomendaciones para trabajadores de la salud orientado a adecuar lecciones aprendidas para mejorar la eficiencia técnica de las actividades en los servicios de cuidados intensivos y el desempeño

del talento humano en la atención de estos pacientes durante los picos por la COVID-19.

Se analizaron los resultados de todos los pacientes que fueron a ventilación mecánica en el primer y segundo pico registrados en la base de datos del MSPS entre marzo de 2020 y mayo de 2021, con un total de 39 427 pacientes. Analizando los factores asociados con la morbilidad entre los pacientes de UCI por la COVID-19 en Colombia, con el fin de mejorar el conocimiento científico sobre el manejo de casos de cuidados críticos, se identificó como factor protector el uso de soporte ventilatorio diferente a la ventilación mecánica invasiva. Igualmente, el estudio identificó que los cambios en la excursión diafragmática, la disminución del murmullo vesicular, deterioro cognitivo y la disfagia fueron factores que se encontraron asociados con la morbilidad. Por otro lado, se crea evidencia sobre la necesidad de la creación de protocolos para tratar pacientes que

PROGRAMA TELEUCI SOLIDARIA
Convocatoria abierta a todos los departamentos

Invitamos a personal asistencial de medicina, enfermería, apoyo terapéutico y salud mental a participar del diplomado:

Atención Integral de Pacientes con IRA/COVID-19 en estado crítico con énfasis en rehabilitación y salud mental

- Desarrollo del curso asincrónico moodle
- 1 sesión semanal sincrónica de acompañamiento
- Formación 100% virtual certificada por la UNAL sin costo
- 120 HORAS

21-16 JULIO 2021

INSCRIPCIONES ABIERTAS HASTA EL 15 DE JULIO

CLICK AQUÍ PARA INSCRIBIRSE

APERTURA DEL DIPLOMADO Y SESIÓN INAUGURAL

Cicero Webex

USAID

MINISTERIO DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS

Foto 56. Teleasistencia en la Región-HUN

pasaron por UCI y precisan de tratamientos posteriores por los efectos de largo plazo de la enfermedad. El MSPS utilizó esta evidencia clínica actualizada para mejorar las estrategias de comunicación, promoción y prevención del riesgo, actualizar los protocolos de gestión de casos y desarrollar protocolos de rehabilitación.

El fortalecimiento de capacidades se adelantó en articulación la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del MSPS se basó en un proceso de teleducación. Este se logró ejecutar a través de talleres dirigidos a las necesidades de cada una de las instituciones, con entrenamientos orientados a la mecánica ventilatoria, prevención de complicaciones asociadas a la ventilación mecánica, con un total de 2 067 trabajadores de la salud capacitados y 60 instituciones de salud asistidas en las diferentes regiones. Se realizaron seminarios regionales, que abordaron todas las temáticas del cuidado crítico. En total se dictaron 200 talleres con 1 645 asistentes y 7 seminarios regionales con 2 352 asistencias en el año 2021.



Foto 57. Diplomado Atención Integral IRA-COVID-19 HUN

En 2022 se realizó un diplomado virtual en el que se explicó la atención integral de pacientes IRA/COVID-19 y acciones transversales de rehabilitación y salud mental, con 73 profesionales certificados. También se dictaron dos seminarios nacionales; el primero abordó el tema de salud mental post pandemia: implicaciones para pacientes, cuidadores y personal de salud; en el segundo, se trabajó temas de rehabilitación, reacondicionamiento y retorno a la vida normal en pacientes con la COVID-19. Se contó con más de 3 000 asistentes. Igualmente, teleapoyo interdisciplinar 24/7 a pacientes IRA/COVID-19 en rehabilitación y salud mental a 138 instituciones de 25 territorios de las diferentes regiones del país.

El talento humano en salud valoró la importancia de una comunicación permanente, el acompañamiento 24 horas los 7 días de la semana, la buena disposición y respeto por parte del equipo técnico del HUN para orientar técnicamente al talento humano en los servicios; la exposición de casos reales y las reflexiones sobre la atención y rehabilitación del paciente crítico a partir de la teoría y la práctica permitieron que la implementación del proceso de desarrollo de capacidades se diera de forma exitosa y se concibiera como una experiencia significativa.

El HUN extrapoló el modelo de teleapoyo hacia las regiones en el marco de la prevención de la mortalidad materna y la atención primaria en salud, colaborando de forma solidaria con el fortalecimiento de las capacidades en el talento humano en las diferentes regiones del país, otro logró que hace sostenible en el tiempo esta experiencia.

Para el cuidado del talento humano se creó una aplicación llamada MECUIDO, que permitía realizar un auto chequeo para hacer autodiagnóstico de COVID-19, donde reportaba los síntomas y se activaba un semáforo que lo clasificaba en bajo, mediano o alto riesgo. Este era vigilado por el grupo de profesionales de enfermería y de acuerdo con la clasificación se tomaban medidas de aislamiento o internación. HUN recomendó, con base en la evidencia de los dos estudios, la elaboración de protocolos de atención y rehabilitación de pacientes críticos que egresan de las UCI y pacientes post-COVID-19 prolongado.

Los aspectos que, según los entrevistados, hubiesen podido ser mejores:

- Baja conectividad a internet que limitó el acceso a algunas regiones. Por ejemplo: durante el proceso de desarrollo del diplomado virtual se identificó que, en zonas de difícil acceso, en departamentos como Amazonas, Guaviare, Vichada, La Guajira, entre otros, se presentaban dificultades de acceso relacionados con el funcionamiento de la red de internet, ante este desafío la UNAL vinculó un aplicativo fuera de línea en la plataforma virtual de aprendizaje, para que desde los celulares se pudiera acceder al diplomado, descargar los recursos educativos y realizar todas las actividades del diplomado, accediendo a través de un código QR.
- Poco acceso a especialistas en las regiones apartadas del país.

Logros significativos de la experiencia:

- La empatía y reconocer las capacidades del talento humano del territorio, para que el proceso se diera de una manera horizontal, caracterizado por una comunicación bidireccional en la que se fomenta el proceso de enseñanza y aprendizaje y sobre todo la co-construcción de conocimientos frente a la atención del paciente crítico por la COVID-19.
- Consolidación de un equipo de trabajo colaborativo en red llevó a la consecución de las metas propuestas y la creación de un ambiente de confianza tanto a profesionales en medicina, que se encontraban en las regiones apartadas, como a los expertos localizados en los hospitales de alta complejidad.
- Aprovechamiento del talento humano de todas las Facultades de la UNAL y del HUN, puesto a disposición de todo el país.
- Uso de la tecnología para poder llevar atención médica especializada a regiones donde no se cuenta con ellas.
- Diseño del software HIGIA, que puede extrapolarse para cualquier tipo de emergencia sanitaria.
- Capacidades y competencias adquiridas por un número significativo de profesionales de la salud con los que hoy cuentan las instituciones impactadas.
- Fortalecimiento de la responsabilidad social y de humanización en el personal del HUN.

Los territorios asistidos consideraron esta intervención como una experiencia positiva y significativa en términos de oportunidad de acceso a procesos formativos y mejoramiento de la atención y rehabilitación del paciente crítico, a través de la transferencia de conocimientos técnicos y co-construcción de aprendizajes. Se puede concluir que el modelo de teleapoyo solidario no solo impactó a los pacientes, sino también minimizó la mortalidad en

las regiones apartadas del país. Asimismo, posibilitó la formación al personal sanitario de manera eficaz, para dar respuesta inmediata a las situaciones presentadas.

Recuadro síntesis de la lección aprendida clave y principal recomendación:

- El trabajo colaborativo en red fue clave para atender la emergencia sanitaria.
- El fortalecimiento de capacidades y conocimientos del talento humano en salud hace posible que las personas enfrenten los retos de la postpandemia, siendo vital continuar desarrollando procesos de fortalecimiento de capacidades en las regiones del país con menor desarrollo.
- Es indispensable que, desde el ámbito nacional, y con apoyo de la cooperación internacional, se continúe avanzando en el fortalecimiento y en la continuidad de programas de teleapoyo o telesalud en cuidado crítico dirigidos a profesionales y gestores de salud para el aprovechamiento de la capacidad instalada que se ha creado o aumentado durante la pandemia.
- Se recomienda sostener la gestión de conocimiento fundamentada en la evidencia científica, por ser clave durante la respuesta de una pandemia, como se evidenció en la respuesta a la COVID-19.

Agradecimientos a todo el equipo de trabajo del Hospital Universitario Nacional, a la Universidad Nacional de Colombia y al Dr. Jairo Pérez Cely, director de la Unidad de Cuidado Intensivo del HUN.

Experiencia 4.5

Abordaje sistémico y adaptativo de una institución de salud ambulatoria al contexto de la pandemia por COVID-19. Bogotá

Relatado por: Narledis Núñez Bravo

La Fundación Javesalud IPS fue creada por la Pontificia Universidad Javeriana (PUJ) en el año 1995, la cual, con fundamento en la academia, presta servicios de salud de alta calidad, forma talento humano y genera conocimiento en el marco del cuidado primario ambulatorio, a través de un modelo asistencial basado en los principios de la medicina familiar, a partir del cual busca aportar en la construcción de una sociedad sostenible, empoderada del cuidado de su salud y respetuosa de la dignidad humana.

La directora de Operaciones y Calidad de la entidad (entrevista realizada, marzo 2023) relata que, para el 30 de enero de 2020, cuando la OMS declaró la emergencia sanitaria en salud pública de importancia internacional (ESPII), causada por un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2, por sus siglas en inglés), todo el equipo directivo de Javesalud inició la revisión y búsqueda exhaustiva de la literatura para la preparación de la respuesta institucional. El 6 de marzo de 2020, al ser declarado el primer caso en Colombia, se establecen los lineamientos de atención al paciente con la COVID-19, a partir del comité liderado por la dirección científica y académica (que para ese momento se encontraban fusionadas) desde tres tipos de poblaciones comúnmente atendidas: el paciente, los colaboradores y los estudiantes, con el apoyo de las direcciones de gestión humana, operaciones y calidad, subdirección y la dirección general.

Siendo Javesalud una institución de atención primaria ambulatoria de primer y segundo nivel, se toma la decisión institucional de dar continuidad a la atención de poblaciones priorizadas a través de la definición e implementación de modalidades que resultaran más convenientes a los pacientes crónicos, embarazadas, oncológicos, niños, adultos mayores, pluripatológicos, entre otros, cambiando el modelo de atención enfocado en la modalidad, principalmente, presencial a otras modalidades como la telemedicina, teleorientación y atención domiciliaria, para el seguimiento de los pacientes, que contribuya a preservar la adherencia en los tratamientos y el control

de sus condiciones clínicas. Esto llevó a la alineación de dos temas institucionales: la acreditación de la calidad en la atención en salud y la seguridad del paciente. Esta intervención se inició en el año 2020 y ha mantenido la duración hasta la fecha.

Por su parte, la directora científica y académica de Javesalud (entrevista realizada, marzo de 2023), en ese momento, señaló, que la estrategia institucional tenía un componente asistencial, de trabajo colaborativo en red, de gestión de recursos e insumos y un componente financiero con seguimiento. El componente asistencial soportó la estrategia en tres pilares:

- **La atención de pacientes con la COVID-19:**

El abordaje del paciente con la COVID-19 se realizó bajo un modelo de atención centrado en la persona y su familia, generador de valor que impactó positivamente los resultados de salud, replicado sistemáticamente en los once (11) centros médicos que conforman a Javesalud ubicados en las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla.

Desde la última semana de enero de 2020, Javesalud recibe las alarmas internacionales y nacionales sobre la COVID-19, por lo que desde el 1° de febrero adopta los diferentes lineamientos del MSPS para el manejo institucional de la pandemia, desarrollando e implementando hasta la fecha once (11) actualizaciones del protocolo institucional de atención de pacientes con la COVID-19 y once circulares informativas de aspectos claves, que se desplegaron a gerentes de centros médicos y profesionales. Los elementos clave de la estrategia en la atención del paciente con sospecha por la COVID-19 fueron:

- **Manejo del paciente sospechoso:** se acogen e implementan las definiciones operativas de casos, pruebas diagnósticas y seguimiento longitudinal, aislamiento durante la atención, manejo de acompañante y familia, abordaje terapéutico. Los detalles de estas acciones se ven reflejadas en las once actualizaciones institucionales que hizo la fundación. Para lograr estos consensos se definió la metodología de: 1) Revisión por la Dirección Científica y Académica, 2) Resolución de inquietudes en red (MSPS, aseguradores, HUSI, ACIN), 3) Construcción de actualización contextualizada al nivel de complejidad de la fundación, 4) Presentación a gerentes de centros médicos y Comité de Dirección para aportes y retroalimentación y 5) Despliegue didáctico de la nueva actualización.
- **Javesalud** desde antes de pandemia contaba con unos espacios de formación a los colaboradores denominados Escuela de Formación Javesalud (EFJ), desde donde se apalancó la estrategia de realizar

capacitación y entrenamiento del talento humano en toma de muestras, triaje, manejo y notificación de los casos al sistema de vigilancia, así como la socialización de las diferentes actualizaciones de los lineamientos de atención, sistema de información para contactar, atender, realizar seguimiento y conectar a los pacientes, entrega de medicamentos, referencia y contrarreferencia. En estos espacios también se formó a los profesionales en modalidades de atención diferentes a las presenciales, revisando no solo temas clínicos asociados a la COVID -19, sino también legales, de comunicación y lenguaje no verbal a través de herramientas tecnológicas, guiones, simulación y el juego de roles. A través de este espacio también se desplegaron presentaciones con audio o video para lograr mayor cobertura y apropiación. Los contenidos se evaluaban a través de EFJ y de las evaluaciones trimestrales del programa de mejoramiento de la práctica clínica y resultados de auditoría. Adicionalmente se realizó búsqueda activa de pacientes por la COVID-19: se diseñaron dentro de la estrategia las preguntas obligatorias en todo contacto clínico independiente de modalidad de atención. Adicionalmente, se diseñó y desplegó recomendaciones propias para servicios específicos de la Fundación: odontología, gastroenterología y pacientes candidatos a cirugías electivas.

- **Educación en prevención de la COVID-19:** se elaboraron contenidos de comunicación institucional frente a pacientes en los centros médicos y call centers, los cuales tuvieron inclusión obligatoria en todo contacto con paciente con contenido mínimo de educación en la COVID-19, así no fuera este el motivo de consulta. Se participó en red con la Facultad de Medicina de la PUJ, en la estrategia «Red de consultas en tiempos de coronavirus», con el objeto de generar contenidos para la comunidad en diversos aspectos de la salud, estos contenidos surgieron de las preguntas que los pacientes hicieron a través de una encuesta en Google forms. Las respuestas fueron alojadas por categorías en un sitio específico en el web diseñado por la PUJ.
- **Articulación en red:** desde el inicio Javesalud participó activamente en las diferentes mesas de trabajo con cada asegurador, no solo como espectador para implementar líneas de cada uno, sino como aportante en la solución, como se señaló Compensar, SURA, Allianz, han reconocido la oportunidad y calidad de estas. Se realizó, además, adopción de lineamientos específicos de pacientes con EPOC de Nueva EPS integrado al modelo de Javesalud. Se realizaron jornadas de referenciaciones constantes en la implementación de toda la estrategia: telesalud con el HUSI, toma de muestras para la COVID-19 con laboratorio SURA y HUSI, tamizaje para trabajadores con la FSFB y asesoría constante por parte del Departamento de Infectología del HUSI, asesoría académica constante con la Facultad de Medicina en aspectos de salud pública y comportamiento de la pandemia. Desde la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) se participó constantemente en mesas de trabajo y eventos académicos

que aportaron sustancialmente a la toma de decisiones de la fundación.

- **Gerencia de información de la COVID-19:** se diseñó e implementó una estrategia de seguimiento diario con la herramienta Power Bi que permitió el registro de pacientes atendidos en Javesalud, trabajadores/estudiantes confirmados o pendientes de prueba por la COVID-19. Esto favoreció tener en tiempo real la información diaria de pacientes y trabajadores, caracterizar la población afectada por la COVID-19 de forma institucional, hacer seguimiento a casos especiales, articular la gestión de estos casos con las aseguradoras y gerencias de los centros médicos.

A partir de esta herramienta, Javesalud pudo hacer seguimiento a los cerca de 400 pacientes con la COVID-19 confirmados con PCR, del universo de pacientes que fueron considerados sospechosos (1468) de forma semestral en 2020, de los cuales se pudo corroborar la enfermedad en el 27,2% de los casos, se descartó en el 53,1% y quedó pendiente de confirmación 18,8%. El 0,8% restante correspondió a pacientes a quienes no se les hizo prueba (problemas de acceso a la prueba por parte de asegurador). En general los pacientes diagnosticados en la Fundación fueron casos leves que se recuperaron en el 68% de los casos y el 31% tuvieron una severidad mayor que incremento el tiempo de recuperación hacia una evolución favorable. Solo se ha registrado un fallecimiento que fue analizado desde la Dirección Científica y Académica. La mayoría de las pacientes se ubicaron entre los 20 y 40 años (media de 37 años, moda quinquenio entre 25-29 años). El porcentaje de recuperados en este grupo de pacientes es mayor comparado a adultos mayores, todos estos datos consistentes con el perfil epidemiológico y comportamiento de la COVID-19 en el país y a nivel mundial.

Así mismo, la gerente de Gestión de la Clínica Santa Beatriz (entrevista realizada, marzo de 2023), cuenta que Javesalud recibió la solicitud en nombre de EPS SURA para ser parte de la red de atención a nivel nacional de todos los pacientes con sospecha de la COVID-19, en mayo de 2020, a partir de la cual se dispuso de un equipo de 10 profesionales en medicina general bajo la modalidad de trabajo en casa, para prestar el servicio de teleorientación a pacientes con la COVID-19, con dedicación exclusiva a esta labor, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El equipo operaba bajo un líder clínico que coordinaba las intervenciones y daba soporte técnico a los profesionales para poder garantizar el abordaje y seguimiento clínico. En el año 2020 se atendieron bajo esta estrategia entre 22 000 y 25 000 pacientes al mes. En todos los casos se hacían tres preguntas esenciales *¿Resolvimos bajo esta modalidad el caso, sí o no? ¿El paciente tendrá que asistir una cita presencial o es un candidato para atención domiciliaria? y ¿Se debe remitir a un servicio de urgencias?*

Se escogió la plataforma Microsoft Teams y vía telefónica para la gestión de riesgo (teleconsulta y orientación) y seguimiento clínico, para minimizar las complicaciones y hospitalización de los pacientes. Esto implicó realizar

aproximadamente 5 000 intervenciones de teleorientación y telemedicina al mes. Fue un proceso retador teniendo en cuenta que había una población adulta que no era tan hábil en temas de la virtualidad. De hecho, como producto de un proyecto de investigación, se desarrolló un estudio descriptivo de corte transversal analítico, donde se aplicó una encuesta electrónica a profesionales de salud de 3 centros médicos de Javesalud entre julio y septiembre del 2021, aplicando 430 encuestas. La mediana de edad de los participantes fue 39 años y el 79% fueron mujeres, donde el 92% manifestó que seguiría usando la telesalud. Con esta dinámica se concluyó que la actitud frente al uso de la telesalud fue positiva; el conocimiento, habilidades y entrenamiento en telesalud parece determinar su aceptabilidad.

La continuidad de la atención de los pacientes ambulatorios:

La directora médica de Javesalud (entrevista realizada, marzo de 2023), en su momento gerente de gestión clínica, comentó que Javesalud garantizó la continuidad en el proceso de atención de pacientes en general, con énfasis en las poblaciones priorizadas como mayores de 60 años, mujeres embarazadas y pacientes crónicos, hipertensos,



Foto 58. Abordaje sistémico y adaptativo-1

obesos, población con EPOC, población anticoagulada y pacientes oncológicos.

Para ello, la herramienta fundamental para las intervenciones de la estrategia fue la teleorientación. Definiendo además que en primera instancia se intervienen pacientes programados para control. La gestión de pacientes no programados se dio en una segunda fase. Para cada grupo priorizado se definieron los siguientes elementos secuenciales para que esta actividad contara con la calidad, seguridad y rigurosidad suficiente, pero, además, para que pudiera vincular el enfoque de Gobernanza, Riesgo y Cumplimiento (GRC):

- **Revisión de historia clínica e identificación de riesgos individuales:** para este paso se hizo un trabajo conjunto con la Gerencia Académica en la búsqueda de literatura y definición de elementos claves por grupo priorizado, que el profesional debería buscar en la historia del paciente antes de cualquier intervención. Esos elementos serían los mínimos para revisar y garantizar una atención segura, pertinente y resolutive.
- **Preparación de orientación médica virtual:** una vez el profesional identificaba esos elementos claves determinaba el perfil de riesgo individual que debe explorar con el paciente en la teleorientación.
- **Ejecución de teleorientación e identificación de *elementos clave*.** Si bien el profesional explora los aspectos que encuentre en la historia clínica como prioritarios, también se diseñó con la Gerencia Académica el listado de preguntas mínimas por grupo que debería hacerse en cualquier teleorientación. Esas preguntas tienen enfoque en gestión del riesgo del grupo priorizado al cual pertenece.
- **Árbol de decisiones:** una vez realizada la teleorientación, el profesional tiene bastantes elementos para poder definir la mejor intervención para el paciente, como resolución, remisión a consulta domiciliaria, derivación a urgencias, derivación a consulta prioritaria, confirmación de cita programada presencial o actividad diferida posterior a resolución de pandemia. Este punto será profundizado en el análisis de pertinencia de la estrategia.

Así mismo, fue necesario realizar la adaptación del programa de mejoramiento de la práctica clínica de Javesalud y la evaluación del desempeño a los profesionales al modelo de tele consulta y telemedicina. Se definieron indicadores de supervisión calidad de la historia clínica, adherencia a guías de práctica clínica, resolutiveidad, pertinencia y cumplimiento al protocolo de vigilancia del MSPS e INS, involucrando los datos epidemiológicos relacionados con la COVID-19 y actividades de promoción de la salud.

Además de haber realizado entrenamiento y despliegue en la estrategia al 100% de los centros médicos de los conceptos, fundamentos, metodología y aspectos operativos de la visita domiciliaria en Javesalud. Todo ello se evaluó trimestralmente dentro del programa de mejoramiento de la práctica clínica a 60 profesionales. Donde se

evidenció, por ejemplo, que, a corte de 31 de julio de 2020, el direccionamiento desde consulta a visita domiciliaria pasó de 2,5 % a 3,7 % visitas (se excluyen aquí las visitas de programas especiales que ya incluían previa a la pandemia esta modalidad de atención). Sin embargo, desde junio de 2020 se comenzaron a gestionar bases de pacientes no programados, lo cual generó un incremento importante en la derivación. Entre abril y julio de 2020, 558 pacientes fueron derivados a visita domiciliaria, de las cuales el 33 % de las remisiones corresponden al mes de julio de 2020, con un incremento del 34 % respecto a junio de 2020.

Del total de derivaciones, se realizaron 430 visitas efectivas (77 %). Las no efectivas se ocasionaron por no aceptación o no contacto con el paciente. El promedio de edad fue de 74 años, con un número de consultas promedio por paciente de 1,28. El 62,8 % de pacientes visitados son de sexo femenino. El 49,3 % de los pacientes con diagnóstico de HTA (presión arterial alta), un 12,6 % con HTA y diabetes mellitus y el 10,7 % con diagnóstico de diabetes mellitus. El 27,2 % restante correspondió a los otros criterios de visita domiciliaria (gestantes, paciente con cáncer activo, etcétera). Como comorbilidades importantes en pacientes visitados se destacan el hipotiroidismo, fibrilación auricular y dislipidemia.

Se enfrentó el desafío de apropiar protocolos para las familias, cuidadores y acompañantes que sumaron junto con los documentos técnicos de atención más de 20, todos contaron con el acompañamiento de los departamentos de infectología, pediatría y dermatología, por nombrar algunos del Hospital Universitario San Ignacio de la PUJ.

Como resultado de esta planeación y ejecución se resalta el logro de las metas institucionales, además comparadas con la región e incluso con países de Latinoamérica. Las estrategias implementadas, articulación en red con aseguradores y ejercicios de referenciación permitieron mantener unos resultados satisfactorios, con cero casos de mortalidad materna, sífilis gestacional y sífilis congénita, contrastando con la realidad nacional donde hubo un incremento de 68,4 % en sífilis gestacional, 50 % sífilis congénita y 24 % mortalidad materna. Bajo peso al nacer en 9,6 %, por debajo de la localidad de Usaquén (13 %), Bogotá (14 %) y cifras nacionales (9-11 %).

La gestión intensificada de captación de gestantes permitió un inicio oportuno de control prenatal de 85,75 % y adherencia a este del 86,5 % en 2020, donde, a pesar de la disminución frente a años previos, el resultado es positivo de cara a la situación de pandemia, tiempo durante el cual primaron los problemas administrativos de afiliación, traslado de otras EPS liquidadas y temor a asistir a los controles. Alcanzando un control de HTA 82 % y diabéticos 44,8 % los cuales presentan una leve disminución con respecto años previos, pero con cumplimiento de la meta institucional por la continuidad en la atención y con resultados satisfactorios al hacer comparaciones de esta medición a nivel nacional.

- **Educación del paciente y su familia:**

La teleorientación fue esencial en este aspecto, se logró hacer el contacto de alrededor de 95 000 pacientes en el año 2020 y mitad del año 2021. Desde la línea de educación al paciente y su familia, se aprovechó el levantamiento de necesidades en educación de la encuesta aplicada a pacientes practicada en el 2019, como fuente para el diseño de la estrategia virtual de educación «Cuidando nuestra salud», desde donde se trazó el reenfoque de la educación en Javesalud de cara a la evolución del modelo asistencial según la planeación estratégica, diseñando e implementando las siguientes estrategias:

- **Curso psicoprofiláctico virtual:** con el fin de continuar el proceso educativo que llevan las gestantes en acompañamiento con el grupo interdisciplinario de profesionales (enfermería, psicología, nutrición y terapia) se desarrolló un curso virtual compuesto por seis sesiones acordes con las semanas de gestación y dos cursos extras, uno de actividad física y uno de lactancia materna. La temática definida cumple con los requerimientos dados en la Resolución 3280. Se incluyen todos los aspectos de la paciente, tanto físicos, mentales como familiares con el fin de apoyar de forma integral a la gestante y sus familias en el desarrollo gestacional. El curso se desarrolló de forma individual y asincrónica por medio de la plataforma Moodle, en la cual, con previa inscripción al curso, cada paciente con un usuario personal ingresaba a la sesión correspondiente según su edad gestacional. Al finalizar la última sesión (6), la paciente puede descargar su certificado de terminación. En promedio por cada semestre de 2020 se contó con la participación de 200 gestantes.
- **Plan de educación virtual «Cuidando nuestra salud»:** esta estrategia tuvo como objetivo desarrollar contenidos educativos dirigidos a grupos poblacionales específicos basados en las necesidades planteadas por las entidades gubernamentales y por Javesalud, pretende entregar información clara, óptima, objetiva que permita a la comunidad apropiar los contenidos generando cambios en hábitos de vida saludables, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El diseño se hizo a partir de la identificación de necesidades de pacientes (encuesta), necesidades identificadas por profesionales (encuesta) y necesidades normativas y de RIAS. Con esto, se priorizaron las líneas temáticas, los contenidos, estrategias didácticas por contenido y los instructivos para el desarrollo del material, diseño de imagen y campaña de expectativa.
- **Se creó el canal de YouTube institucional** con el fin de apoyar los procesos de educación al paciente sobre diferentes temas por curso de vida desde primera infancia hasta vejez. Hasta la fecha cuenta con 47 videos con 3 080 suscriptores. En este se evalúa el impacto mensualmente con las estadísticas propias del

canal para caracterizar quién visita los videos y la frecuencia, así como los comentarios de los participantes que sugieran contenidos.

- **Red de consultas en tiempos de la COVID-19:** la PUJ y Javesalud emprendieron esta iniciativa de comunicación y educación a la comunidad, a través de un sitio web donde se publica información conducente a resolver dudas generales de salud y de la COVID-19 a la comunidad. Los ciudadanos ingresaban una pregunta en un formulario y esta era clasificada y direccionada al equipo de trabajo para ser resuelta y publicada en la página <https://comunicacionesmed1.wixsite.com/reddeconsulta->. Javesalud participó con alrededor de 30 respuestas de las alojadas en la página.
- **Educación en actividades de telesalud:** con el fin de integrar la educación a las actividades de telesalud, se diseñaron varios guiones de prevención para la COVID-19 y de cuidado de su condición de acuerdo con cada grupo priorizado. La auditoría integral ha evaluado el cumplimiento de estas actividades.

Así mismo, la directora de Gestión Humana (entrevista realizada, marzo de 2023), recalca que es importante mencionar que de los 11 centros con los que cuenta Javesalud dos (2) de ellos son centros comunitarios de sedes de responsabilidad social ubicados en Ciudad Bolívar y en Palermo Sur (Bogotá), estos fueron cerrados durante la pandemia, estos en su mayoría atendían población migrante. Estas poblaciones se siguieron atendiendo de manera remota a través de llamadas telefónicas y videos educativos con relación a temas de actividad física, nutrición, control del sueño, incluso temas escolares del manejo del tiempo. En el cual se logró en el año 2021 impactar a 947 personas y en 2022 a 2 600 personas. Asimismo, a esta población se le fueron entregados 1 300 mercados, patrocinados por la Orden de Malta.

- **Proceso de educación continuada:**

Se brindó a los profesionales los entrenamientos y capacitaciones necesarias, que les permitiera generar herramientas para atender a los pacientes en medio de una pandemia, garantizado que esa información estuviera basada en la mejor evidencia científica posible, resolviendo la necesidad del paciente de acuerdo con el contexto en el que se encuentre.

- **Línea de sostenibilidad y financiamiento:**

De esta estrategia se trabajó con las empresas aliadas y clientes obteniendo un respaldo para la inversión en tecnología, inversión de más de 80 millones de pesos en temas de infraestructura y más de 92 millones de pesos en elementos de protección de personal. Otra forma de mantener el financiamiento fue la búsqueda de proyectos nuevos, como la toma de muestra de antígenos en el campus de la PUJ a la población universitaria, a través de la instalación carpas, con talento humano y rutas operativas estandarizadas de acuerdo con los lineamientos nacionales y articuladas con el HUSI, para el 2021 se tomaron 8 000 pruebas aproximadamente de antígeno en el campus. Otro proyecto realizado con una empresa del sector financiero fue el de apoyo psicosocial a las personas de esta empresa, lo que generó ingresos a Javesalud, y por último la contraprestación de las universidades por la atención de estudiantes y residentes de las especializaciones médicas y quirúrgicas.



Foto 59. Abordaje sistémico y adaptativo-2

Los aspectos que, según los entrevistados, hubiesen podido ser mejores:

- El manejo del flujo de información nacional fue complejo y los cambios constantes en los lineamientos generaban dificultades en la adherencia de los procesos desde lo asistencial y lo operativo, principalmente los asociados con el uso de los elementos de protección personal, definición, clasificación y manejo de casos por severidad.

Logros significativos de la experiencia:

- El desarrollo de estrategias frente a la COVID-19 permitió, de cara a los equipos de profesionales interdisciplinarios, ser protegidos tanto en su integridad física como en la esfera mental, creando una línea denominada «Estamos juntos en esto», lo que generó un ambiente de confianza, resiliencia y logro de las metas propuestas.
- Desarrollo de un modelo de atención que amplió sus horizontes de atención a modalidades diferentes a la presencial en centros médicos (telemedicina, teleorientación, atención domiciliaria) que logró dar continuidad en la atención y alcanzando resultados clínicos positivos, incluso frente a la comparación de estos mismos a nivel nacional.
- Implementación y sostenibilidad de una plataforma para la teleorientación.
- Mejoramiento de la infraestructura de los centros de atención.
- Trabajo colaborativo en red y mayor relación con la académica.
- Atreverse a la transformación digital.

Recuadro de la principal lección aprendida y recomendación:

- La interacción de la cuádruple hélice: empresa, Estado, academia y sociedad para dar respuesta a las necesidades durante la emergencia sanitaria.
- La educación continuada del talento humano es esencial para el abordaje de cualquier situación en salud.
- Enmarcar las atenciones en salud en programas de mejoramiento de la práctica clínica garantiza decisiones basadas en la mejor evidencia clínica disponible, con mediciones de diferentes atributos (calidad de historia clínica, resolutivez, pertinencia, adherencia a guías, por nombrar algunos) dan mejoras en el ejercicio asistencial.

Agradecimientos: Norma Ruiz, directora Científica (gerente de modelo asistencial durante los 3 primeros años de la pandemia); Sandra Beatriz Morales, directora de Gestión Humana y Responsabilidad Social; Mónica Leal Ruiz, directora de Operaciones y Calidad Salud; Sue Gordon, gerente de Gestión Clínica Santa Beatriz; Paola Páez, directora científica y académica.

Experiencia 4.6

Salud sin barreras en tiempos de pandemia. Fundación Amiga Colombo Venezolana – FAMICOVE. Medellín

Relatado por: Luis Miguel Caro - Yaneth Herazo Beltrán

La Fundación Amiga Colombo Venezolana (FAMICOVE) es una organización de base comunitaria constituida el 8 de noviembre del año 2018 ante Cámara de Comercio de la ciudad de Medellín, ofrece apoyo a la población migrante venezolana y retornada. El inicio de la fundación se dio por las necesidades latentes expresadas en los grupos de WhatsApp de los venezolanos en Medellín, los cuales fueron creados por colombo-venezolanos para ayudar a orientar a la población en asuntos de acceso a la salud, educación y regularización en el país. Actualmente la fundación ofrece atención médica y psicológica, presencial y remota, y brinda otros servicios como donación de ropa y medicinas, acceso a internet y entrega de otro tipo de donaciones que la comunidad aporta.

FAMICOVE es una organización no gubernamental creada y liderada por mujeres colombo-venezolanas. Durante la emergencia sanitaria por la COVID-19 ofreció atención integral virtual bajo la modalidad de teleasesoría en salud y presencial en caso de ser necesario. La base de la experiencia «Salud sin barreras en tiempos de pandemia» de FAMICOVE fue la empatía y la solidaridad, valores que permitieron seguir la atención en salud sin importar las circunstancias y condiciones que en el año 2020 rodearon a las personas que hacen parte de esta organización. Como lo expresa la médica oftalmóloga y coordinadora médica de la institución (entrevista realizada, marzo de 2023): «FAMICOVE fue un canal, fue un puente para que las personas con síntomas relacionados con la COVID-19 recibieran una atención oportuna», dado el grado de vulnerabilidad de su población objetivo. Fueron 10 profesionales que, desde el ámbito administrativo y asistencial, se comprometieron con la estrategia, profesionales en medicina, enfermería, psicología, pediatría y oftalmología conformaron el equipo que atendió a miles de personas que requirieron de la atención humanizada, apoyo y solidaridad durante la pandemia.

En estos cinco años de funcionamiento se ha respondido a las necesidades de más de 20 000 personas. El diseño y ejecución de las acciones se hicieron desde el enfoque de atención primaria en salud con el fin de contribuir a mitigar las barreras de acceso a la atención en salud en la población migrante venezolana y retornada que no contaban con aseguramiento en salud. Entre los meses de abril de 2020 y septiembre de 2021 se brindaron 10 202 atenciones a 7 897 personas migrantes venezolanas, colombianos retornados y comunidad de acogida sin aseguramiento en salud. Esto indica que el 51 % del total de atención que la fundación ha realizado desde su inicio ocurrieron durante la fase aguda de la emergencia sanitaria por la COVID-19.

FAMICOVE es una red de apoyo que ofrece atención integral a la población migrante y en palabras de la médica general (entrevista realizada, marzo de 2023): *«Que el migrante se sienta en casa, se sienta que nosotros lo vamos a apoyar, y lo vamos a educar en las dinámicas de Colombia, porque conocemos estas dinámicas tanto de Venezuela como de Colombia»*. Durante la emergencia por la COVID-19 este fue el principio de la fundación, facilitar la transición de la población migrante, con una alta recepción a las acciones de promoción de la salud, prevención del contagio y complicaciones graves de la enfermedad. Para el usuario, FAMICOVE le ayudó a comprender cómo opera el sistema de salud colombiano, cómo usarlo de forma adecuada y oportuna, por ello, la fundación pudo apoyar esa transición de las personas hacia la nueva realidad que se vivía con relación al uso de los elementos de protección personal, el lavado de

manos y las demás medidas de salud pública. *«Nuestro deseo es ser el puente y que no fuese tan caótico el paso de la frontera»*, comenta la médica oftalmóloga (entrevista realizada, marzo de 2023).

Así mismo, la médica oftalmóloga expresó (entrevista realizada, marzo 2023): *«Somos un centro médico atípico porque nos enfocamos en una población que no pertenece al sistema de salud colombiano por su situación de migrante»*. Esta realidad sumada al desconocimiento e incertidumbre ante un nuevo virus y una nueva enfermedad suscitó la respuesta inmediata de la fundación. Lo primero que realizaron fue la revisión de los protocolos internacionales y



Foto 60. Salud Sin Barreras-1

nacionales de la atención por consulta externa, a partir de esta revisión se implementó el servicio de telemedicina por medio de llamadas telefónicas. Fue un reto debido a *«que no es igual evidenciar por llamada telefónica los signos y síntomas respiratorios del paciente, por ello, nos tocó educar a los pacientes y a la vez actualizarnos en los protocolos de atención de la COVID-19 y de bioseguridad»*, explica la médica general (entrevista realizada, marzo de 2023).

A los 15 días después del anuncio del gobierno nacional de la cuarentena nacional (23 de marzo de 2020), FAMICOVE diseñó su protocolo de atención al usuario a partir de las diferentes orientaciones emitidas por el MSPS. Y dentro de los lineamientos estuvo la decisión de implementar la telemedicina. Hubo 10 versiones del protocolo de atención, cada vez que se publicaban nuevas orientaciones y directrices, el documento se ajustaba, se socializaba al interior del equipo y se aplicaba en la población. Es de destacar que la teleconsulta la hacían desde la sede de la fundación y desde las viviendas de las profesionales, las cuales realizaron adaptaciones físicas en sus hogares para llevar a cabo la prestación de los servicios de salud a distancia.

La fundación decidió usar la doble modalidad de atención –presencial y virtual– para atender a la población migrante desde el 6 de abril del 2020. Debido a que en los primeros meses del año 2020 no existía un programa o convenio para la atención de la persona migrante en actividades de promoción y prevención, FAMICOVE tomó la decisión de brindar asesoría con el fin de que la persona migrante no se contagiara

y si esto ocurría, que las manifestaciones clínicas y la gravedad de la infección fuesen oportunamente atendidas para evitar complicaciones y muerte.

La atención era realizada por las médicas del equipo, promocionando las medidas preventivas no farmacológicas y de vacunación. El seguimiento a los pacientes con la COVID-19 se realizó a través de videollamadas para observar los signos y estado de la persona, y ante signos de alarmas, le recomendaban la atención presencial en la sede de la fundación o le indicaban la ruta de atención en los centros de urgencias de la ciudad. Se creó una estructura de operación que se dispuso para la población migrante venezolana con 7 líneas telefónicas a través de las cuales se brindó la orientación en salud y teleconsulta, siempre cumpliendo con los protocolos y normas emitidas por las entidades rectoras del sistema de salud a nivel nacional y territorial. De cada 8 llamadas diarias, 5 personas eran atendidas presencialmente para lograr una evaluación real de la condición de salud. Otro de los servicios que prestó FAMICOVE fue el de psicología para disminuir la incertidumbre y el temor ante un contagio.

Un hecho importante fue la difusión de información sobre la continuidad de la prestación de servicios por parte de la fundación, el voz a voz utilizado en la comunidad fue exitoso. Se garantizó el seguimiento a los pacientes y eso se extendió a toda la comunidad migrante, lo que propició el uso de los servicios ofertados. Además, de los problemas de salud por el cual el usuario consultaba, la fundación también tuvo en cuenta las condiciones sociales y culturales

de la persona. Esto último conllevó a la gestión de ayudas con otros sectores e instituciones para garantizar la salud y el bienestar de la comunidad migrante. En este sentido, la gestión no solo fue del riesgo a la salud, también con otras dificultades que enfrentan las personas migrantes como el acceso a la educación y trabajo, que incrementan la situación de vulnerabilidad. Por ello, FAMICOVE incluyó en su portafolio de servicios educación y orientación jurídica. El apoyo para acceder al Registro Único de la Población Migrante Venezolana era clave para recibir las medidas de protección temporal en la población migrante con vocación de permanencia en Colombia.

Como es usual en Colombia, en el mes de diciembre se organizan actividades para entregar juguetes a los niños y niñas migrantes. En diciembre de 2020 se vivía en aislamiento social por la COVID-19. El equipo de la fundación realizó un acto social de navidad, en condiciones seguras tanto para los usuarios como para los integrantes de la organización. En la entrevista a la coordinadora médica de FAMICOVE (entrevista realizada, marzo de 2023) se indica que las acciones de la fundación fueron un gran logro *«porque la gestión no solo en salud, sino en otros aspectos de la vida del usuario ha permitido que el migrante se sintiera como en casa y actualmente deseen seguir con nosotros asumiendo el costo social que maneja la consulta»*. Para el equipo es un indicador de éxito de gestión porque el usuario vuelve a solicitar los servicios, aunque ya tenga un proceso de adaptación a la ciudad, de regularizarse en el país y de tener una inserción económica en la sociedad. La adherencia de los pacientes a los servicios que ofrece la fundación

da cuenta de la satisfacción que la población migrante tiene de la asistencia sanitaria que recibe.

La donación de recursos para la adquisición de los elementos de protección personal para los profesionales y para los pacientes fue fundamental para llevar a cabo las actividades propias de la prestación de servicios de salud en forma segura. Además, la ayuda humanitaria de organismos internacionales como la OIM, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas (ACNUR), World Vision, Comité Internacional de Rescate (CIR) y USAID, entidades nacionales como Migración Colombia y el MSPS, y la comunidad de la ciudad de Medellín que colaboró con la entrega de tapabocas. Otro ejemplo de ayuda humanitaria fue la dada por otros profesionales de la medicina. Así como



Foto 61. Salud Sin Barreras-2

capacitación, entrenamiento y asistencia al talento humano de la fundación. Lo que llevó a realizar las acciones con altos niveles de bioseguridad.

En conclusión, FAMICOVE es un ejemplo para seguir porque muestra el empoderamiento de un grupo de mujeres profesionales de la salud colombo-venezolanas para ayudar a la población venezolana refugiada y colombiana retornada con necesidad de protección internacional y que se encuentra fuera del sistema de salud colombiano de tal forma que se sientan acogidos, seguros y acompañados de manera apropiada a través del cuidado humano.

Los aspectos que, según los entrevistados, hubiesen podido ser mejores:

- Limitaciones de acceso a internet por parte de los usuarios de la fundación que limitó las posibilidades de videollamadas y un mayor acercamiento a los usuarios.
- Los entornos donde residen las personas migrantes tenían muchas barreras para una buena comunicación, bastante ruido que interfería el intercambio de información. La mayoría de las personas viven en albergues que son entornos con condiciones de hacinamiento que limitaba la comunicación adecuada.
- La atención por telemedicina de parte de profesionales en medicina especialistas como oftalmología necesita de mayores recursos para poder realizar la inspección, el reconocimiento y diagnóstico adecuado. No tenerlos dificultó la prestación de este servicio.
- El desconocimiento que la persona migrante venezolana tiene del sistema de salud colombiano dificulta el acceso oportuno a los servicios de salud.
- La gestión y adquisición de mayores recursos económicos para ampliar la atención a más personas, así mismo, para atender de forma inmediata las llamadas o mensajes de los usuarios, por ejemplo, la posibilidad que FAMICOVE se afilie a un *call center* que atienda las inquietudes de los usuarios.
- Las barreras iniciales a las pruebas de detección de la COVID-19 y vacunación en la población migrante venezolana sin vocación de permanencia, que comenzaron a ser superadas por el país y FAMICOVE a través de convenios con las instituciones que prestan estos servicios, han apoyado el cierre de estas brechas.

Logros significativos de la experiencia:

- El reconocimiento de la comunidad al servicio ofrecido por FAMICOVE, como una organización creada por mujeres profesionales de Venezuela y Colombia enfocado en la ayuda humanitaria y en salud a las personas migrantes venezolanas. Y como lo expresa la médica pediatra (entrevista realizada, marzo de 2023): «*Creer y darnos a conocer en medio de las circunstancias permitió el respeto y reconocimiento de*

las personas y de las instituciones de la ciudad y de otros territorios como Bucaramanga».

- La adaptación del equipo interdisciplinario al trabajo mancomunado aún con los temores y la zozobra ante una situación inesperada y desconocida.
- El aprendizaje en equipo, la apropiación de nuevos conocimientos y habilidades para enfrentar la enfermedad, el uso de tecnologías para la atención médica y el trabajo colaborativo proporcionó mayor seguridad en el equipo y calidad en la atención. El compartir los nuevos conocimientos adquiridos fue uno de los factores que influyó en la consecución de las metas.
- La atención de la población migrante venezolana por profesionales de la salud que entendieran su cultura, vocabulario y costumbres promovió y facilitó las altas coberturas de atención.
- Se reconoció que el uso de la tecnología es un mecanismo útil para disminuir las barreras de acceso a consulta externa, en los casos que tengan dificultades para su desplazamiento o cuando necesitan orientación por parte de profesionales de la salud.
- La gestión realizada para lograr articulación con las instituciones gubernamentales y la disponibilidad y voluntad política de estas para generar respuestas integrales a la población fue un asunto que facilitó el acceso a la atención de la población migrante que estaba fuera del alcance de la fundación.
- La sostenibilidad de la experiencia mediante sinergias que se han establecido con las distintas agencias de cooperación internacional que hacen presencia en el territorio.

Recuadro de la principal lección aprendida y recomendación:

- El trabajo colaborativo entre el equipo humano es esencial para responder a emergencias sanitarias como la ocasionada por la COVID-19. «El cuidado que tuvimos entre nosotras permitió afrontar los miedos e incertidumbres en este tipo de emergencias», (psicóloga de FAMICOVE, entrevista realizada el 10 de marzo de 2023).
- La consecución de recursos económicos y humanos es esencial para continuar y mantener la gestión que viene realizando la fundación para ayudar a las personas migrantes venezolanas a mejorar su calidad de vida en Colombia.
- Es posible la conformación de redes humanitarias que contribuyan a la asistencia social de las personas migrantes venezolanas.
- Ante nuevas situaciones en que un solo evento demanda toda la atención y esfuerzo del sistema de salud, no se pueden descuidar otras necesidades que continúan y se agravan en la población más vulnerable. Por ejemplo, alimentación, vestido y demás recursos básicos para la supervivencia. Por ello, en futuras ocasiones se deben articular y contar con rutas de actuación que complementen la respuesta a la emergencia con otros servicios básicos de salud y de protección social.
- La principal recomendación que el grupo de entrevistadas plantea es la necesidad de la continuidad del apoyo y cooperación internacional y nacional para la sostenibilidad de la fundación, en aras de sostener la estabilidad económica que apoye las capacidades humanas y los recursos tecnológicos necesarios para continuar con la atención médica humanizada que necesita la persona migrante venezolana.

Agradecimientos a las participantes de la entrevista: Karen Cardona, psicóloga; Eirami Carvajal, médica general; Lida Martínez, médica oftalmóloga, subespecialista en oftalmología pediátrica y coordinadora médica de FAMICOVE; Adriana María Gutiérrez, contadora pública y encargada de administrar los recursos, articular a la fundación con las organizaciones, instituciones públicas y privadas para la gestión de la regularización de la población migrante en Colombia, y Lisbeth González, médica pediatra.



Desarrollo tecnológico, innovación y sistemas de información de salud

Capítulo 5

Fotografía # 62 suministrada por el INS

Capítulo 5. Desarrollo tecnológico, innovación y sistemas de información durante la pandemia por COVID – 19

Por: Luis Miguel Caro Barrios

El desarrollo tecnológico fue protagonista durante la respuesta de la pandemia de la COVID-19. Diversos sectores generaron desarrollos en este campo con el fin de continuar adaptarse a las nuevas exigencias producidas por la crisis sanitaria y seguir operando. Es así como muchas empresas aceleraron sus procesos de transformación digital y de esta manera mantener la competitividad. En muy corto tiempo las compañías de diversos sectores se vieron en la necesidad de incorporar herramientas tecnológicas para enfrentar, por ejemplo, el cierre, la parálisis empresarial y la desaceleración producida por el descenso de la interacción social presencial. La incorporación de tecnologías emergentes dentro de los procesos empresariales, las tiendas en línea, la atención virtual en salud, el desarrollo de nuevas plataformas para diversos usuarios, el fortalecimiento de la bancarización digital, así como la atención al público virtual fueron algunas innovaciones y desarrollos que se aceleraron con la llegada de la pandemia por la COVID-19 (Banco Interamericano de Desarrollo [BID], 2020).

Desde el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones durante el año 2021, se fortalecieron las estrategias por parte del gobierno nacional relacionadas con la posibilidad de transformar y adaptar a Colombia en la era digital. Según este ministerio, se aceleraron para las mipymes proyectos. Tales como los Centros de Transformación Digital Empresarial, mediante la iniciativa INNPulsa Colombia, que «es la entidad del gobierno nacional, adscrita al Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, que hace que la sociedad se apropie y desarrolle la innovación, el emprendimiento y la economía naranja, como elementos fundamentales en la construcción de un nuevo futuro» (MinCIT, 2019), generada de la mano del MinCIT moviliza la reactivación económica del país a través de pilares definidos, como lo son la productividad, la creación de nuevas fuentes de ingreso y como facilitador de la creación de empresas.

El MSPS, a través del Plan de Transformación Digital lanzado el mes de diciembre del año 2020, estableció entre sus objetivos el fortalecimiento y la articulación de la gestión en tecnología de la información (TI), con las líneas de acción estratégicas para los agentes del sector salud, con la intención de prestar servicios de calidad y oportunos buscando el bienestar a la población.

El país en años anteriores creó las condiciones para el desarrollo de capacidades para la transformación digital, entre los cuales se destaca el Decreto 1008 de 2018, la Política Nacional para la Transformación Digital e Inteligencia Artificial articulada al documento CONPES 3975 de 2019, la Política Nacional para la Explotación de Datos (Big Data) CONPES 3920 de 2018, la Política Nacional de Seguridad Digital articulada en el documento CONPES 3854 de 2016. Las anteriores normas fueron aplicadas al sistema de salud, en las esferas de sistematización de información, innovación de los procedimientos de intervención en salud. El MSPS priorizó la incorporación y utilización de tecnologías emergentes tales como registros distribuidos o blockchain, analítica de datos, inteligencia artificial, robótica e internet entre otras.

- **Desarrollo tecnológico e innovación durante la pandemia y su impacto en la salud pública**

El desarrollo tecnológico ha tenido un impacto significativo en la pandemia por la COVID-19 en dos áreas principales:

- **Diagnóstico y seguimiento para el rápido desarrollo de pruebas diagnósticas**, como las pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y las pruebas de antígeno, las cuales permitieron una detección más temprana del virus y un seguimiento más eficiente de los casos. Además, las aplicaciones móviles y las plataformas en línea facilitaron el seguimiento de síntomas, la notificación de contactos y el monitoreo de la propagación del virus.
- **Atención médica remota**, una vez entrada la pandemia por la COVID-19, el país y, en especial, los sistemas prestadores de atención en salud debieron enfrentar diversos desafíos para garantizar la atención, no solo fue necesario la preparación administrativa de tales entidades y la capacitación del recurso humano fundamental en este caso, si no que fue necesario la adopción de nuevos lineamientos y la implementación tecnológica a la nueva situación presentada. Estas tecnologías buscaron solventar algunas necesidades que se generaban en la totalidad de los sistemas de salud: sobrecarga del personal, reducción de contagios, atención remota para evitar aglomeraciones y la adopción de nuevas tecnologías aplicadas a la salud.

En los sistemas de salud la aplicación de la robótica y en relación con la pandemia tuvo diversas aplicaciones; como primera medida se destacan los robots para la desinfección y descontaminación de ambientes clínicos, como, por ejemplo, el robot Thalón UV de la empresa Millennium BPO de Bogotá. Asimismo, se desarrollaron iniciativas colombianas para la creación de robots para la asistencia y logística (ASL), por ejemplo, en la ciudad de Medellín se adaptó la robótica KIWI BOT para realizar entregas sin riesgo al contagio por contacto. En convergencia, el

SENA, del gobierno colombiano, desarrolló un robot móvil (basado en la teleconferencia) para asistir a pacientes aislados por la COVID-19, este dispositivo permitió tomar la temperatura y generar espacios de videoconferencias de pacientes con sus familiares y con los profesionales de la salud (Sierra et al., 2021).

En Colombia la innovación estuvo a la par de las necesidades que la pandemia presentaba, en este mismo campo se destacan otros desarrollos tecnológicos, como los ventiladores mecánicos que se constituyeron en elementos fundamentales por el aumento de casos por la COVID-19. Respondiendo a esta necesidad, la Universidad Autónoma de Manizales, a través del proyecto AIRLIFE, genera una iniciativa tecnológica denominada CPAP-AirFlife, la cual brinda una presión continua a las vías aéreas; las entidades participantes en esta alianza de empresas privada, la universidad y el Estado fueron: 3i Ideas Innovadoras S.A.S, Endocol S.A.S, y Servicios Especiales de Salud-SES Hospital Universitario de Caldas. Este sistema de ventilación aprobado por el INVIMA, con registro sanitario número 2021058033, del 23 de diciembre de 2021, dio aval para la producción y comercialización del ventilador (UAM, s. f.).

En esta misma línea de innovación, la Universidad de la Sabana, a través de su proyecto Unisabana Herons Ventilator Project, dio como resultado el ventilador Unisabana Herons, este dispositivo se desarrolló gracias a la alianza entre las organizaciones Challenger e Indumil (fabricantes), el grupo Amarey Nova Medical (distribuidor), la Fundación Solidaridad por Colombia (administración de recursos y donaciones)

e Innpulsa como articulador con el gobierno nacional. La invención de la Universidad de la Sabana se basó en estándares de calidad: ISO 10651, IEC 60601, ISO 80601, AAMI TIR69, ANSI/IEEE C63.27, ISO 10993, ISO 18562, ISO 14971, y fueron requeridos en primera instancia 9000 ventiladores a una tasa de construcción de 60 diarios (Universidad de la Sabana, 2020).

- **Sistemas de información interoperables para la gestión del riesgo**

En este contexto, el gobierno nacional acompañó a 8400 empresas para iniciar el proceso de transformación digital. De igual forma, se desarrollaron programas como Vende Digital, compuesto por tiendas virtuales, y Vende en Línea, diseñado para brindar asesorías a comerciantes y a mipymes en lo relacionado con la creación de canales digitales de ventas; 10977 colombianos fueron atendidos bajo esta modalidad (MinTIC, 2022a). También por destacar, APPS.CO, programa de acompañamiento para el fortalecimiento corporativo y tecnológico de emprendimientos de base tecnológica, se ofrecieron cursos y talleres para promover el desarrollo de habilidades digitales en los ciudadanos. En 2021, el programa llegó a 22 609 emprendedores y se realizó acompañamiento a 147 emprendimientos (MinTIC, 2022b, párr. 4).

El mismo informe evidencia adelantos en desarrollo tecnológico a través de la estrategia Retos 4.0 a través de la cual se fortaleció el desarrollo de soluciones TI y Creativas Digitales aplicadas a diversos sectores. «Durante 2021 se beneficiaron 137 empresas de la industria TI en la etapa de transferencia

metodológica en innovación, 127 empresas con habilidades comerciales, 207 empresas con mentorías empresariales y se cofinanció el desarrollo de 20 soluciones de base tecnológica» (MinTIC, 2022b, párr. 4).

Una de las estrategias con las que contó el gobierno colombiano para organizar la información fue la aplicación digital CoronApp, que fue presentada a la comunidad el día 7 de marzo del 2020, esta aplicación podía ser utilizada sin datos móviles en el teléfono celular. Igualmente permitía a los colombianos y a sus autoridades institucionales tener información

del contexto nacional de forma actualizada con el fin de tomar decisiones y medidas preventivas. A corte del último trimestre del año 2021 esta app tenía más de 11 millones de descargas (Rico Barrera, 2021). CoronApp-Colombia recoge datos personales, signos, síntomas y nexos epidemiológicos compatibles con la COVID-19. Empleando la información de la app se utilizaron técnicas de inteligencia artificial (ciencias de datos) en una sala situacional virtual (Montenegro-López, 2020).

Adicionalmente, la aplicación permitió enviar y recibir información de los trabajos de campo que los



Foto 63. ESE Hospital Civil, Ipiales

diferentes entes territoriales realizaban para recoger información relacionada con la crisis sanitaria producida por la COVID-19. De esta manera, por ejemplo, fue posible recolectar información sobre brotes, número de casos, realizar seguimiento, identificar ubicaciones y definir estrategias para con ello establecer procesos de vigilancia y control de la epidemia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020a).

En Colombia no solo se implementó CoronApp, las alcaldías de Bogotá, Cali y Medellín contaron con plataformas y aplicaciones tecnológicas como Bogotá Cuidadora, Gabo (Gobierno abierto de Bogotá), CaliValleCorona y Medellín me Cuida. La app Bogotá Cuidadora incluye los apartados de registros de movilidad segura, necesito apoyo, reportar estado de salud y la COVID a mi alrededor. Estas Apps, inicialmente, tenían un carácter obligatorio, pero debido a la presión ciudadana por dudas razonables



Foto 64. Telesalud, Universidad de Caldas

en su seguridad y eficacia se hicieron voluntarias. Estas aplicaciones respondieron a los lineamientos normativos colombianos sobre la recolección y tratamiento de datos personales y, sobre todo, al principio de responsabilidad demostrada el cual hace referencia al cumplimiento efectivo de las medidas para la privacidad y protección de los datos (Gómez-Córdoba et al., 2020, p. 283).

En convergencia, el MSPS también promovió la generación de la plataforma digital SegCOVID-19 orientada como un sistema de información en tiempo real para obtener reportes y seguimientos de los casos positivos por la COVID-19. La plataforma fue creada mediante la Resolución 676 del 24 de abril de 2020, con el objetivo de integrar datos de diferentes sistemas de información provenientes de plataformas como SIVIGILA, CoronApp, EPS, así como originadas desde bases de datos de orden nacional. Su apuesta fue concentrar, disponer e integrar un sistema de información nacional sobre la realidad nacional relacionada con la emergencia sanitaria.

Por su parte, las secretarías de Salud de los diferentes territorios contaron en Colombia con la plataforma PAIWeb. Esta plataforma hizo parte del Sistema de Información Nominal del PAI, que integró información de las IPS, las EPS y las secretarías de Salud con el objetivo de gestionar y hacer el seguimiento a la información del historial vacunal de los ciudadanos en el país que son objeto del PAI del MSPS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022a).

En correspondencia con las exigencias y contingencias del contexto de salud pública producida por la COVID-19, el Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 implementó una actualización y fortalecimiento de la plataforma PAIWeb ante lo cual fue creada la versión 2.0. Esta versión permitió obtener registro relacionado con los protocolos de conservación de las vacunas, el cuidado de la cadena de frío, la ubicación exacta de los ultracongeladores de refrigeración y su funcionamiento. De igual forma, la ubicación de las vacunas, el protocolo de traslados y transporte, los lugares de almacenamiento y el historial de aplicación con sus respectivos registros de consentimiento informado y carné de vacunación.

En general, Colombia y sus entidades de salud, nacionales y territoriales, pudieron con solvencia enfrentar los estragos causados por la pandemia por la COVID-19 en gran medida por la articulación y los controles epidemiólogos, profesionales de la salud altamente comprometidos en convergencia con el uso de tecnologías, con las cuales se logró una sinergia que se constituyó en nuevas adaptaciones y herramientas que permitieron acciones efectivas en la atención en salud.

Este capítulo presenta las experiencias ganadas por los territorios para sostener y avanzar en los temas relacionados con el desarrollo tecnológico, innovación y sistemas de información en futuras emergencias de salud pública, así como las experiencias positivas y desafíos afrontados durante la pandemia por la COVID-19. Estas experiencias son:

- **Uso de la plataforma de mensajería instantánea TELEGRAM en tiempos de la COVID-19: un aporte del Centro Rosarista de Salud Mental - CERSAME. Santa Marta - Bogotá.** Consistió en poner en uso y participación abierta la plataforma de mensajería instantánea Telegram, a través de la creación de un chat grupal denominado Salud Mental en tiempos de la COVID-19, el cual estuvo dirigido a personas que en tiempos de confinamiento necesitaron orientación preventiva o acompañamiento. Consistió en educar, especialmente sobre signos de alarma, detección temprana de síntomas, promoción de estrategias de salud mental y fortalecimiento de la interacción entre pares a través de la plataforma virtual.
- **Salvamos vidas con una vacunación sin fronteras, Cúcuta.** Esta estrategia muestra cómo desde la alcaldía de San José de Cúcuta se adelantó el plan masivo de vacunación PAI con el acompañamiento permanente de diversas entidades y gremios, a toda la población de este territorio, así como a la población migrante venezolana, las cuales recibieron una atención orientada a la práctica de pruebas, manutención y a la vacunación y detección de familias en riesgo.

- **Telesalud. Universidad de Caldas. Manizales.** Es una estrategia que estriba en llevar atención en salud de manera remota a la población del departamento de Caldas utilizando elementos tecnológicos de conexión entre el personal de salud y la población necesitada de atención, para ello se desarrollaron los ejes de educación virtual, telemedicinas, inteligencia artificial, desarrollo de software, realidad virtual e investigación.
- **Sistematización de la innovación de Mi Paciente Netux para el seguimiento de casos de infección respiratoria aguda grave.** Es un programa de apoyo al gobierno colombiano y a otros actores territoriales en la reducción de las barreras que existen en la atención y el tratamiento de casos de infección respiratoria aguda grave (incluyendo COVID-19), asimismo propiciando un enfoque en el aseguramiento y el acceso equitativo a los servicios de salud esenciales para las personas migrantes venezolanas y al fortalecimiento de las acciones de vigilancia y seguimiento de casos en tiempo real.

Referencias

- Gómez-Córdoba, A., Arévalo-Leal, S., Bernal-Camargo, D., & Rosero de los Ríos, D. (2020). El derecho a la protección de datos personales, tecnologías digitales y pandemia por COVID-19 en Colombia. *Revista de bioética y derecho*, (50), 271-294.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2020). COVID-19: ¿Una oportunidad para la transformación digital de las pymes? <https://blogs.iadb.org/innovacion/es/covid-19-oportunidad-transformacion-digital-pymes/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020a). CoronApp, el aplicativo integrador para el manejo del COVID-19. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Coronapp-el-aplicativo-integrador-para-el-manejo-del-covid-19.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). CoronApp - Colombia, la aplicación para que conocer la evolución del coronavirus en el país. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/CoronApp.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Instructivo para ingreso de inventario de biológicos COVID en reposición, en el sistema de información nominal PAIWeb V2.0. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/instructivo-paiweb-20-inventarios-vacunas-covid19-reposicion.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). PAIWeb se actualiza para proceso de vacunación contra la COVID-19. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/PAIWEB-se-actualiza-para-proceso-de-vacunacion-contra-el-covid-19.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Plan de Transformación digital PDT: 2020-2022. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Plan-de-Transformacion-Digital-MSPS-2020-2022.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022a). Dos años de posicionamiento de la telemedicina en Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Dos-anos-de-posicionamiento-de-la-telemedicina-en-Colombia.aspx>
- Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. (2022a). INNpuls Colombia. <https://www.innpulsacolombia.com/innformate/mincit-e-innpuls-colombia-lanzaron-linea-de-apoyo-para-emprendedores-e-innovadores-de#:~:text=iNNpuls%20Colombia%20es%20la%20entidad,construccion%20de%20un%20nuevo%20futuro.>
- Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. (2022b). Importante fortalecimiento de la economía digital y formación tecnológica de los colombianos realizó MinTIC en 2021. <https://www.mintic.gov.co/portal/inicio/Sala-de-prensa/Noticias/208488:Importante-fortalecimiento-de-la-economia-digital-y-formacion-tecnologica-de-los-colombianos-realizo-MinTIC-en-2021>

- Montenegro-López D. (2020). Uso de tecnologías en el lugar de atención para el manejo de la pandemia por COVID-19 en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.97>
- Tecnósfera. (15 de octubre de 2021). Así adaptaron las empresas la tecnología para enfrentar a la pandemia. *El Tiempo*. <https://www.eltiempo.com/tecnosfera/videojuegos/transformacion-digital-de-las-empresas-en-colombia-en-la-pandemia-625422>
- Rico Barrera, S (2021). Minsalud Digital: app que acerca a los colombianos al sistema de salud. *Consultorsalud*. <https://consultorsalud.com/minsalud-digital-app-acercar-sistema-salud/>
- Sierra Marín, S., Gómez-Vargas, D., Céspedes, N., Múnera, M., Roberti, F., Barria, P., Ramamoorth, S., Becker, M., Carelli, R. y Cifuentes, C. (2021). Expectativas y percepciones de los profesionales de la salud para el despliegue de robots en entornos hospitalarios durante la pandemia de COVID-19. *Fronteras en Robótica e IA*, 8, 612746.
- Universidad Autónoma de Manizales. (s.f.). AirFlife Sistema de ventilación no invasivo CPAP- AirFlife. <https://www.autonoma.edu.co/investigacion/AirFlife>
- Universidad de la Sabana. (2020). Unisabana Herons Ventilator Project. <https://www.unisabana.edu.co/aportesventilador/unisabana-herons-ventilator-project/>

Experiencia 5.1

Uso de la plataforma de mensajería instantánea Telegram en tiempos de COVID-19: un aporte del Centro Rosarista de Salud Mental – CERSAME. Santa Marta - Bogotá

Relatado por: Luis Ricardo Navarro D.

El Centro Rosarista de Salud Mental (CERSAME) es un grupo de investigación adscrito a la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario; opera en Bogotá desde el año 2018 investigando condiciones que afectan la salud mental de la población como la depresión y la ansiedad, así como alteraciones causadas por el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas y enfermedades como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y enfermedades neurológicas. En síntesis, CERSAME aborda la investigación en psiquiatría y salud mental.

El grupo de investigación CERSAME está conformado por diez docentes e investigadores del programa de Especialización de Psiquiatría de la Universidad del Rosario, tienen amplia productividad científica y de nuevo conocimiento. El centro es de referencia en investigación en salud mental de Colombia, integra la práctica y el desarrollo de la investigación, la defensa de la ética, las buenas prácticas en clínicas nacionales e internacionales para el desarrollo de investigación en seres humanos.

Durante la pandemia por la COVID-19 los problemas de salud mental cobraron especial importancia, teniendo en cuenta el incremento de casos, según lo señalado por la OMS (2022): «Las tasas de trastornos que ya son comunes, como la depresión y la ansiedad, aumentaron en un 25 % durante el primer año de la pandemia, sumándose a los casi 1 000 millones de personas que ya sufren algún trastorno mental». En Colombia, CERSAME pudo constatar que la situación era similar a la del resto del mundo, siendo necesario identificar mecanismos alternativos y efectivos que fortalezcan los procesos de atención en salud mental y de acompañamiento a las personas durante y después de la pandemia.

Es en este marco que los investigadores adscritos a CERSAME en asocio con una de las docentes de psiquiatría del programa de Medicina de la Universidad del Magdalena propusieron el uso y participación abierta en la plataforma de mensajería instantánea Telegram, a través de la creación de un chat grupal denominado «Salud mental en tiempos

de la COVID-19». Este grupo fue creado el día 16 de marzo de 2020 y estaba dirigido a cualquier persona que en tiempos de la COVID-19 necesitara orientación preventiva o acompañamiento para manejar el impacto que la pandemia estuviera dejando en su salud mental.

La estrategia consistió en educar, especialmente sobre signos de alarma, detección temprana de síntomas mentales, promoción de estrategias de salud mental y fortalecimiento de la interacción entre pares a través de la plataforma virtual (Psiquiatra del Centro Rosarista de Salud Mental CERSAME, entrevista, febrero de 2023). En este contexto, las interacciones sociales de manera presencial estaban restringidas, se propuso fortalecer la interacción a través de un medio online como Telegram que permitía grupos de mayor tamaño que otras plataformas de mensajería instantánea más empleadas en Colombia como WhatsApp.

Con el agravamiento de la crisis sanitaria por la COVID-19, el chat se convirtió en una estrategia exitosa de atención en salud mental. La iniciativa se centró en apoyar y ayudar a la comunidad que percibía síntomas mentales y una menor sensación de bienestar emocional.

«Hemos creado este grupo de Telegram para brindar asesoría, disminuir ansiedad, promover la salud mental en los tiempos de la COVID-19 bajo la guía de médicos psiquiatras. Agradecemos su difusión» (Tomado de Twitter, 16 de marzo de 2020; Número de retweets: 384; Número de Me Gusta: 608; Citas: 6). En primera instancia, el chat «Salud mental en tiempos

de COVID-19» fue compartido por CERSAME entre los usuarios mediante la red social Twitter. Plataforma que se utilizaba previamente y se tenía experiencia sobre el mecanismo de consulta, era de fácil acceso, instantáneo y gratis. Las personas podían manifestar lo que sentían, sus síntomas y experiencias vividas frente a la crisis de la COVID-19. *«Los usuarios nos mencionaban y etiquetaban en Twitter agradeciendo por los servicios y ayudas recibidas, lo que multiplicó el número de participantes e interacciones a través de nuestras redes»* (Médica docente de psiquiatría, Universidad del Magdalena, entrevista realizada, febrero de 2023).

Con la agudización de la pandemia y, con ello, de las necesidades de la gente, y el debilitamiento de la salud mental de la población, el equipo por su fortalecimiento invitó a unirse a otro grupo de psiquiatras, residentes de psiquiatría, psicólogos y psicólogas. A partir del trabajo de contacto directo con la comunidad se procedió a identificar necesidades y a canalizar posibles ayudas o apoyos para los pacientes. *«No existe como tal una sistematización del número de consultas, su caracterización, función y efectividad, porque lo más importante estuvo en la disponibilidad del equipo para hacer sentir escuchada a la gente»* (Médica docente de psiquiatría, Universidad del Magdalena, entrevista realizada, febrero de 2023).

El chat fue auditado por los profesionales de la salud quienes cumplían además funciones como administradores del grupo. La función consistía en borrar información falsa, mensajes inapropiados, cadenas de información, ofrecimiento de compra y

venta de productos, y todo aquello que pudiera influir en la salud mental de los participantes. A manera de periódico mural digital quedaba la información fijada con carácter pertinente para fortalecer la salud mental.

«Para el debido funcionamiento, el chat tenía algunas recomendaciones publicadas como mensajes fijadas-permanentes, entre ellas la importancia de mantenerse en contacto con la red de amigos y familiares; realizar actividad física regular incluso estando en aislamiento; mantener el aislamiento social; lavarse las manos al menos cada tres horas con agua y jabón según el protocolo de la Organización Mundial de Salud; emplear una única fuente de información que fuera veraz y dosificar el consumo de información. En caso de estar diagnosticado con una enfermedad mental de base no suspender los medicamentos, así como cuidar la higiene del sueño, practicar ejercicios de relajación y respiración consciente, y recordar que se cuenta con el apoyo de personas que viven una situación similar. Era importante aclarar que la participación activa o pasiva en el espacio virtual del chat era voluntaria; su estancia no era equivalente a una consulta con psiquiatría o psicología, pero sí que era posible la canalización hacia otras instancias y profesionales en caso de ser necesario» (Médica docente de psiquiatría, Universidad del Magdalena, entrevista realizada, febrero de 2023).

Posteriormente, en el chat las personas compartían

materiales escritos y audiovisuales relacionados con estrategias e información para el manejo de la ansiedad e información de la red de urgencias de atención en salud mental de las diferentes ciudades de Colombia. Las personas comunicaban algunas ofertas de servicios, así como lugares y programas de atención virtual gratuita o de bajo costo de profesionales de la psicología y psiquiatría (Figura 12).

Figura 12. Canal de divulgación Telegram CERSAME, 2020



Fuente: CERSAME (2020).



Foto 65. Telegram en tiempos de COVID-19

- **Impacto en la salud mental de usuarios activos de la plataforma de mensajería instantánea Telegram**

En el chat estuvieron activos alrededor de 1 400 usuarios a mayo de 2020, entre ellos, participantes nacionales e internacionales. La expectativa inicial era de solo 100 personas conectadas. Se trataba de un lugar virtual en donde la gente se encontraba, se escuchaba, se leía y ponía en común diferentes vivencias y experiencias. Todo esto atrajo el interés del periódico El Espectador, que publicó el 20 de marzo de 2020 el reportaje titulado «Cuidar la salud mental en tiempo de coronavirus»:

«Así como estar expuesto a un virus representa un reto para el sistema inmunológico, estar en un ambiente como el actual, de una pandemia, con bombardeo de información y aislamiento social, representa un reto para la psique y para el sistema nervioso central», asegura Delia Bustamante, médica psiquiatra de la Universidad del Rosario (El Espectador, 2020).

Entre las estrategias claves utilizadas por CERSAME se destaca el escuchar las historias relatadas por las personas que se conectaban. Posteriormente, a través del equipo de psicología, proponer algunos ejercicios de relajación, meditación y respiración guiada, y en caso de no obtener mejoría, proceder con la recomendación de algunos lugares de atención especializada según la necesidad identificada. Ahora bien, información detallada requerida por los pacientes relacionada con la red de salud disponible para atención y emergencias, solo era posible de ser informada para casos de pacientes colombianos, dado que no se contaba con la información específica de la red de salud de cualquier otro país requerido por algún participante en el chat. La experiencia no tuvo apoyo financiero de ninguna entidad externa pública o privada, nacional o internacional.

El gobierno nacional el 1 de septiembre de 2020, señaló la terminación de las medidas de aislamiento en el país y desde este momento los participantes se fueron retirando del chat. «Hoy el chat se encuentra inactivo, aunque no cerrado, quizá esperando que pueda ser útil en una situación parecida o en un nuevo pico» (Médica docente de psiquiatría, Universidad del Magdalena, entrevista realizada, febrero de 2023).

La dinámica de activación de participantes y de consultas en el chat fue proporcional a los momentos e intensidades de las crisis producidas por la COVID-19. «La red se fortaleció a partir de la voluntad de coparticipación y cooperación de los mismos integrantes del chat. Algunos se convirtieron en grupo de apoyo y ofrecían su capacidad de escucha o su conocimiento profesional para apoyar a otros» (Médica docente de psiquiatría, Universidad del Magdalena, entrevista realizada, febrero de 2023).

En coherencia con lo anterior, se identificaron momentos altamente exigentes y demandantes en los que la cantidad de información recibida era superior a la capacidad de respuesta del equipo de investigadores y asociados voluntarios. «El chat se convirtió en un espacio de libre expresión, sin prejuicios y de participación muy activa» (Psiquiatra del CERSAME, entrevista realizada, febrero de 2023). La atención prioritaria estaba focalizada en los casos de crisis de pánico y de ideación suicida los cuales necesitaban atención y reacción inmediata.

La respuesta en salud pública para afrontar las llamadas en la tercera ola (impacto del tratamiento interrumpido de condiciones crónicas) y cuarta ola (trauma psiquiátrico, enfermedades mentales, desgaste profesional) debe involucrar una adaptación sostenible de la prestación de los sistemas de atención en salud mental, identificando de manera temprana las estrategias más efectivas en cada población particular, realizando evaluaciones frecuentes de las expectativas tanto de la población como de los profesionales en salud mental. La pandemia puede verse como una oportunidad de flexibilización de los sistemas de atención, permitiendo a través del empleo de nuevas tecnologías y la creación de infraestructuras adecuadas para la atención temprana de personas vulnerables, disminuyendo las brechas previamente existentes (Cano et al., 2021, p. 187).

Los aspectos que, según los entrevistados, hubiesen podido ser mejores:

- Los tiempos de comprobación de títulos y experiencias de los profesionales que ofrecieron sus servicios de salud mental en medio de la emergencia sanitaria por la COVID-19 fueron muy reducidos para asegurar la idoneidad y capacidades profesionales.
- Los equipos de talento humano certificados para la atención de la salud mental eran reducidos en contraste con el incremento de las necesidades de la población.

- La posibilidad de continuar con el proceso en la etapa de postpandemia, utilizando la herramienta de Telegram como un mecanismo alternativo de acompañamiento e intervención permanente en salud mental.

Logros significativos de la experiencia:

- El uso de una plataforma de mensajería como Telegram facilitó acciones de primeros auxilios y medidas de afrontamiento para lograr cambios en el estado de salud mental de los participantes, que se evidenciaron a partir de los mensajes de gratitud recibidos, reportes publicados en redes sociales y chat «Salud mental en tiempos de la COVID-19», frente al estado de ánimo y síntomas de ansiedad y ciclos de sueño de los usuarios.
- La participación voluntaria del grupo interdisciplinario CERSAME y del programa de Medicina de la Universidad del Magdalena en el abordaje de la crisis de salud mental producida por la COVID-19, conformado por psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería y residentes de psiquiatría.

Recuadro de síntesis de la principal lección aprendida y recomendación:

El trabajo en equipo de carácter interdisciplinario ofrecido durante los años 2020-2022 a una comunidad de personas con diversas necesidades y contextos se convierte en la principal lección aprendida de esta experiencia vivida a través de la aplicación de mensajería de Telegram.

La recomendación principal está dirigida hacia el diseño y validación de las plataformas tecnológicas para el fortalecimiento de la salud mental en contextos de emergencia sanitaria que permita el diálogo de saberes de distintos campos de conocimiento puestos al servicio de las necesidades de la población.

De igual forma, se recomienda fortalecer la formación de equipos interdisciplinarios y especializados en salud mental en el uso de plataformas tecnológicas para afrontar futuras emergencias sanitarias.

Agradecimientos: Delia Bustamante, médica psiquiatra, Universidad del Rosario, y docente de psiquiatría, Universidad del Magdalena; Jairo M. González Díaz, médico psiquiatra, Universidad del Rosario, e integrante del Centro Rosarista de Salud Mental – CERSAME.

Referencias

- Cano, J., Alzate, M., González-Díaz, J. y Vallejo, A. (2021). El rol del psiquiatra colombiano en medio de la pandemia COVID-19. Centro Rosarista de Salud Mental (CERSAME). <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2021.08.003>
- El Espectador (2020). Cuidar la salud mental en tiempos de coronavirus. <https://www.elespectador.com/salud/cuidar-la-salud-mental-en-tiempos-de-coronavirus-article-910305/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Las cifras de la salud mental en pandemia. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Las-cifras-de-la-salud-mental-en-pandemia.aspx#:~:text=Bogot%C3%A1%2C%2015%20de%20julio%20de,se%20pudo%20desarrollar%20por%20las>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe mundial sobre salud mental. Transformar la salud mental para todos. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>

Experiencia 5.2

Salvamos vidas con una vacunación sin fronteras, Cúcuta

Relatado por: Erika Palacio Durán

La pandemia por la COVID-19, generó grandes desafíos para los sistemas de salud, los cuales tuvieron que adaptarse rápidamente para minimizar el impacto de riesgo en la salud en la población. Según datos de la OMS (2020), finalizando el primer año de la pandemia se habían contagiado 33 002 132 personas en todo el mundo y habían fallecido 816 611. Desde el inicio la OMS y científicos de todo el mundo emprendieron la tarea de encontrar una vacuna que fuera eficaz para combatir el virus.

A finales de 2020, la OMS incluyó la vacuna Comirnaty de ARN mensajero contra la COVID-19 de Pfizer/BioNTech en la lista para el uso en emergencias, convirtiéndose en la primera vacuna en recibir esta aprobación, lo que representó un paso importante en la lucha mundial para frenar la morbilidad ocasionada por el SARS-CoV-2 (OMS, 2020). En Colombia, la vacunación inició el 17 de febrero de 2021 bajo las directrices del Plan Nacional de Vacunación, se establecieron dos fases y cinco etapas para alcanzar de manera progresiva la vacunación de 35 millones de personas en el territorio nacional.

Para el municipio de San José de Cúcuta la situación generada por la pandemia representó un doble desafío, en tanto debía dar respuesta, a través de la Secretaría de Salud Municipal, a todas las necesidades propias de la población cucuteña, a la vez que debía atender a la población venezolana permanente o pendular que llegaba a la ciudad en busca de atención sanitaria, sin acceso al aseguramiento en salud. Por esto, la vacunación se convirtió en el reto más grande que debió afrontar la Secretaría de Salud Municipal.

En cumplimiento de los lineamientos establecidos por el MSPS se estableció el Plan Municipal de Vacunación que se ejecutó a través del trabajo en equipo de la entidad territorial con las EAPB presentes en el territorio y las IPS, organizaciones no gubernamentales (ONG), el apoyo del MSPS, el Instituto Departamental de Salud y las entidades de control. Dentro de las estrategias implementadas para el cumplimiento del plan se ejecutó la

vacunación institucional a través de las IPS, y extramural a través de jornadas de vacunación en casa, la vacunación diurna y nocturna en los centros adaptados para tal fin, así como la vacunación en vehículos.

Para esta implementación fue fundamental la articulación con el enlace del MSPS, el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander (IDS), la Superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría y la Procuraduría Regional, mediante las cuales se logró abordar toda la población en cada una de las 10 comunas y la zona rural del municipio de San José de Cúcuta, a través de sitios estratégicos como: centros comerciales, colegios, empresas, jardines infantiles, universidades, cárceles, terminales portuarios, entre otros, así como en los asentamientos humanos más alejados del territorio.

Desde la Alcaldía, a través del PAI de la Secretaría de Salud municipal, se dispuso de un equipo de profesionales liderado por la profesional en enfermería referente del programa, quien contó con el apoyo para la coordinación y ejecución de las acciones de vacunación de cinco profesionales, un auxiliar de cuarto frío, dos auxiliares administrativos, seis auxiliares de enfermería, un ingeniero de sistemas y un técnico en sistemas, con el cual se organizó la logística para la gestión y aplicación de las vacunas a través de las IPS del municipio con el fin de lograr la inmunización de la población cucuteña.

Como parte de la gestión municipal se desplegó un equipo de aproximadamente 100 profesionales, contratados con recursos propios de la administración municipal y en alianza con las EAPB e IPS, a través del cual se logró llegar a los hogares, empresas, instituciones educativas y a diferentes puntos de la ciudad: puntos portuarios, población privada de la libertad (PPL) en el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y en los CAI, así como en la central de abastos, cubriendo todos los espacios del territorio municipal garantizando, de manera permanente, la atención de la población nativa y la población migrante.

La vacunación se realizó, y se continúa realizando, a través de las IPS públicas y privadas; la demanda inducida de la población se realizó a través de la entidad territorial, las EAPB e IPS basados en la información, educación y comunicación diaria, especialmente de los puntos habilitados para vacunación, tanto extramurales como intramurales, con el fin de informar, disminuir la incertidumbre y desconfianza de la población cucuteña.

Se estableció, a través de la mesa técnica municipal de vacunación por la COVID-19, que opera de manera semanal, actividades de capacitación continua al talento humano en salud que permitieron, en palabras de la profesional en enfermería referente del programa:

«Una comunicación continua, manteniendo un equipo informado, actualizado y empoderado al cual se

le realizó continuo proceso de asistencia técnica y seguimiento para garantizar el cumplimiento de los lineamientos establecidos. La comunicación continua con los diferentes actores fue fundamental y permitió, día a día, crear nuevas estrategias de información, educación y comunicación para sensibilizar, saber llegar a la población migrante, retornada y de acogida y tener el lenguaje apropiado para cada uno de ellos» (entrevista realizada, marzo de 2023).

Además de participar en la mesa técnica municipal, se participaba en las mesas intersectoriales departamentales de vacunación contra la COVID-19, así como en el Puesto de Mando Unificado Nacional (PMU) que propició la articulación entre instituciones, empresas y diferentes sectores de la ciudad con una única tarea: lograr la vacunación como estrategia para salvar vidas.

Este trabajo fue muy bien acogido tanto por las instituciones como por los habitantes del municipio y población migrante venezolana, quienes acudían a los puntos de vacunación en las diferentes jornadas –diurnas, nocturnas y fines de semana– con el fin de lograr que el mayor número de la población consiguiera vacunarse en los diferentes puntos de la ciudad y de la zona rural. Uno de los aliados estratégicos en esta implementación fue la Universidad Francisco de Paula Santander que facilitó sus instalaciones para colocar puestos de vacunación en espacios amplios evitando así las aglomeraciones presentadas por la concurrencia de personas que buscaban vacunarse.

Dado que el Municipio de San José de Cúcuta es una puerta de entrada de nacionales y personas migrantes, se consideró importante colocar un puesto de vacunación permanente en el Puente Francisco de Paula Santander, que comunica a Cúcuta con el municipio Pedro María Ureña del Estado Táchira en Venezuela. Así, se ofreció la vacuna a las personas que ingresaban y se aplicaban las dosis o refuerzos requeridos para la COVID-19 y las vacunas del esquema regular del PAI. Acciones similares se hicieron en todos los puntos que funcionaron tanto en el casco urbano como en el rural.

Para la distribución de las vacunas se creó una ruta que permitía su distribución, que contó con el acompañamiento de la Policía Nacional. El promedio del tiempo de entrega a las 25 IPS vacunadoras no superaba las 12 horas. La vacunación funcionó las 24 horas de los 7 días de la semana, garantizando que no se perdiera la vacuna por pérdida o ruptura de la cadena de frío, que inicialmente era de cinco días. Tanto en el centro de acopio municipal como en cada una de las IPS se dispusieron de equipos calificados para garantizar la cadena de frío de las vacunas, con seguimiento de los paquetes fríos utilizados en el transporte de las vacunas y la verificación y registro de las temperaturas dos veces al día.

Desde la Alcaldía Municipal se dispuso de un plan de comunicaciones dirigido a través de la Oficina de Prensa de la Secretaría de Salud, el cual estuvo orientado a informar y sensibilizar a la población sobre la importancia

de la vacunación, la disponibilidad de biológicos y los puntos de vacunación en el territorio; las piezas comunicativas fueron publicadas a través de las redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram) de la Alcaldía, Secretaría de Salud de Cúcuta y estados de WhatsApp de los funcionarios de la entidad territorial. Los medios de comunicación fueron aliados importantes con el acompañamiento permanente, abriendo espacios a los líderes y lideresas del manejo de la COVID-19 y de la vacunación en el municipio para mantener informada a la ciudadanía.

El trabajo mancomunado con el sector empresarial del municipio fue muy importante debido a que brindaron apoyo a todas las acciones desarrolladas por la Secretaría de Salud municipal en la implementación del plan de vacunación. Organismos como la Federación Colombiana de Trabajadores de la Educación (FECODE) y la Asociación Colombiana de la Industria Gastronómica (ACODRES) acompañaron las jornadas de vacunación, invitando a sus usuarios a vacunarse y a los cuales llegaba el equipo de vacunación, en jornadas que se extendían hasta altas horas de la noche, entendiendo que la única forma de superar la crisis sanitaria que se vivía en ese momento era logrando que el proceso de vacunación se adelantara y avanzara.

Si bien la vacunación a la población migrante se realizó sin restricción y fue un aspecto resaltado en el municipio, representó un impacto negativo en los indicadores de seguimiento de cobertura de las dosis de refuerzo. Toda vez que, algunas personas migrantes pendulares que llegaron a colocarse primeras y

segundas dosis no regresaron a colocarse la dosis de refuerzo, impactando el cumplimiento de las metas de vacunación del municipio.

Otro aspecto por resaltar fue el acompañamiento realizado por la Policía y el Ejército Nacional desde el momento de recepción de las vacunas en el IDS por parte del ente territorial, su mantenimiento en el cuarto frío y su posterior desplazamiento hasta las diferentes instituciones o empresas donde se iban a aplicar, escoltando en todo momento el proceso y verificando que estas llegaran a su lugar de destino, es decir, las instituciones habilitadas para la vacunación.

Así mismo, resultó trascendental el apoyo recibido por USAID, a través de sus diferentes programas. Desde enero del año 2022, apoyó el proceso de capacitación, asistencia técnica del plan municipal de vacunación y las acciones de intersectorialidad, con quien, además, se establece una estrategia de información en salud a través de la asistencia, sensibilización y seguimiento en los puntos masivos de vacunación extramural, las cuales aportaron notablemente al cumplimiento de la meta.

En cuanto a la coordinación intersectorial, se realizó una reunión que permitió coordinar las jornadas de vacunación contra la COVID-19 en toda la población del municipio, incluyendo personas migrantes y colombianos retornados con la participación de 22 personas de instituciones como la Secretaría de Salud Municipal, OIM, Sisbén, Intersos, Nueva EPS, Medimás, ACNUR, UNICEF, ICBF, IMSALUD y USAID.



Foto 66. Jornada de vacunación, San José de Cúcuta

Se gestionaron 52 jornadas de vacunación dirigidas a población privada de la libertad, escolares, personas migrantes y colombianos retornados, en las que se beneficiaron 4 005 personas a las que, además, se sensibilizó en temas relacionados con los lineamientos de vacunación emitidos por el gobierno nacional, actualizaciones científicas referentes a vacunación e importancia de contar con los esquemas completos (Corral, Ruiz, Acosta & Muñoz, 2022).

Un aspecto positivo que se resalta fue la disposición del talento humano en salud, de las instituciones, empresas y demás actores involucrados para lograr el objetivo de vacunar para salvar vidas, lo que facilitó que el proceso de vacunación fluyera sin restricciones ni barreras.

La población carcelaria fue especialmente atendida desde el inicio de la crisis sanitaria, en articulación con el INPEC, para la realización de tamizajes y pruebas diagnósticas y el posterior proceso de vacunación, que incluyó el traslado hasta el centro penitenciario para completar esquemas y aplicar dosis de refuerzo. Los centros comerciales como Unicentro facilitaron espacios que permitieron llevar la vacunación de manera más cercana a la comunidad, sin barreras de aseguramiento, solo bastaba llegar con el deseo de colocarse la vacuna. En estos se aprovechó el día sin IVA declarado por el gobierno nacional para la reactivación de la economía con la activación de los puntos de vacunación en las zonas y centros comerciales estratégicos. Las escuelas, universidades, estadios, empresas, todos abrieron sus espacios en un esfuerzo conjunto con las diferentes secretarías e



Foto 67. Jornada de vacunación COVID-19, Cúcuta

hicieron posible que la vacunación en un municipio fronterizo como San José de Cúcuta y con una población migrante pendular importante, alcanzara una cobertura de vacunación superior al 70% a octubre de 2022.

El proceso de vacunación fue exitoso porque se alcanzó a llegar a las 10 comunas del municipio e impactar en los 10 corregimientos: Agua Clara, Banco de Arena, La Buena Esperanza, El soldado, Puerto Villamizar, Ricaurte, San Faustino, San Pedro, Guaramito y Palmarito, de igual manera se llegó a las veredas incluyendo algunas que por conflicto armado fueron de difícil su acceso. En este sentido, la referente del programa señala:

«La persona que llegaba se quedaba a veces sin señal, prácticamente en esas veredas, y pues

obviamente el equipo vacunador teníamos que tomar inclusive decisiones en ese momento pues era un sitio muy lejano y no estaban todavía en las etapas... nos tocaba llamar al Ministerio, al Instituto y decir, bueno, podemos abordar la siguiente etapa de vacunación de una vez ya que estamos en este sitio, que obviamente, para volver a entrar va a ser una situación muy compleja como tal». (entrevista, marzo de 2023)

Así se alcanzó la aplicación de 10 000 dosis diarias de vacunas en los momentos de mayor volumen. Con corte al 30 de diciembre de 2022, se habían aplicado dentro del plan municipal de vacunación un total de 1 509 381 dosis de biológico contra la COVID-19, de las cuales 614 164 correspondieron a primeras y segundas dosis del esquema primario de vacunación, 218 715 a primer refuerzo (tercera dosis) y 32 351 a

segundo refuerzo. Este esfuerzo, caracterizado por ser un proceso incluyente y sin barreras para la población migrante con estatus migratorio regular o irregular, mereció un reconocimiento otorgado por el IDS por la contribución a salvar vidas durante la pandemia a través del PNV contra la COVID-19 en evento realizado el día 19 de febrero de 2022.

Los aspectos que, según los entrevistados, hubiesen podido ser mejores:

Se hubiesen alcanzado mejores indicadores de cobertura si la población base hubiese sido la población fija del municipio. Sin embargo, al tener un volumen alto de población pendular que no regresó a colocarse la dosis de refuerzo se vio impactada negativamente la meta de cobertura frente a la aplicación de primeras y segundas dosis.

Logros significativos de la experiencia:

- La atención sin barreras ni restricciones a la población migrantes en condición de vulnerabilidad del municipio, incluyendo población migrante con estatus migratorio regular e irregular que permitió llevar la vacuna a los corregimientos y veredas más alejadas de la cabecera municipal.
- La articulación entre el ente territorial, empresas públicas y privadas para salvar vidas a través de la vacunación lo cual permitió alcanzar una cobertura superior al 70% de la población con esquema completo.
- La comunicación establecida en las mesas intersectoriales municipales y departamentales realizadas por el IDS y en los PMU del MSPS permitieron la toma rápida de decisiones frente a situaciones que se presentaron en un municipio tan particular como Cúcuta, por su condición de frontera y alto flujo de población pendular y migrante.
- El acompañamiento de la Policía y el Ejército Nacional para garantizar la seguridad en el traslado, mantenimiento y aplicación de los biológicos a la comunidad.

Recuadro de síntesis de la principal lección aprendida y recomendación:

- La participación de todos los sectores de la sociedad y la comunidad es fundamental para alcanzar las metas propuestas para el abordaje de situaciones de emergencia que afectan la salud de la población.
- Es primordial, como en este caso, impulsar las medidas más efectivas para la protección de la vida, como las prácticas saludables y la vacunación. Se recomienda mantener la alianza entre entidades públicas y privadas para ser eficaz en la aplicación de programas promocionales y preventivos en salud.

Agradecimientos a los protagonistas de la experiencia: Jairo Tomas Yáñez Rodríguez, alcalde de Cúcuta; Ximena Marcela Sánchez Estrada, Secretaría de Salud Municipal; Astrid Liliana Urbina Moncada, enfermera referente PAI; Ana María García Torres, profesional de apoyo PAI; Marley Eliana Vivas Ropero, auxiliar área de la salud; Linda Madeleine Silva Carrillo, auxiliar de cuarto frío; Nathali Estupiñan de Alba, profesional de apoyo PAI; Angélica María Laguado Paredes, profesional de apoyo PAI; Daniel Ibarra Navas, profesional de apoyo PAI; Jhon Harvey Gómez Arenas, auxiliar área de la salud; Jhon Carlos Ropero Barraza, profesional de apoyo PAI; Alexander Parada Galvis, ingeniero de sistemas; Walter Adinson Pineda Gutiérrez, técnico de sistemas apoyo PAI.

Referencias

- Corral, J., Ruiz, V.E., Acosta, J., Muñoz, B. (2022). Sistematización de la micro planificación en el marco del Plan Nacional de Vacunación contra COVID-19 (PAI-COVID). El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID. Rockville, MD: Abt Associates Rockville
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2020). COVID-19 Respuesta de la OPS/OMS. Reporte 39 de 21 de diciembre de 2020. <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-respuesta-opsoms-reporte-39-21-diciembre-2020>

Experiencia 5.3

Telesalud. Universidad de Caldas

Relatado por: Luis Miguel Caro Barrios - Yaneth Herazo Beltrán

Telesalud de la Universidad de Caldas (TUC) es un programa que se inició desde el año 2001 y cuenta con diferentes líneas de acción, a saber: educación virtual, telemedicina rural satelital, inteligencia artificial, desarrollo de software, realidad virtual e investigación, que es siempre transversal en los temas de salud. El programa funciona en la sede de la Universidad de Caldas, en la ciudad de Manizales y pertenece a la Facultad de Ciencias para la Salud. Al presentarse la emergencia sanitaria por la COVID-19, TUC contaba con 19 años de experiencia en el manejo de telemedicina en el territorio nacional, además, con una sede en Francia. A inicios de 2020, parte del equipo de Colombia estaba en misión académica en la Universidad Paul Valéry de Montpellier, lo cual permitió instalar unos módulos de telemedicina para que, desde Colombia, pudiese realizar orientación en salud en el marco de la emergencia.

En los inicios de TUC, los equipos tecnológicos utilizados eran de grandes tamaños y proporciones, con extensas pantallas y unidades centrales de procesamiento que exigían logísticas complejas para su traslado a las regiones colombianas. De esta manera, a partir de un análisis de las condiciones geográficas de Colombia y del mundo se logró desarrollar una tecnología, patentada como Midoc Electrónico, que permitió el uso de dispositivos pequeños y una conexión autónoma al internet satelital y a fuente eléctrica, además, es de fácil transporte y, como explica el director de TUC (entrevista, febrero de 2023), «*se puede cargar hasta en una mochila*».

TUC diseñó la estrategia «Te cuido», dispuesta el 10 de marzo del 2020, como respuesta inmediata durante la pandemia para la atención en salud de los caldenses. El objetivo fue apoyar la prevención y control de la COVID-19 y la mitigación de los efectos de la emergencia sanitaria. La estrategia empezó como un programa para la atención de pacientes con la COVID-19 por plataformas virtuales (telesalud), formación virtual en abordaje de la COVID-19 al talento humano en salud y orientación comunitaria virtual. Nuevas necesidades se suplieron satisfactoriamente a corto plazo: atención por telepsicología, telepsiquiatría y otras especialidades médicas, diseño de plataforma de registro de pacientes con sospecha o diagnóstico de la COVID-19 y ocupación de las UCI y

educación comunitaria. Las herramientas incluyen atenciones en salud por videollamada o llamada (telemedicina/telepsicología/telepsiquiatría/telenutrición), educación virtual, teleorientación (charlas por medios masivos de difusión; chat con profesionales en medicina que responden inquietudes; teleorientación) y plataforma de registro.

Al iniciar la emergencia sanitaria se reconocen las limitadas posibilidades que la población de Caldas y de Colombia, y en especial de zona rural, tenía para desplazarse desde sus veredas a los municipios para la atención en salud debido al aislamiento preventivo decretado por el gobierno. La prioridad en la atención de los servicios de urgencias y ambulatoria directamente eran las personas con síntomas relacionados con la COVID-19. Como lo expresa el director de TUC (entrevista, febrero de 2023), «*las enfermedades crónicas y entre otras pasaron a un segundo plano durante la pandemia*». Desde esa perspectiva y con una experiencia de muchos años, el equipo de TUC identifica que posee las capacidades instaladas, tecnologías, procedimientos y experiencia para ponerlas a disposición del país, por el impacto social documentado.

Por esta razón, TUC promociona el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) a la Gobernación de Caldas, quien asignó recursos económicos por más de 1 000 millones de pesos para su implementación. El objetivo fue que las personas pudieran resolver de manera remota las inquietudes y problemas de salud con la ayuda de especialistas de la red de hospitales públicos del departamento de Caldas. Así, evitar el desplazamiento de la población a los centros de salud, minimizando el colapso de los servicios de urgencias en Manizales y los demás territorios del departamento de Caldas.



Foto 68. Telesalud, Universidad de Caldas-1

En marzo de 2020 se inicia la atención en puntos estratégicos en los 27 municipios del departamento de Caldas. Los servicios ofertados de teleconsultas utilizaron Midoc Electrónico para realizar el diagnóstico, manejo y seguimiento. Se desarrollaron los componentes básicos de telemedicina acordes con la Resolución 2654 de 2019 que permitieron habilitar para la prestación del servicio bajo la modalidad de telemedicina: primero, un centro remitir, en el marco de la emergencia fueron profesionales en medicina de la región en las empresas sociales del Estado de cada región distante; segundo, un centro referente, que son los centros desde donde se conectan los profesionales en medicina especialistas en tiempo real con las poblaciones distantes, y tercero, los equipos tecnológicos. Se atendieron las necesidades de pacientes con la COVID-19 y población en condición de vulnerabilidad como: gestantes, población infantil, adolescentes y adultos mayores con enfermedades crónicas. El total de atenciones realizadas entre 2020 y 2021 fue de 1 382 307 en toda Colombia, la estrategia funcionó también hasta finales del año 2022, sumando un total de 3 000 000 de personas entre Colombia, Latinoamérica y Francia.

La visibilidad de la experiencia motivó a que diferentes empresas administradoras de salud contrataran los servicios para la atención de pacientes con la COVID-19 positivos que requerían seguimiento y asesoría domiciliaria. La atención se organizó no solo para los síntomas relacionados con la COVID-19, sino también para el abordaje de la salud mental, a fin de reducir los niveles de ansiedad y estrés producidos por el confinamiento. Las metas que se esperaban alcanzar con los pacientes fueron:

- Evitar que pacientes con síntomas leves o manejables en el domicilio llegaran a los servicios de urgencias en las instituciones prestadoras de salud y que colapsaran.
- Promover el cumplimiento de la cuarentena en los pacientes y sus contactos cercanos.
- Evitar el riesgo de contagio a los profesionales de la salud y de otros pacientes de los centros de atención.

Para realizar el telemonitoreo se diseñó un dispositivo con conexión a internet satelital para el monitoreo y reporte en tiempo real de signos vitales como saturación de oxígeno, presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria y temperatura. Diariamente, se le realizaba seguimiento a la persona por medicina general y por psicología. Otro de los desarrollos fue un sistema de alertas para identificar la ocupación hospitalaria en diferentes instituciones para la remisión pertinente a la institución con disponibilidad de camas. Se logró la recuperación de la enfermedad en casa en el 97 % de los casos con telemonitoreo permanente. No obstante, el 3 % de los casos requirieron autorización de traslado urgente a un centro de atención en salud.

Para el equipo de trabajo la atención a las personas en zonas rurales fue una prioridad. Sin embargo, enfrentó un desafío importante relacionado con la falta de infraestructura adecuada de los hospitales. Se encontraron equipos de tecnología deteriorados, obsoletos y otros en desuso, además, escasa o nula conexión a las redes de información.



Foto 69. Telesalud, Universidad Caldas-2

Esto generó un trabajo articulado con las autoridades locales, los líderes y lideresas de la comunidad y el equipo de la TUC a fin de restablecer los puntos y adaptarlos a las nuevas modalidades de atención. Se contó con el apoyo económico de las autoridades departamentales de cada territorio que ayudaron a generar cambios en la infraestructura física, porque muchas de las edificaciones donde funcionaban los centros de atención en salud *«estaban abandonados y fuera de funcionamiento»* (Director de TUC, entrevista, febrero de 2023); lo primero que se hizo fue restablecer la infraestructura física y tecnológica disponible para hacer funcionar el centro de salud.

Algunos territorios del departamento de Caldas no contaban con centros de salud, en estos casos, se adaptaba la infraestructura de atención en las escuelas. Ahí se realizaban brigadas de telemedicina y algunas atenciones de pacientes en los caseríos. El equipo de TUC desplazó las antenas de internet satelital que se ubicaron en la escuela o en el centro de salud de decenas de veredas. Se resalta que en algunas veredas el único medio de transporte de los equipos y del personal fueron los animales de tiro y de montar. Se

logró la rehabilitación de diferentes puestos de salud y, además, dejar tecnología instalada para la atención en salud. Al analizar los costos se evidenció que en promedio una persona de la vereda más cercana a una cabecera municipal se gastaba entre 120 000 y 150 000 pesos colombianos en el traslado al centro de salud para recibir atención por medicina general o especializada, por lo tanto, se logró romper barreras y entender cómo la distancia dificulta el acceso y genera costos directos de desplazamiento a la gente de las zonas más distantes de Colombia. Con la telemedicina se logró ahorrarles a las poblaciones impactadas cerca de los 33 000 millones de pesos colombianos por concepto de traslados.

Entre las dificultades encontradas en las ciudades y grandes municipios durante la instalación y permanencia de las antenas satelitales fue el vandalismo que dañó los elementos tecnológicos, caso contrario en las zonas rurales, donde las antenas que se instalaban cercanas a las casas, las escuelas y el centro de salud eran cuidadas y mantenidas siempre limpias por la comunidad. Como lo expresa el director de TUC (entrevista, 27 de febrero de 2023): *«Son las*

riquezas del campo, cuidaron nuestros equipos más que en cualquier lugar del mundo. El cuidado fue exclusivo comparado con lo que habíamos experimentado los anteriores 19 años en las ciudades».

La programación que el grupo de trabajo realizó al llegar a cada región del departamento fue la siguiente:

- Desplazamiento y llegada del equipo humano y tecnológico al territorio.
- Inspección de la zona para definir el sitio de instalación de los equipos.
- Instalación de los equipos tecnológicos.
- Puesta en marcha del servicio de telemedicina. Para ello el equipo humano permanecía en la zona entre 3 y 4 días con el fin de asegurar el funcionamiento óptimo de la atención remota a pacientes.

TUC tiene muchos testimonios de pacientes atendidos, un ejemplo de estos es el de una niña de 2 años que durante el año 2020 acudió a la teleconsulta por problemas visuales, manifestando su familiar limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria. Lo anterior, mostró otras necesidades que tenía la población y motivó al equipo de TUC a gestionar ayudas con la oficina de la primera dama de la nación que donó para el departamento 3 500 lentes, monturas para gafas y consultas con optómetras y oftalmólogos a través de telemedicina. Entre las personas beneficiarias estuvo la niña del ejemplo.

Otro ejemplo significativo fue el ocurrido en Zancudo – Marulanda, Caldas, sitio al que se llega después de 15

horas caminando y a caballo. Uno de los campesinos comentó sobre una paciente sin familiares con posible fractura de cadera por una caída hacía dos semanas, que residía en lo alto de una montaña; este rumor motivó a los profesionales a realizar un viaje de 5 horas más a caballo para llegar a la vivienda en medio de la selva, encontrando a una señora de aproximadamente 85 años, postrada en cama, sin poder movilizarse y aunque no fue posible en el domicilio hacer el diagnóstico ortopédico, el profesional en medicina se conectó a través de la telemedicina con otros colegas a distancia de Colombia y Francia y atendieron otras necesidades de la paciente (tenía diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes y depresión) y se acordó entre los profesionales el traslado a la cabecera municipal. En este traslado fue primordial la participación de las empresas prestadoras de salud como ASMETS Salud y SURA. Actualmente la señora ha regresado a su vereda con su problema resuelto y con capacidades para participar en sus actividades diarias con la ayuda de un caminador y otros apoyos para el manejo y control de sus enfermedades.

TUC también hizo presencia en las cárceles de la ciudad de Manizales implementando la atención remota denominada «Telemedicina 360°» para atender las alteraciones de salud mental de la población privada de la libertad mediante sesiones de psiquiatría y psicología. Esta tecnología utilizó un casco de realidad virtual que brindó una experiencia simulada de libertad, logrando que las personas se conectaran con sus familiares.

El trabajo colaborativo con los profesionales franceses

continuó a lo largo de la emergencia sanitaria y en el año 2021 con el apoyo de la Universidad de Caldas, el Ministerio de Ciencias de Colombia, ECOSNORD y la Universidad Paul Valéry III de Montpellier, Francia, un equipo de la universidad viaja a Francia para colaborar con la atención bajo telemedicina en regiones francesas y a su vez, un equipo de franceses viaja a Colombia para apoyar el trabajo realizado por TUC. Este intercambio de conocimiento se ha sostenido hasta la fecha, actualmente en el norte del país se está atendiendo por teleconsultas las necesidades de los adultos mayores que viven solos o con cuidadores. De igual forma, el programa se conecta con la Central de Emergencia de París para el traslado de la persona con una urgencia vital. Esta experiencia fue presentada en televisión francesa para sensibilizar a la población sobre los beneficios de la telemedicina.

TUC también contribuyó a fortalecer los sistemas de información del departamento, en particular para



Foto 70. Telesalud, Universidad Caldas-3

que los datos se cargaran en tiempo real de tal forma que las instituciones y personas pudieran conocer los conglomerados de casos, los días de cuarentena, los corredores principales de contagio, entre otros indicadores. Así mismo, la captura de datos y su análisis para tomar decisiones oportunas. En este orden de ideas, la Universidad de Caldas de la mano de la Dirección Territorial de Salud de Caldas le entregó al departamento una herramienta tecnológica denominada «Registro COVID-19».

Esta plataforma captura los datos de pacientes positivos para SARS-CoV-2, permite georreferenciar con colores los casos: rojo para los positivos, verde para las pruebas con resultado negativo y naranja que mostraba casos o contactos estrechos que estaban pendientes por resultados de la prueba. A través de los mapas de calor generados por la herramienta se pudo referenciar e impulsar en mayor medida la telemedicina, por ejemplo, el mapa mostró que en los municipios de La Dorada, Chinchiná, Riosucio y Manizales se presentaron los mayores contagios y, por tanto, fueron los territorios donde más teleconsultas se realizaron.

Lo anterior permitió al departamento la toma de decisiones oportunas frente a la ocupación de camas en las unidades de cuidado crítico, su disponibilidad y qué tipo de institución tenía cupos. Así mismo, se diseñó una tecnología que, utilizando la inteligencia artificial, predecía la tendencia de ocupación de camas en el departamento para tomar decisiones oportunas en mejoramiento de capacidad instalada.

TUC respondió a la necesidad de ampliación de conocimientos sobre la COVID-19 de los profesionales de la salud, creó una plataforma para asesoría y capacitación del talento humano llamada «Tele asesor». La que ofrece asesoría integral a los profesionales en medicina ubicados en regiones distantes y que estaban atendiendo a las poblaciones, conglomerados de riesgo y con mayores contagios. Permitió que el profesional en medicina mediante la conexión de internet se conectara con expertos de diferentes ciudades del país y recibir orientaciones para el manejo de pacientes críticos con la COVID-19.

Se ofreció a la comunidad teleorientación masiva para promover las medidas de protección personal, manejo de emociones, cuidados durante el embarazo, lactancia y primeros auxilios básicos a padres. Aproximadamente, 1 millón de personas en Colombia recibieron este servicio. Otra de las tecnologías utilizadas fue la aplicación móvil denominada Bipolaap, que permitió un acompañamiento a los pacientes con enfermedades mentales, usuarios de la clínica San Juan de Dios, con la que se establece una alianza para el acompañamiento de pacientes con urgencias vitales con tendencias suicidas. Esta aplicación dotada de inteligencia artificial realiza un círculo de acompañamiento predictivo a través del comportamiento en su dispositivo móvil o por los mensajes enviados, genera una alerta para que el psiquiatra o la clínica atienda al paciente que tuviera ideaciones suicidas o, incluso, de abandonar el tratamiento y pusiera en riesgo su vida.

TUC recibió un reconocimiento en León, España, por el impacto social de las acciones ejecutadas durante la emergencia sanitaria por la COVID-19 en Colombia y en Francia. En reconocimiento a la labor han recibido 6 premios internacionales: Premio FRIDA 2010, 2013 y 2015; Premio Mejores Prácticas en Telesalud del Banco Interamericano de Desarrollo, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL, OPS y OMS; Premio eSAC 2014, y Premio Internacional Colsubsidio a la inclusión social 2016.

Los aspectos que, según los entrevistados, hubiesen podido ser mejores:

- La disponibilidad y uso de las tecnologías no se pudo iniciar sino hasta obtener los recursos económicos necesarios para el desplazamiento y las adecuaciones estructurales de los centros de salud en zona rural.
- La confianza de las entidades públicas y privadas no se dio de manera inmediata y pudo ser este otro de los factores que retrasó la respuesta inmediata necesaria para enfrentar una situación como la generada por la COVID-19.

Logros significativos de la experiencia:

- La atención a las comunidades más apartadas del territorio nacional, brindando acceso a servicios de

medicina especializada sin tener que desplazarse, mejorando su calidad de vida, garantizando efectividad, seguridad y disminución de costos.

- La consecución de recursos económicos para apoyar la telemedicina en Colombia y en Francia.
- El aprendizaje colaborativo e interdisciplinario entre colombianos y franceses mediante la alianza entre la Universidad de Caldas y la Universidad Paul Valéry III de Montpellier, Francia.
- La articulación intersectorial entre entidades nacionales públicas y privadas.
- La aceptación de un modelo de telemedicina en la población que alcanzó un 96,2 %.
- La innovación y el desarrollo tecnológico puesto a disposición de las personas.

En conclusión, esta estrategia de Telesalud de la Universidad de Caldas impactó a lo largo de su atención a 3 000 000 de personas en los territorios de Colombia, Latinoamérica y Europa. Mostró el aporte de las TIC en la atención y orientación en salud durante una emergencia sanitaria permitiendo fortalecer el modelo de atención en salud colombiano. Ser referente nacional e internacional en implementación exitosa de estrategias en telesalud.

Recuadro síntesis de la principal lección aprendida y recomendación:

- La satisfacción de ayudar a las comunidades de las zonas rurales de Colombia en pro de la vida y del bienestar de la población.
- El trabajo en equipo de un grupo de profesionales que nunca desfallecieron frente a las dificultades y que ante cualquier obstáculo siempre se encontraron las mejores maneras de resolverlos y continuar adelante, siempre tomando como prioridad llegar y beneficiar a las poblaciones en situación de vulnerabilidad.
- La humanización en la atención de salud bajo la modalidad de telemedicina en cada región que se visitó con el equipo de trabajo, dejando no solo atenciones en salud, sino también grandes lazos de amistad con la comunidad, un mensaje de amor, respeto y una promesa de siempre regresar.
- La contribución con soluciones innovadoras que dan respuesta a múltiples retos que enfrenta el sector salud.
- La principal recomendación es la sostenibilidad de la experiencia de TUC en las poblaciones rurales de Colombia para el desarrollo y la construcción de paz en el país.

Agradecimientos: Esteban Granada Aguirre, director del programa de Telesalud de la Universidad de Caldas y a su equipo de trabajo por su participación en la entrevista.

Experiencia 5.4

Sistematización de la innovación de Mi Paciente Netux para el seguimiento de casos de infección respiratoria aguda grave

Relatado por: Jacqueline Acosta de la Hoz

La solución Mi Paciente-Netux es una solución para el monitoreo y trazabilidad en tiempo real del paciente y contribuye a la identificación de alertas y gestión oportuna de la atención en los servicios de salud. En febrero de 2021 se inicia el proceso para personalizar y desplegar la solución «Mi paciente» para monitoreo remoto de pacientes y realizar trazabilidad de la COVID-19, mediante el uso de dispositivos electrónicos, aplicación móvil y plataforma de visualización de datos. Este proceso fue apoyado por USAID, a través de su Programa Comunidades Saludables.

Entre marzo y septiembre de 2021 se realizó la primera fase de personalización bajo la modalidad de «plataforma como servicio» o «computación en la nube». Consistió en la modificación de la arquitectura, formularios, procesos y procedimientos de la solución, permitiendo la integración de los datos clínicos emitidos por equipos biomédicos (saturación de oxígeno [SpO2] y frecuencia de pulso [FP]) y el tamizaje diario (criterios clínicos y score de riesgo de progresión) a través de preguntas construidas bajo los lineamientos del programa PRASS del MSPS. Con mensajes de alerta para el direccionamiento temprano a servicios de atención médica prioritaria o urgencia de casos ambulatorios de la COVID-19 en adultos a partir de los 18 años.

Entre julio y agosto de 2021, Netux entrenó al talento humano en salud (THS) de los territorios en el uso de la solución. Se entregaron en calidad de donación a los territorios priorizados 230 kits. Estos incluían:

1. Pulsioxímetro digital sin comunicación con internet para la toma de variables físicas del paciente en campo.
2. Aplicación móvil para diligenciamiento manual de variables y transmisión vía red celular a la plataforma

en la nube.

3. Acceso por 6 meses a la plataforma en la nube para la visualización y gestión de casos a través de alertas parametrizadas.
4. Mantenimiento técnico durante 6 meses.
5. Soporte técnico (mesa de ayuda) las 24 horas por 7 días a la semana durante 6 meses.
6. Actualizaciones de software durante los 6 meses dispuestos para el proyecto.
7. Documentación de la solución (manuales, guías, acuerdo de confidencialidad, desarrollo, códigos de la solución, presentaciones, etc.).

En el Departamento Norte de Santander se donaron 70 kits y se capacitaron en el uso de la solución más de 200 THS (rastreadores y profesionales de vigilancia) de la Secretaría de Salud Departamental. En La Guajira se entregaron 60 kits, se capacitaron 155 THS. En Buenaventura se entregaron 30 kits y se capacitaron 116 THS. Mientras que en Bogotá se entregaron 70 kits y se concertó la capacitación en la fase 2. En cuanto a los territorios cubiertos, en Buenaventura la gran mayoría fueron en la zona urbana, con mínima afluencia de la zona rural. En La Guajira se beneficiaron 7 municipios y en los 40 municipios del departamento de Norte de Santander.

Entre septiembre y febrero de 2022 se realizó seguimiento al instante de más de 480 casos sintomáticos de la COVID-19 en adultos mayores de 18 años, se realizaron más de 2 000 seguimientos diarios. De estos, 44 % eran hombres y 55 % mujeres; 20 % eran personas migrantes venezolanas y el resto población de acogida. El 35 % de las personas tenían al menos una comorbilidad que incrementaba el riesgo de un cuadro severo por la COVID-19. Entre los casos se identificaron 731 contactos estrechos, razón promedio 1:1 casos por contactos, que fueron reportados al sistema de vigilancia de cada entidad territorial. En el 3 % se detectó alerta clínica, entre moderada y severa. De estas, 14 % terminaron hospitalizados, con recuperación completa. No se registró ninguna muerte.

Debido al impacto de vacunación y estrategias de mitigación de cadenas de contagio, las medidas sanitarias, sociales y económicas, Colombia el 30 junio de 2022 declaró el fin a la emergencia sanitaria por la COVID-19. Para esta misma fecha, al sistema de vigilancia en salud pública del país reportaba alrededor de 1 969 524 casos de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG). En Arauca, Bogotá, Bucaramanga, Buenaventura, Cali, La Guajira, Medellín y Norte de Santander, concentraban el 41,5 % de los casos atendidos en los servicios de consulta externa o urgencia, 85,5 % que fueron hospitalizados y el 21,8 % que ingresaron a UCI. Estas infecciones respiratorias explican las 10 primeras causas de enfermedad y muerte en la población general y una de las 3 primeras causas en menores de 5 años y en personas que viven con alguna enfermedad crónica de base, en especial aquellos que reciben tratamiento con algún tipo de inmunosupresión (Instituto Nacional de Salud – INS, 2022).

En la preparación a la postpandemia y sindemia entre la COVID-19 y otros virus respiratorios tales como la influenza, sincitial respiratorio y adenovirus, se revisó en espacio de co-creación con el Programa Nacional de Prevención, Control y Mitigación de Infección Respiratoria Aguda del MSPS la oportunidad de adaptar y escalar el uso de «Mi paciente» a la vigilancia y seguimiento clínico y remoto de casos sintomáticos de IRAG, incluido la COVID-19, en la población pediátrica y adulta. Por lo anterior, se incorporó la expansión de la innovación «Mi paciente» en el plan de trabajo del programa, beneficiando a las personas migrantes, retornadas y población de acogida en los 8 territorios con alta carga de IRAG.



Foto 71. Entrega de donación kit Mi Paciente, Secretaria de Salud Cúcuta

En julio de 2022, se realizó la segunda fase denominada «Plan de expansión de la solución Mi paciente». Se planificaron entre julio 2022 y febrero de 2023, los 15 pasos bajo la definición de parámetros para la configuración, parametrización y personalización de la solución «Mi paciente» basadas en las lecciones aprendidas en la primera fase (Tabla 10). Estas fueron:

1. Concertación de criterios de expansión de la solución «Mi paciente».
2. Diseño de casos de uso.
3. Diseño de la arquitectura general.
4. Diseño de algoritmos clínicos para IRAG-COVID-19.
5. Programación de roles de usuarios.
6. Programación de procesos y procedimientos.
7. Creación de usuarios.
8. Compra de dispositivos biomédicos (pediátricos y adultos).
9. Diseño lógico de los scores riesgo y programación.
10. Estructuración de los módulos para la versión web y app y tablero de indicadores.
11. Entrega de kit, manuales, guías de usuarios, videos de capacitación y capacitación THS.
12. Mesa de ayuda para la gestión de incidentes de la solución.
13. Espacios de diálogo y asesoría para la selección del escenario de sostenibilidad.
14. Seguimiento mensual a los territorios.
15. Identificación de la continuidad en los territorios.

Tabla 10. Parámetros solución «Mi paciente» por fases de desarrollo

Criterios	Fase I. Seguimiento COVID-19	Fase II. Plan de expansión
Eventos	COVID-19, mayores de 18 años. Fuente: SIVIGILA y PRASS.	Neumonía adquirida en comunidad en adultos e infección respiratoria aguda baja en niños (neumonía y bronquiolitis); COVID-19, desde los cero años (recién nacido en adelante). Fuente: SIVIGILA y de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).
Edad	Personas mayores de 18 años.	Niños y niñas desde los cero años (recién nacido).
Cobertura	Bogotá, Norte de Santander, La Guajira, Buenaventura.	Nuevos territorios: Medellín, Arauca, Bucaramanga, Cali. En continuidad territorios: Bogotá, Norte de Santander, La Guajira, Buenaventura.
Contenidos tecnológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Personalización de la plataforma tecnológica «Mi paciente» (arquitectura, desarrollo de formularios, procesos y procedimientos para evento COVID-19 en adultos > 18 años con su score de riesgo). Variables de identificación, inclusión social, género y determinantes sociales, clínicas y de progresión. • Parametrización e integración de datos del pulsioxímetro y tamizaje por preguntas. • Licenciamiento de la aplicación móvil y plataforma (software) hasta 6 meses después de finalización del acuerdo de donación (finalizó el 30 de marzo de 2022). Septiembre 30 de 2022. • Desarrollo de tres módulos en la solución: <ul style="list-style-type: none"> • Módulo paciente: registro y seguimiento diario. • Módulo gestor datos: seguimiento cohorte y sabana de datos. • Módulo resultados: tablero de indicadores de gestión y resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personalización de la plataforma tecnológica «Mi paciente» (arquitectura, desarrollo de formularios, procesos y procedimientos para los siguientes nuevos eventos: neumonía adquirida en comunidad e infección respiratoria aguda baja en niños (neumonía y bronquiolitis; COVID-19, años y su score de riesgo) y continuidad de COVID-19 en adultos > 18 años. Variables de identificación, inclusión social, género y determinantes sociales, clínicas y de progresión. • Parametrización e integración de datos del pulsioxímetro y (termómetro) y tamizaje por preguntas. • Licenciamiento de la aplicación móvil y plataforma (software) hasta 12 meses después de finalización de acuerdo con donación (finalizaría el 6 de enero 6 de 2023). Cubierto hasta el 6 enero de 2024. • Configuración y ajuste a los tres módulos en la solución para todos los eventos: <ul style="list-style-type: none"> • Módulo paciente: registro y seguimiento diario.

Criterios	Fase I. Seguimiento COVID-19	Fase II. Plan de expansión
Contenidos tecnológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Kits donados a Norte Santander (70), Bogotá (70), La Guajira (60) y Buenaventura (30). Incluye: 230 pulsioxímetros y materiales pedagógicos (manual, guía de usuario, vídeo de capacitación). • Soporte técnico 24 x 7 (mesa de ayuda) durante tiempo del licenciamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Módulo gestor datos: seguimiento cohorte y sabana de datos. • Módulo resultados: tablero de indicadores de gestión y resultados. • Kits donados a Medellín, Arauca, Bucaramanga y Cali, incluye: 110 pulsioxímetros para adultos y 139 para niños, y materiales pedagógicos (manual, guía de usuario, módulos virtuales de capacitación). • Soporte técnico 24 x 7 (mesa de ayuda) durante tiempo del licenciamiento. • Escenarios de sostenibilidad.
Contenidos técnicos	<ul style="list-style-type: none"> • Un diagrama de flujo con las especificaciones técnicas de la solución para la COVID-19 adultos, conforme lo establecido por los lineamientos de vigilancia COVID-19 y el «Programa de pruebas, rastreo y aislamiento selectivo sostenible». • Definición de roles de los usuarios de la solución con base en lo establecido por los lineamientos de vigilancia COVID-19 y el «Programa de pruebas, rastreo y aislamiento selectivo sostenible». • Un score de riesgo COVID-19 en adultos > 18 años. • Entrenamiento (ET capacitación): 200 profesionales de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tres nuevos diagramas de flujo con las especificaciones técnicas y roles de la solución para COVID-19, conforme lo establecido por los lineamientos de vigilancia de IRAG y el programa de pruebas, rastreo y aislamiento selectivo sostenible (PRASS) y ajuste del diagrama de COVID-19 adultos. • Redefinición de roles e inclusión de un nuevo usuario hospital (salas ERA y servicios de urgencia) para la solución con base en lo establecido por los lineamientos de vigilancia de IRAG y COVID-19. • Tres nuevos scores de riesgo adaptando los valores promedios de saturación de oxígeno a la altitud del territorio y ajuste para el score de riesgo de COVID-19, la saturación de valores promedios de saturación de oxígeno a la altitud del territorio y grupos de edad (niños y adultos). • Entrenamiento presencial a nuevos territorios y virtuales territorios en continuidad / Módulos de capacitación virtual (al menos 80 %, 200 profesionales de salud de las ET).

Fuente: Acosta, Ruiz y Muñoz (2022).

Netux en articulación con el Programa Nacional de Prevención, Control y Mitigación de Infección Respiratoria Aguda del MSPS, entre enero y febrero de 2023, desarrolló capacitación y entrenamiento al THS. En promedio 10 personas de los 20 hospitales y entidades territoriales de salud de Arauca, Bogotá, Bucaramanga, Buenaventura, Cali, La Guajira, Medellín y Norte de Santander. Además, construyeron tres escenarios para la continuidad en el uso de la solución «Mi paciente» en los territorios a partir del 6 de febrero de 2024, fecha en que vence el licenciamiento de uso administración de datos. Estos se plantean desde la asignación de recursos por parte de las entidades para financiar la licencia, o disponibilidad del talento humano para desarrollar su propia aplicación o gestionar estrategias de apoyo público-privado para la donación de licencias de uso del aplicativo. Y, alternativas básicas para territorios sin ninguna de las posibilidades descritas, haciendo uso de los algoritmos de la solución bajo unos mínimos tecnológicos ofimáticos para el seguimiento de casos, limitando el espectro de monitoreo a unos mínimos.



Foto 73. Monitoreo Mi Paciente Netux



Foto 72. Entrenamiento Mi Paciente, Norte Santander

Las cinco principales lecciones aprendidas de la experiencia son:

1. La planificación es una herramienta que permite definir el alcance y horizonte de ejecución de la solución tecnológica: permitió definir los ajustes a implementar durante la fase de expansión y diseñar el plan de sostenibilidad de la solución tecnológica «Mi paciente». Requirió de reuniones

semanales, con una duración aproximada de una hora caracterizadas por el diálogo horizontal, abierto, propositivo y tendiente a la construcción conjunta de los ajustes a implementar.

2. El rediseño del proceso y arquitectura de monitoreo y trazabilidad es un elemento clave para el escenario de expansión y sostenibilidad: identificar el potencial de la solución para el monitoreo de otras infecciones respiratorias permitió que se realizaran, de acuerdo con sus roles y responsabilidades, los ajustes necesarios a la arquitectura del software para el ingreso de nuevos flujogramas, preguntas de tamizaje y otros datos relevantes para el seguimiento y monitoreo de los nuevos eventos (neumonía, bronquiolitis y COVID-19 en niños hasta 17 años, 11 meses y 29 días, y neumonía adquirida en comunidad y COVID-19 en adultos mayores de 18 años), lo que ayudará a minimizar la hospitalización, complicaciones y muertes evitables. Como lo expresó una de las integrantes del programa: «Netux está rediseñando la solución para identificar alertas en casos de infección respiratorio-aguda en niños que no estaban incluidos inicialmente».
3. El uso de criterios técnicos, lo suficientemente flexibles, permiten el desarrollo y los ajustes a la solución tecnológica: diseñar los flujogramas y score de riesgo para neumonía, bronquiolitis y la COVID-19 en niños, y neumonía adquirida en comunidad y la COVID-19 en adultos mayores de 18 años, y la puerta de entrada y seguimiento de la solución desde los hospitales fue un reto

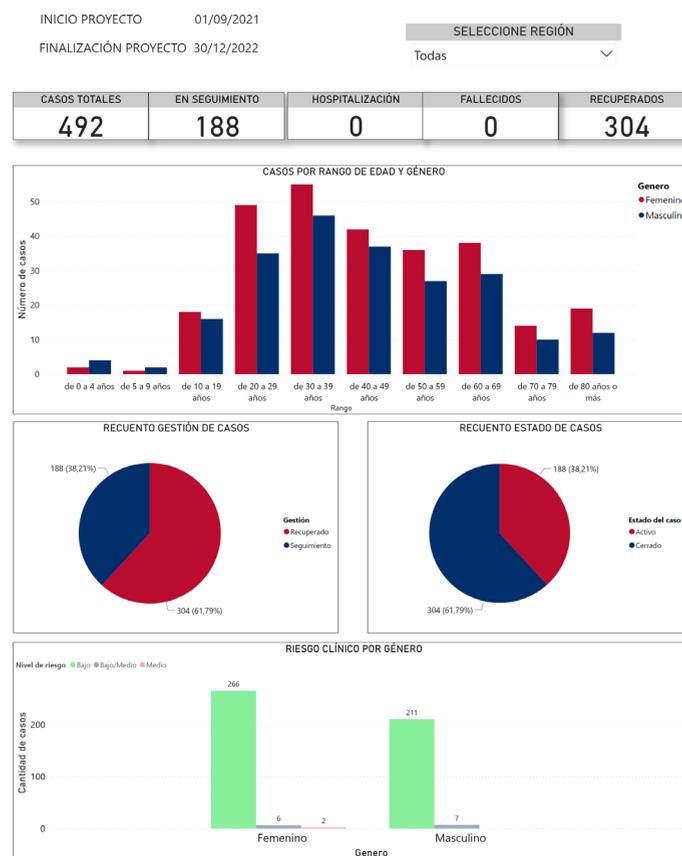
de gestión estratégica, técnico y tecnológico. Desarrollar videos educativos modulares y guías de usuario sencillas son una muestra de la capacidad de adaptarse y redireccionar la solución a las necesidades reales de los territorios. Ante esto, uno de los integrantes del equipo técnico de Netux manifestó:

«Durante 2021, el acompañamiento diario se brindó a través de visitas o mediante llamadas telefónicas para el registro de la información. Esto se modificará para 2022, debido a que los picos de la pandemia cedieron, así que las visitas presenciales se transformarán y se deberá definir cuál es la vía para contactar a las personas [...] las preguntas de tamizaje también se modificarán, redefiniéndolas en conjunto con las ET».

4. Adaptación de la arquitectura de la solución «Mi paciente» para ser gestionada en cualquier ET: se pudo ajustar la arquitectura de manera flexible de forma que pudiera ser gestionada en cualquier ET, fue necesario adaptar roles, modificar algoritmos y score de riesgo. También se ajustó el puntaje de la saturación de oxígeno por altitud en cada territorio. Un funcionario de Netux mencionó: «Para realizar este ajuste es importante definir los requerimientos tanto para IRA, IRAG y COVID-19».
5. Definición de los indicadores y tableros de resultados (Figura 14): permitió definir de forma adecuada los indicadores en función de los resultados que se esperan observar, las

variables que permitan dar cuenta del enfoque inclusión social, género y determinantes sociales. Se destacan las palabras de una funcionaria del programa: «Los indicadores de resultado dan claridad tanto a la entidad financiadora como a la entidad ejecutora de los resultados e impactos a obtener con el proyecto».

Figura 14. Tablero de indicadores de seguimiento de la plataforma «Mi paciente»



Fuente: Indicadores Solución mi Paciente Netux, (2022).

Recuadro de síntesis de la principal lección aprendida y recomendación:

- La adaptación de la solución tecnológica «Mi paciente» se considera una experiencia positiva, significativa y efectiva para el seguimiento de casos IRAG y minimización de desenlaces adversos por remisión temprana a la atención en servicios de salud.
- Concedió un rol activo a los pacientes, familia o cuidadores para el reporte de signos y síntomas y a la gestión de datos. Requiere crear vínculos fuertes con las ET y hospitales para motivar el uso y beneficios de la solución. Se logra mejorar la adherencia de los pacientes al cuidado y tratamiento.
- Es recomendable incluir recursos educativos para los pacientes con información clara que oriente a mejorar la toma de decisiones oportunas en pro de su propia salud y vida. Sostener los beneficios de la solución frente a la gestión de casos, a la vigilancia de contactos estrechos y a la toma de decisiones en salud basadas en evidencia. Proyectar la expansión a otros territorios que concentran altas tasas de morbilidad y mortalidad de IRAG.

Agradecimientos: a Juan Pablo Velázquez, Lina Urrego, Rubén Tabares, Yesid Valencia y Erminsul Quintero, integrantes del equipo de la empresa Netux.

Referencias

- Acosta, J., Ruiz, V.E., & Muñoz, B. (2022). Plan de expansión y sostenibilidad de la innovación Mi Paciente e-NETUX para seguimiento remoto de casos sintomáticos por COVID-19. El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID. Rockville, MD: Abt Associates.
- Instituto Nacional de Salud. (2020). Anexo. Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda y la enfermedad asociada al nuevo coronavirus (COVID-19). <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/anexo-vigilancia-ira-covid.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. (2022). Protocolo de vigilancia en salud pública de IRA. <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/PRO-Infecci%C3%B3n-respiratoria-aguda.pdf>
- Mi Paciente (2023). Power BI. <https://app.powerbi.com/>
- Moyano, L. (2019). Estimación de costo-enfermedad por neumonía y bronquiolitis en niños menores de 5 años en Colombia [tesis de maestría]. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá



Gestión y desarrollo de capacidades, talento humano y comunidad

Capítulo 6

Fotografía # 74 suministrada por el Equipo de Respuesta Rápida, Nariño

Capítulo 6. Gestión y desarrollo de capacidades en talento humano y comunidad durante la pandemia por COVID-19

Por: Lilibeth Sánchez Güette

La Gestión del Talento Humano (GTH) puede definirse como el desarrollo del capital humano a través del aumento de sus competencias, a fin de ayudar en su crecimiento profesional y personal. El talento humano es uno de los recursos más valiosos de una organización. La GTH implica el reclutamiento, selección, orientación, recompensa, desarrollo (capacitación y adiestramiento), auditoría y seguimiento a las personas que son parte de la organización o sistema. Además, permite la comunicación entre trabajadores con la organización o el sistema al que pertenecen, involucrando los últimos elementos con los deseos y necesidades de los colaboradores para respaldarlos en su desarrollo integral, generando la capacidad de enriquecer la motivación laboral, así como fortalecer y generar nuevas habilidades, destrezas y competencias (Vallejo, 2016).

Durante la pandemia por la COVID-19, la GTH en salud cobró gran relevancia en tanto esta fuerza laboral era responsable de hacer frente a la problemática de salud pública que vivía el mundo en condiciones desconocidas frente a modos de transmisión, curso de la enfermedad y formas de resolución que permitieran impactar sobre los indicadores de salud de la población. Esta situación conllevó al desarrollo de acciones que permitieran la producción de evidencia científica que sirviera de soporte para el desarrollo de capacidades en el talento humano en salud para afrontar la situación de emergencia generada por la pandemia. El Desarrollo de Capacidades en el Talento Humano en Salud (CTHS) incluye aquellas actividades de capacitación y adiestramiento ejecutadas para el fortalecimiento y adquisición de nuevas competencias, habilidades y destrezas específicas o especializadas, en aras de mejorar la eficiencia del individuo y de la organización para lograr los propósitos, la misión y la visión que los mueve.

Por su parte, el desarrollo de las capacidades comunitarias consiste en la enseñanza y transferencia de conocimiento acerca de un contenido o tema específico, dirigido a los diferentes grupos sociales de interés que se encuentran situados en un contexto determinado, a los que se les educa según sus características sociodemográficas para que adquieran unas destrezas o habilidades puntuales con respecto a alguna actividad humana (Acosta y Ruiz-Varón, 2021a).

Los métodos más comunes del desarrollo de CTHS son las mesas de trabajo, mesas técnicas de expertos, exposiciones magistrales, conversatorios y visitas de asistencia y acompañamiento técnico. Mientras que las formas más convencionales de enseñanza y transferencia de conocimiento en el marco del desarrollo de las capacidades comunitarias son las dinámicas lúdicas, talleres teórico-prácticos y conversatorios, con el fin de que los diferentes grupos sociales intervenidos logren apropiarse del objeto de aprendizaje impartido para ponerlo en práctica con sus conciudadanos.

Desde que la OMS (2020) alertó la preocupación de coyuntura sanitaria en el escenario global, con ocasión a la identificación del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 causante de una Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) denominada la COVID-19, fue necesario el despliegue de investigaciones que permitieran conocer a profundidad el nuevo virus y encontrar formas de controlar la infección que este generaba. Colombia decretó la emergencia sanitaria en el territorio nacional mediante la Resolución 385 del 12 de marzo del 2020 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020) e identificó la necesidad de desarrollar CTHS y capacidades comunitarias, incluyendo a integrantes de Organizaciones de Base Comunitaria (OBC), como una estrategia para afrontar la emergencia y controlar el contagio, desde una mirada de inclusión social amplia, enfocada particularmente sobre la población indígena, habitante de calle, privada de la libertad, personas en condición de discapacidad, migrantes, retornadas y de acogida, entre otras. Sin embargo, lo anterior se hacía en medio de una incertidumbre global, pues se desconocía el alcance de las vías de transmisión de la COVID-19 en comparación con otros virus respiratorios antes estudiados científicamente, como el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS).

En este sentido, el gobierno comenzó a desarrollar estrategias propias en cada territorio, coordinadas entre diferentes sectores sociales, instituciones públicas, privadas, OBC, comunidades, organismos y agencias de cooperación internacional, donde los desafíos modularon las iniciativas de CTHS y capacidades comunitarias. Además, fue fundamental la comprensión de las dimensiones básicas de respuesta a la emergencia sanitaria como, por ejemplo, cuadro clínico, formas de transmisión, protocolos de vigilancia, estrategia de pruebas, rastreo y aislamiento selectivo sostenible, medidas de prevención, atención, contención, mitigación, recuperación y flexibilidades regulatorias, gestión de datos, casos, entre otras.

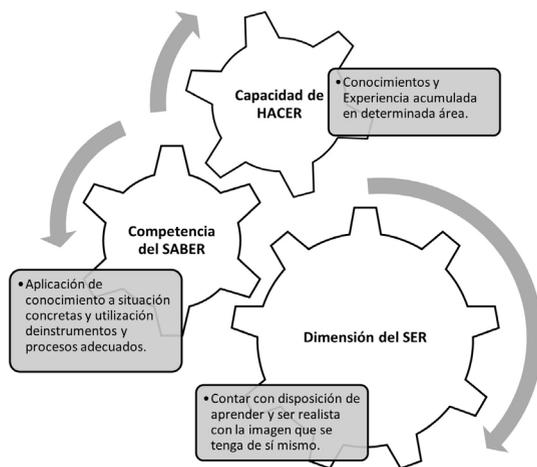
Las primeras acciones consistieron en el alistamiento y la adaptación integral de la Red de atención en salud, la gestión del despliegue territorial del Talento Humano (TH) y de los ERR, Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) de la secretarías de salud y Equipos de rastreadores de la Unidad Nacional de Gestión de Riesgo. Esta movilización a cargo de las autoridades de salud en sus diferentes frentes multinivel de acción sirvió para fortalecer la respuesta en vigilancia y evitar el colapso de la red hospitalaria (Acosta y Ruiz-Varón, 2021b).



Foto 75. Capacitación Etnocultural, Santa Marta

Inicialmente, las dimensiones básicas de las capacidades del talento humano en salud CTHS, se desarrollaron desde el hacer, el saber y luego el ser, para efectos de un manejo integral y oportuno, en la que la primera capacidad de hacer fue crucial al inicio de emergencia. Esta consistió en aplicar los conocimientos que se tuvieran en el área asistencial y médica a la situación concreta e inusual de la emergencia sanitaria causada por la COVID-19, de modo que se pudieran solucionar problemas de manera rápida y de forma autónoma, utilizando los instrumentos y procesos establecidos para atender una IRAG. Así como transfiriendo ingeniosamente las lecciones aprendidas y la experiencia adquirida a otros escenarios similares (países como España e Italia), que compartían sus aprendizajes frente a las nuevas situaciones de atención que se iban presentando (Samanes, 2020 y Echeverría, 2020). (Figura 15).

Figura 15. Desarrollo de capacidades en el talento humano y la comunidad durante la pandemia por la COVID-19



Fuente: Inspirado en Samanes (2020) y Echeverría (2020).

Por lo tanto, se hizo necesario que el talento humano en salud desarrollara las competencias de saber para utilizar, comprender e interpretar las prácticas y teorías propias del área de desempeño, demostrando conocimiento y experiencia acumulada en el área de la salud. Sin embargo, en el marco de la pandemia y en el proceso de desarrollo de estas capacidades fue prudente que se enseñara un contenido relacionado con lo que se deseaba que el grupo objetivo aprendiera sobre manejo de prácticas saludables, vigilancia y seguimiento de casos y contactos estrechos, medidas de contención y mitigación, manejo de paciente con la COVID-19, esquemas y microgestión de vacunas, rehabilitación y cuidado crítico, entendiendo además la importancia de escalar el desarrollo de capacidades

en los líderes y lideresas de OBC. Lo anterior, permitió la implementación de estrategias fácilmente replicables para generar la(s) habilidad(es) que se necesitaban y un producto final que consistió en las nuevas destrezas aprendidas (Echeverría, 2020).

En cuanto a la dimensión del ser fue importante saber las limitantes y fortalezas que tenía el talento humano y las comunidades. Es decir, siendo conscientes de la imagen de sí mismos para adoptar una disposición de aprender constante en paralelo al desempeño que se ejercía, relativizando posibles frustraciones, actuando conforme a las convicciones propias y tomando decisiones basadas en todo lo anteriormente referenciado (Echeverría, 2020).

En este sentido, las capacidades y competencias expuestas (hacer, saber y ser) consistieron en el valor social de largo plazo generado a partir de la apropiación social del conocimiento relacionado con temas específicos, directamente enfocados a la COVID-19, desde las organizaciones y distintos actores de salud pública territorial hasta las OBC que representaban diferentes sectores de la sociedad civil, para ponerlo en práctica durante la emergencia sanitaria vigente e incluso en emergencias sanitarias futuras que pudieran presentarse.

Así, el MSPS, el INS en alianza con los actores del Sistema Nacional de Salud, la academia, y la comunidad en general gestionaron e impulsaron el desarrollo de competencias, capacidades y dimensiones desarrolladas en el THS y en la comunidad que se resumen a continuación:

1 Gestión del talento humano en la emergencia sanitaria

Los principales logros en materia de gestión de THS durante la emergencia sanitaria se dieron sobre la base de que, una vez decretada la emergencia sanitaria en el territorio nacional mediante la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, el MSPS y INS requirieron al tesoro nacional \$15 000 millones de pesos colombianos adicionales, para contar con los recursos presupuestales que permitirían afrontar la emergencia sanitaria. En este sentido, el MSPS, una vez recibida la adición presupuestal, empezó a ejecutar los recursos con los actores del Sistema Nacional de Salud, sobre todo con EPS, IPS, EAPB y ARL, en la profundización de las medidas de prevención, de capacidades de atención, de fortalecimiento de bioseguridad, de capacitación del talento humano, así como el aprovisionamiento de elementos de protección al personal de salud (MSPS, 2021).

El 25 de marzo de 2020, el MSPS expidió la Circular 19 de 2020 dirigida a los actores de salud, actualizando la estrategia de detección temprana de casos de infección y abordando el manejo de pruebas rápidas a partir del 1.º de abril. Seguidamente, en abril de 2020, se definieron los criterios, procedimientos y fases del llamado del THS para apoyar o reforzar a los prestadores de servicios de salud en los distintos territorios a nivel nacional durante la etapa de mitigación del inicio de la pandemia por la COVID-19, lo cual se reguló mediante la Resolución 628 del 23 de abril de 2020.

Asimismo, se trabajó activamente para implementar en julio de 2020 la operatividad de la reglamentación del Sistema de Residencias Médicas contenida en la Resolución 1872 de 2019, el cual fue creado mediante Ley 1917 del 2018, con el objetivo de beneficiar a residentes con apoyo económico de sostenimiento equivalente a 3 salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV), mediante la firma de un contrato especial por 6 meses para la práctica formativa de residentes, entre la Institución de Educación Superior (IES), el residente y el prestador de servicios de salud (quién se encarga del costo de los exámenes médicos ocupacionales de los residentes); para el primer semestre de 2020 se beneficiaron 2 800 residentes. Sin embargo, a fecha de marzo de 2022 había 8 577 residentes beneficiados y se habían efectuado un total de 107 528 giros en 137 órdenes de pago enviadas a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). Sin embargo, para el año 2021 el Programa Becas Crédito (PBC) no abrió convocatoria, lo cual permitió el traslado de 2 312 beneficiarios del PBC al Sistema Nacional de Residencias Médicas (SNRM) para seguir siendo financiados en sus estudios médico-quirúrgicos, según los informes de gestión del MSPS en 2020 y 2021 (MSPS, 2021).

De igual forma, se avanzó en la propuesta de Plan Nacional de Formación Continua para el CTHS en aras de promover mayor gobernanza para definir los lugares de nuevas plazas, así como la modalidad de prestación para profesionales en medicina especialistas que terminó siendo regulada mediante el Decreto 376 del 14 de marzo de 2022; al igual

que en la construcción de la propuesta de Proyecto de Ley para el fortalecimiento del Servicio Social Obligatorio (SSO) en egresados de los programas de educación superior del área de la salud, con el fin de fortalecer las competencias de los equipos de salud en bioseguridad, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y derivación de pacientes con infección por la COVID-19. Y, el 17 de mayo de 2022, mediante Resolución 774 se reglamentó de manera formal. Seguidamente, el 24 de junio de 2020, se diseñó y entregó al gobierno nacional la propuesta de un Plan Nacional de Enfermería 2020–2030, elaborada en conjunto con asociaciones de la profesión para fortalecerla y someterla a discusión con diferentes entidades intersectoriales públicas relacionadas (MSPS, 2022).

En este orden de ideas, el gobierno nacional alistó un borrador de los Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud (EMS) desde agosto de 2020, como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud en el ámbito urbano, rural y rural disperso dentro del territorio nacional, para definir los criterios de organización (composición, número y ámbito territorial) y funcionamiento (esencial y operativo) de TH en EMS en el marco de los procesos de cuidado y gestión de la salud (MSPS, 2020).

De hecho, en septiembre de 2020 el MSPS creó una instancia de coordinación y asesoría para el acceso a vacunas seguras y eficaces contra el coronavirus SARS-CoV-2, mediante Decreto 1258 del 15 de

septiembre de 2020 con la intención de preparar la infraestructura física y el talento humano en salud para la compra, adquisición y almacenamiento de las vacunas contra la COVID-19. Fue así que para el año 2021 el MSPS inició el PNV estableciendo como meta la inmunización del 70 % de la población residente en Colombia, para lo cual se determinó que en su primera fase protegería al talento humano en salud en la búsqueda de reducir la mortalidad por la COVID-19 y la incidencia de casos graves por SARS-CoV-2, para luego, en la segunda fase, entrar a reducir el contagio (MSPS, 2021).

Finalmente, en el marco de la gestión de CTHS, el MSPS, a través de la Resolución 1774 del 6 de octubre del 2020, definió la disposición de \$ 450 000 millones de pesos para el reconocimiento económico para la primera línea en atención de la COVID-19 y los 187 perfiles ocupacionales que se verían beneficiados con el emolumento del que hablaba el Decreto 538 del 12 de abril de 2020, con fines de favorecer a cerca de 247 504 profesionales de la salud, que prestaron sus servicios a pacientes con sospecha o diagnóstico de la COVID-19 durante la emergencia sanitaria, quienes recibían reconocimiento económico temporal por una única vez. De hecho, en caso de fallecimiento del personal de salud por causa del SARS-CoV-2 en ejercicio de su profesión, dicho reconocimiento económico debía ser pagado a sus beneficiarios, teniendo en cuenta que no podía ser menor a 1 (un) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente (SMLMV) ni superior a los 4,5 SMLMV (MSPS, 2020).

2. Desarrollo de capacidades en talento humano

En cuanto al desarrollo de capacidades en talento humano (CTH), el MSPS (2021) en el año 2020 ejecutó acciones de formación como asistencia técnica, de manera directa o con el apoyo de otras entidades, beneficiando cerca de 10 000 mil personas de entidades territoriales, así como personal de salud y administrativos de hospitales priorizados en temas relacionados con las prioridades en salud pública del país. Además, se formaron para el trabajo a 27 auxiliares en salud pública con Enfoque Intercultural del pueblo u'wa en los departamentos de Norte de Santander, Santander y Boyacá, con el apoyo del SENA.

El MSPS, en conjunto con distintas entidades del sector nacional y descentralizado territorial, mediante la Circular 017 del 24 de febrero de 2020, orientó acciones sobre promoción y prevención, preparación, respuesta y atención de casos, así como acciones de contención, incluyendo directrices de trabajo flexible, virtual y en casa para trabajadores y empleadores tanto del sector público como del sector privado y para las ARL, con el fin de instarlas a la aplicación de protocolos del MSPS, también para capacitar a los trabajadores del sector salud con base en las directrices técnicas emitidas por este ministerio; y la Circular Conjunta de 11 de marzo de 2020 que orientó las acciones tempranas entre MSPS y Ministerio de Educación donde se expidieron lineamientos y recomendaciones a los entes territoriales departamentales, distritales y municipales de educación sobre el entorno educativo para la prevención, manejo y control de contagio.

Para el año 2021, la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud del MSPS (2022) en su informe de gestión del año 2021 señala que realizó asistencias técnicas virtuales a 33 Secretarías Departamentales de Salud y Secretaría Distrital de Salud de Bogotá en relación con el Registro Único de Talento Humano en Salud – ReTHUS. Asimismo, el MSPS capacitó en temas relacionados con el reporte de información para el Sistema Nacional de Residencias Médicas (SNRM) a 31 instituciones de educación superior del sector académico del país. Además, participó en la asistencia técnica virtual del comité de implementación establecido en el Decreto 2561 de 2014 con el departamento de Guainía. Realizó asistencias técnicas presenciales en Córdoba, Sucre, Guainía, La Guajira, Caquetá, Arauca, Huila, Casanare, Santander, Caldas y Nariño, así como socialización de lineamientos para la Planificación del Talento Humano en Salud en Territorio a líderes y lideresas focales de municipios perteneciente a Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET).

3. Desarrollo de capacidades en comunidad

En función del desarrollo de capacidades comunitarias, el MSPS desde febrero de 2020, reforzó la campaña nacional de lavado de manos, de higiene respiratoria (tosar y estornudar adecuadamente), correcto uso del tapabocas y conductas adecuadas (evitar tocarse la cara, evitar el contacto, distanciamiento social, prácticas de limpieza e higiene general, etcétera). También creó con el INS, el aplicativo móvil CoronApp-Colombia para que las personas en el territorio nacional pudieran conocer los síntomas de

la IRAG por la COVID-19, aprendieran a reconocer signos y síntomas de la COVID-19 e identificaran en qué momento era necesario ir al profesional en medicina. Para tal efecto, se tenían habilitadas las líneas de atención dispuestas por cada entidad territorial y secretarías de Salud, así como la línea única gratuita nacional 01 8000 955590 (fuera del país +5713305041) y la línea para celular 192. Las EPS también debían orientar a sus afiliados a través de sus propios canales y atender sus inquietudes (MSPS, 2021).

En resumen, el desarrollo de CTHS y de capacidades comunitarias fueron objetivos estratégicos de la acción gubernamental, en cabeza del MSPS, en alianza con diversas instituciones públicas, privadas, OBC y las agencias de cooperación internacional, para hacer frente a la emergencia sanitaria causada por la COVID-19 en el territorio nacional colombiano. Lo anterior, permitió contar en la actualidad con un marco regulatorio denso en torno a la GTHS, clave para afrontar de manera más oportuna y eficaz para futuras emergencias sanitarias. Sin embargo, deberá trabajarse en generar mayor diversidad de herramientas y estrategias para abordar el desarrollo de capacidades comunitarias desde la institucionalidad.

Finalmente, este capítulo presenta las experiencias de los territorios para sostener y avanzar en la gestión del talento humano en salud y de la comunidad en general, durante la emergencia de salud pública causada por la COVID-19. De ahí, la afirmación del MSPS (2022) de que Colombia se llevaba la satisfacción de tener un talento humano en salud que fue solidario con

el país. No obstante, se puntualizó que los desafíos actuales relacionados con el presente y futuro de la formación, desempeño y GTHS se concentran en la poca formación de especialistas, las limitaciones para el desarrollo profesional del talento humano en salud, la disponibilidad y distribución inequitativa del personal sanitario en los territorios, refiriéndose a la necesidad de especialistas, profesionales de enfermería y de un talento humano interconectado, así como también trastocando la imperativa necesidad de mejoría de las condiciones laborales y de bienestar social del personal.

De este modo, el MSPS (2022) resaltó que las falencias acumuladas fueron producto de la pandemia por la COVID-19 pero también del saldo que ha venido



Foto 76. Foro regional de actualización en vacunas, Cundinamarca

dejando la implementación de la Política Nacional de Talento Humano en Salud expedida el 10 de julio del 2018 (MSPS, 2018), aquellas consisten en la poca articulación y apoyo a la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud, la falta de coherencia entre la regulación y los incentivos brindados, la baja capacidad de gestionar la información, el conocimiento y la competencia resolutoria-oportuna y con calidad, sobre todo, de los profesionales en medicina general, creándose la necesidad del desarrollo de sistemas de formación continua y de recertificación del talento humano en salud, así como expandir algunos perfiles y núcleos de formación que antes no se contemplaban como la biotecnología y la generación de procesos productivos biológicos en el sistema de salud.

En este orden de ideas, a continuación, se expone una serie de experiencias que se llevaron a cabo para fortalecer las CTHS y las capacidades comunitarias durante la pandemia por la COVID-19, con el propósito de ayudar a la reflexión, el aprendizaje y la orientación frente a futuras emergencias sanitarias. Estas experiencias ejemplarizantes son:

- **Desarrollo de capacidades básicas en el Talento Humano en Salud y en las Comunidades durante la emergencia sanitaria por la COVID-19:** se describen las acciones de apoyo al gobierno colombiano por parte de USAID, a través de su Programa Comunidades Saludables, para el fortalecimiento de capacidades del talento humano y comunidades durante las diferentes fase de la emergencia sanitaria por COVID-19, desde la mirada de cambio adaptativo y resolutorio para el despliegue de ERR.
- **Experiencias y retos en Fisioterapia frente a la COVID-19 en Colombia:** la cual contribuyó al apoyo de los profesionales de la fisioterapia en el marco de la emergencia sanitaria causada por el SARS-CoV2, facilitando espacios de co-construcción, con el objetivo de crear herramientas en tiempo real y de forma constante que ayudaran en el manejo del paciente con la COVID-19 desde las diferentes áreas de la profesión. Se ejecutó como trabajo articulado entre el Colegio Colombiano de Fisioterapeutas (COLFI), la Asociación Colombiana de Fisioterapia (ASCOFI), la Asociación Colombiana de Estudiantes de Fisioterapia (ACEFIT) y la Asociación Colombiana de Facultades de Fisioterapia (ASCOFAFI) y ayudó al fortalecimiento del gremio de profesionales en fisioterapia.
- **Proceso de asistencia para el desarrollo de capacidades y fortalecimiento del talento humano en salud mental, rehabilitación y cuidado crítico para pacientes con la COVID-19 en Colombia:** esta experiencia se ejecutó en apoyo a la Dirección de Prestación de Servicios del MSPS para fortalecer la resiliencia del sistema de salud y responder a la pandemia por la COVID-19, en la que se adelantaron acciones bajo la línea Colombia COVID-19 Critical Care, en aras de desarrollar y fortalecer capacidades

del talento humano en salud en atención a los pacientes críticos con la COVID-19, en un ejercicio de co-creación con el MSPS y la Corporación Salud Hospital Universitario Nacional de Colombia (HUN), cuyo objeto fue disponer recursos tecnológicos, humanos y organizacionales para hacer posible el acompañamiento y la asistencia técnica para el manejo de pacientes críticos por la COVID-19 en las diferentes regiones del país.

- **Fortalecimiento del Programa IRA/EDA con enfoque etnocultural. Magdalena:** la cual buscó orientar las acciones de prevención, atención y control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en la población colombiana e indígena (koguis y arhuacos) especialmente en menores de 5 años, fundamentado en la APS, para reducir la mortalidad, morbilidad grave y la demanda de los servicios de urgencias, hospitalización y cuidados intensivos pediátricos.
- **Desarrollo de protocolos y orientaciones integrales escalonadas para mejorar la calidad de la atención integral de las personas con la COVID-19 en la postpandemia:** Se describe el proceso de elaboración de protocolos para el manejo de Infección Respiratoria Aguda incluyendo la COVID-19 en colaboración con la Universidad CES y un grupo de expertos, siguiendo la metodología de la medicina basada en la evidencia.

Referencias

- Acosta, J., y Ruiz-Varón, E., (2021a). Desarrollo de Capacidades: Talento Humano y Comunidad Programa PRASS. Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID. Rockville, MD: Abt Associates.
- Acosta, J., y Ruiz-Varón, E. (2021b). Sistematización proceso de Implementación del programa PRASS: Talleres de co-creación, junio 2021. Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID. Rockville, MD: Abt Associates Rockville, MD: Abt Associates.
- Echeverría, B. (2020). Desarrollo de talento humano y de capacidades comunitarias. EDUCAWEB. <https://www.educaweb.com/noticia/2010/10/18/articulo-competencias-basicas-4418/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Política Nacional de Talento Humano en Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Borrador de Lineamientos Técnicos para la Organización y Funcionamiento de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud. <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2020/08/Lineamientos-Tecnicos-para-la-Organizacion-y-Funcionamiento-de-los-Equipos-Multidisciplinarios-para-la-Salud.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Resolución 385 de 2020. Declaración de emergencia sanitaria por causa del Coronavirus COVID-19 en Colombia. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%200385%20de%202020.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Resolución 628 de 2020. Definición de criterios, procedimientos y fases del llamado al Talento Humano en Salud para apoyar a los prestadores de servicios de salud. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20628%20de%202020.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Se definió reconocimiento económico para primera línea de atención al Covid-19. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Se-definio-reconocimiento-economico-para-primera-linea-de-atencion-al-covid-19.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Informe de gestión 2020. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-gestion-msps-2020.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). «Nos llevamos la satisfacción de tener un talento humano en salud que ha sido solidario con este país». <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Nos-llevamos-la-satisfacci%C3%B3n-de-tener-un-talento-humano-en-salud-que-ha-sido-solidario-con-este-pa%C3%ADs>.

aspx

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Decreto 376 de 2022. Fijación de los lineamientos para la puesta en marcha del Sistema de Formación Continua para el Talento Humano en Salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%20376%20de%202022.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Informe de gestión 2021. [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-gestion-2021-Ministerio de Salud y Protección Social.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-gestion-2021-Ministerio%20de%20Salud%20y%20Proteccion%20Social.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2020). COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Samanes, B. (2020). Desarrollo de talento humano y de capacidades comunitarias. EDUCAWEB. <https://www.educaweb.com/noticia/2010/10/18/articulo-competencias-basicas-4418/>
- Vallejo, L. (2016). Gestión del talento humano. Instituto de Investigaciones Riobamba, Ecuador. <http://cimogsys.esPOCH.edu.ec/direccion-publicaciones/public/docs/books/2019-09-17-222134-gesti%C3%B3n%20del%20talento%20humano-comprimido.pdf>

Experiencia 6.1

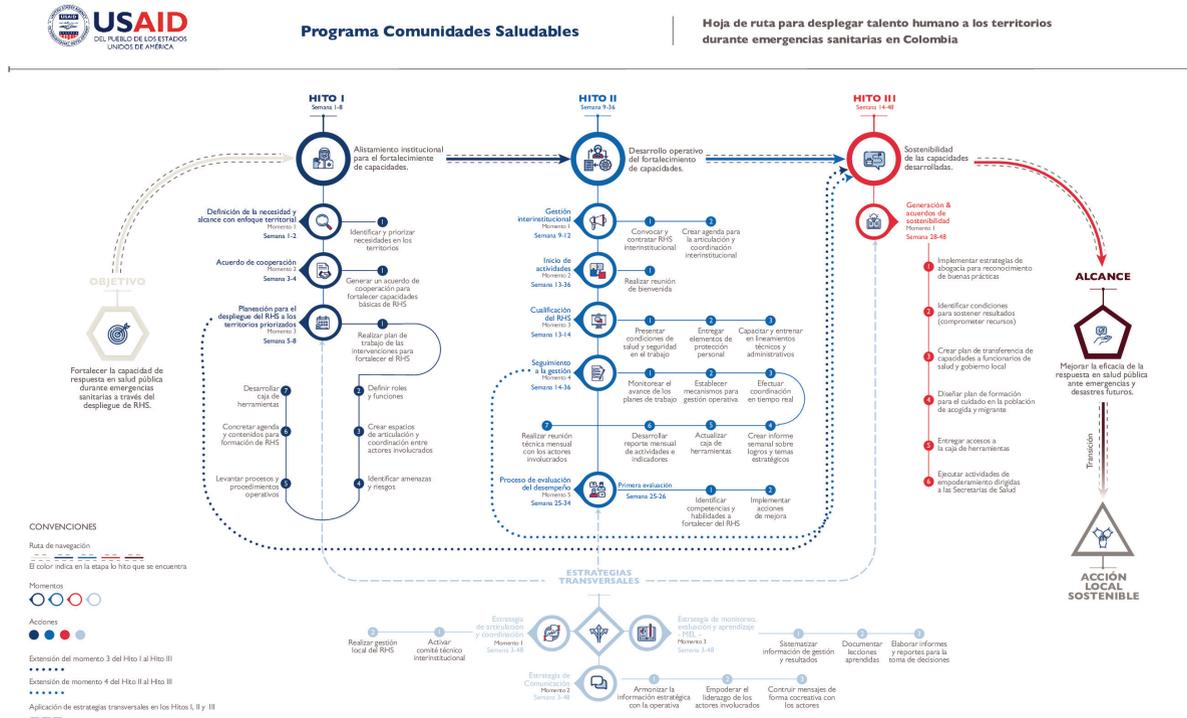
Desarrollo de capacidades básicas en el talento humano en salud y en las comunidades durante la emergencia sanitaria por la COVID-19

Relatado por: Jacqueline Acosta de la Hoz

Colombia a través del Centro Nacional de Enlace (CNE), del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), identifica las amenazas y los riesgos internacionales en salud pública. Para ello, se aplica algoritmos de tamización de riesgo y seguimiento de flujos migratorios. Cuando se confirma una amenaza se activa el Comité de Evaluación de Riesgo y se prepara un plan de respuesta para enfrentar la posible emergencia en salud pública de importancia internacional (ESP II). El plan se desarrolla en cuatro fases: 1) preparación, vigilancia y prevención; 2) contención; 3) mitigación, y 4) recuperación. Esto permite el desarrollo de acciones inmediatas y la gestión de cooperación internacional, como es el caso del despliegue del equipos de respuesta rápida.

Para el despliegue de los ERR fue construido con el MSPS, una hoja de ruta estándar para movilizar la respuesta rápida y efectiva en situaciones de emergencia (como la que se vivía frente a la COVID-19), y que esté disponible para ser usada por los diferentes actores del sistema de salud y cooperantes (Acosta, Ruiz-Varón y Muñoz, 2021) (Figura 16).

Figura 16. Estructura de la hoja de ruta para el despliegue de los ERR en momentos de crisis sanitaria



Fuente: Acosta, Ruiz-Varón y Muñoz (2021).

Mejora de la capacidad de gestión del Ministerio de Salud y Protección Social mediante el despliegue de equipos de respuesta rápida

¿Qué son los ERR? Son equipos multidisciplinares conformados por distintos profesionales de la salud de alto rendimiento para apoyar la implementación de una respuesta oportuna y eficaz ante emergencias sanitarias, con el objetivo de coadyuvar en la adopción de directrices emitidas por la autoridad sanitaria competente, el análisis, la toma de decisiones, coordinación, integración y medidas de intervención tomadas por un comité de gestión. Estos equipos ERR normalmente se activan y utilizan en el territorio nacional cuando aparecen brotes, epidemias, pandemias y otra clase de emergencias sanitarias con el fin de mitigar la propagación sin control a la comunidad, fortalecer las capacidades de las entidades territoriales en delimitar el enfoque de sus esfuerzos, disminuir el impacto negativo en el talento humano en salud, en la población en general y en organizaciones de base comunitaria (OBC) mediante el desarrollo de capacidades, habilidades y destrezas para gestionar y comunicar el riesgo en salud en los territorios.

El objetivo central se enfocó en mejorar las capacidades básicas (resultados y medios) para enfrentar la emergencia de los territorios. Así como el alcance de mejorar la eficacia de la respuesta en salud pública en las entidades territoriales (capacidades de las secretarías de salud departamentales y distritales) ante las emergencias y desastres futuros. Esto se logra mediante tres hitos: 1) alistamiento institucional; 2) desarrollo operativo de las estrategias de desarrollo

de capacidades, y 3) sostenibilidad de las capacidades desarrolladas. Cada uno de estos hitos dialogan de forma transversal desde el día uno con las siguientes estrategias: estrategia de comunicación, estrategia de articulación y coordinación institucional y proceso de monitoreo, evaluación y aprendizaje.

Despliegue de equipos de respuesta rápida

La capacidad de gestión del MSPS en Colombia mediante el despliegue de ERR en salud inició con una fase de preparación o alistamiento para el despliegue y, con otra fase de implementación y acciones con efecto positivo sobre la respuesta oportuna frente a la emergencia, de las cuales se obtuvieron una serie de resultados significativos que consistieron en: la garantía de la presencia del talento humano en los territorios; la formación y capacitación de talento humano en salud; la difusión de la información sobre una población diversa representadas en OBC, usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y en líderes y lideresas de población colombiana de acogida y población migrante, quienes se convirtieron en actores comunitarios capacitados para contribuir en la mitigación de la propagación sin control de virus SARS-CoV-2.

Entre agosto de 2020 y febrero de 2021, se desplegaron 34 equipos de respuesta rápida conformados por profesionales de epidemiología, medicina, enfermería, y una persona auxiliar de enfermería, quienes apoyaron la respuesta durante la fase aguda de la emergencia de la COVID-19 en las siguientes entidades territoriales: Amazonas, Arauca, Caldas,

Caquetá, Casanare, Chocó, Guainía, Guaviare, Huila, Meta, Boyacá, Putumayo, Quindío, Risaralda, San Andrés, Tolima, Vaupés, Vichada (financiadas con recursos de Bureau of Humanitarian Assistance – BHA), La Guajira, Magdalena, Santa Marta, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Cartagena, Cundinamarca, Santander, Norte de Santander, Buenaventura, Cesar, Sucre, Córdoba, Cauca y Nariño (financiadas con recursos de Venezuela Response and Integration Office – VRIO) (Acosta, Ruiz-Varón y Muñoz, 2021).

En esta primera fase se fortaleció la identificación de los casos, las cadenas de contacto y transmisión de la COVID-19 bajo la estrategia PRASS. En la segunda fase se fortaleció la promoción de las medidas sanitarias y preventivas, el seguimiento telefónico a los casos en aislamiento o cuarentena y actividades de gestión de datos e información para el monitoreo de los picos epidemiológicos registrados y apoyo a la implementación de medidas para dar respuesta institucional en los prestadores de salud y aseguradores (entrenamiento en lineamientos, protocolos y guías de atención). Esto implicó anticipar las acciones de impacto que se esperarían enfrentar en la postpandemia, en particular acciones relacionadas con respuesta en salud mental y la participación efectiva de la comunidad en la vigilancia en salud pública.

Así mismo, se llevaron a cabo acciones para el desarrollo de capacidades en la comunidad como: la participación e integración de la comunidad en los procesos de identificación y rastreo de eventos de interés; la ejecución de acciones de movilidad social

para la implementación de protocolos sanitarios y de cuidado de la población; vinculación de talento humano con formación y experiencia en trabajo con comunidades étnicas y poblaciones diversas; la adecuación sociocultural de los materiales de difusión y las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; la identificación de los mensajes claves para la difusión presencial y on-line de los mismos hacia la comunidad, y la utilización de herramientas digitales para la diversificación de los canales de difusión (Acosta, Ruiz-Varón y Muñoz, 2021).

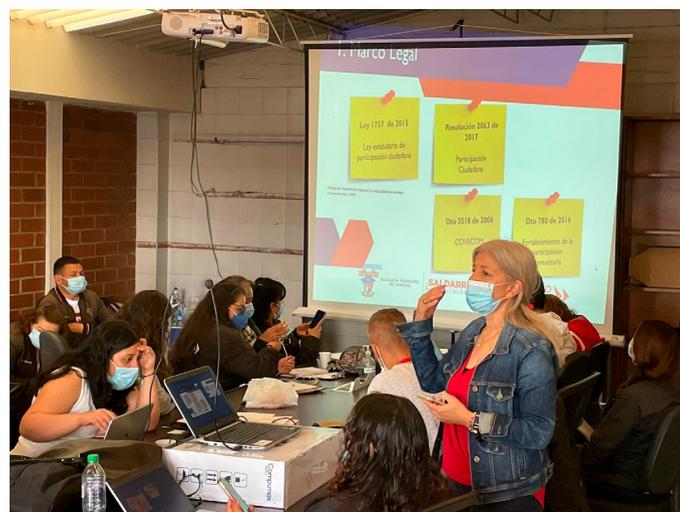


Foto 77. Capacitación en vigilancia talento humano, Soacha



Foto 78. Capacitación agentes educativos en vacunas contra la COVID-19 y PAI, Sucre

En el 2022 concentra 14 equipos de respuesta rápida en entidades territoriales priorizadas y se incluyen departamentos de frontera y flujos migratorios (Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Medellín, Soacha, Cúcuta, Los Patios – Norte de Santander, Riohacha, Santa Marta, Cartagena, Buenaventura, Arauca, Ipiales y Necoclí). Se refuerza el sistema de vigilancia de la salud pública territorial, se fortalece la capacidad de los actores locales para monitorear la implementación de la iniciativa del gobierno colombiano denominada PRASS (Acosta y Ruiz-Varón, 2021) y se apoya la implementación y el plan para sostener la vigilancia en salud pública con enfoque comunitario. Esta intervención se abordó desde las dimensiones del «saber, hacer y ser», logrando los siguientes resultados en las 14 entidades territoriales:

- Instrumentalización de los cuatro procedimientos del PRASS articulado al sistema de gestión de la entidad territorial.
- Instrumentalización de la estrategia de vigilancia en salud pública con enfoque comunitario bajo los cinco momentos definidos por el MSPS para la implementación: 1. Alistamiento institucional; 2. Caracterización, priorización y conformación de redes; 3. Desarrollo de capacidades operativas en la comunidad; 4. Asistencia técnica para la mejora continua de la estrategia VSPC, y 5. Monitoreo y seguimiento del funcionamiento de la estrategia VSPC. Lo anterior, armonizado con las directrices

del Sistema Integrado de Gestión de Calidad (SIGC) en las entidades territoriales. En los territorios la aprobación de los procedimientos, instructivos y guías fue realizada por los líderes y lideresas de vigilancia en salud pública – PRASS (diez entidades), por el secretario de salud (dos entidades) y por líderes y lideresas de procesos de gestión de la calidad (dos entidades).

- Desarrollo de 15 herramientas operativas para el funcionamiento de la red de vigilancia comunitaria, complementa la caja de herramientas facilitada por el MSPS.
- Desarrollo de módulos de capacitación para las redes (generalidades de la estrategia de VSPC; Módulo 1. La estrategia de vigilancia en salud pública con enfoque comunitario: Fase operativa; Módulo II. Priorización de los eventos y situaciones a vigilar en la comunidad; Módulo III. Reporte de rumores en la estrategia de VSPC; Módulo IV. Identifico, reporto y sigo la gestión de respuesta; Módulo V. Comité de vigilancia epidemiológica comunitaria –COVECOM). En edición en formato virtual para uso libre y asincrónico.
- Elaboración de un plan de acción para la sostenibilidad de los procedimientos de vigilancia de la COVID-19 y vigilancia la COVID-19/PRASS.
- Capacitación a personas migrantes venezolanas, retornadas y población de acogida frente a prácticas seguras, prevención para mitigar casos de la COVID-19, beneficios de la vacunación contra la COVID-19 y vigilancia en salud pública con enfoque comunitario.
- Desarrollo de capacidades en el talento humano con lineamientos de la COVID-19/PRASS, y adherencia a Guías de Práctica Clínica (GPC) de IRA-COVID-19.
- Asistencia a las instituciones de salud (ambulatorios y hospitalarias) en incorporar las directrices para la atención de las infecciones respiratorias agudas, la COVID-19 y monitoreo de indicadores del programa PRASS.

Principales resultados al 31 de diciembre del 2022:

- 36 141 trabajadores recibieron capacitación relacionada con lineamientos de vigilancia IRA/COVID-19/PRASS, viruela símica y hepatitis de origen desconocido.
- 62 194 personas de la comunidad capacitadas en vigilancia comunitaria, prácticas seguras y preventivas para mitigar casos COVID-19 y promoción de la vacunación contra la COVID-19.
- 631 instituciones de ámbito hospitalario y 623 ambulatorias asistidas en la implementación de procesos de vigilancia en salud pública de la COVID-19, Guías de Práctica Clínica para IRA.
- 196 políticas, circulares, protocolos, estándares o lineamientos en cualquiera de las áreas de resultados desarrollados o adaptados.

Las principales lecciones aprendidas de la experiencia son:

- Identificar el contexto de las acciones que adelanta la entidad territorial para construir sobre lo construido. Es prioritario partir de las capacidades, conocimientos y necesidades de los territorios para construir y fortalecer las acciones y estrategia. Un funcionario de la Secretaría de Salud de Bogotá (entrevista, abril de 2022) expresó: *«Conocer qué se ha realizado anteriormente permitió poner en diálogo, en armonización, las fuentes secundarias y primarias, permitió que el instructivo estuviera alineado al lineamiento distrital».*
- Integración de los procedimientos al Sistema de Gestión de Calidad de la entidad territorial. Se logró reconocer a fondo la estructura del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, cómo está constituido, sus entradas y salidas, así como el trabajo realizado desde la oficina de gestión estratégica del ente territorial. Se requirió que los líderes, lideresas y técnicos de los procesos misionales dialogaran con los integrantes del Comité Institucional de Gestión y Desempeño para entender las ventajas de instrumentalizar en las líneas del PRASS y de vigilancia comunitaria en el contexto del sistema de gestión de calidad. Lográndose la participación, articulación y apropiación de las acciones entre los líderes y lideresas de nivel directivo y operativo, permitiendo que las acciones de obligatorio cumplimiento sean sostenibles, apoyándose en las herramientas del Sistema de Gestión de Calidad. Esto abre camino hacia la consolidación de la gestión y desempeño.
- Se dinamizó actividades para el fortalecimiento de capacidades locales. Conforme lo documentado por una de las entidades territoriales, el proceso de enseñanza y aprendizaje que se tejió en territorio permitieron fortalecer las capacidades de los equipos y prepararlos para capacitar formadores en la comunidad.
- Se requiere de la participación y articulación de los diferentes actores en los diversos niveles. Para la implementación de la estrategia se hace necesario articularse, que el nivel directivo, operativo y de monitoreo en las entidades territoriales estén participando. Es clave establecer relaciones con actores de diferentes sectores, incluyendo la cooperación internacional para maximizar el impacto de las acciones y avanzar hacia la sostenibilidad de la estrategia.
- Es importante continuar transversalizando el enfoque diferencial en las acciones realizados en el marco de la implementación de la estrategia de vigilancia en salud pública con enfoque comunitario. De acuerdo con lo documentado, las entidades territoriales han avanzado en la identificación de líderes y lideresas, y organizaciones de base comunitaria en sus territorios y están trabajando con personas diversas y migrantes. Con esto se dan pasos hacia la inclusión social en el territorio.

Recomendaciones para un despliegue oportuno de talento humano en emergencias sanitarias futuras:

En la ejecución de acciones de desarrollo de talento humano en salud y comunidad se presentaron barreras que retrasaron el cumplimiento de las metas trazadas inicialmente que permitieron la identificación de las recomendaciones y mejoras necesarias para el despliegue oportuno de talento humano en emergencias sanitarias futuras, las cuales son:

- Diseño de una planificación estratégica flexible: en la que se consideren los recursos administrativos, técnicos, humanos y financieros necesarios, adaptados a las dinámicas territoriales.
- Fortalecimiento de la interacción (coordinación y comunicación) entre el nivel nacional y el nivel territorial descentralizado: desde la fase del inicio de la respuesta hasta su monitoreo, evitando brechas de información y reprocesos de información.
- Aprovechamiento del uso de las tecnologías: para dar mayor alcance a la gestión de la información proporcionando actualizaciones oportunas en los materiales de entrenamiento utilizados para formar y capacitar al personal.
- Alianza con universidades y asociaciones científicas: que promueva la participación comunitaria y la apropiación social del conocimiento mediante creación de estrategias de respuesta a la emergencia (Acosta, Ruiz-Varón y Jiménez, 2022).

Recuadro de síntesis de la principal lección aprendida y recomendación:

El desarrollo de capacidades en el talento humano en salud y comunidad desplegado por los ERR cumplió sus objetivos durante la emergencia sanitaria por la COVID-19. El plan de desarrollo de capacidades construido debe ser sostenido en el tiempo mediante acciones de sensibilización, estandarización, entrega de herramientas, caracterización de recursos tecnológicos, el diagnóstico y priorización de eventos, mapeo de actores comunitarios y monitoreo del cumplimiento. Es fundamental invertir en el despliegue de la estrategia de vigilancia en salud pública con enfoque comunitarios. Es un proceso lento pero efectivo para prevenir, detectar y responder a todos los brotes de enfermedades infecciosas y situaciones y condiciones de emergencias sanitarias.

Agradecimientos: Al equipo de vigilancia en salud pública de las entidades territoriales.

Referencias

- Acosta, J. & Ruiz-Varón, E. (2021). Desarrollo de Capacidades: Talento Humano y Comunidad Programa PRASS. El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID. Rockville, MD: Abt Associates.
- Acosta, J., Ruiz, V.E., & Muñoz, B. El Programa de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID. (2021). Hoja de ruta para desplegar equipos de respuesta rápida hacia los territorios durante la respuesta de futuras emergencias sanitarias en Colombia] Rockville, MD: Abt Associates.
- Acosta, J., Ruiz, E., & Jiménez, K. (2022). Informe que contiene recomendaciones y para asegurar la sostenibilidad de la vigilancia en salud pública y el programa PRASS en los territorios de Colombia. El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID. Rockville, MD: Abt Associates.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Decreto 1109 del 10 de agosto de 2020. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=138130>
- Pulido, M., Ruiz, E., Acosta, J. y Muñoz, B. (2023). Poster de análisis de la capacidad de gestión del MSPS para el despliegue territorial de los equipos de respuesta rápida durante la emergencia por COVID-19 en Colombia. Primer Congreso de Salud Pública y Epidemiológica. Universidad de los Andes.

Experiencia 6.2

Experiencias y retos en fisioterapia frente a la COVID-19 en Colombia

Relatado por: Lilibeth Sánchez Güette

Para afrontar los retos que representaba la llegada de la COVID-19 al país, una vez se declara la emergencia sanitaria el día 12 de marzo de 2020, el gremio de profesionales en fisioterapia diseña la «Estrategia COVID-19 Fisioterapia Colombia» a partir de una alianza nacional convocada inicialmente por la Asociación Colombiana de Fisioterapia – ASCOFI, entidad de carácter nacional sin ánimo de lucro, conformada por profesionales en fisioterapia desde el año 1953 y cuyo objetivo es defender y buscar el desarrollo integral de la profesión en todas sus áreas. En dicha alianza participan de forma activa y permanente el Colegio Colombiano de Fisioterapeutas – COLFI, que busca promover el desarrollo y posicionamiento de la profesión, así como su significado social; la Asociación Colombiana de Estudiantes de Fisioterapia – ACEFIT, que busca contribuir a la formación integral de los estudiantes asociados, y la Asociación Colombiana de Facultades de Fisioterapia – ASCOFABI, que busca promover el desarrollo académico y la calidad de los programas de fisioterapia del país, a nivel universitario, en pregrado y posgrado. Esta iniciativa encuentra un terreno abonado previamente en el trabajo articulado de estas organizaciones en la figura denominada «Fisioterapia Colombia» y que consiste en la acción articulada de las organizaciones de fisioterapia como un acuerdo político, estratégico y operativo desde 2015.

En este contexto, las cuatro organizaciones involucradas optaron por desarrollar una respuesta en pro del bienestar y seguridad de los profesionales de fisioterapia, quienes formaban parte de la primera línea de atención frente a la COVID-19, enfocados en protegerlos durante el curso de la pandemia por el SARS-CoV-2. La estrategia nacional inició con un diálogo de pares en el cual se abordaron las necesidades y valoraron las condiciones de exposición del gremio de fisioterapeutas en Colombia y alternativas preventivas y cuidado, como señala la entonces presidenta de ASCOFI (entrevista realizada, marzo de 2023), coordinadora de esta iniciativa:

«Se impulsó la creación de una estrategia que permitiera la organización de siete grupos de trabajo conformados por alrededor de 110 fisioterapeutas de todo el país, miembros de ASCOFI, COLFI, ASCOFABI y ACEFIT. Los grupos se definieron por categorías según el tema de interés a trabajar para que, entre profesores, estudiantes y profesionales de la fisioterapia, se apoyara a este gremio de la salud y a la población en general para enfrentarse a las demandas de ese momento coyuntural».

En tal sentido, se emite el día 23 de marzo de 2020, carta abierta de las organizaciones gremiales a la Presidencia de la República, EPS e IPS solicitando condiciones laborales que permitieran el manejo eficiente de la situación de emergencia garantizando los elementos necesarios de bioseguridad e infraestructura para los profesionales de la fisioterapia. A la vez, se da a conocer a la comunidad de profesionales en fisioterapia del país la organización de los grupos de trabajo creados.

Inicialmente se conformaron 6 grupos de trabajo que brindaron orientación frente a los procesos y procedimientos en los diferentes campos de acción del profesional en fisioterapia. En este sentido, se constituyen siete grupos para la «Estrategia COVID-19 Fisioterapia Colombia», a saber:

1. Entorno domiciliario: enfocado en fortalecer la atención domiciliaria con énfasis en las personas con la COVID-19, sus familias o cuidadores.
2. Servicios de consulta externa y servicios de urgencia: cuyo objetivo fue fortalecer el ejercicio profesional en las áreas de consulta externa y urgencias a personas con la COVID-19, sus familias o cuidadores.
3. Servicios de hospitalización: con el fin de fortalecer el ejercicio profesional en las áreas de hospitalización a personas con la COVID-19.
4. Unidad de cuidados intensivos (UCI): para fortalecer el ejercicio profesional en las áreas de cuidado crítico frente a la atención integral de personas con la COVID-19.
5. Cuarentena y bienestar: mediante el cual se generaron acciones claves de intervención encaminadas a la promoción de la actividad física como factor protector de la salud y bienestar y la prevención del contagio por la COVID-19 durante el periodo de aislamiento preventivo en los hogares y comunidades de todas las regiones del país.
6. Bienestar profesional: centrada en la generación de información mediante la modalidad de un monitoreo de condiciones de trabajo y salud, así como el desarrollo de acciones de soporte a las denuncias por condiciones laborales deficientes o despidos injustificados, procurando promover condiciones de bienestar, salud y seguridad en el trabajo de los profesionales en fisioterapia que desarrollaron su ejercicio profesional en el marco de la pandemia y soporte en salud mental. Esta experiencia de monitoreo posteriormente se escaló como estrategia interprofesional en la que se articularon 21 organizaciones que

representaban otros grupos profesionales y de trabajadores del sector.

7. Fisioterapia COVID-19 y formación: liderado por académicos del país de ASCOFABI, encargado de generar orientaciones para enfrentar la pandemia y los retos que aquello implicaba para la profesión.

Los profesionales que conformaron cada uno de los grupos apoyaron la búsqueda de la evidencia científica disponible en temas de prevención, intervención, normas de bioseguridad, entre otros; además de la revisión de los lineamientos y guías emitidos por la World Confederation for Physical Therapy (WCPT), Canadian Physiotherapy Association y la International Network of Physiotherapy Regulatory Authorities (INPTRA), lo que permitió, a partir de una discusión rigurosa, la generación de guías, protocolos y recomendaciones dirigidas a profesionales, estudiantes y comunidad en general. Los grupos de trabajo de la «Estrategia COVID-19 Fisioterapia Colombia» generaron nuevo conocimiento, con 18 publicaciones científicas, de estas, 4 lineamientos, 5 recomendaciones, 3 boletines, 2 guías y 4 informes técnicos, las cuales pueden ser consultadas en las referencias bibliográficas (ASCOFI, COLFI, ACEFIT, ASCOFABI, 2020).

Los productos de conocimiento obtenidos y presentados en tabla 2 y 3, desde cada uno de los grupos de trabajo, se difundieron a través de webinar de formación, pautas o infografías en la página web de las asociaciones integradas bajo la marca «Fisioterapia Colombia», los cuales se encuentran disponibles y de libre acceso en <https://www.fisioterapia-colombia.co/estrategia-COVID-19-fisioterapia-colombia-2/>. En este sentido, se resalta el respaldo financiero obtenido desde diferentes agencias de cooperación internacional, quienes apoyaron la publicación de las Guías I y II de atención fisioterapéutica en tiempos de pandemia.



Foto 79. ASCOFI-1

Estos productos sirvieron para educar de forma rápida y pertinente orientando las acciones de los más de 34 000 profesionales en fisioterapia que tenía el país para el año 2020, los estudiantes de los 34 programas existentes a nivel nacional y a la comunidad en general.

Aporte fundamental para el manejo de la crisis en el país fue la conformación de un grupo de voluntarios expertos en el área cardiopulmonar durante la etapa de aislamiento obligatorio preventivo y desde un ambiente completamente virtual, cuyo objetivo fue realizar soporte telefónico en las fases iniciales de la pandemia en Colombia que contribuyera a disminuir el colapso de los servicios de salud, iniciativa que fue presentada ante el Grupo de Ejercicio y Desarrollo del Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social para su debida coordinación con las instituciones de salud, principalmente en las ciudades de Bogotá y Cali.

El grupo de voluntarios estuvo constituido por 24 personas entre profesionales en fisioterapia y estudiantes de fisioterapia que brindaron atención a 129 individuos y 57 familias, principalmente en la ciudad de Bogotá, Valledupar, Eje Cafetero y Valle del Cauca, a través de la cual se identificaron personas con síntomas respiratorios, con síntomas consistentes para la COVID-19, con acceso a medicamento y con necesidades específicas en salud mental.

Varias acciones de la estrategia se coordinaron, además, con la Asociación de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo (AMCI), el Ministerio de Trabajo y la Dirección de Participación de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Para el mantenimiento de la estrategia se adelantó un tablero de monitoreo semanal por cada uno de los grupos conformados para el seguimiento de las actividades realizadas, intervenciones ejecutadas y productos adelantados.

La estrategia permitió que las organizaciones de Fisioterapia Colombia ganaran visibilidad externa por las dinámicas de trabajo creadas de manera interna. A su vez, ha sido importante para el posicionamiento de la fisioterapia como profesión y su relacionamiento con otras disciplinas, así como su proyección a nivel internacional; el desarrollo de buenas prácticas relacionadas con el manejo adecuado y eficiente de los casos por la COVID-19 y con la asesoría en derecho laboral cuando el personal de fisioterapia así lo requería; la creación de cursos virtuales en medio de la coyuntura de la pandemia como manejo de pacientes con la COVID-19 en UCI; atención primaria en salud y COVID-19, que fueron facilitados en conjunto con la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina – ASCOFAME y otras instituciones, a diferentes profesionales de la salud en ejercicio, docentes, estudiantes y demás, logrando una asistencia y certificación a más de 20 000 participantes. Hoy, el MSPS ha hecho esfuerzos por identificar procesos de formación como los mencionados, en aras de sistematizar la información de valor generada en torno a la pandemia.

Las organizaciones de Fisioterapia Colombia han gestionado espacios para visibilizar estos aprendizajes. De esta manera, en la «Jornada virtual de la Federación Venezolana de Fisioterapeutas en tiempos de Pandemia (COVID-19)», realizada en noviembre de 2020, se presentaron dos trabajos derivados de la experiencia: «Situación de salud y seguridad en el trabajo y organización de los y las profesionales en fisioterapia en el marco de la atención a la pandemia por la COVID-19» y «Fisioterapia digital: retos para la formación y el ejercicio profesional».

En el XXVII Congreso Mundial de Fisioterapia del año 2021, organizado por la World Physiotherapy (WP) – antes WCPT–, realizado en Dubái de manera virtual, fueron aceptados y presentados 6 trabajos producto de conocimiento listados en la Tabla 11:

Tabla 11. Productos de conocimiento presentados en el XXVII Congreso Mundial de Fisioterapia en Dubái, 2021

N.º ítem	Nombre de la publicación
1	Estrategia de monitoreo crítico y exigibilidad de condiciones de salud y trabajo en los fisioterapeutas de Colombia / Critical monitoring strategy and enforceability of health and work conditions in physiotherapists in Colombia.
2	Estrategia nacional para el fortalecimiento de la práctica profesional en Colombia en el marco de la pandemia COVID-19 / National strategy for strengthening professional practice in Colombia in the COVID-19 pandemic.
3	Condiciones laborales y de bioseguridad de los fisioterapeutas en la primera línea de atención de pacientes con COVID-19 en Colombia / Biosafety and working conditions of physiotherapists in first line of care for patients with COVID-19 in Colombia.
4	Caracterización de la fisioterapia digital en los programas de fisioterapia de Colombia / Characterization of digital physiotherapy in Colombia's physiotherapy programs.
5	Fisioterapia digital: lineamientos y prospectiva / Digital physiotherapy: guidelines and prospective.
6	Educación virtual en fisioterapia: desde la perspectiva de los estudiantes de fisioterapia en Colombia / Virtual education in physiotherapy: from the perspective of physiotherapy students in Colombia.

Fuente: equipo de trabajo ASCOFI, COLFI, ACEFIT y ASCOFAFI (2021).



Foto 80. ASCOFI-2

Otros espacios fueron el XVI Congreso de Medicina Social y Salud Colectiva, realizado en 2021 en República Dominicana, donde se presentó el trabajo denominado «Monitoreo crítico de la bioseguridad y condiciones de trabajo de los/las trabajadores/as en salud en tiempos de pandemia por la COVID-19. Experiencia en Colombia»; el III Congreso Bienal de la Asociación Colombiana de Salud Pública «Construyendo salud y bienestar desde y en las regiones en tiempos de pandemia», en el que se presentó el trabajo «Rol del fisioterapeuta en salud mental en el contexto rural: perspectiva desde la determinación social latinoamericana». El impacto positivo en todos los ejes de bioseguridad quedó expresado en los bajos índices internos de mortalidad de estos profesionales, sobre todo los que estaban ubicados

en la unidad de cuidados intensivos contabilizando, según las organizaciones, 4 fallecimientos y 3 401 profesionales en fisioterapia contagiadas por la COVID-19 en el ejercicio de su profesión. En adición, los fisioterapeutas que hicieron parte de la primera línea de atención a la COVID-19 lograron recibir el pago del bono económico como incentivo al talento humano en salud por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, con una acción de incidencia política donde se logró el aumento del valor del bono propuesto inicialmente.

En términos de incidencia política, la «Estrategia COVID-19 Fisioterapia Colombia» (ASCOFI, COLFI, ACEFIT, ASCOFAFI) se vinculó a los debates del Senado de la República en donde se discutían y

concertaban las estrategias, las buenas prácticas y los monitoreos que se venían adelantando en el manejo de la COVID-19 en el país. La visibilización permeó espacios de noticias en medios de comunicación masiva con alcance nacional.

Las acciones y resultados descritos muestran evidencia contundente del fortalecimiento de la respuesta en salud para el abordaje de la COVID-19 en el país desde el rol profesional del fisioterapeuta brindando, además, condiciones de bienestar y seguridad de estos profesionales.

Como obstáculos presentados en la implementación de la estrategia se encontraron:

- La precarización laboral de los profesionales de la salud en general y de forma particular la situación en la que se ejerce la profesión, particularmente referida a bajos salarios, inestabilidad laboral y formas de contratación tercerizadas.
- El impacto físico, psicológico y emocional que amerita hacer un estudio post COVID-19, sobre todo en aquellos profesionales que hicieron parte de la primera línea de atención.
- La ausencia de una adecuada respuesta por parte de empleadores y aseguradoras de riesgos laborales frente a la exposición de riesgos y la provisión de equipos de protección personal.
- La falta de colectivos organizados de profesionales en fisioterapia a nivel regional que apoyen el trabajo tanto en la gestión de la práctica profesional como en la vigilancia

y control en el ejercicio profesional. Las denuncias por despidos injustificados del personal asistencial o la falta de elementos de bioseguridad se recibieron de todo el país y esto requiere una estructura con fuerte presencia regional para un adecuado acompañamiento y gestión.

Finalmente, en palabras de la presidenta de ASCOFI (entrevista, marzo de 2023):

«Los fisioterapeutas se sintieron apoyados por la estrategia implementada y se facilitaron espacios generosos de co-construcción en ambientes virtuales, que pusieron a disposición todas las herramientas en tiempo real y de forma constante. Se generaron respuestas inmediatas ante la demanda del ejercicio profesional en los servicios durante la pandemia, con la afluencia de los grupos creados en respuesta a la emergencia sanitaria por COVID-19, con lo cual, las organizaciones ejercieron su rol como instancias de fortalecimiento profesional».

Sin embargo, resulta necesario que las agremiaciones y los colectivos regionales puedan afianzar temas de salud pública con enfoque territorial acorde a las necesidades de cada región, por lo que es clave la publicación de todos los productos y las herramientas académicas que se generaron en respuesta a la pandemia, y que puedan llevar más allá de la experiencia a la reflexión y a la proyección del ejercicio profesional para enfrentar futuras emergencias.

En términos de sostenibilidad es necesario la revisión de todo el conocimiento y aportes generados durante la pandemia, de tal forma que se incorporen en los procesos educativos de los profesionales en fisioterapia, así como orientar los procesos de investigación hacia los vacíos de conocimiento que aún persisten frente a las consecuencias de la COVID-19 en la población y su abordaje desde la fisioterapia.

En relación con la proyección de esta experiencia, se ha fortalecido y se ha dado continuidad a un trabajo coordinado en temas de carácter nacional estratégicos, como la actualización de las competencias profesionales en el sector y la participación en el debate de la reforma del sistema de salud.

Recuadro de síntesis de la principal lección aprendida y recomendación:

- Fortalecimiento del gremio de profesionales de la fisioterapia, especialmente los del área cardiopulmonar y cuidado crítico, quienes contribuyeron al país y dejaron un gran aporte de la profesión en el manejo de la emergencia sanitaria.
- Apoyo a los profesionales de la fisioterapia en el marco de la emergencia sanitaria como la del SARS-CoV-2, facilitando espacios de co-construcción, con el objetivo de crear herramientas en tiempo real y de forma constante que ayudaran en el manejo de paciente con la COVID-19 desde las diferentes áreas de la profesión.

Agradecimientos al grupo de voluntarios entrevistados: Nancy Molina, coordinadora de la estrategia Fisioterapia COVID-19 y Yohana Rodríguez, secretaria ejecutiva de COLFI. Y al grupo de colaboradores aliados estratégicos: Colegio Colombiano de Fisioterapeutas (COLFI), Asociación Colombiana de Fisioterapia (ASCOFI), Asociación Colombiana de Estudiantes de Fisioterapia (ACEFIT) y Asociación Colombiana de Facultades de Fisioterapia (ASCOFAFI).

Referencias

- Asociación Colombiana de Estudiantes de Fisioterapia (ACEFIT). (2023). ¿Quiénes somos? <https://acefit.fisioterapia-colombia.co/index.php/objetivos/>
- Asociación Colombiana de Fisioterapia (ASCOFI). (2023). ¿Quiénes somos? <https://ascofi.org.co/nosotros/>
- Colegio Colombiano de Fisioterapeutas (COLFI). (2023). ¿Quiénes somos? <https://www.colfi.co/quienes-somos/>
- Estrategia COVID-19 Fisioterapia Colombia (2020). Estrategia COVID-19. ASCOFI, COLFI, ACEFIT y ASCOFAFI. <https://www.fisioterapia-colombia.co/estrategia-COVID-19-fisioterapia-colombia-2/>

Experiencia 6.3

Desarrollo de capacidades y fortalecimiento del talento humano en salud mental, rehabilitación y cuidado crítico para pacientes con COVID-19 en Colombia

Relatado por: Jacqueline Acosta de la Hoz

Para desarrollar y fortalecer capacidades del talento humano en salud en atención a los pacientes críticos con la COVID-19, USAID, a través de su Programa Comunidades Saludables, apoyó al gobierno colombiano en alianza con la Corporación Salud Hospital Universitario Nacional de Colombia (HUN) en el despliegue de acciones de asistencia al talento humano en salud (THS), con el objetivo de poner a disposición recursos tecnológicos, humanos y organizacionales para hacer posible el acompañamiento y la asistencia técnica para el manejo de pacientes críticos COVID-19 en las diferentes regiones del país; a través de una estrategia de desarrollo de capacidades del talento humano para la atención de pacientes críticos con la COVID-19 (Cuidado Crítico con la COVID-19).

La estrategia se desarrolló en dos fases. La primera se realizó entre el 10 de febrero al 9 de septiembre

de 2021. La segunda, entre el 25 de abril al 28 de septiembre de 2022. Incluyó un conjunto de acciones de teleapoyo, teleapoyo en UCI, orientación para la gestión de traslado de pacientes, talleres, seminarios de formación y un diplomado en rehabilitación, salud mental y cuidado crítico para pacientes con la COVID-19, apalancado en un grupo de expertos en cuidado crítico del HUN, con flexibilidad en los territorios para escoger cómo, cuándo y dónde realizar las actividades virtuales de fortalecimiento del THS (Acosta, Muñoz y Ruiz, 2022).

El objetivo se centró en desarrollar habilidades específicas en el THS en los territorios priorizados para que sean capaces de mejorar la atención en cuidado crítico en sus instituciones, con enfoque diferencial, sensibles al fenómeno de la migración y que permita prestar una óptima atención en salud no solo a los individuos y familias en condición de

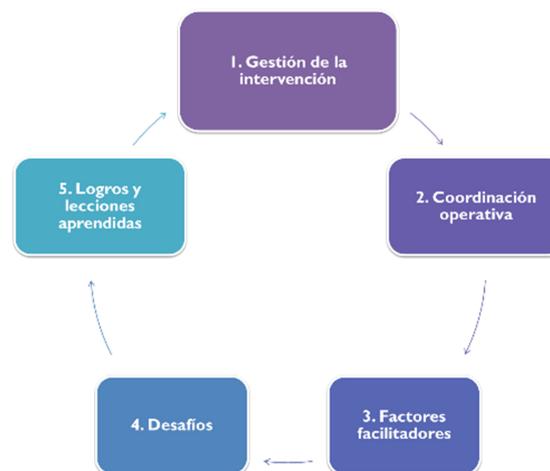
migración o retorno, sino también a la población de acogida.

En agosto de 2022, diseñó y aprobó el protocolo del estudio de sistematización de la intervención con el fin de documentar cómo se planificó e implementó el fortalecimiento de capacidades, puntualizar las buenas prácticas, las lecciones aprendidas, los aspectos a mejorar y las recomendaciones a implementar en el corto, mediano y largo plazo por parte del gobierno nacional, territorial y los actores beneficiados de esta iniciativa a fin de hacerlas sostenibles (Acosta, Muñoz y Ruiz, 2022).

La sistematización se basó en: a) la recolección de información primaria (entrevistas y taller colectivo) bajo el enfoque fenomenológico-hermenéutico, que permite recopilar las voces y narraciones de las personas sobre la experiencia específica, respetando en todo momento las percepciones y lo expresado por ellas a partir de cinco categorías de análisis (Figura 17), y b) en la consulta de información secundaria como reportes, informes de gestión y resultados de la intervención. Para garantizar que el análisis representara las experiencias del ámbito nacional y territorial, la selección de los participantes en las entrevistas y talleres se hizo mediante un muestreo intencional en bola de nieve, que permitiera llegar a la saturación necesaria de información (Calderón, 2016). Se convocó al personal de salud en medicina, enfermería, fisioterapia y terapia respiratoria que recibieron el acompañamiento por parte del HUN. Se entrevistaron 23 personas de forma individual en los territorios y 4 participaron en un taller colectivo

nacional, para un total de 27 participantes.

Figura 17. Categorías de análisis y descriptores del proceso de sistematización del desarrollo de capacidades del talento humano para la atención del paciente con la COVID-19.

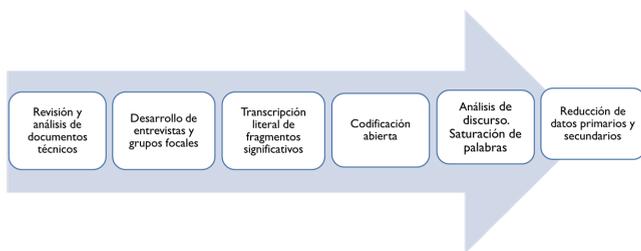


Fuente: Acosta, Muñoz y Ruiz. (2022).

Las herramientas para la recolección de datos consistieron en una guía de entrevistas semiestructurada y otra guía de iguales características para el taller colectivo. Un consentimiento informado que fue compartido vía correo electrónico con todas las personas convocadas a los espacios de conversación y se validó su consentimiento de participación voluntaria. Los datos fueron anonimizados mediante código. En aras de garantizar la seguridad de los datos se utilizó un servidor seguro, file transfer server, dispuesto por las políticas de seguridad de la información (Acosta, Muñoz y Ruiz, 2022).

El análisis de los datos se realizó en 4 etapas bajo el método inductivo-deductivo; inductivo en tanto que, a partir de la lectura y relectura de los textos, se realizaron descubrimientos útiles; y deductivo, porque se orientó a la comprobación testimonial (Calderón, et al., 2016) para la construcción de relaciones entre las fuentes primarias y secundarias (Figura 18).

Figura 18. Métodos de análisis de los datos



Fuente: Acosta, Muñoz y Ruiz. (2022).

Es preciso resaltar que con las acciones realizadas se buscaba, entre otras, apoyar la adecuada y óptima utilización de los ventiladores donados por el Gobierno de EE. UU. y compartir buenas prácticas para mejorar los resultados clínicos entre los pacientes que han sido ventilados (Acosta, Muñoz y Ruiz, 2022). El equipo interdisciplinario experto en cuidado crítico del HUN estaba compuesto por profesionales en medicina intensiva, enfermería, terapia respiratoria y fisioterapia, quienes acompañaron la evaluación y ofrecieron recomendaciones para el manejo integral de pacientes críticos con respecto al manejo ventilatorio, toma de muestras respiratorias, intervenciones terapéuticas integrales anticipando efectos y consecuencias de la estancia en UCI. Los docentes que participaron en los

seminarios estaban vinculados al servicio de Cuidado Crítico del HUN. Así mismo, se invitó al personal con los mismos perfiles de otras instituciones como la Asociación de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo (AMCI).

Los principales resultados observados durante la sistematización se resumen así:

1. Planeación y gestión de la intervención en Talento Humano en Salud. La planificación de los contenidos académicos fue el resultado de dos estudios. Uno que identificó factores asociados a la morbilidad y mortalidad por la COVID-19 y su impacto sobre la atención; y otro, que señaló los desenlaces sólidos de mortalidad, tiempo de hospitalización y tiempo de ventilación de pacientes críticamente enfermos con diagnóstico confirmado de la COVID-19 que ingresaron a UCI en el primer año de la pandemia en el país (Acosta, Muñoz y Ruiz, 2022).

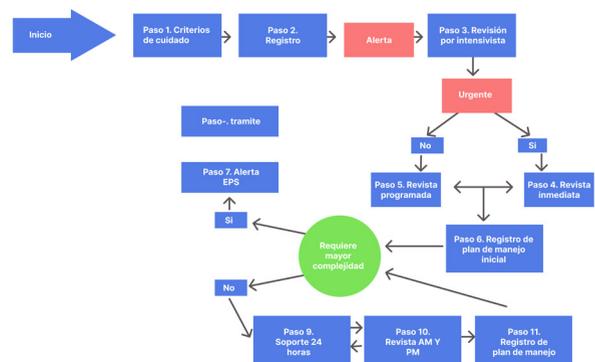
2. Coordinación operativa para el proceso de formación de THS. La coordinación con la oficina de prestación de servicios del MSPS fue relevante para focalizar las IPS beneficiarias y la articulación efectuada a través de cartas de intención y convenios interadministrativos sin costo, facilitaron el despliegue de las acciones en las diferentes regiones.

- 2.1. Diseño de hoja de ruta del proceso de teleapoyo en cuidado crítico por la COVID-19 en zonas dispersas (Figura 19). Se definieron los criterios de cuidado, registro, valoración, alertas, remisión y soportes. Así como los roles de las IPS y de HUN en cada momento

de la ruta. El fortalecimiento software HIGIA del HUN, que facilitó la interoperatividad de la historia clínica de las IPS con las recomendaciones sugeridas por los expertos de Teleapoyo, y así exportar en PDF para la IPS de cabecera de red con seguridad de datos (Acosta, Muñoz y Ruiz, 2022). Con relación a esto, uno de los actores regionales entrevistados manifestó:

«Desde antes de que se abrieran las instalaciones se estaba capacitando a todo el personal de manera virtual en esta área de expansión territorial [...] Una vez abierta las instalaciones, llegó un médico intensivista a preparar acerca de cómo iba a ser la atención del paciente con la COVID-19, también un médico jefe a capacitar a las enfermeras para que ellas supieran qué hacer, cómo hacer las mezclas [...] porque antes nosotros no contábamos con un hospital que manejara la UCI completa». (Profesional de la salud - Meta, entrevista, 2022)

Figura 19. Proceso de teleapoyo en cuidado crítico: caso de IPS hospitalaria en zona dispersa



Fuente: HUN (2021).

Esto permitió en 2021 llegar con el servicio de teleapoyo y asistencia técnica en tiempo real durante los picos críticos de la COVID-19, al 61 % (22/36) de entidades territoriales del país. Beneficiar a 61 hospitales de baja y mediana complejidad y el acompañamiento de la evolución de los procesos de atención y rehabilitación en 2 496 pacientes en UCI por la COVID-19. Con especial acompañamiento a la región de la Amazonía y los Llanos, dadas las limitaciones de acceso a servicios de UCI y ausencia de talento humano con formación o experiencia en el manejo integral de personas en condición crítica.

En 2022 se priorizaron 25 regiones por parte del MSPS, a saber: Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cartagena, Cúcuta, Medellín, Riohacha, Santa

Marta, Valle del Cauca/Cali, Antioquia, Arauca, Buenaventura, Caldas, Casanare, Cauca, Cesar, Cundinamarca, Guajira, Ipiales, Magdalena, Meta, Nariño, Necoclí, Norte de Santander, Soacha y Sucre. Se apoyó la valoración de 63 pacientes críticos, en promedio 2 valoraciones cada uno. Solo un caso fue COVID-19. Otros 14 casos por otras infecciones respiratorias agudas y 48 por otras patologías críticas (Acosta, Muñoz y Ruiz, 2022).

En 2021 se realizaron 82 talleres regionales. De estos, 41 orientados al apoyo terapéutico, con 157 profesionales de rehabilitación y apoyo terapéutico y 33 asesorías en línea. 33 orientados al manejo por enfermería con 138 profesionales de enfermería y 58 asesorías en línea. Y 8 orientados al manejo clínico con

77 profesionales del área de medicina. Se realizaron 6 seminarios regionales en los que se contó con la participación de los diferentes profesionales de la salud que desempeñaban su labor en cuidado crítico en los diferentes hospitales del país. Los seminarios consistieron en 3 bloques temáticos (bloques de tres horas por día) con una intensidad de 9 horas efectivas. También se realizaron dos simposios nacionales. El primero, titulado «Herramientas para la toma de decisiones en los asuntos éticos», se realizó los días 26 y 27 de mayo de 2021. El segundo, abordó el manejo integral del paciente crítico por la COVID-19. La participación alcanzada fue de 202 personas, 47 hombres y 155 mujeres (Acosta, Muñoz y Ruiz, 2022).

En 2022 se realizaron dos seminarios nacionales, el primero abordó el tema de «Salud mental postpandemia: implicaciones para pacientes, cuidadores y personal de salud», y el segundo seminario abordó temas de «Rehabilitación, reacondicionamiento y retorno a la vida normal en pacientes con la COVID-19» y se diplomaron 73 profesionales en manejo integral de la IRA y COVID-19 con énfasis en rehabilitación y salud mental.

3. Aspectos facilitadores de implementación del proceso de formación del THS. La comunicación asertiva y permanente fue clave, así como la buena disposición, empatía y respeto por el trabajo de los equipos territoriales; el abordaje de casos reales y reflexiones a partir de la teoría y la práctica; por último, la gestión, seguimiento y monitoreo constante al plan de trabajo de HUN el cual fue esencial para garantizar el cumplimiento. Sobre este aspecto se



Foto 81. Capacitación talento humano en salud-1

destaca la reflexión de uno de los entrevistados de Valle del Cauca (entrevista, 2022):

«Uno, rescataría de Tele UCI todo lo que nos enseñaron frente al manejo del paciente crítico porque nosotros tenemos una UCI nueva. Dos, la parte académica que nos brinda más elementos [...] vimos la diferencia entre el primer paciente con la COVID-19 y el último paciente con la COVID-19 [...] ya sabemos qué líquidos usar, qué sedante podemos usar [...] pasamos de tener un desorden, de cada uno lo maneja como quiera, a tener un algoritmo de manejo [...] siempre se cumplieron todas las expectativas. Porque ellos siempre estaban dispuestos, siempre nos respondían de todo así tuvieran el tiempo corto. Hasta el punto de que yo lo vi, las expectativas se superaron [...] y fue muy bonito y de verdad enriquecimos nuestro trabajo [...] aprender de ellos, claro, porque lo máximo es un internista y manejar un paciente con un intensivista es algo muy diferente».

4. Desafíos de la sistematización. Saldar la deuda pendiente con las regiones frente a la conectividad a internet; institucionalización de la telemedicina, capacidad instalada y dotación de infraestructura y tecnología en las IPS de zonas rurales. Otro de los desafíos es la flexibilidad en la oferta de franjas horarias y el vínculo oficial para las anotaciones en las historias clínicas e involucramiento de especialistas. Sobre este aspecto se destaca la reflexión de un funcionario entrevistado del HUN, en febrero de 2022:

«Una de las barreras más grandes fue definitivamente la capacidad del talento humano que hay en las

regiones. Por ejemplo, nosotros acá en nuestro sistema estamos acostumbrados a que estamos presente las 24 horas, en las regiones no. En las regiones están en el día. Y entonces nosotros decíamos ‘¿quién va a ver al paciente en la noche?’ [...] la primera limitación fue la capacidad y el volumen disponible para la atención».

5. Logros significativos de la experiencia. La planificación del proceso técnico partiendo de diagnósticos territoriales y diseño de hoja de ruta del proceso de teleapoyo en cuidado crítico para la COVID-19, mejoras al software HIGIA para inter-operatividad de la historia clínica, creación y despliegue del diplomado «Manejo integral de infección respiratoria aguda y COVID-19 con

The poster is for a National Seminar titled "Rehabilitación, reacondicionamiento post UCI-COVID-19 y retorno a las actividades cotidianas". It is organized by the Ministerio de Salud y Protección Social and the Programa TeleUCI Solidaria. The seminar is part of an alliance with the Programa Comunidades Saludables de USAID. It is being transmitted via Webex. The dates are September 21 and 22, from 16:00 to 20:00. Registrations are open. The poster features images of healthcare workers and patients in a clinical setting. Logos for USAID, Hospital Universitario Nacional de Colombia, and Universidad Nacional de Colombia are visible at the bottom.

Foto 82. Capacitación talento humano en salud-2

énfasis en rehabilitación y salud mental» y sus módulos académicos que consistieron en: infección respiratoria aguda (módulo 1); oxigenoterapia (módulo 2); soporte ventilatorio de la insuficiencia respiratoria aguda (módulo 3); manejo multisistémico de la insuficiencia respiratoria aguda (módulo 4); seguimiento, prevención, reacondicionamiento y rehabilitación física-cognitiva y mental del paciente con IRA y COVID-19 desde una intervención transversal (módulo 5), y la salud mental, una mirada de quien sufre y de quien cuida desde una intervención transversal (módulo 6).

Mejoras en el conocimiento sobre la atención y rehabilitación del paciente crítico. Los equipos que asistieron y se adhirieron a la formación aprendieron nuevos conocimientos y potenciaron aquellos que son básicos para mejorar la atención del paciente crítico por la COVID-19. Dicho esto, los actores reflexionaron en torno a la importancia de darle sostenibilidad futura a intervenciones como estas, que aportan a la gestión del conocimiento en los territorios:

«En Colombia necesitamos más personas preparadas para el paciente crítico, somos pocos. Tanto en personal médico, enfermería y terapia. Y no solo en personal, sino que todo está centrado en las grandes ciudades y los municipios que estamos alejados, ciudades intermedias [...] pero no contábamos con una UCI o solo una UCI [...]. Entonces nos dimos cuenta de que necesitábamos aumentar la capacidad y el nivel de complejidad en muchos lugares». (Funcionario entrevistado en Cartagena, 2022)

Mediante este despliegue se dejó capacidad instalada no solo para la COVID-19, sino para el manejo de otros pacientes críticos. Además, se destacó que la sensación de carga y estrés entre los profesionales de la salud a cargo de la atención de pacientes críticamente enfermos disminuyó, precisamente, por la posibilidad de reforzar conocimientos y ponerlos en práctica durante la atención (Acosta, Muñoz y Ruiz, 2022).

De acuerdo con lo expresado por una de las personas asistentes al taller colectivo, esta alianza permitió *v«potenciar una experiencia que mostraba, en su fase incipiente, que tenía éxito, que podía ayudar a resolver una situación crítica. No se miró para el momento, sino fue una mirada a largo plazo»* (Funcionario Secretaría de Salud de Bogotá, entrevista, 2022).



Foto 83. Teleasistencia en la Región-HUN

En conclusión, las recomendaciones para mejorar continuamente consisten en la necesidad de gestionar conocimiento para documentar cómo realizar la atención a pacientes afectados por la COVID-19 con evidencia científica; debe continuar utilizándose el apalancamiento en el uso de las tecnologías de la información en el acompañamiento a los hospitales para la atención de pacientes por la COVID-19 y, por último, fortalecer las capacidades y conocimientos del talento humano en salud, hace posible que las personas enfrenten los retos de la postpandemia.

Recuadro de síntesis de la principal lección aprendida y recomendación:

- Potencializar la capacidad instalada, ganada en los territorios mediante la habilitación de las UCI, dotación de ventiladores y fortalecimiento de capacidades desde el inicio.
- Fortalecer el vínculo generado entre un hospital de cuarto nivel y otro de segundo nivel para que haya un proceso de transferencia de conocimientos, experiencias y aprendizaje constante.
- La atención del paciente crítico mediante la participación e involucramiento de diferentes disciplinas y profesionales de la salud.
- Necesidad de desarrollo de protocolos para el manejo integral de estos pacientes y la continuidad en el acompañamiento a los hospitales mediante teleapoyo para el manejo de pacientes en cuidado crítico e intervenciones enfocadas en el tema de salud mental y rehabilitación en comunidad.

Agradecimientos a todo el equipo de trabajo del Hospital Universitario Nacional, a la Universidad Nacional de Colombia y al doctor Jairo Pérez Cely, director de la Unidad de Cuidado Intensivo del HUN.

Referencias

- Acosta, J., Muñoz, B., & Ruiz, E. (2022). Sistematización del proceso de asistencia para el desarrollo de capacidades y fortalecimiento de los RHS en salud mental, rehabilitación y cuidados críticos para pacientes en Colombia con COVID-19. Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID. Rockville, MD: Abt Associates.
- Calderón, C. (2016). Unidad Didáctica I la investigación cualitativa en atención primaria: aspectos teóricos y ámbitos de aplicación. <https://www.researchgate.net/publication/334520148>
- Corporación Salud UN – Hospital Universitario Nacional de Colombia. (2021). Colombia COVID-19 critical care activity work plan. Informe de presentación Programa Tele UCI Solidaria. Corporación Salud UN.

Experiencia 6.4

Fortalecimiento del programa infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda con enfoque etnocultural. Magdalena

Relatado por: Erika Palacio Durán

El Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la IRA se establece en el país teniendo en cuenta la alta carga de enfermedad que produce, especialmente en menores de 5 años, con altos índices de morbilidad grave y mortalidad que, a su vez, generan altos costos económicos y sociales. Su objetivo es orientar las acciones de prevención, atención y control de la IRA en la población infantil colombiana, fundamentadas en la atención primaria en salud, para reducir la mortalidad, morbilidad grave y la demanda de los servicios de urgencias, hospitalización y cuidados intensivos pediátricos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

El fortalecimiento de las acciones del programa contra la IRA y enfermedad diarreica aguda (EDA) fue una de las experiencias exitosas que tuvo el departamento del Magdalena y el Distrito de Santa Marta en el marco de la pandemia. El Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control IRA/EDA tiene tres componentes fundamentales: el institucional, el intersectorial y el comunitario (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Desde el componente institucional se abordó el 100 % de las instituciones del Distrito de Santa Marta en cuanto a desarrollo de capacidades, guías de práctica clínica y todos aquellos aspectos relacionados con el manejo de las infecciones respiratorias en el marco de la epidemia por la COVID-19, así como el fortalecimiento de los mensajes claves para la prevención de la IRA.

Los mensajes claves para la prevención de la IRA responden a tres interrogantes:

- **¿Cómo evitar que un niño o adulto mayor se enferme?**
- **¿Cómo cuidar a un niño o a un adulto mayor si está enfermo?**
- **¿Cuándo consultar al médico?**

Desde el componente intersectorial fue importante la articulación con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), abordando el 100 % de las madres encargadas del manejo de los niños en los Centros de Desarrollo Infantil (CDI), tanto en el distrito como en el departamento, entendiendo que del desarrollo de capacidades en estas personas dependía la disminución de la morbilidad por IRA/EDA tanto en menores de 5 años como en mayores de 60 y sus complicaciones.

Desde el componente comunitario fue trascendental el acercamiento desarrollado con las comunidades indígenas de Arhuacos y Koguis, asentados en la Sierra Nevada de Santa Marta, en una articulación entre las acciones desarrolladas por el departamento y por el distrito para la ejecución del programa PRASS, desde del abordaje en la población indígena. Teniendo en cuenta su cosmovisión para el abordaje frente a la COVID-19, se encontró inicialmente una resistencia que, posteriormente, se convirtió en un trabajo mancomunado a través de procesos de concertación entre los diferentes actores del proceso.

Las comunidades arhuaca y kogui forman parte de los cuatro pueblos originarios de la Sierra Nevada de Santa Marta, junto con los wiwas y los kankuamos, cuyos mamos, sabios y guías espirituales, habían señalado desde mucho tiempo atrás la amenaza de enfermedades desconocidas producto de las prácticas ambientales destructivas de la comunidad occidental y que hoy amenazan el ecosistema de la región. Desde su cosmovisión, la COVID-19 es la primera de cuatro pandemias ocasionada por la falta de cuidado con la Madre Tierra y el rompimiento de normas de los humanos frente a la naturaleza, debido al excesivo consumismo y el abuso del medio ambiente (Vilchez y Barnett, 2021). Además, en la zona de Sabanas de San Ángel se encuentra la comunidad chimila o pueblo ette ennaka (gente propia).

En Colombia las comunidades indígenas son especialmente susceptibles al padecimiento de enfermedades transmisibles, dado los determinantes sociales de la salud que los hace altamente vulnerable; situación que se hizo evidente frente a la epidemia por SARS-CoV-2 y que llevó al MSPS a establecer los lineamientos para la

prevención, detección y manejo de casos de coronavirus (COVID-19) en esta población étnica. Esos lineamientos recomendaron la adecuación y adaptación en sus planes de contingencia y medidas frente a la COVID-19, así como acciones específicas para esta población, haciendo énfasis en tres aspectos fundamentales: la vulnerabilidad epidemiológica, la atención médica diferenciada, inherente a actuar en un contexto intercultural, y la influencia de los aspectos socioculturales enmarcados en la Circular 011 de 2018 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020a).

De esta forma, se realizaron inicialmente las actividades de planeación y preparación para lograr el acercamiento a las comunidades indígenas, teniendo en cuenta, además, las recomendaciones señaladas por el MSPS para la adecuación intercultural de los servicios en la cual establece la necesidad de un proceso permanente de concertación y de reconocer la voz de la comunidad, a fin de garantizar una mayor adherencia a los servicios de salud por parte de las organizaciones de grupos étnicos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

En tal sentido, se hizo un primer taller de adecuación sociocultural de la IRA/EDA, con el apoyo de la Universidad del Magdalena, en el cual participaron alrededor de 100 personas, entre profesionales en medicina general y pediatría de las IPS que atienden comunidades indígenas: Gonawindua IPS indígena, Dusakawi EAPB indígena, profesores de la Universidad del Magdalena y la Universidad Cooperativa de Colombia (UCC), gerentes de hospitales, secretarías de salud municipal y coordinadores de salud pública de los territorios en los que hay pueblos indígenas (Ciénaga, Aracataca, Fundación y Sabanas de San Ángel), Secretaría de Gobierno del Magdalena, el referente nacional para el departamento del Magdalena de Asuntos Étnicos, la referente nacional del Ministerio del componente comunitario para el programa de prevención, control y mitigación de IRA/EDA, el subcomisionado para los pueblos indígenas, los referentes de los programas de salud pública en los mencionados pueblos; autoridades indígenas, el mamó del pueblo kogui; así como la presidenta de la Sociedad Colombiana de Pediatría, Regional Magdalena, organismos y agencias de cooperación internacional propiciando los diálogos de saberes con un único objetivo: disminuir la mortalidad en niños y niñas menores de 5 años por IRA/EDA en el Distrito de Santa Marta y el departamento del Magdalena.

Se entiende el diálogo de saberes como una de las metodologías cualitativas que procura la participación de los actores involucrados para generar conocimiento acerca de las costumbres, tradiciones y experiencias que facilitan el reconocimiento de los problemas que afectan un territorio y su respectivo abordaje (Hernández et al., 2017). A partir de ese taller se inicia todo un proceso de adecuación sociocultural y de concertación entre sus modelos de salud, prácticas de cuidado, protección y conocimientos ancestrales, y las prácticas señaladas desde los programas PRASS y de manejo de la IRA, incluyendo la COVID-19, de tal forma que se definieran acciones de vigilancia comunitaria que permitieran el reporte oportuno de casos sospechosos y de las medidas de cuidado a las personas



Foto 84. Capacitación IRA-EDA, Etnocultural. Magdalena-1

con síntomas.

Como resultado, se generaron actividades que permitieron el desarrollo de capacidades a los líderes y lideresas comunitarias en vigilancia con enfoque comunitario a través de seis módulos de capacitación en los que se desarrollaron las siguientes temáticas:

- Generalidades de la vigilancia comunitaria.
- Estrategia de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria y Redes de Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria (RVSPC).
- Priorización de eventos.
- Reporte de rumores.
- Profundización en eventos de VSPC priorizados.
- Uso de herramientas y Comités de Vigilancia de Salud Comunitarios (COVECOM).
- Prácticas saludables, manejo de IRA/EDA-COVID-19 en casa, vacunación y rutas de atención.

Los espacios de capacitación se desarrollaron en cada municipio (Ciénaga, Aracataca, Fundación y El Retén) en el que participaron 65 líderes y lideresas comunitarias generándose compromisos y entusiasmo en la conformación

de la red en la comunidad, a la vez que se permitió la participación de otros líderes y lideresas comunitarias activos que no habían sido tenidos en cuenta al momento de conformar la red.

Es así como este inicio del proceso de adecuación sociocultural se constituye en la base para la posterior construcción de rutas de atención diferencial partiendo del reconocimiento de lo propio que permitió impactar positivamente en la disminución de la mortalidad de niños y niñas menores de 5 años por IRA/EDA.

Se fortaleció el trabajo articulado entre profesionales de la salud, referentes de los programas y comunidad indígena, a través de un proceso de entendimiento mutuo en el abordaje de los problemas de salud que los afectaban. Y, tal vez lo más importante, se logró el empoderamiento de los 65 líderes y lideresas para el desarrollo de un trabajo colaborativo y cooperado en beneficio de la comunidad, que propició, además, la adopción de medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad encaminadas a la disminución de la mortalidad por IRA/EDA, incluyendo la vacunación contra la COVID-19.

Sin embargo, se requiere dar continuidad a las acciones generadas, especialmente mediante el fortalecimiento del talento humano disponible para la atención de estas comunidades, vinculando profesionales y técnicos nativos que permitan la articulación intercultural de los servicios de salud desde la cosmovisión indígena.

En el componente comunitario resultó importante, además, la vigilancia en salud pública comunitaria que llevó a la conformación de la red de vigilancia comunitaria mediante la cual se logró el desarrollo de capacidades de agentes, líderes y lideresas comunitarias del distrito y el departamento en municipios como Ciénaga y Aracataca, a través de talleres donde se priorizaban los eventos de mayor afectación como las infecciones respiratorias, la desnutrición y la mortalidad materna, buscando el empoderamiento de la comunidad para la vigilancia de estos eventos y el despliegue de las alertas tempranas que permitieran tomar medidas oportunas de control.

En municipios como Guamal se activaron los equipos de respuesta rápida gracias al liderazgo de su alcalde, quien convocó a profesionales en medicina, profesores, madres y líderes y lideresas comunitarias para la socialización del programa PRASS escolar y las guías de manejo de las infecciones respiratorias, tanto a nivel comunitario como institucional. Estas acciones fueron replicadas en otros municipios como Ciénaga y Aracataca, extendiéndose posteriormente al resto de municipios del Magdalena, logrando el empoderamiento de la comunidad para el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública con enfoque comunitario, tanto del distrito como del departamento.

Una estrategia fundamental en los municipios del Magdalena fue la de «Médico en tu casa», mediante la cual el personal de salud se trasladaba a las viviendas para romper las barreras impuestas por el miedo de la comunidad a

asistir a los hospitales, centros y puestos de salud por temor al contagio, mitigando las necesidades de las personas en la atención en salud, especialmente en territorios alejados de las grandes urbes.

La implementación de la Sala ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda) en el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, que es de referencia en el departamento del Magdalena, fue un logro obtenido por la entidad territorial. Inicialmente, la Sala ERA no cumplía con los lineamientos establecidos para el funcionamiento de la estrategia, fue clave mejorar este servicio en el contexto de la epidemia de la COVID-19.

La Sala ERA es una estrategia de APS que permite atender de manera oportuna los casos de ERA en aquellos pacientes que, para estabilizar el cuadro agudo, requieren asistencia en una institución de salud con una estancia no mayor entre 4 a 6 horas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Estas salas pueden operar en los diferentes niveles de complejidad. El pilar fundamental es la educación al paciente y a sus cuidadores para el manejo en casa, con capacidad para la detección temprana de signos de alarma, presentados en la Tabla 12, y el seguimiento de estos con el fin de verificar la evolución del cuadro, así como transmitir las medidas sobre el cuidado para mitigar la transmisión a los demás integrantes de la familia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020). Su implementación en el Hospital Julio Méndez Barreneche permitió la reducción de hospitalizaciones, complicaciones y reingresos a las salas ERA y urgencias.



Foto 85. Capacitación IRA-EDA, Etnocultural. Magdalena-2

Tabla 12. Signos de alarma enfermedad respiratoria aguda

Signos de alarma para ERA en menores de cinco años	Signos de alarma para ERA en escolares, adolescentes y personas adultas
Taquipnea	Disnea
Tirajes intercostales	Dolor en el pecho
Sibilancias	Decaimiento o cansancio excesivo
Falta de apetito	Fiebre mayor a 38.5°
Vómitos	
Fiebre	
Irritabilidad	
Decaimiento y somnolencia	
Convulsiones	

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2021).

Como lección aprendida se debe resaltar que el diálogo de saberes entre el conocimiento occidental y el sistema de conocimiento ancestral de los pueblos indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta es fundamental para impactar positivamente los indicadores de salud de estas poblaciones. Como recomienda la Organización de Naciones Unidas (ONU, 2020):

Tener en cuenta los conceptos distintivos de los pueblos indígenas en materia de salud que están inextricablemente vinculados con la realización de otros derechos, incluidos los derechos a la libre determinación, al desarrollo, a la cultura, a la tierra, al idioma y al medio ambiente saludable. (p. 3)

Es importante garantizar la continuidad e incrementar el número de personas que laboran en los programas de vigilancia de la salud pública para garantizar la sostenibilidad de las acciones en el futuro y el afianzamiento de la confianza con la población indígena, en tanto la rotación constante de personal no permite el avance de estas.

Los aspectos que, según los entrevistados, hubiesen podido ser mejores:

- Llegar a medir el impacto de la estrategia de la Sala ERA a través de indicadores que demuestren su eficacia para la disminución de la morbilidad y mortalidad por enfermedad respiratoria aguda.
- Fortalecer el empoderamiento de esta estrategia institucional en el equipo de programa de la Secretaría de Salud para lograr su implementación en todas las IPS que atienden niños y niñas en el distrito.

Logros significativos de la experiencia:

- El empoderamiento del hospital, sus directivos y el talento humano que lo conforma sobre la importancia de la estrategia de la Sala ERA, la cual propicia la oportunidad en la atención de la enfermedad respiratoria, disminuyendo las complicaciones que esta entidad puede llegar a provocar.
- El inicio del proceso de adecuación intercultural de los servicios de atención de IRA/EDA para comunidades indígenas propiciando el diálogo de saberes entre el talento humano en salud y los líderes y lideresas de las comunidades indígenas, el fortalecimiento del trabajo articulado y la creación de rutas de atención en aras de disminuir la mortalidad en niños y niñas menores de cinco años por esta condición en el Distrito de Santa Marta y el departamento del Magdalena.
- La creación, fortalecimiento y documentación de redes de vigilancia con enfoque comunitario que permitió el desarrollo de capacidades en los agentes y líderes y lideresas comunitarias para buscar el empoderamiento de la comunidad para la vigilancia de las infecciones respiratorias, la desnutrición y la mortalidad materna.

Recuadro de síntesis de la principal lección aprendida y recomendación:

- Los procesos de adecuación sociocultural resultan fundamentales para el abordaje de las situaciones de salud que aquejan a los grupos étnicos, especialmente a la población indígena, impactando en los indicadores de morbilidad y mortalidad en la medida que fortalece el empoderamiento de la comunidad para el manejo de estas.
- La principal recomendación para la sostenibilidad de la experiencia es la voluntad política e institucional de los territorios para priorizar estos procesos que salvan vidas sobre todo por enfermedades prevenibles disminuyendo la mortalidad en niños y niñas menores de 5 años.
- Los territorios deben garantizar la continuidad de estos procesos dentro de sus planes de acción de la vigencia para fortalecer sus equipos de programa.

Agradecimientos: doctora Leidy Constanza Cuéllar Gordo, Coordinadora Departamental de Vigilancia Epidemiológica; doctora Eina de la Hoz Vilorio, Directora Distrital de Salud Pública y la colaboración del médico Anderson Barros Carpio.

Referencias

- Hernández, E., Lamus-Lemus, F., Carratalá-Munuera, C. y Orozco-Beltrán, D. (2017). Diálogo de saberes: propuesta para identificar, comprender y abordar temas críticos de la salud de la población. *Salud Uninorte*, 33(2), 242-251.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda en Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/PREVENCION-MANEJO-CONTROL-IRA-MENORES-5-ANOS-2015.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020a). Lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de coronavirus (COVID-19) para población étnica en Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/RID/asif13-poblacion-etnica-COVID-19-t.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020b). Lineamientos para la atención en la estrategia de Salas ERA en el contexto de la epidemia de COVID-19 en Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS19.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Boletín de prensa No. 081. Detección oportuna de infecciones respiratorias es clave. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Detecci%C3%B3n-oportuna-de-las-infecciones-respiratorias-es-clave.aspx>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). Guía: COVID-19 y los derechos de los pueblos indígenas. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/IPeoples/OHCHRGuidance_COVID19_IndigenouspeoplesRights_ES.pdf
- Vilchez, H. y Barnett, T. (2021). Colombia: pobladores indígenas de la Sierra Nevada llaman a cambiar la relación con la naturaleza para evitar más pandemias. *Newstex*. <http://ezproxy.unisimon.edu.co/blogs-podcasts-websites/mongabay-com-spanish-colombia-pobladores/docview/2625562903/se-2>

Experiencia 6.5

Desarrollo de protocolos y orientaciones integrales escalonadas para mejorar la calidad de la atención integral de las personas con COVID-19 en la postpandemia

Relatado por: Jacqueline Acosta de la Hoz

El MSPS promovió la gestión de conocimiento para fortalecer el manejo clínico de pacientes con la COVID-19, sustentado en la evidencia científica documentada por el HUN y la UNAL de Colombia entre el año 2021 y 2022 a partir de los estudios: 1. Factores asociados a desenlaces clínicos adversos en pacientes con la COVID-19 que recibieron atención en UCI en Colombia 2020-2021; 2. Recomendaciones para trabajadores de la salud orientadas a adecuar lecciones aprendidas para mejorar la eficiencia técnica de las actividades en los servicios de cuidados intensivos y fortalecimiento del recurso humano involucrado en la atención de estos pacientes durante los picos de la COVID-19 en Colombia.

El enfoque incluyó la atención integral de pacientes críticos IRAG-COVID-19, desde los niveles básicos de atención (atención ambulatoria, domiciliaria, urgencias, hospitalización y rehabilitación institucional y domiciliaria) que se convierten en la puerta de entrada de los pacientes hasta la atención en UCI. Esta intervención integral temprana contribuye con la reducción de los riesgos de agravarse y de ingreso a la UCI, así como de morir. Se reconoció la necesidad de impactar positivamente la salud mental de los pacientes, sus familias y del talento humano en salud mediante el desarrollo de orientaciones técnicas para prevenir y mitigar alteraciones en la salud física, cognitiva y mental. Todo lo anterior, utilizando la mejor evidencia científica disponible y en consenso con expertos.

La Universidad CES de Colombia facilitó la elaboración de protocolos y orientaciones específicas e integrales escalonadas en tres niveles: 1. Atención integral escalonada (domiciliaria, ambulatoria, urgencias, hospitalización y cuidado crítico) de pacientes con COVID-19 mayores de 18 años; 2. Rehabilitación integral temprana post-UCI para pacientes con secuelas COVID-19 mayores de 18 años, y 3. Orientaciones técnicas para prevenir o

mitigar los problemas de salud física y mental, seguridad y salud en el trabajo de los profesionales de la salud que trabajan con pacientes COVID-19. Por solicitud de apoyo del Programa Nacional de Infección Respiratoria Aguda (COVID-19) y Enfermedad Diarreica Aguda del MSPS, se realizó una adición ampliando el horizonte de tiempo hasta el 29 de septiembre de 2022 para elaborar los lineamientos de atención en las salas de rehidratación oral; unidades de atención integral comunitaria y las orientaciones para la atención pediátrica de la COVID-19 (Acosta y Ruiz, 2022).

La elaboración de los protocolos se desarrolló bajo los lineamientos metodológicos de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), orientadas a identificar y convertir las situaciones de mayor incertidumbre en el curso clínico o el ámbito del cuidado del evento en estudio, en preguntas que puedan ser respondidas mediante el análisis comparativo de la literatura biomédica y permita, de esta manera, mejorar la toma de decisiones en salud. Se diseñó un protocolo para cada documento que definía los siguientes 13 pasos:

1. Conformación de equipo de seguimiento técnico.
2. Conformación de equipo técnico operativo.
3. Identificación de los expertos (nacionales y locales).
4. Definición de fuentes de datos.
5. Criterios de inclusión, exclusión de artículos y documentos técnicos.
6. Formulación de preguntas orientadoras.
7. Motores de búsqueda de la evidencia y criterios de exhaustividad y reproducibilidad.
8. Proceso de búsqueda y revisión interna.
9. Análisis de la información.
10. Síntesis de la evidencia.
11. Validaciones externas con grupo de expertos.
12. Edición final de los protocolos.
13. Entrega de los protocolos al MSPS.

En relación con las fuentes de datos, se usaron fuentes secundarias, incluyendo revisiones sistemáticas y sus variaciones, Guías de Práctica Clínica (GPC), consensos de expertos y protocolos de atención. Las búsquedas se ampliaron hacia la literatura gris en tópicos de interés, tales como: lineamientos técnicos de asociaciones científicas y lineamientos del MSPS e INS. Las búsquedas se hicieron entre enero de 2020 hasta abril 30 de 2022, se usaron motores tales como Pubmed, LILACS, Cochrane Library, Epistemonikos y sitios web especializados y de las agencias y organizaciones oficiales y gubernamentales como la OMS, la OPS, ministerios de salud de los diferentes países, así como universidades u organizaciones y sociedades científicas referentes de la respuesta de la COVID-19

en Colombia. Se creó una lista de referencias en una hoja de datos en Excel y se aplicó la administración de referencias bibliográficas (Zotero) para el tratamiento de duplicados, la extracción de los metadatos y el proceso de referenciación con formato Vancouver.

Se incluyeron artículos con los términos de búsqueda en título y resumen, y que contestaran las preguntas orientadoras, publicados en los últimos 3 años en inglés, español y portugués. El MSPS y la Universidad CES en espacios de co-creación, concertaron y validaron la lista de preguntas orientadoras bajo el formato PICO (población, intervención, comparación, desenlaces). Se desarrollaron reuniones semanales los jueves entre los tres equipos participantes. Las búsquedas fueron realizadas por un equipo de profesionales en epidemiología de la Universidad CES. Se identificaron los artículos científicos y documentos para la revisión, que fueron revisados por título y resumen por los evaluadores de manera independiente; se revisaron los títulos y resúmenes para determinar si el artículo estaba relacionado con las preguntas del estudio; los que se incluyeron fueron revisados posteriormente en su totalidad, en caso de un desacuerdo en la inclusión de algún documento fue revisado por el director del protocolo de la Universidad CES para definir si se incluía o no. La información fue recopilada en un archivo de Excel diseñado para tal fin (Acosta y Ruiz, 2022).



Foto 86. Validación protocolo clínico, Medellín



Foto 87. Validación protocolo clínico, Bogotá

Los textos incluidos fueron revisados completamente por el equipo de la universidad y se extrajeron datos de interés. Todos los artículos fueron evaluados con el instrumento de GRADE para establecer la calidad de evidencia aportada y el grado de confianza (Aguayo-Albasini et al., 2014). Los criterios usados por GRADE, como la valoración del riesgo de sesgos, inconsistencia e imprecisión, entre otros, fueron evaluados y se declararon explícitamente, de tal modo que la valoración última tenga reproducibilidad por cualquier tercero que desee verificarla o pueda establecer un criterio de acuerdo de manera objetiva. La evaluación del riesgo de sesgos y los demás criterios según GRADE fueron registrados en una tabla de Excel que resume los tópicos de evaluación para cada experto.

A partir de lo anterior se escribieron las propuestas de los protocolos que contienen un conjunto de recomendaciones escalonadas y buenas prácticas en el marco del sistema de salud colombiano y se comparten a los expertos las preguntas con respuestas y recomendaciones. De manera individual, cada experto calificó los criterios establecidos por el Instrumento AGREE-REX (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation-Recommendations Excellence). Posteriormente se realizó la reunión de consenso con los expertos. Todas las reuniones fueron grabadas, previo consentimiento de los participantes. Cuando no había consenso en alguna de las

recomendaciones se hacían nuevas búsquedas y se discutía hasta llegar a acuerdos. Si había consenso, se procedía a elaborar el informe. Los criterios y definiciones usados fueron: A. Aplicabilidad clínica: la recomendación es apropiada porque cumple con el propósito clínico. B. Implementabilidad: las recomendaciones de práctica clínica son creíbles, fácilmente aceptables, adaptables y válidas para orientar el desarrollo de políticas públicas en un futuro. C. Valores y preferencias: las recomendaciones se corresponden con las condiciones y características del contexto o son susceptibles de ser adaptadas (Acosta y Ruiz, 2022).

El proceso de validación se realizó de la siguiente manera:

- Protocolo N.º 1: se validó de forma individual y virtual, complementando con dos mesas de trabajos presencial, una en Medellín y otra en Bogotá. En total participaron 24 expertos.
- Protocolo N.º 2: se validó de forma individual y virtual mediante dos rondas virtuales. En total participaron 18 expertos.
- Protocolo N.º 3: se validó de forma individual y virtual mediante dos rondas virtuales. En total participaron 9 expertos.
- Lineamientos para la atención en las salas de rehidratación oral de niños y niñas menores de 5 años: se validó de forma individual y virtual mediante dos rondas virtuales. En total participaron 13 expertos.
- Revisión y ajuste de la guía operativa para el desarrollo de la estrategia comunitaria para la prevención, manejo y control de la infección respiratoria aguda (IRA) y de enfermedades diarreicas agudas (EDA) en niños y niñas menores de cinco años e indicadores: se validó de forma individual y virtual mediante dos rondas virtuales. En total participaron 18 expertos.
- Orientaciones y recomendaciones para la atención pediátrica de la COVID-19: se validó de forma individual y virtual mediante dos rondas virtuales. En total participaron 12 expertos.

Se realizaron los seguimientos necesarios al desarrollo de los pasos por parte del equipo del MSPS. La Universidad CES elaboró, validó los protocolos y orientaciones técnicas y las envió a revisión y validación final a las direcciones de Prestación de Servicios, Promoción y Prevención, Subdirección de Enfermedades no Transmisibles, Oficina de Riesgo en el Trabajo, Talento Humano del MSPS y al equipo del Ministerio de Trabajo que participó. Se aplicaron los ajustes correspondientes y la entrega de versión final al MSPS el 30 de septiembre de 2022. Desde este momento el MSPS adelanta las acciones para la adaptación y adopción mediante los actos administrativos para su uso por parte de los actores del sistema de salud (Acosta y Ruiz, 2022).

Los principales logros de esta experiencia fueron los siguientes:

- Co-creación activa y cooperativa un camino de éxito. La operación de un comité técnico semanal facilitó la definición de 13 pasos para su elaboración y seguimiento, y potencializó el desarrollo operativo sincrónico dentro de la línea de tiempo acordada. Frase de los participantes que sustenta lo aprendido: «Para la Universidad CES, la planificación de las actividades, claridad de los entregables, se constituyen en elementos claves en la ejecución de proyectos».
- Co-creación metodológica. Las preguntas de los protocolos fueron llevados a mesas de trabajo con el MSPS, concertando las preguntas orientadoras claves y bajo protocolización de los 13 pasos desarrollados con cada documento técnico.
- Revisión previa de los entregables con las partes involucradas. Todas las partes involucradas participaron en la revisión interna y como observadores en el proceso de validación externa de los protocolos por los expertos. Aprendimos que la realimentación temprana de los interesados permite corregir de forma oportuna los documentos. Esto, a su vez, prepara el terreno para que las personas responsables de tomar decisiones puedan conocer y visualizar en el futuro las necesidades para la adopción e implementación de los protocolos en el sistema de salud. Frase de los participantes que sustenta lo aprendido: «Se recibieron comentarios del MSPS del protocolo de rehabilitación, se realizó revisión interna por parte del equipo técnico del programa del protocolo de orientaciones técnicas».

Recuadro de síntesis de la lección aprendida clave y principal recomendación:

- La adopción de las orientaciones y recomendaciones a través de un acto administrativo. Es recomendable que se avance rápidamente en el proceso de incorporación de los protocolos dentro del marco normativo para que estas sean aplicables de manera integral. De igual manera, actualizar de forma periódica las orientaciones y recomendaciones entregadas siempre mediado por un proceso de co-construcción con el MSPS y grupo de expertos del sistema de salud. Se sugiere capacitar de forma continuada al talento humano en salud, especialmente el primer nivel de complejidad que es donde se atiende el 80 % de la morbilidad de los pacientes.
- Hacer difusión de las recomendaciones. Se sugiere llevar la información a las personas de los niveles básicos de atención para que se puedan implementar las recomendaciones. Propender por difundir ampliamente, en especial, en zonas rurales donde se presenta mayores retrasos en tener información actualizada. Además de tener el talento humano capacitado, también es importante tener información accesible para el talento humano en salud, para que pueda realizar actividades de autoaprendizaje.

Agradecimientos: por la amable colaboración al equipo de trabajo al Dr. Arlex Uriel Palacios (líder); Dr. José Bareño (profesional en epidemiología); Dra. Dedsy Berbesi (profesional en epidemiología); Enf. Lilian Cifuentes (profesional en epidemiología); Enf. Gabriel Hoyos (profesional técnico); Enf. María Jimena Echeverri (profesional técnico); Enf. Zulma del Campo Tabares (profesional técnico); Enf. Angélica María Correa (profesional técnico); Enf. Juliana Restrepo Guzmán (profesional técnico); Dr. Nelson Fonseca (profesional técnico); Dr. Diego Fernando Hurtado (profesional técnico); Dra. Eliana Taborda (profesional técnico); Dra. Natalí Gallego (profesional técnico); Ing. David Carmona (profesional técnico); Ft. Alejandra Mondragon (profesional técnico), y Ft. Natalia Tabares (profesional técnico).

Referencias

- Acosta, J. y Ruiz, E. (2022). Proceso de elaboración y validación de protocolo integral de manejo de pacientes COVID-19, rehabilitación integral temprana post COVID-19 y orientaciones para prevenir y mitigar alteraciones en salud mental del talento humano en Colombia basado en la mejor evidencia científica. LHSS.
- AGREE-REX. (2022). Recommendation EXcellence - AGREE Enterprise website. <https://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-rex-recommendation-excellence/>
- Aguayo-Albasini, J., Flores-Pastor, B. y Soria-Aledo, V. (2014). Sistema GRADE: clasificación de la calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de la recomendación. *Cirugía Española*, 92(2), 82-8.



Comunicación del riesgo y participación

Capítulo 7

Fotografía # 88 suministrada por el Equipo de Respuesta Rápida, Barranquilla

Capítulo 7. Comunicación del riesgo y la participación comunitaria durante la pandemia por COVID-19

Por: Luis Ricardo Navarro Díaz

El capítulo aborda las dinámicas de la comunicación de riesgos y participación comunitaria como ejes articuladores y de equilibrio en el sistema de atención a la emergencia sanitaria producida por la COVID-19. En ese orden, el capítulo muestra que los procesos de comunicación mediática y digital influyeron en la configuración de las representaciones sociales de las personas sobre la COVID-19, ante lo cual fue necesario diseñar por parte del gobierno nacional estrategias de comunicación que, complementadas con los procesos locales de participación comunitaria, influyeron en el descenso de los niveles de incertidumbre. Para ello fue clave la publicación de información sustentada y pertinente de forma masiva y centralizada por el gobierno nacional.

Ante ello, a continuación, se aborda la comunicación como una dinámica constante de elaboración de mensajes enfocados en la posibilidad del cambio de comportamiento, usos y costumbres relacionados con el mantenimiento de la salud pública y las decisiones de los diferentes actores del sistema social para actuar frente a la COVID-19. Al finalizar, el capítulo da cuenta de cuatro experiencias emblemáticas que en Colombia pueden referenciarse directamente como relacionadas con procesos de comunicación del riesgo y participación comunitaria.

Perspectivas de la comunicación de riesgo en el mundo y en Colombia frente a la COVID-19

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2015) define la comunicación de riesgos como una «comunicación recíproca y multidireccional con las poblaciones afectadas para que puedan tomar decisiones informadas con el fin de protegerse a sí mismas y a sus seres queridos» (párr. 3). El propósito de la comunicación de riesgos es el cambio de comportamiento. De hecho, se podría relacionar con campos de la comunicación más amplios como son la comunicación para el desarrollo y la comunicación para el cambio social (Navarro-Díaz, 2016, 2017). La OPS (2015) se refiere a la comunicación de riesgos y funcionarios o personas que se enfrentan a una amenaza (riesgo) para su sobrevivencia, su salud o su bienestar económico o social (párr. 1). Ahora bien, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2020):

Una de las principales enseñanzas extraídas durante los eventos de salud pública acontecidos en el siglo XXI, entre ellos los brotes de síndrome respiratorio agudo severo (SARS), de síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS), de gripe aviar por A(H1N1) y de ébola, es que los procesos comunicativos de riesgos y participación comunitaria son un ingrediente básico para el éxito de las respuestas a las emergencias sanitarias. Cada emergencia de salud pública tiene que hacer frente a nuevos desafíos en materia de comunicación y puede beneficiarse de las enseñanzas extraídas anteriormente. (p. 1)

Por comunicación de riesgo se define el proceso de construcción de un mensaje que tiene como fin modificar un comportamiento o un hábito frente a un riesgo real o potencial previsible o no previsible (Riorda, 2011). En el ámbito de la salud, la comunicación de riesgo implica la elaboración de campañas de comunicación pública destinadas a alertar e informar a los ciudadanos de riesgos sanitarios. «El objetivo es modificar comportamientos, reducir amenazas y producir percepción y valoración del riesgo para modificar situaciones que puedan evitarse. En la actualidad, la comunicación de riesgo asume un enfoque participativo que incluye al público como agente colaborador» (Pior, 2020, p. 8). Entre los principales objetivos de la comunicación de riesgo se encuentran aumentar el conocimiento y la comprensión sobre una situación, fortalecer la confianza y la credibilidad, así como prevenir y solucionar situaciones problema.

En cualquiera de estas perspectivas, los procesos de comunicación en el contexto de la emergencia sanitaria por la COVID-19, implicó ofrecer respuesta a preguntas relacionadas con el contenido de la información, es decir, qué informar, qué educar, qué decisiones y qué acciones tomar; por qué motivar o convencer a la población destinataria de la necesidad de hacerlo y, por último, cómo proporcionar orientación, herramientas y aptitudes específicas para hacerlo (OMS, 2022). Fue así que los procesos comunicativos de riesgos y participación comunitaria apuntaron a brindar información esencial para proteger la vida ante la COVID-19, de tal manera que ayudara con la reducción de su impacto en la salud, la vida social y la economía. Para ello, la apuesta en Colombia estuvo centrada en garantizar dinámicas de retroalimentación a través de redes sociales y participación en programas radiales y televisivos institucionales como el programa «Prevención y acción» de emisión diaria, cuya primera emisión, el 24 de marzo de 2020 a través de 15 canales, obtuvo una audiencia de 3.4 millones de televidentes.

Entre los objetivos de este tipo de programas es relevante subrayar el interés por proteger la interacción comunicativa entre actores esenciales en la toma de decisiones tales como autoridades, líderes y lideresas sociales y, por supuesto, la misma comunidad. La comunicación de riesgos implicó procesos de comunicación interpersonal basados en la confianza, los cuales fueron determinantes para la detección de casos, el debido y oportuno reporte a las autoridades correspondientes de orden local y nacional, tales como la Presidencia de la República, el Ministerio de Salud y Protección Social, las alcaldías y gobernaciones, así como las secretarías de salud y el relacionamiento con

el personal de salud, pacientes y cuidadores. En cuanto a la producción de información sobre la COVID-19, la comunicación de riesgos la asumió las autoridades de salud de Colombia como la fuente oficial y principal de datos. En este contexto, fue necesario confirmar la veracidad de la información, validar el tratamiento del lenguaje utilizado y verificar el debido proceso de difusión de la información de tal manera que el sistema comunicativo controlara el rumor o comentario común generado en lugares no oficiales. De esta forma, el modelo de comunicación de riesgos implicó la inclusión y participación activa como mecanismos de fortalecimiento de la respuesta local, la superación de las barreras y la posibilidad de monitorear, detectar y decidir la respuesta de salud pública de la COVID-19.



Foto 89. Análisis de situación de riesgo COVID-19, Vaupés

La comunicación de riesgos y la participación comunitaria (RCCE) fueron elementos determinantes para construir los planes nacionales de respuesta a la emergencia por la COVID-19. Una RCCE eficaz, diseña e implementa estrategias que involucran a las comunidades, sus metodologías y miradas del mundo en las acciones de respuesta para contener y mitigar la propagación del virus, así como la puesta en marcha de medidas que garanticen que los grupos poblacionales o comunitarios asuman prácticas saludables y de protección física, mental, social y económica antes, durante y después de un escenario de emergencia sanitaria.

La RCCE ayuda a prevenir las «infodemias» (la cantidad excesiva de información sobre un problema que hace difícil hallar una solución), aumenta la confianza en la respuesta y la probabilidad de que se sigan las recomendaciones sanitarias. Reduce al mínimo y ayuda a gestionar los rumores y los malentendidos que son perjudiciales para las respuestas y pueden conducir a una mayor propagación de la enfermedad. (OMS, 2020, p. 1)

Su acción incluye comunicar la mayor cantidad de información verificable con el objetivo de salvar vidas y reducir al mínimo las consecuencias adversas. Se trata de una dimensión esencial para la vigilancia, la notificación de casos, el rastreo de los contactos, el cuidado de los enfermos, la prestación de atención clínica, la protección de la salud mental y la movilización de apoyo local para las necesidades logísticas y operativas de respuesta. El enfoque de

la comunicación de riesgos incluyó una variedad de procesos y de acciones que soportaron la preparación, respuesta y recuperación de un tejido social ante una situación como la provocada por la emergencia sanitaria COVID-19. Lo anterior, hace posible un proceso preciso y pertinente de toma de decisiones contextualizadas, informadas y sustentadas en datos de naturaleza diversa. En lo que respecta a la participación comunitaria cabe destacar su aporte para garantizar desde metodologías locales, propias de cada contexto, la equidad y la promoción de la salud.

La participación comunitaria fue desarrollada desde cada contexto social y fue incidente en el diseño de diversas estrategias para enfrentar la crisis sanitaria producida por la COVID-19. Desde el punto de vista metodológico los procesos de participación comunitaria incluyeron la identificación de redes comunitarias y metodologías participativas coherentes con los usos, costumbres, recursos y posibilidades de acceso de cada contexto.

De acuerdo con un informe digital realizado por Juste (2021), durante enero de 2020 y enero de 2021, el uso de redes sociales y sistemas digitales ha aumentado en un 60%, es decir, 4 660 millones de individuos son usuarios de Internet, de ellos, 4 200 millones son usuarios de redes sociales, justificado en su mayor parte por el aumento de la educación y el trabajo online y por las restricciones de movilidad que aún afectan a gran parte de la población. El mismo informe indica que las personas dedican mínimo dos

horas diarias consultando redes sociales como Facebook, Instagram, Twitter y WhatsApp; quiere decir, que estas se han convertido en herramientas esenciales en la vida de los seres humanos. (Durán et al., 2021, p. 100)

Tal como la propone Rodríguez et al., 2022, el desarrollo de las tecnologías se convierte en un aspecto esencial en este proceso el cambio de comportamiento y el mantenimiento de la confianza (Rodríguez et al., 2022). Una de las variables analizadas fue la posibilidad del uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como herramienta de suma importancia para procesos de aprendizaje en el campo de la educación médica y la atención en salud durante la pandemia.

Las condiciones de agilidad, inmediatez y flexibilidad que ofrecen las tecnologías digitales, especialmente con su aplicación en las Redes Sociales Virtuales (RSV), favorecieron su uso para mantener y dar continuidad a las actividades académicas y administrativas en las circunstancias inéditas generadas por la COVID-19. (Giraldo et al., 2021, p. 277)

La forma de participar por parte de la gente a través de la comunicación digital desplazó el cara a cara a sesiones en línea sincrónicas. Este fue un fenómeno histórico nunca antes vivido y se entendió como «nueva normalidad» (Shah et al., 2021, p. 170).

Comunicación de riesgos: retos, desafíos y barreras en Colombia

En Colombia se adoptaron diversas medidas oficiales para afrontar la pandemia, entre ellas, la suspensión temporal de actividades educativas, la restricción de la movilidad en las ciudades, el aumento de recursos para la salud y las ayudas a población en condición de vulnerabilidad. Todo ello, en el marco de la declaración de la cuarentena a través del Decreto 457 del 22 de marzo de 2020 «por el cual se ordena el aislamiento preventivo obligatorio de todas las personas habitantes de la República de Colombia a partir de las cero horas (00:00 a.m.) del día 25 de marzo de 2020, hasta las cero horas (00:00 a.m.) del día 13 de abril de 2020, en el marco de la emergencia sanitaria por causa del Coronavirus COVID-19».



Foto 90. Análisis de situación de riesgo COVID-19, Putumayo

En este marco, según el Informe Evaluación de las capacidades de preparación y respuesta ante futuras pandemias y emergencias en salud pública, Colombia logró implementar durante el período de pandemia un manejo adecuado de la comunicación de riesgos, en este caso, en contexto de emergencia. Por ejemplo, fueron fortalecidos los mecanismos de transmisión de información oficial sobre la situación de emergencia sanitaria afrontada. A partir de allí, los procesos de comunicación de riesgos fueron determinantes para dar a conocer las recomendaciones de las autoridades sanitarias y la situación epidemiológica del país. La información fue soportada en fuentes oficiales, autoridades sanitarias e incluyó a la Presidencia de la República y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Los procesos de comunicación de riesgos fueron documentados y soportados en boletines y publicaciones con carácter informativo y educativo. Sin embargo, el acceso a la información, la infraestructura y plataforma de difusión técnica, entre ellas el minisitio web del Ministerio de Salud y Protección Social (CORONAVIRUS (COVID-19); SIVIGILA_Casos COVID-19; SISMUESTRAS, la aplicación CoronaApp, entre otros, inclusive las maneras de narrar y transmitir el mensaje marcan una brecha entre las ciudades capitales y las zonas rurales del país. Otra de las dificultades evidenciadas se identificó en los procesos de articulación de los diferentes actores y sectores relacionados con el proceso comunicativo.

La capacidad de cooperación con el sector privado es limitada, aún a nivel nacional. Aunque se den mecanismos de coordinación y estrategias virtuales de difusión de información con diversos entes de carácter público y privado, que incluyen medios de comunicación, EPS e IPS y se han concertado acuerdos con grandes industrias, su desarrollo requiere fortalecimiento, especialmente en el ámbito territorial. (Urquijo et al., 2022, p. 20)

Lo anterior, tiene relación estricta con los procedimientos de vigilancia de la salud pública dado que el manejo de la información y los datos personales recibidos implican tener en cuenta la dignidad humana y los derechos a la intimidad, el buen nombre, al acceso a la información, a la libertad, la autodeterminación informática, la libertad informativa, entre otros. En este contexto, el consentimiento previo, expreso, informado, inequívoco y comprobable que da el titular para el tratamiento legítimo de sus datos, se convierte en el eje principal de control y soporte jurídico. Algunos documentos propios de la reflexión ética centran su interés en la protección al derecho a la privacidad cuando se está frente a la necesidad de proteger un interés público pertinente para el manejo de datos e información en contextos de la pandemia por la COVID-19 (Comité Internacional de Bioética de Unesco sobre Big Data y Salud, 2017; Consejo de Europa, 1997; Gómez-Córdoba et al., 2020; OPS, 2020; OMS, 2020; Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2020).

Todas estas publicaciones coinciden en hacer

un llamado especial al reconocimiento de daños posiblemente generados durante procesos de vigilancia en salud pública a partir de datos personales, y hacen énfasis en los deberes de privacidad, confidencialidad y seguridad (Gómez-Córdoba et al., 2020). Ante esta situación, en el caso de Colombia, la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) pidió a las alcaldías respuesta a las solicitudes planteadas con relación a si cumplían «la regulación colombiana sobre la recolección y tratamiento de datos personales y si han implementado el principio de responsabilidad demostrada (Accountability) (Portafolio, 2020)». (Gómez-Córdoba et al., 2020, p. 285).

Desde el punto de vista del desarrollo tecnológico existen prácticas que pueden convertirse en un riesgo para los derechos humanos. Ante este posible escenario, los procesos de comunicación de riesgo con enfoque de salud deben incluir la evaluación de diferentes variables, entre ellas, la disponibilidad de equipos de comunicación organizacional en diferentes niveles del sistema de salud, el fortalecimiento de los canales de comunicación externa garantes de la interconexión entre diversos actores del ecosistema de la comunicación entre ellos la prensa nacional, local y las redes sociales, y por último, plurales lenguajes que expliquen estrategias, enfoques, métodos de adaptación social y cultural entre diferentes actores.

Durante la crisis, el país utilizó la infraestructura en comunicaciones que permitió múltiples vías de interacción y comunicación entre las autoridades involucradas. Sin embargo, es de resaltar que el acceso a estos servicios, mediados por la cobertura y

velocidad de internet era limitado en una proporción importante de la población. En 2020, el Observatorio de la Cámara de Comercio de Bogotá encontró que en Colombia el 56,5 % de los hogares tenían acceso a este servicio (Urquijo et al., 2022). Y, en 2022, el Ministerio de las TIC calculó que, el 72 % de los colombianos tenían acceso a alguna red de internet.

Esta situación obligó al Gobierno de Colombia a diseñar una estrategia de comunicación que incluyó el manejo de vocerías oficiales en redes sociales y la determinación de una agenda (McCombs, 2006) con énfasis temático específico (Koziner, 2015) respondiendo con ellos a teorías de la comunicación relacionadas con la opinión pública y la comunicación política. Así mismo, acudir a recursos de persuasión emocional y a determinados actores para la construcción de los mensajes.

Según Cárdenas y Pineda (2021), Colombia estructuró su agenda temática informativa oficial en el siguiente orden: recomendaciones para el autocuidado y el cuidado colectivo; apelaciones a valores y referentes culturales; restricciones de libertades y derechos ciudadanos; manejo del orden público y la seguridad ciudadana, y protocolos de bioseguridad para actividades socioeconómicas. En este sentido, el gobierno asumió el reto de la gestión de crisis y una de sus principales dimensiones fue la gestión de la comunicación en crisis en el marco de una compleja problemática social, económica y políticas que hicieron más difícil lograr altos niveles de eficacia en las medidas tomadas.

En este mismo sentido, es relevante subrayar que una de las dimensiones más complejas relacionadas con el manejo de la crisis sanitaria fue la dimensión psicosocial en conexión con los procesos de comunicación de mensajes, específicamente lo relacionado con la construcción de confianza entre emisores y receptores, confidencialidad de la información y la creencia en noticias falsas. Según el informe Sistematización de experiencias de atención psicosocial virtual durante la emergencia sanitaria generada por la COVID-19 Costa Caribe (2020), publicado por el Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos (GIFMM), se generaron alertas sobre las principales barreras identificadas de comunicación y tecnologías relacionadas con la atención e interacción virtual en salud. El análisis estableció alertas sobre aspectos psicosociales relacionados con una real comprensión de las necesidades de las personas en riesgo, dado que la virtualidad puede convertirse en un obstáculo para la expresión y el entendimiento del sentimiento que se pretenda compartir.

El establecimiento de confianza y su mantenimiento son esenciales para la comunicación de riesgo y participación comunitaria. Sin una confianza sólida entre las comunidades afectadas y las autoridades de salud pública y otras instancias que responden a una emergencia, la respuesta se verá obstaculizada gravemente o bien fracasará por completo. Este postulado rector se aplica en todos los ámbitos de la respuesta

a la COVID-19, incluida la localización de contactos. (OPS, 2021, p. 4)

De igual forma, el GIFMM alerta sobre las barreras que la virtualidad puede imponer para acceder a información pertinente y veraz por parte de las personas migrantes, todo esto, teniendo en cuenta la gran cantidad de información disponible y débiles filtros de selección y comprobación de información.

Por último, el informe subraya el riesgo que puede presentar la confidencialidad de la información compartida dado que los dispositivos móviles tienden a ser compartidos por diferentes miembros de la familia.

Por ejemplo, la comunicación puede ser limitada para casos de violencia basada en género que conviven con sus perpetradores. Las personas adultas mayores enfrentan una brecha digital generacional. En función de la edad y el género, esto puede constituirse en una doble vulnerabilidad en el manejo de la tecnología. Las diferentes plataformas presentan barreras de acceso a personas con discapacidad visual y discapacidad auditiva. (Ortega, 2020, p. 5)

Según Cobos (2021) en «Medios noticiosos y audiencias: una exploración al consumo y a la credibilidad y confianza en estos durante la cuarentena por la COVID-19 en Colombia», en el año 2020 se evidenció lo siguiente:

Las audiencias colombianas encuestadas durante los primeros períodos del aislamiento preventivo obligatorio o cuarentena utilizaron, de forma preponderante –primera, segunda y tercera opción– las redes sociales digitales (Facebook, Twitter, Instagram, YouTube...) como medio para informarse sobre la pandemia. Esto también es un indicador de la alta exposición que tuvieron a la desinformación y bulos que circulan por estas (Cobos, 2020), así como a las noticias que los mismos medios distribuyen en estas (y también las audiencias), contribuyendo ambas a la infodemia. (p. 124)

Por su parte, los medios de comunicación como la televisión tradicional y la prensa digital fueron los segundos utilizados para informarse sobre este tema, mientras que

el periódico impreso experimentó una fuerte caída en su demanda, sin poderse determinar su magnitud, dado quizás por la restricción de movilidad o por su «lentitud» (de un día para otro) para satisfacer la necesidad de información y, por tanto, se reforzó la progresiva pérdida de audiencia que venía desde antes de la pandemia, y con ello, caída en la inversión publicitaria. (Cobos, 2021, p. 125)

La participación comunitaria durante la emergencia sanitaria: retos, desafíos y barreras en Colombia

Los procesos de participación comunitaria son claves para garantizar la equidad y la promoción de la salud. A partir de allí es posible fortalecer el enfoque de promoción de la salud y tener en cuenta los determinantes sociales en el momento de diseñar estrategias para enfrentar crisis sanitarias como la producida por la COVID-19. Este proceso implica identificar las redes comunitarias, sus objetivos, sus agentes, sus contextos y sus procesos participativos. La acción comunitaria requiere también de tiempo, recursos y voluntad política para hacerla eficaz y sostenible.

En Colombia la participación ciudadana realizó aportes en lo relacionado con la promoción de comportamientos y respuestas a los contextos cambiantes que fue desarrollando la pandemia. Como en gran parte de los países latinoamericanos, no existía preparación para la adopción de comportamientos enfocados en la prevención y protección.

De esta forma, fue necesario tener en cuenta metodologías locales o propias de las comunidades en complemento con mecanismos de salud pública y metodologías provenientes del campo científico. De igual manera, fue necesario el seguimiento y gestión de rumores y miedos. Todo ello evidencia un vacío relacionado con el hecho de no incorporar comportamientos específicos diferenciados por tipo de población y territorio que, en el caso de Colombia, es ampliamente diversa. A su vez, los procesos de participación comunitaria evidenciaron como insuficientes o inexistentes los mecanismos de escucha y retroalimentaciones disponibles para la población. Con ello, se plantea como lección aprendida la necesidad de escuchar, informar y dialogar como tres acciones rectoras de la participación comunitaria en contextos de emergencia sanitaria.

En síntesis, se puede afirmar que es importante promover la participación y el compromiso de las comunidades frente a la COVID-19. Teniendo en cuenta esa pretensión, se puede decir que en Colombia la participación comunitaria y sus procesos de comunicación transitron frente a cuatro ejes ya abordados en párrafos anteriores en este capítulo: la sobreinformación, la desinformación, el sensacionalismo y el difusionismo. Entre los procesos de participación comunitaria que se pueden resaltar se encuentran los siguientes, algunos de ellos, evidenciados en las narrativas y experiencias adjuntas en este capítulo como parte de la respuesta ante la pandemia: fortalecimiento de la responsabilidad y corresponsabilidad de los individuos y comunidades para enfrentar la COVID-19 y con ello reducir la incertidumbre, el miedo y la desinformación; fortalecer el valor de la solidaridad comunitaria; gestionar espacios de diálogo y escucha con las autoridades y fortalecer los procesos de comunicación a través de medios comunitarios.



Foto 91. Comunicación de riesgo comunitario, Ranchería el Ahumao

Las dinámicas de la comunicación de riesgos y participación ciudadana fueron determinantes dentro del funcionamiento y equilibrio del sistema de atención a la emergencia sanitaria producida por la COVID-19. Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2022), durante la pandemia, a corte de 2022 se habían realizado «139 millones de teleorientaciones en salud, hay 221 prestadores de telemedicina y 4,2 % de los prestadores habilitados del país ofertan telemedicina y están en 370 municipios de Colombia. Esto nos implica llevar y orientar la política de desarrollo digital» (párr. 15).

En este contexto, los procesos de comunicación influyeron en las representaciones sociales de la gente sobre la COVID-19 (Mejía et al., 2020; Garcés-Prettel et al., 2021), el descenso de los niveles de incertidumbre y de miedo a través de la publicación de información sustentada y pertinente, la posibilidad del cambio de comportamiento, usos y costumbres relacionados con el mantenimiento de la salud pública y las decisiones de los diferentes actores del sistema social para actuar frente a la COVID-19.

Barei (2020) asegura que, en estos contextos, los medios de comunicación pueden convertirse en potentes impulsores del miedo. A su vez, plantea la posibilidad de que la información que los medios difunden puede estar sesgada, lo que multiplicaría el miedo en relación, en este caso, con la COVID-19. Según Alfonso y Fernández (2020), Garcés-Prettel et al. (2021) y Puebla-Martínez, P. y Vinader-Segura, R. (2021) hay una relación entre la sobresaturación de información (infodemia) y el aumento de la desinformación y creencias erradas sobre la

COVID-19. El interés por estudiar el fenómeno de la desinformación ha sido amplio (Pérez-Dasilva et al., 2020; Salaverría et al., 2020).

A la información fiable y contrastada se ha sumado la creciente propagación de fake news e informaciones inexactas, distorsionadas o descontextualizadas sobre el origen, expansión y letalidad del coronavirus; sobre la gestión de la crisis por parte de los gobiernos y organismos internacionales; y sobre los potenciales remedios. (González et al., 2022, p. 195)

De acuerdo con Mejía et al. (2020):

Las redes sociales y la televisión fueron identificadas como los medios que generaban más miedo y exageración entre los encuestados. Los familiares y amigos también eran medios importantes en la propagación de información errónea y exagerada. Finalmente, las mujeres y aquellos con estudios superiores percibían menos la exageración y el miedo provocado por los medios de comunicación debido a que manejaban información más fidedigna. (p. 14)

A continuación, se presentan las experiencias territoriales que reflejan procesos de comunicación de riesgo y participación comunitaria frente a la pandemia COVID-19, de tal manera que sean fuente de reflexión y de lecciones aprendidas aplicables a futuras emergencias sanitarias. Las experiencias se asumen como emblemáticas y ejemplarizantes en el contexto de la pandemia vivida y se describen de la siguiente manera:

- **Igualdad de género e inclusión social para acciones de prevención y vacunación COVID-19:** USAID, a través de su Programa Comunidades Saludables, cuenta con estrategias para apoyar al gobierno colombiano en el fortalecimiento del SGSSS para la integración de la población migrante venezolana, población retornada y de acogida dentro el sistema de salud y hacer del mismo más resiliente a posibles contingencias. Cabe resaltar acciones para el fortalecimiento de la gobernanza, la promoción del financiamiento, el acceso a la prestación de servicios y respuesta a emergencias, todo ello incorporando los enfoques de igualdad de género e inclusión social de tal manera que se impacte de manera positiva en el mejoramiento de la calidad de vida de la población migrante venezolana y de las comunidades receptoras de los territorios priorizados. La acción implementada toma como referente principal las necesidades específicas de las comunidades para la elaboración de contenidos y actividades que atiendan las particularidades de cada grupo poblacional y los retos en términos de comunicación.
- **COVID-19 en el pueblo wayuu: palabras de mujeres tejedoras de salud en la ranchería El Ahumao - Riohacha, La Guajira:** ofrece la experiencia para enfrentar la emergencia sanitaria producida

por la COVID-19 por parte del pueblo wayuu. Se destacan las acciones locales y ancestrales para el fortalecimiento y recuperación de muchos usos y costumbres tradicionales como mecanismos para enfrentar la pandemia. El uso y respeto de la palabra, el sueño, el diálogo de saberes entre la medicina occidental y la ancestral, las plantas medicinales y un grupo de mujeres formadas como guardianas de la salud de su comunidad, se convirtieron en los principales ejes del proceso de protección de la comunidad frente al virus.

- **Programa pruebas, rastreo y aislamiento selectivo sostenible en Bucaramanga:** el programa permitió la organización de personas, instituciones, recursos y acciones para lograr la disminución de la velocidad de transmisión de la COVID-19, cortar las cadenas de transmisión y limitar el número de casos. Los entrevistados coinciden en que las salas de análisis del riesgo deben estar en la agenda de las secretarías de salud dado la manera acertada en que se toman decisiones colectivas y se gestiona el riesgo en salud en el territorio. Para resaltar, la implementación de la estrategia de vigilancia con enfoque comunitario que permitió el acercamiento directo a la población, el diálogo de saberes y la canalización a los servicios de salud, así como la implementación de estrategias de georreferenciación con QGIS (sistema de información geográfica de software libre y de código abierto) para el rastreo y categorización teniendo en cuenta los datos del análisis de situación de salud (ASIS) sobre número de habitantes por comunas del municipio.
- **Conformación y estructuración de la sala de análisis de riesgo en salud. Leticia, Amazonas:** destaca la importancia de la participación comunitaria a través de un plan de comunicación que incluye modelos propios locales asociados al rumor a través de horarios establecidos, el uso de emisoras comunitarias y el monitoreo constante sobre posibles brotes, el seguimiento a la población migrante, la transmisión de información oportuna con recomendaciones para todos los habitantes, la articulación con el sistema local de transporte (motocarros) y de líderes y lideresas comunitarias a los procesos de vigilancia fronteriza, el seguimiento de casos y el rastreo de contactos; la investigación epidemiológica de campo y la generación de reportes de situación, el entrenamiento de los equipos de respuesta inmediata, el fortalecimiento de la red de vigilancia rumores con enfoque comunitario, el monitoreo de noticias e información transfronteriza y la difusión de mensajes educativos.

Referencias

- Alfonso, I. y Fernández, M. (2020). Comportamiento informacional, infodemia y desinformación durante la pandemia de COVID-19. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, (10), 209-215.
- Barei, S. (2020). Pensar el miedo. Mitos, arte y política. *Estudios*, (43), 45-63.
- Cárdenas, J. y Pineda, N. (2021). La gestión de la comunicación de riesgo a través de Facebook: análisis exploratorio de las estrategias iniciales de 12 gobiernos de América Latina frente a la pandemia de la COVID-19. *Revista de Comunicación*, 20(2), 73-92.
- Cobos, T. (2021). Medios noticiosos y audiencias: una exploración al consumo y a la credibilidad y confianza en estos durante la cuarentena por COVID-19 en Colombia. *Revista de Comunicación*, 20(2), 113-129.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2020). Resolución 01 de 2020. Pandemia y Derechos Humanos en las Américas. Organización de los Estados Americanos. <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf>
- Durán, C., Páez, D. y García, C. (2021). Redes sociales y emprendimiento en tiempos de COVID-19: Experiencia de Ocaña – Colombia. *Revista de Ciencias Sociales*, 26(4), 94-107.
- Garcés-Prettel, M., Navarro-Díaz, L., Jaramillo-Echeverri, L. y Santoya-Montes, Y. (2021). Representaciones sociales de la recepción mediática durante la cuarentena por la COVID-19 en Colombia: entre mensajes y significados. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(2), 1-14.
- Giraldo, G., Gómez, M. y Giraldo, C. (2021). COVID-19 y uso de redes sociales virtuales en educación médica. *Educación Médica*, (22), 273-277.
- Gómez-Córdoba, A., Arévalo, S., Bernal, D. y Rosero, D. (2020). El derecho a la protección de datos personales, tecnologías digitales y pandemia por COVID-19 en Colombia. *Revista Bioética y Derecho*, (50), 271-294.
- González, G., Diez, M. y Ortiz, G. (2022). Prácticas periodísticas en tiempos de pandemia de coronavirus. Un estudio comparado entre Chile y Colombia (195-213). *Revista de Comunicación*, 21(1), 195-213.
- Koziner, N. (2015). El framing: un programa de investigación para el estudio de las comunicaciones mediáticas. *Animus. Revista Interamericana de Comunicação Midiática*, 14(28), 22-45.
- McCombs, M. (2006). Estableciendo la agenda. El impacto de los medios en la opinión pública y en el conocimiento. Paidós.
- Mejía, C., Rodríguez-Alarcón, F., Garay-Ríos, L., Guadalupe, M., Moreno, A., Huaytan-Rojas, K., Huancahuari-Ñañacc, N., Julca-Gonzales, A., Álvarez, C., Choque-Vargas, J. y Curioso, H. (2020). Percepción de miedo o exageración que transmiten los medios de comunicación en la población peruana durante la pandemia de

- la COVID-19. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 39(2), 1-20.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Colombia es pionero en transformación digital del sector salud. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-es-pionero-en-transformacio-digital-del-sector-salud.aspx>
- Navarro-Díaz, L. (2017). Palenque: comunicación, territorio y resistencia. Ediciones Uninorte.
- Navarro-Díaz, L. (2016). Entre esferas públicas y ciudadanías: las teorías de Arendt, Habermas y Mouffe aplicadas a la comunicación para el cambio social. Ediciones Uninorte.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2015). La comunicación de riesgo: preguntas frecuentes. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11400:la-comunicacion-de-riesgo-preguntas-frecuentes&Itemid=41610&lang=es#gsc.tab=0
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). Comunicación de riesgos y participación comunitaria para la localización de contactos en el contexto de la COVID-19. Orientaciones provisionales. OPS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Comunicación de riesgos y participación comunitaria (RCCE) en la preparación y respuesta frente al nuevo coronavirus de 2019 (2019-nCoV). Orientaciones provisionales. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Comunicación de riesgos y participación comunitaria. Plantilla de planificación. OMS.
- Ortega, D. (2020). Sistematización de experiencias de atención psicosocial virtual durante la emergencia sanitaria generada por el COVID-19 en la Costa Caribe. Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos (GIFMM).
- Pérez-Dasilva, J., Meso-Ayerdi, K. y Mendiguren-Galdospín, T. (2020). Fake news y coronavirus: detección de los principales actores y tendencias a través del análisis de las conversaciones en Twitter. *El profesional de la información*, 29 (3). <https://doi.org/10.3145/epi.2020.may.08>
- Pior, H. (2020). Comunicación pública de riesgo en tiempos de pandemia: las respuestas de Portugal a la COVID-19. *Más Poder Local*, (41), 6-11.
- Riorda, M. (2011). Gestionando certidumbres: la comunicación de crisis no es comunicación gubernamental, electoral ni de riesgo. En L. Elizalde, D. Fernández y M. Riorda (eds.). *La construcción del disenso: la comunicación gubernamental en problemas* (pp. 7-44). La Crujía.
- Rodríguez, C., González, J. y Zambrano, L. (2022). Explorando el consumo de noticias, la confianza y la desinformación durante el COVID-19 en Colombia: una mirada hacia la Generación Z. *Ámbitos. Revista Internacional de Comunicación*, (58), 145-165.
- Salaverría R, Buslón N, López-Pan F, León B, López-Goñi I, Erviti MC. (2020). Desinformación en tiempos de pandemia: tipología de los bulos sobre la COVID-19. *Profesional de la Información*, 29(3).

- Shah, S., Shah, A., Memonet. F., Ahmad, A. y Soomro, A. (2021). Aprendizaje en línea durante la pandemia de COVID-19: aplicación de la teoría de la autodeterminación en la 'nueva normalidad'. *Revista de Psicodidáctica*, (26), 169-178.
- Urquijo, L., Valderrama, J., Arango, J., Aguirre, G., Toro, J., Campbell, J. y Veillard, J. (2022). Evaluación de las capacidades de preparación y respuesta ante futuras pandemias y emergencias en salud pública. *The World Bank Group*.

Experiencia 7.1

Igualdad de género e inclusión social para acciones de prevención y vacunación COVID-19

Relatado por: Pilar Otero Galindo

USAID, a través de su Programa Comunidades Saludables, apoyó al gobierno colombiano y las partes interesadas locales para fortalecer el sistema general de salud colombiano para la integración de la población migrante venezolana, población retornada y de acogida dentro el sistema de salud y hacer del mismo –en general– más resiliente a posibles contingencias. Para el año 2024 el programa proyecta haber generado capacidades técnicas, operativas y de gestión sostenibles para el fortalecimiento de la gobernanza, promoción del financiamiento, acceso a la prestación de servicios y respuesta a emergencias, incorporando los enfoques de igualdad de género e inclusión social (IGIS) que impactarán de manera positiva en el mejoramiento de la calidad de vida de la población migrante venezolana y de las comunidades receptoras de los territorios priorizados.

Los enfoques IGIS se llevan a cabo dentro de los cuatro componentes del programa, entre ellos, el componente cuatro: «Fortalecer la resiliencia del sistema de salud

para responder ante emergencias actuales y futuras, incluyendo la pandemia de la COVID-19», que inició en agosto de 2020 con el apoyo a las capacidades del MSPS y de las secretarías de salud para la identificación de los casos y las cadenas de transmisión de virus SARS-CoV-2. Lo anterior, a través de la promoción de las medidas sanitarias, seguimiento telefónico a los casos en aislamiento, socialización de lineamientos para la aplicación de la cuarentena, prevención, vigilancia y control para el manejo de la COVID-19, encausadas en mitigar la propagación y fortalecer la capacidad la respuesta de los prestadores de salud y aseguradores en 34 territorios del país. En mayo de 2021 se apoyó el fortalecimiento de capacidades para implementar el PNV con equipos de apoyo a la microgestión, comunicación y entrenamiento para formación de formadores en 19 territorios del país.

Se realizó una jornada de pausa y reflexión con el objetivo de analizar e identificar las buenas prácticas y lecciones aprendidas en términos de igualdad de



Foto 92. Correría San José de Guaina, búsqueda Activa COVID-19

género e inclusión social frente al desarrollo de las acciones de respuesta en vigilancia y vacunación contra la COVID-19. Se aplicó una metodología de corte cualitativo a los integrantes de 10 equipos territoriales de respuesta rápida y 19 equipos de apoyo a la gestión del plan nacional de vacunación contra la COVID-19. Se escucharon sus reflexiones sobre las buenas prácticas y lecciones aprendidas en el desarrollo de las actividades de respuesta y prevención de la COVID-19, con enfoque de igualdad de género e inclusión social durante agosto 2020 y septiembre de 2021, con miras en su sostenibilidad. Se utilizaron las siguientes preguntas orientadoras:

1. ¿Qué acciones desarrollaron con enfoque IGIS en su trabajo?
2. ¿Qué factores considera que ayudaron/posibilitaron una efectiva integración del enfoque IGIS?

3. ¿Qué factores considera que limitaron/redujeron la efectiva integración del enfoque IGIS?
4. ¿Cuáles son los principales retos para la integración efectiva del enfoque de igualdad de género e inclusión social en el trabajo sobre COVID-19 con población migrante y comunidades de acogida?

Se identificaron los siguientes hallazgos relacionados con la pandemia COVID-19:

1. Se incrementaron los casos de discriminación y xenofobia por parte del personal de salud hacia la población migrante, así como también se incrementaron los casos de Violencias Basadas en Género (VBG).
2. La principal barrera observada cuando inició el plan nacional de vacunación contra la COVID-19 fue el agotamiento del personal de salud por la sobrecarga de trabajo. Otra fue la falta de recursos financieros y talento humano con experiencia en vacunación.
3. La desinformación de la población migrante sobre cómo acceder al sistema de seguridad social en salud y a las medidas para prevenir y atender adecuadamente la COVID-19.

A partir del proceso vivido por los equipos territoriales durante la planificación e implementación de las intervenciones y actividades de respuesta y prevención de la COVID-19, con enfoque de igualdad de género e inclusión social, se identificaron 8 lecciones aprendidas, estas son:

- Contexto y localización geográfica de la población migrante: comprender el contexto de violencia en los territorios o la posibilidad de presencia de actores armados ilegales relacionados con el conflicto armado en Colombia en el marco de las jornadas de formación, oferta de servicios y vacunación, permite tomar las medidas adecuadas para reducir los peligros a los que pueda enfrentarse la población y el talento humano en salud. Por ejemplo, en los casos donde se presuman dificultades de este tipo, pero existan las condiciones de seguridad para los equipos, ingresar a los territorios con un acompañamiento de las entidades territoriales y realizar las jornadas sin mayor indagación sobre datos personales, permitirá el cumplimiento del objetivo de prevención y vacunación, al margen de las tensiones propias que generan estas dinámicas de violencia.



Foto 93. Vacunación COVID-19, Ranchería Currillamana, Riohacha

La identificación geográfica de la población fue esencial para atenderla y lograr que las acciones y servicios estén ubicados en los lugares donde residen. Esto permite mejorar el alcance de actividades de comunicación, formación, prevención y las jornadas de vacunación. Requiere la movilización y adaptación de los equipos para llegar a los lugares para realizar búsqueda activa de la COVID-19 en conglomerados (personas migrantes, corredores viales para la población migrante «caminante», indígenas, personas privadas de la libertad, escolares, hogares geriátricos) y diseño de rutas de atención en conglomerados (instituciones educativas), y así maximizar los resultados de los esfuerzos que realicen los equipos. Dos ejemplos son: a. Articulación con el grupo de líder de población migrantes a partir del listado de sus bases de datos, aprovechando encuentros entre grupos ya definidos. B. Articulación con organizaciones sociales para abordar madres comunitarias por comunas en el territorio para recibir sensibilización en vacunación contra la COVID-19.

- Información: contar con los datos sobre el comportamiento de la COVID-19 y dosis de vacunas aplicadas en la población migrante que ha tenido este virus, desagregada por sexo, edad, discapacidad, pertenencia étnica y orientación sexual, permite tener una mejor focalización y ahorrar esfuerzos al llegar a los lugares donde más se necesitan las acciones.
- Articulación: trabajar de manera articulada y alineada con organizaciones sociales, gestores de los territorios, líderes y lideresas

comunitarias o de grupos minoritarios, centros de atención a la población migrante (articulados con las entidades territoriales) y espacios formales de participación que agrupan diferentes grupos poblacionales (por ejemplo, mesas o comités de población sexualmente diversa, población con discapacidad, víctimas del conflicto, pueblos étnicos, etc.), así como con instituciones públicas de diferentes sectores (Migración Colombia y secretarías de integración social o bienestar social), permitió fortalecer el desarrollo de capacidades en las comunidades, por ejemplo, en la promoción de procesos de vacunación. Entre estas las jornadas de vacunación que se realizaron a través de campañas integrales de salud y ofertas intersectoriales, en articulación con otras organizaciones. En Arauca, por ejemplo, antes de llegar a las comunidades, todas las acciones se articularon con el PAI; y en Buenaventura se realizó sensibilización a docentes y a alumnos en instituciones educativas.

- Desarrollo de capacidades del talento humano en salud: el fortalecimiento de capacidades de los profesionales de la salud, especialmente en los municipios que manejan población indígena, bajo las directrices de adecuación del componente etnocultural para la prevención de infecciones respiratorias agudas incluyendo la COVID-19, fue necesario para incluir los saberes y conocimientos de las etnias en el abordaje de enfoque diferencial. Esto favoreció el entrenamiento de sabedores y sabedoras,

médicos tradicionales y promotores para la formación desde una mirada de derechos en los esquemas de vacunación, desmitificación del proceso y aceptación en la comunidad. Esto permitió fortalecer los resultados en salud de la población migrante incluyendo el enfoque de igualdad de género e inclusión social.

- Información clara y accesible: entregar la información completa sobre los objetivos de las intervenciones es fundamental. También, visibilizar con claridad la información de los actores que cooperan en el territorio, con independencia o en articulación. Por ejemplo, las jornadas de afiliación y oferta de servicios que se realizan con Migración Colombia que permite sumar esfuerzos bajo objetivos comunes intersectorial. Es necesario desarrollar materiales pedagógicos incluyentes para que los ERR y COVID-19 puedan desarrollar sus actividades sin barreras de comunicación, por ejemplo, entregar materiales adaptados y conocer el lenguaje de señas para lograr la inclusión de población con discapacidad visual y auditiva.
- Contar con un portafolio de contenidos o actividades estándar claramente adaptadas para cada grupo poblacional permite atender sus necesidades particulares y los retos en términos de comunicación. Por ejemplo, herramientas para la comunicación con las personas con discapacidad auditiva, donde las charlas de prevención sean brindadas por profesionales

que conozcan el lenguaje de señas.

- Logística: incorporar en las jornadas de información y vacunación elementos como lavamanos, acceso a gel, bebederos y suministro de refrigerio, particularmente para niños y niñas, superando las condiciones particulares de vulnerabilidad en las que se encuentra la población migrante y algunos grupos poblacionales como las comunidades indígenas. Poder ubicar los puestos o centro de atención o vacunación en función al mejor acceso geográfico de las personas. Es decir, revisar las facilidades de transporte para la población que debe movilizarse para asistir a estos lugares.
- Participación activa de la comunidad: las actividades de diálogos de saberes y escucha utilizadas antes de comenzar cualquier intervención en salud permitió que los espacios de intercambio fueran exitosos, ya que se genera confianza para que las personas puedan expresar sus sentimientos, planteamientos e inquietudes, por ejemplo, frente a la situación de la pandemia. Esto facilitó la promoción de la educación comunitaria en salud en la comunidad y sensibilizó la población migrante para que tomaran conciencia del entorno cercano y de cómo poder promover las estrategias de prevención y vacunación contra la COVID-19 en este conglomerado humano.
- Trabajo con grupos étnicos: es fundamental contar con talento humano conocedor de los derechos humanos, ciudadanos y sobre el abordaje en el enfoque diferencial. De igual manera, contar con mecanismos para acceder a las comunidades indígenas, como procesos de sensibilización y concertación con sus líderes y lideresas o autoridades tradicionales en los resguardos, permite generar confianza en los profesionales y por ende mejorar los resultados en salud en las poblaciones. Fue clave el enfoque diferencial durante los diálogos para la comprensión de necesidades de la población indígena. Facilitó la entrada a las comunidades y la participación en espacios colectivos como las asambleas para presentar la información. De igual forma, fue clave la integración de las jornadas de vacunación con campañas de salud, en especial en comunidades rurales, para atender las necesidades múltiples en salud de las comunidades indígenas. En el proceso de apoyo a la población afrocolombiana existen procesos más ágiles que amerita una lectura a profundidad de esta diferencia.

Dentro de los mecanismos de identificación de la población étnica, los equipos mencionan que ha funcionado la georreferenciación de familias que habitan territorios aislados por medio de las instituciones de salud con EPS e IPS. El diálogo de saberes y la búsqueda de estrategias de concertación cultural, acompañadas de la eliminación de cualquier forma de discriminación o uso de lenguaje inapropiado con las comunidades es fundamental para lograr que las comunidades comprendan la importancia de la prevención y la vacunación es central. Lo anterior

incluye hacer todo lo posible por difundir la información en el idioma ancestral, resolviendo dudas y aclarando mitos. Es importante el acompañamiento de profesionales como antropólogos o sociólogos para la comunicación y mediación con la comunidad.

Los aspectos que, según los entrevistados, hubiesen podido ser mejores:

- Tener un mejor enfoque hacia la población LGTBIQ+ en materia de caracterización de necesidades en salud y articulación de oferta intersectorial.
- Que los equipos cuenten con capacitación sobre el enfoque de igualdad de género e inclusión social para integrarlo a los conocimientos en salud y así abordar de mejor manera a las comunidades.
- Promocionar en los hombres un curso de cuidado en casa de personas enfermas.

Logros significativos de la experiencia:

- Promover el diálogo de saberes: promover el intercambio de conocimientos en las comunidades y los espacios de escucha son fundamentales para lograr ese diálogo, partiendo de los conocimientos y necesidades propias de cada comunidad, respetando sus diferencias culturales, saberes propios y autonomía, permite lograr intervenciones exitosas de salud.
- Trabajo articulado con organizaciones sociales, gestores territoriales o líderes y lideresas comunitarias: trabajar de manera articulada y alineada con actores que generen confianza en la comunidad permite lograr un verdadero desarrollo de capacidades que mejore los resultados en salud a través de diferentes intervenciones de salud pública como, por ejemplo, la promoción de procesos de vacunación contra la COVID-19, y además permite llegar de forma más efectiva a las comunidades. Concertar con los líderes y lideresas de las comunidades indígenas y tener promotores indígenas de salud favorece los procesos con población indígena.
- Caracterización de la población migrante: identificar a la población migrante, empezando por reconocer su contexto y ubicación para el encuadre de las estrategias de salud pública, permite mejorar el alcance de los procesos de formación para la promoción de prácticas saludables, prevención de la COVID-19 y el acceso a las jornadas de vacunación. También es útil llegar a lugares como hogares geriátricos o cárceles e identificar cuánta población migrante se encuentra allí.
- Información clara, accesible y adaptada a los contextos: la entrega de información sobre prevención y jornadas de vacunación en población migrante, con claridad sobre el objetivo de la intervención, en el idioma o mecanismo idóneo según las necesidades particulares, y aclarando la independencia de los servicios de salud en relación con otras instituciones, por ejemplo, Migración Colombia, la



Foto 94. Mesa técnica de gestión migratoria municipal. Alcaldía de Necoclí

*Fotografía tomada posterior al retiro de medidas de protección

- entidad encargada del control migratorio, permite reducir el temor de la población migrante de que su información personal se filtre con otras entidades y que esto les pueda llevar a la detención o deportación.
- Analizar el contexto del territorio: comprender el contexto social en los territorios, por ejemplo, conociendo la posibilidad de presencia de actores armados ilegales, no solo por la seguridad del equipo, sino también para la identificación de estrategias que permitan prestar servicios de salud a la población, manejando mejor las dinámicas de violencia que les afectan, permite realizar jornadas de formación y vacunación exitosas y reducir el riesgo de que la población migrante sea víctima de explotación laboral o sexual por parte de bandas criminales.

Recuadro de síntesis de la principal lección aprendida y recomendación:

- Contar con la integración del enfoque IGIS desde el propio diseño del programa se refleja en los planes de trabajo de los equipos, lo que permite que las intervenciones sean inclusivas pensando en cambios estructurales y no de corto plazo.
- Promover la articulación con organizaciones sociales para fortalecer el desarrollo de capacidades en las comunidades.
- Partir de las necesidades específicas de las comunidades para la elaboración de contenidos y actividades que atiendan las particularidades de cada grupo poblacional y los retos en términos de comunicación. Por ejemplo, herramientas para la comunicación con las personas con discapacidad auditiva, donde las charlas de prevención sean brindadas por profesionales que conozcan el lenguaje de señas.

Agradecimientos al equipo técnico del Programa Comunidades Saludables de USAID.

Experiencia 7.2

KOOWI-19 sulu`u summain wayuu: Sünüikimaajatü jieyuu e`innalii süchiki shipia ayuuli sulu`u mma aralia (süchimma- wajiira) COVID-19 en el pueblo wayuu: palabras de mujeres tejedoras de salud en la ranchería El Ahumao, Riohacha, La Guajira

Relatado por: Luis Ricardo Navarro D.

La ranchería El Ahumao es un asentamiento de la región caribe de Colombia que se encuentra localizada en el Distrito Turístico de Riohacha, departamento de La Guajira, frontera con Venezuela. La ranchería está conformada por 107 familias de la comunidad étnica wayuu; una parte se asienta en Venezuela y otra en Colombia. Se dedican a la elaboración de artesanías, cuidado de animales domésticos y pesca. La comunidad apropia significativas riquezas culturales que identifica a los wayuu, como la cosmovisión, usos y costumbres ancestrales.

En la tradición wayuu, la comunidad no tiene fronteras y el enfoque está centrado en que la comunidad migrante y nómada se asume como igual a partir de la condición humana. Por tanto, también es receptora permanente, antes y durante la crisis venezolana y la emergencia sanitaria producida por la COVID-19.

La comunidad wayuu sustenta que la experiencia en el manejo de la emergencia sanitaria generada por la COVID-19 fue significativa e identifican cinco elementos claves de éxito, estos son:

1. El contexto oral comunitario-tradicional de la comunidad étnica wayuu.

En febrero de 2020, un mes antes de la declaración de la emergencia sanitaria llega la noticia que a la ranchería El Ahumao llega una enfermedad a través de un sueño originado y vivido por una sabedora mayor, que vive en la Alta Guajira (Uribia). Para la comunidad, el *«el sueño es sagrado para el ser y la cosmología wayuu, y avisa sobre lo que va a ocurrir en el futuro o en el presente a través de manifestaciones de espíritus de los ancestros ya fallecidos»* (Mujer wayuu, entrevista, febrero de 2023).

2. El sueño como el punto de partida de estrategia para enfrentar la emergencia producida por la COVID-19.

La información recibida en el sueño fue compartida por los nietos de la sabedora en audio a través de las redes sociales (WhatsApp) a todo el pueblo wayuu. La información se hizo viral en los territorios. El mensaje informaba sobre la llegada de una enfermedad mortal para todo el planeta.

En la ranchería El Ahumao la gente lo creyó y se iniciaron los preparativos para la contención del virus. De inmediato, se convocó a niños, niñas, adultos, mayores y mayores. Es decir, a toda la comunidad. A través del círculo de la palabra reafirmaron sus creencias en los sueños. La base de la vida wayuu es el sueño. Sin sueño no hay planes, proyecto o acciones. *«Nosotros creemos en el sueño, para nosotros los wayuu, el sueño es algo que avisa qué es lo que va a pasar»* (Mujer wayuu, entrevista realizada, febrero de 2023).

Cuando la información de la pandemia empezó a difundirse por medios de comunicación masiva de todo el mundo y por redes sociales, la comunidad sintió miedo. Ante ello, se decidió realizar un baño por la piache o médica tradicional a todas las personas de la comunidad, en especial a los niños y niñas. Era un baño con plantas medicinales (malambo y vija), usando el procedimiento de rayado y el rezo, para obtener la protección y el poder medicinal de la planta. Se realiza a las tres de la madrugada en el mar acompañado de la Yonna, que es la danza tradicional obligatoria.

Este ritual se hace normalmente en el mes de diciembre para que los niños y niñas no enfermen en el siguiente año, pero en este caso la tradición se amplió a toda la comunidad. En el sueño, la sabedora recibió el mensaje de hacerlo como indicio de protección para todos en la comunidad. Una vez efectuado el baño, la comunidad compartió comida y bebida tradicional, chirrinchi.

El piache sopla chirrinchi con su boca en el cuerpo de la persona que va a proteger para que el espíritu pueda actuar. *«Al momento de hacer el ritual las personas que saben hacerlo se sientan y hablan con las plantas con el objetivo de que ellas puedan generar la mayor protección y cuiden a las personas»* (Mujer wayuu, entrevista realizada, febrero de 2023). Según la comunidad esto trajo como consecuencia que la enfermedad impactara de forma leve en las personas, pero ante todo cero muertos. Según las mujeres consultadas, hasta la fecha no se tienen muertos registrados asociados a la COVID-19.

Las plantas fueron utilizadas para baños y para el lavado permanente de manos. El agua de los tanques de reserva fue mezclada con las plantas medicinales como eucalipto, malambo, sábila y verbena. En cuanto a la pesca, muchos

tuvieron miedo de comer alimentos de mar como el pescado porque decían que los que habían fallecido en otras partes del mundo los tiraban en el mar y podía existir contaminación. En medio de una dinámica económica paralizada, las ayudas del Estado llegaban mensual, tanto para la primera infancia como para el resto de la comunidad. Solo un representante por familia reclamaba la ayuda para evitar aglomeración en la comunidad.

3. Una estrategia basada en la cosmología, la naturaleza y la medicina tradicional del pueblo wayuu.

Para los wayuu hay una estrecha relación entre la naturaleza y el ser wayuu. La naturaleza contiene a la primera generación de seres vivos, las plantas, y son los médicos tradicionales quienes conocen a profundidad la naturaleza. Y por ello, esta fue la principal fortaleza que tenía la comunidad para combatir la COVID-19.

De igual forma, el viento y el sol fueron elementos claves para la protección de la comunidad ante el virus. El viento hace parte del entorno natural y el contexto cultural wayuu. *«El viento, así como trae las enfermedades, así mismo se las lleva a través de su fuerza»* (Mujer wayuu, comunicación personal, 2023). Por su parte, el sol según la costumbre wayuu cumple la función de quemar la enfermedad. *«Cuando está el sol caliente y la persona tiene tos, entonces debe expulsar de su cuerpo con el fin de que el sol queme la enfermedad. El aire y el viento cumplen la función de llevarse la enfermedad»* (Mujer wayuu, entrevista realizada, febrero de 2023).

El sol se asume como parte fundamental de la vida cotidiana de cada una de las personas que hacen parte de la comunidad. Para las mujeres sabedoras, cuanto más caliente sea el sol es mucho mejor para efectos de combatir este tipo de enfermedades. *«Por eso que el wayuu poco se enferma, el sol hace más fuerte su organismo y su mente, el sol está presente en su vida cotidiana y productiva (buscar leña, pescar, cazar, pastorear, etc.). La fortaleza proviene de la relación entre el sol, el mar y el viento»* (Mujer wayuu, entrevista realizada, febrero de 2023).

El sueño, el baño, la danza, el viento, el sol, el agua y la palabra hicieron parte de la estrategia del pueblo wayuu para enfrentar de manera complementaria a la COVID-19. Estos elementos fueron vitales para la protección de la comunidad frente a la agresividad del virus. De hecho, la comunidad manifiesta que el mar fue uno de los principales aliados para resistir a la COVID-19. *«El agua de mar, salada, combate enfermedades, combate malas energías, el mar es muy representativo para nosotros y sus aguas son útiles para hacer baños saludables que renuevan el organismo y la vida del ser humano»*.

4. El cuidado y la llegada de las vacunas a la ranchería El Ahumao.

Al principio ninguna de las personas que hace parte de la comunidad manifestaba intención de vincularse al

grupo de voluntariado. Luego, cinco mujeres wayuu empoderadas, lideresas y educadoras se formaron como promotoras de salud e impulsaron los procesos para mantener el equilibrio del tejido social durante la emergencia, la estabilidad de la salud mental de los nativos y el constante mejoramiento de los indicadores de salud durante el tiempo de la COVID-19.

Estas mujeres se organizaron como voluntarias para que la comunidad no muriera y en alianza con el «Proyecto prevención y preparación WASH y salud con enfoque en los indígenas wayuu de Malteser Internacional y USAID en el municipio de Riohacha en el contexto del COVID-19» en la comunidad Ahumao, se convirtieron en las protectoras y educadoras sobre la COVID-19.

El miedo y la incertidumbre imperaban en el territorio. Las mujeres de la comunidad se ofrecieron como voluntarias para iniciar el proceso. *«No hay más nadie que pueda conocer mejor nuestra comunidad que nosotras mismas. Sabemos las falencias de cada familia, sus condiciones y necesidades»* (Mujer wayuu, entrevista realizada, febrero de, 2023).

La primera preocupación estuvo relacionada con la dotación de protección, mascarilla, jabón, cloro, implementos de aseo, principalmente alcohol, para enfrentar el virus en la calle y para atender a la gente en sus casas. La rutina de las mujeres voluntarias consistía en visitar casa por casa con el fin de informar, atender y canalizar ante los profesionales correspondientes los estados de salud, las necesidades y seguimiento de la gente. Su principal función fue sensibilizar, dialogar

y escuchar a la gente. A cada familia le enseñaron de qué forma debía lavarse las manos y utilizar los implementos de higiene y protección.

Dado que en esta región de Colombia no hay sistemas de saneamiento básico construidos, el agua llegaba al territorio a través de carro tanque. El agua fue distribuida de forma equitativa entre todas las familias de la ranchería. *«A cada familia se le daban sus dos baldecitos para su uso»* (Mujer, entrevista, febrero de 2023). El grupo de mujeres voluntarias asumió un múltiple rol constituido por acciones de intervención relacionadas con diversos campos del conocimiento.

En tiempo de pandemia se cuidó más y se gestionó más el agua. Para los wayuu el agua es un recurso muy escaso y significa fertilidad y vida. Juyá (Dios de las lluvias) es el padre y la madre, es la tierra. En la comunidad se repartían tres canecas de 20 litros de



Foto 95. Promoción lavado de manos, Ranchería el Ahumao

agua por familia, una para el uso de la cocina, otra para el lavado de manos y otra para el consumo humano. La Fundación Master Internacional y USAID, enviaban cada quince días un camión de agua. Antes de la pandemia la comunidad discutía por el agua, pero con los procesos educativos y organizaciones comunitarias se logró la estabilidad y la armonía.

La implementación de las estrategias exigió tiempo de formación en las mujeres voluntarias. Los procesos formativos fueron ofrecidos por un grupo interdisciplinario constituido por profesionales en medicina, psicología, enfermería y trabajo social. Este tipo de formación fue combinada con la proporcionada por la médica tradicional. En resumen, se combinó la medicina del pueblo wayuu con los protocolos de la medicina arijuña (foráneo).

Teniendo en cuenta que muchas personas en la comunidad no manejan el español, las mujeres promotoras wayuu utilizaron la lengua wayuunaiki para transmitir los mensajes relacionados con la crisis sanitaria. Esto implicó la traducción de todos los materiales proporcionados por el proyecto del voluntariado a la lengua nativa. Las visitas a las casas evidenciaron el aumento del uso de la medicina tradicional, las plantas, bebidas calientes y rezos. «*Con esto no llegamos a enfermarnos, aquí nadie se enfermó*» (Mujer wayuu, entrevista realizada, febrero de 2023).

Cuando llegaron las medidas de confinamiento nacional, la ranchería ya lo vivía con anticipación. El territorio facilitaba aplicar el aislamiento y la

comunidad lo respetaba. La vía de acceso desde la carretera troncal del caribe hasta la ranchería fue cerrada. Eran pocos los miembros de la comunidad que salían al contacto al exterior, lo que trajo consigo pocos contagios. La práctica cotidiana para salir y entrar al territorio implicaba el lavado de manos con agua y jabón y el cambio de ropa, así como el baño con plantas tradicionales.

Para que la comunidad creyera en las disposiciones de salud occidentales se implementaron concursos de lavado de manos e higiene general otorgando premios como elementos complementarios de aseo. La traducción de materiales y orientaciones institucionales fue muy importante. A la ranchería solo ingresaban personas que hacían parte de la comunidad y los profesionales de la salud. Esta fue una determinación basada en el principio constitucional de autonomía y jurisdicción especial de los pueblos indígenas de Colombia.

El proceso de vacunación llegó a través de las Instituciones Prestadoras de Salud del Estado. Por su parte, la OIM capacitó durante tres meses a cinco mujeres de la comunidad para ser multiplicadoras y promotoras para la prevención, cuidado y el fortalecimiento de la higiene. A este proceso también se vinculó el hospital Nuestra Señora de Los Remedios de Riohacha. Al principio, la gente no quería aplicarse la vacuna por relacionarla con una causal de muerte y deterioro de la comunidad.

Se realizó un proceso lento centrado en dimensiones pedagógicas con adecuación a la lengua nativa y en

estrategias de sensibilización para la vacunación, acudiendo a la voz a voz y al círculo de la palabra. «*La gente veía los carros de los equipos de salud y vacunación, y todo el mundo se encerraba en sus casas. ‘Vacúñense ustedes primero para ver qué sucede’, nos decía la comunidad. Las personas adultas mayores fueron más complicadas de convencer para que se aplicaran la vacuna*» (Mujer wayuu, entrevista, febrero de 2023).

La primera en recibir la aplicación de la vacuna fue una mujer. Este momento fue público, ante toda la comunidad. Posteriormente, lo hizo el resto del equipo de promotoras de salud de la comunidad, seguidas por las autoridades tradicionales. Luego fueron llegando los demás. Hoy en día el 90 % de la comunidad se encuentra vacunada. Este proceso evidencia la fortaleza organizacional del tejido social y el respeto y protección de los usos y costumbres de la comunidad de la ranchería El Ahumao.

Las personas que enfermaron pertenecientes a la comunidad desarrollaban su vida en la ciudad de Riohacha en donde los cuidados fueron otros. La comunidad atribuye descuido en las medidas de protección frente al contagio que había en la ciudad lo cual generó un colapso en el sistema de salud y altos índices de letalidad. Ante ello se ancló la idea en el territorio asociada con la negativa de acudir al centro de salud o al hospital. «*Cuando enferme de gripa o tenga algún malestar no me lleven al hospital, porque si me llevan al hospital me matan*» (Mujer wayuu, entrevista, febrero de, 2023). Ante esta postura, muchas personas wayuu trataron la enfermedad en sus casas a través de plantas medicinales obteniendo resultados positivos.

5. El proceso educativo en contextos de la COVID-19 en la ranchería El Ahumao.

A partir del 16 de marzo de 2020 el proceso educativo comunitario que dialoga entre las prácticas, cosmologías y costumbres ancestrales cambió. Con el paso de los días fueron llegando ayudas de organizaciones internacionales y nacionales para proteger la salud. Directrices como la eliminación de la educación presencial fueron acogidas por la comunidad. Varias de las profesoras de la escuela de la ranchería vivían en Riohacha, lo que les hacía blanco de críticas y separación, distanciamiento y estigmatización por parte de la comunidad frente a la posibilidad de contagio.

«Con la emergencia sanitaria cada profesor-etnoeducador tenía que buscar una estrategia para continuar su labor con los estudiantes, de tal forma que pudieran desarrollar sus tareas y proceso educativo. Con el dolor de nuestra alma sabíamos que nuestros niños (as) se iban a atrasar por la pérdida de tiempo. Nosotras sabíamos que la emergencia no iba a ser cuestión de semanas, sino de mes o años». (Mujer wayuu, entrevista, febrero de 2023)

Cada profesora inició un proceso de planeación y búsqueda de estrategias para que la dinámica educativa continuara activa. Diseñaron unas guías de trabajo que contenían el material de estudio, pero también protocolos para la manipulación de los útiles escolares, el uso permanente de tapabocas y el lavado permanente de manos. Las guías fueron un mecanismo para enfrentar la cuarentena y el confinamiento. Las profesoras no se podían trasladar de la ciudad a la ranchería y las redes de internet son muy débiles y de difícil acceso para los estudiantes.

«Decidimos aplicar las actividades casa por casa, niño por niño. En ese momento éramos responsables de nuestra vida y de la de los niños. Al llegar a la comunidad cambiábamos de ropa y nos bañábamos para luego sí poder atender nuestras responsabilidades y al atender a los estudiantes debíamos sentarnos con alcohol en mano respetando las distancias entre nosotros. Todo esto fue casa por casa. Después de esto llegó la virtualidad y hacíamos las clases por celular». (Mujer wayuu, entrevista, febrero de 2023)

De esta forma, se tramitó a través de la Secretaría de Educación y la Alcaldía de Riohacha un permiso de movilización para la entrega presencial de las guías de trabajo en la comunidad. *«Ese permiso nos llegó al correo, nosotras la imprimimos y lo firmamos junto a un consentimiento en donde ellos se liberaban de lo que nos podía pasar. Nosotras asumimos el riesgo por el proceso de aprendizaje de nuestros estudiantes»* (Mujer wayuu, entrevista, febrero de 2023). Una vez en el territorio, las reuniones para entrega de guías y recomendaciones de trabajo con los padres y madres de familia fueron individuales y con cumplimiento estricto de protocolos. La guía era preparada para dos meses de trabajo de los niños y niñas, pero el grupo de profesoras empezó a detectar que el proceso educativo no era desarrollado por los niños y niñas, sino por sus padres y madres.

Se trata de un pueblo milenario que a través de la COVID-19 fortaleció su tejido social como mecanismo de protección y prevención. Como ejemplo se encuentra el retorno al uso de las plantas tradicionales, saber heredado de los ancianos de la comunidad. Volver al uso de las plantas tradicionales significó regresar a la memoria de la comunidad y a la posibilidad del cuidado y preservación del legado propio. *«La COVID-19 también tuvo sus ventajas, dado que nos obligó a volver a recurrir a nuestra madre naturaleza. En la actualidad, después de la COVID, cuando alguien se enferma no es necesario correr al hospital, sino el tratamiento a través de las plantas medicinales»* (Mujer wayuu, entrevista, 2023).

Los aspectos que, según los entrevistados, hubiesen podido ser mejores:

El pueblo wayuu subraya la importancia de fortalecer el intercambio de saberes y para ello el diálogo con la academia, en especial las universidades, debe incentivarse. Este aspecto incidiría en una mejor apropiación social de los saberes y del conocimiento, acudiendo a la comunicación e innovación, por ejemplo, a través de la grabación

de los círculos de la palabra sobre salud comunitaria que se realizan en la comunidad y su difusión mediante la producción de registros sonoros narrativos o formatos pódcast.

Logros significativos de la experiencia:

- La emergencia sanitaria por COVID-19, según lo cuentan en la ranchería El Ahumao, se convirtió en contexto para el fortalecimiento y recuperación de muchos usos y costumbres tradicionales. Es a través del uso de la palabra, asumida como sagrada en el pueblo wayuu, como, en este caso, las mujeres formadas como guardianas de la salud de su comunidad se convirtieron en multiplicadoras de lo aprendido y en protectoras de su comunidad.

Recuadro de síntesis de la principal lección aprendida y recomendación:

- La principal lección aprendida de la experiencia de la ranchería El Ahumao se centró en la posibilidad de fortalecer la respuesta comunitaria de primera línea para prevenir y mitigar las cadenas de contagio contra la COVID-19 a través de la sabiduría de los ancianos, la relación con la naturaleza y las plantas medicinales, la cosmovisión wayuu, una sólida organización social comunitaria y el papel de la mujer, desde su acción empoderada de sus usos y costumbres, protectora, defensora de su pueblo, inspiradora, conciliadora y sabia.
- El conocimiento adquirido a través de los protocolos occidentales armonizados a través del diálogo e intercambio con los saberes tradicionales es la ruta para sumar esfuerzos entre las instituciones y comunidades, generando acciones sostenibles en el tiempo. En la actualidad la estrategia se está utilizando por el grupo de mujeres promotoras de la salud en el territorio.

Agradecimientos al grupo de mujeres voluntarias de la ranchería El Ahumao, Riohacha, La Guajira: Milena Sijona, Katerine Sijona, Erika Uriana, Kelly López, Angélica Coronado Arpuschana, Liliana Coronado Arpuschana, María Coronado Arpuschana, Fidelia Coronado Arpuschana y Noris Epiayú.

Experiencia 7.3

Programa pruebas, rastreo y aislamiento selectivo sostenible en Bucaramanga

Relatado por: Yaneth Herazo Beltrán

El Decreto 1374 del 19 de octubre de 2020 reglamentó el Programa PRASS. En consonancia con lo dispuesto por el MSPS, el municipio de Bucaramanga implementó las acciones y estrategias que buscaron disminuir la velocidad de transmisión de la COVID-19 y lograr la reactivación económica y social del territorio. Las estrategias se aplicaron a toda la población del municipio, sin distinción alguna de grupo étnico, minorías y extranjeros que necesitaron el tamizaje oportuno, seguimiento o aislamiento selectivo y sostenible implementado. En estas, se destaca el carácter intersectorial, comunitario y la participación de instituciones públicas y privadas.

El núcleo de la experiencia fue la vigilancia en salud pública. La Secretaría de Salud y Ambiente (SSA) de Bucaramanga estructuró tres frentes o niveles de acción, a saber: adaptación del programa PRASS, inspección y control a las instituciones y el de vacunación. Los tres se ejecutaron de manera simultánea y articulada. El Programa PRASS asumió, entre otros, como un escenario prioritario a los

colegios y universidades. Por ello, fue fundamental el desarrollo de acciones conjuntas con la Secretaría de Educación. Se generaron circulares donde se explicaba de manera detallada a 47 rectores de instituciones educativas públicas la ruta de acción del Programa PRASS para reportar las posibles alertas tempranas de probables casos de la COVID-19 para la toma de decisiones. Las instituciones educativas se convirtieron en sitios centinela para detectar y notificar de manera oportuna los casos sospechosos, probables y confirmados para activar las alertas de manera temprana.

El programa en Bucaramanga contó con un equipo humano conformado por un coordinador principal y dos profesionales encargados de dinamizar las líneas de acción para la toma de muestras por hisopado nasofaríngeo y pruebas para detección en muestras de saliva, y de búsqueda y seguimiento de los casos confirmados; tuvo apoyo de 14 rastreadores de la UNGRD y 5 de la SSA, y un equipo de respuesta rápida (3 profesionales de salud y un epidemiólogo)

apoyados por USAID, a través de su Programa Comunidades Saludables, entre octubre de 2020 a septiembre de 2022. Entre todos realizaron las actividades de vigilancia, seguimiento y monitoreo que permitió ubicar los posibles contagios e intervenir los conglomerados en toda la ciudad. A fecha de julio de 2021 se habían realizado más de 544 000 pruebas gratuitas por parte de la SSA y a diciembre de 2022 el número total de pruebas fue de 930 537 (Alcaldía de Bucaramanga, 2021).

El coordinador de inspección y control en todas las medidas de bioseguridad (entrevista realizada, marzo de 2023) expresa: «*Hubo un apoyo fuerte de USAID y de la academia, específicamente de la Universidad Industrial de Santander con el programa centinela*». Lo que permitió realizar el seguimiento semanal a la situación del municipio y el análisis comparativo inter e intradepartamental, e identificar los elementos y recursos necesarios para desacelerar los contagios y mantener a la ciudad en los primeros lugares de respuesta. Una profesional en enfermería, funcionaria en la Secretaría de Salud, coordinó el equipo de respuesta inmediata de la SSA ante las alertas tempranas siguiendo los lineamientos del Instituto Nacional de Salud. El equipo de auxiliares de enfermería, entrenados previamente, hacía la verificación de esas alertas, reportadas a través de una línea telefónica gratuita y correo electrónico desde las empresas y la comunidad. Para lo cual, la SSA realizó acciones de sensibilización y comunicación por circulares y medios de comunicación. Informando así, ¿quién?, ¿cómo? y ¿dónde? podían informar los posibles casos a la SSA. Ante un caso positivo, se

activaban acciones para identificar el conglomerado, confirmar los casos y definir la intervención. El equipo de alertas temprana realizaba la toma de muestras según lineamientos del INS.

Este equipo funcionó en articulación con el equipo de rastreadores del Programa PRASS. Este último equipo realizaba las investigaciones epidemiológicas de campo a los casos positivos y efectuaron el seguimiento y monitoreo en la población. Lo anterior se constituyó en una experiencia exitosa dado el trabajo colaborativo entre los equipos de salud. Un elemento diferenciador fue el inicio de la estrategia que atendía el reporte del rumor comunitario como punto de partida para realizar investigaciones de campo y tomar decisiones. El equipo de rastreadores del Programa PRASS fue el encargado de verificar los rumores. Esto permitió consolidar las bases para impulsar la estrategia de vigilancia en salud pública con enfoque comunitario, que el MSPS relanzó en diciembre de 2021.

Los ERR apoyaron a la Secretaría de Salud y Ambiente a entrenar a los líderes y lideresas comunitarias y personas de las comunas (división territorial urbana de la ciudad de Bucaramanga) que voluntariamente participaron. Inicialmente, las personas fueron capacitadas en signos de alarma para la COVID-19, medidas de bioseguridad y las rutas de atención en salud. Un total de 20 líderes y lideresas de las 17 comunas de la ciudad desarrollaron capacidades para lograr que los procesos de vigilancia epidemiológica comunitaria «*fueran más amigables, y la población pudiera acceder al servicio que se había articulado*»

(Líder PRASS del municipio, entrevista realizada, marzo de 2023). Esto permitió el fortalecimiento del tejido social alrededor de los procesos de vigilancia comunitaria, posicionando a la autoridad en salud al servicio de la comunidad, reconociendo sus necesidades y dando solución e involucrando a los miembros de la comunidad. Lo anterior se evidencia en lo expresado durante la entrevista: «*Nuestro alcalde siempre nos orientaba a que, si teníamos un puesto, un punto de vacunación, un punto para hacer en una comunidad, debíamos preguntarnos. 'Qué le sirve a la persona, cómo van a acceder a los puntos de toma de muestras'*» (coordinador de inspección y control en todas las medidas de bioseguridad, entrevista realizada, marzo de 2023).

Para diciembre de 2022 se reportaron en total 141 036



Foto 96. Búsqueda activa comunitaria, ERR- PRASS, Santander

casos positivos con reporte diagnóstico de laboratorio. En el segundo semestre del año 2022 el porcentaje de disponibilidad de camas en las unidades de cuidados intermedios osciló entre 30 % y 71 %, diariamente en la ciudad. El porcentaje de disponibilidad de camas en hospitalización adultos tuvo un comportamiento entre el 16 % y 35 %, al día, según los datos de la red hospitalaria. En cuanto a la disponibilidad de camas en las unidades de cuidados intensivos, osciló entre el 21 % y 37 %, al día. Estos reportes se obtenían todos los días en el CRUE, quienes reportaban a través de correo electrónico a todos los centros hospitalarios de la ciudad y la disponibilidad de las 23 ambulancias de la red en la ciudad.

Uno de los lineamientos entregados por el Programa Nacional de Prevención, Control y Mitigación de las Infecciones Respiratorias Agudas del MSPS que tuvo mucho eco fue el diálogo de saberes con la comunidad para conocer desde sus intereses y necesidades dónde colocar los puntos de ubicación de pruebas, por ejemplo, para facilitar el acceso efectivo y la mayor cobertura de la población. El uso de un instrumento ofimático contribuyó a mejorar los resultados de esta estrategia comunitaria, en medio de la situación emergente que se vivía. Esto permitió el análisis de los datos recolectados, las características basales, las condiciones de salud de las personas y su grupo familiar, permitiendo individualizar cada persona registrada y la toma de decisiones ajustadas a la realidad de la población. Entre los resultados observados se destaca la desaceleración de los contagios, una población mayormente sensibilizada frente a las medidas no terapéuticas como el distanciamiento, el

lavado de manos y el uso del tapabocas, intervención reina en la pandemia. Otro punto clave del éxito fueron los puntos de toma de muestras en los parques de Bucaramanga, medida que ofreció oportunidad a la comunidad. Se realizaban al día hasta 500 pruebas, independiente del tipo de afiliación de la persona, eliminando así las barreras a las personas.

La ciencia de los datos también fue una herramienta esencial para la consecución de resultados positivos de la ciudad. Se realizó articulación entre las Secretarías de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y de Salud, que colocaron a disposición del PRASS todas esas herramientas digitales para georreferenciar las comunas y los posibles conglomerados en tiempo real. Los mapas digitales orientaron la inmersión en los escenarios de mayor exposición para realizar las acciones pertinentes. Otro de los aspectos clave de esta experiencia fue la conformación del equipo humano, el cual contó con expertos en salud pública y epidemiología que direccionaron con métodos, técnicas y acciones las actividades institucionales, comunitarias y poblacionales realizadas. La dinámica de entrenamiento y reentrenamiento que se vivió fue acelerado, se necesitó la actualización permanente en uso de protocolos, lineamientos, guías y normas de bioseguridad que rápidamente surgieron o se actualizaban por parte del MSPS e INS.

La edición de documentos como el Búcaro PRASS (<https://www.bucaramanga.gov.co/tag/prass/>) permitió transversalizar los lineamientos y acciones entregadas por la autoridad sanitaria nacional a todos los funcionarios de la SSA y actores del sistema

en el territorio. Semanalmente se reunía el comité conformado por el equipo de la SSA, las EAPB e IPS de la ciudad bajo la figura de Salas de Análisis de Riesgo, encargadas de analizar, entre otros, el comportamiento de la pandemia, la oportunidad de los reportes por las instituciones, las acciones de respuestas y los resultados que modulaban las decisiones en los siguientes días. Estas salas semanales se realizaron de forma sistemática hasta diciembre de 2022. Lo anterior, lo ejemplariza el líder PRASS Bucaramanga (entrevista realizada, marzo de 2023), quien comenta:

«Tuvo, digamos, que hacer varias veces un alto en el camino y de pronto mirar a ver qué estábamos haciendo y de qué manera deberíamos seguir interviniendo, cada vez que el Ministerio publicaba los ajustes a las normas, tuvimos que empezar a replantearnos las actividades que veníamos realizando».



Foto 97. Adecuación mensajes claves para IRA, Santander

Dada la naturaleza intersectorial de esta experiencia las transformaciones de las estrategias exigían acuerdos permanentes con los diferentes actores involucrados, uno de ellos fue la decisión del gobierno nacional de que las pruebas pasaron a ser responsabilidad exclusiva de las EAPB, para lo cual fue necesario el diálogo permanente. A pesar de esto, el gobierno local tomó la decisión de continuar realizando el ofrecimiento de pruebas en escenarios estratégicos; en este sentido, Bucaramanga logró mantener la toma de muestras (30 de diciembre de 2022) como se venía realizando hasta un año después de la decisión nacional (7 de enero de 2022). Hasta el día de hoy existe un punto para prueba COVID-19 en un parque del municipio.

El Programa PRASS en la ciudad de Bucaramanga orientó la organización de personas, instituciones, recursos y acciones para lograr la disminución de la velocidad de transmisión de la COVID-19, cortar las cadenas de transmisión y limitar el número de casos. Los entrevistados coinciden en que las Salas de Análisis del Riesgo debe estar en la agenda de las secretarías de salud dado la manera acertada en que se toman decisiones colectivas.

Los aspectos que, según los entrevistados, hubiesen podido ser mejores:

Mayor articulación entre el MSPS y la SSA, en relación con la coordinación del equipo de rastreadores suministrados por el MSPS para realizar una búsqueda activa más completa, superar el desabastecimiento de los elementos de protección personal y permitir que los sistemas de información se actualicen más eficientemente. Lo anterior exigió disponer a último momento de los rastreadores de la SSA para suplir el trabajo de campo, lo cual alteraba la logística previamente organizada y socializada.

Logros significativos de la experiencia:

- La disminución del porcentaje de transmisión y el acceso permanente del tamizaje con pruebas para hisopado y muestras de saliva en la población del municipio.
- Implementación de la estrategia de vigilancia con enfoque comunitario que permitió el acercamiento directo a la población, el diálogo de saberes y la canalización a los servicios de salud.
- Implementación de estrategias de georreferenciación con QGIS (Sistema de Información Geográfica de software libre y de código abierto) para el rastreo y categorización teniendo en cuenta los datos del Análisis de Situación de Salud (ASIS) sobre número de habitantes por comunas del municipio. Esta georreferenciación fue categorizada con la matriz propuesta por el Texas Medical Association (TMA) y sus 39 variables expuestas, obteniendo como resultado categorías de riesgo así: 1) bajo, 2) bajo moderado, 3) moderado, 4) moderado alto, 5) alto. De esta manera, los resultados de combinar la matriz con la georreferenciación permitieron priorizar acertadamente la búsqueda activa en campo o comunitaria con

- el equipo de profesionales y logística móvil para tal fin.
- Trabajo conjunto con instituciones y empresas prestadoras de salud para los tamizajes a la población en cada lugar georreferenciado y los acuerdos para la entrega de resultados en el menor tiempo posible.
 - Apoyo de la Policía Nacional a lugares de difícil acceso por situaciones sociales específicas de tal forma que el personal de PRASS estuviese protegido y asegurado.
 - Apoyo biopsicosocial para el personal de salud. El grupo de entrevistados consideró que «*este acompañamiento debe ser tenido en cuenta en futuros eventos*» (líder PRASS Bucaramanga, entrevista realizada, marzo de 2023).

La experiencia ha recibido los siguientes reconocimientos:

- El MSPS reconoce a la Secretaría de Salud por el manejo de la pandemia.
- El Consejo General de Relaciones Industriales y Ciencias del Trabajo de España entregó la Cruz de Distinguidos al señor alcalde de Bucaramanga por el manejo de toda la pandemia.

Recuadro de síntesis de la lección aprendida clave y principal recomendación:

- Un sistema de alertas tempranas fortalecido para identificar en tiempo real necesidades y riesgos en salud pública, con ofrecimiento oportuno de estrategias de prevención.
- La articulación con la academia para el logro de los objetivos. Entre los aportes de la Universidad Industrial de Santander estuvo la toma de muestra de saliva utilizada por el equipo PRASS.
- El programa centinela para la búsqueda activa en 47 escuelas públicas de la ciudad estuvo también articulado con la academia. La implementación de una dinámica sistemática como la realización de las pruebas y ante un caso positivo se iniciaba de manera inmediata el abordaje, sea de aislamiento, definición de los cercos epidemiológicos y atención médica en casa u hospitalaria.

Agradecimientos: nuestros agradecimientos al equipo PRASS Bucaramanga por su participación en esta entrevista: Nancy Cañón Meza, secretaria de salud y ambiente de Bucaramanga; Laura Milena Parra Prada, subsecretaria del despacho; Guido Marcelo Rincón Arévalo, líder del PRASS del municipio; Edgar Martínez Rosado, coordinador de inspección y control en todas las medidas de bioseguridad; Jennifer Rojas Rodas, microbióloga sección de pruebas de la estrategia; Karen Johanna Villabona Patiño, enfermera jefe sección de rastreo y seguimiento de la estrategia; Natalia Carrillo Ramírez, enfermera jefe, coordinadora del equipo de vigilancia COVID-19 ISABU-SSAB.

Los entrevistados agradecen la colaboración recibida para la implementación y funcionamiento del Programa PRASS en Bucaramanga, en especial reconocimiento por sus aportes a USAID, OIM, Sinergia, Projection, Neurotrauma, Medical Teams y H.C. Medical.

Experiencia 7.4

Conformación y estructuración de la Sala de Análisis de Riesgo en Salud, Leticia, Amazonas

Relatado por: Yaneth Herazo Beltrán

El departamento de Amazonas está ubicado en el extremo sur del territorio colombiano, cuenta con una gran diversidad animal, vegetal, cultural y étnica, con un 57,7 % de población indígena (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). En noviembre de 2019 la Secretaría Departamental de Salud (SDS) recibió asistencia técnica por parte de INS para apoyar el proceso de conformación de la Sala de Análisis de Riesgo en Salud (SARS) en salud pública. La SARS se constituyó en una estrategia operacional de vigilancia y análisis del riesgo para identificar de manera oportuna alertas y así dar una respuesta inmediata y efectiva. Funcionó como un espacio físico y virtual de análisis de los datos disponibles y el establecimiento de recomendaciones para la modificación del riesgo, además, garantizó la acción intersectorial para el manejo de las situaciones inesperadas que afectaron las condiciones de vida y de salud de los habitantes del territorio (Instituto Nacional de Salud, 2022).

De acuerdo con Muñoz et al. (2022), los criterios de análisis para la conformación de la SARS para la COVID-19 fueron los siguientes:

- Gestión estratégica, que hace referencia a los procesos de evaluación y seguimiento del plan de acción a cargo de la SARS, incipientes.
- Laboratorio de salud pública y su capacidad de diagnóstico de la COVID-19, baja.
- Sanidad y vigilancia, que incluye las estrategias de vigilancia en los puntos de entrada como aeropuertos, puertos marítimos, puertos en ríos y pasos fronterizos, débil.
- Vigilancia en salud pública, se refiere a la capacidad de gestión y respuesta (búsqueda, detección, investigación epidemiológica, monitoreo, notificación de casos y análisis de resultados), débil.
- Centro regulador de urgencias y emergencias y prestación de servicios, limitada.
- Comunicación del riesgo a la comunidad mediante un plan de medios adaptados a la comunidad y al territorio, incipiente.

Como resultado de la evaluación por parte del INS en Amazonas, las capacidades mínimas para la conformación de la SARS, el departamento del Amazonas no fue priorizado y como lo expresa la entrevistada: «*En los primeros meses (enero y febrero de 2020) no fue seleccionado como una zona de riesgo*» (Coordinadora de vigilancia epidemiológica, entrevista, marzo de 2023). Una de las decisiones tomadas con el INS fue iniciar el ciclo de capacitaciones y procesos de formación al personal de la SDS que permitió mejorar los conocimientos y las orientaciones para estructurar, organizar y poner en marcha el funcionamiento de la SARS en marzo de 2020.

A inicios del año 2020, ocurrió un cambio de gobierno debido a la renovación de nuevos gobernantes en las elecciones regulares del año 2019, que retrasó el proceso de contratación del talento humano operativo en la SDS. Por lo tanto, el equipo de trabajo destinado a enfrentar a la emergencia por la COVID-19 era muy reducido en ese momento. La referente de Vigilancia y Salud Pública de la SDS (entrevista realizada, marzo de 2023) manifiesta que «*asimilando nuestra realidad nos articulamos con la referente de Sanidad Portuaria*», quien realizaba las actividades de control sanitario y vigilancia epidemiológica en los terminales portuarios y en los puntos de entrada y salida del departamento y, en conjunto alistarnos a lo que iba a ocurrir. Para abril de 2020 se contó con el resto del equipo operativo y se realizó el inventario de recursos y materiales disponibles en la SDS para guiar la gestión de compra y adquisición de los bienes e insumos necesarios, entre ellos, los elementos de bioseguridad,

acceso a vehículos de transporte terrestre, teléfonos, radios de comunicación, papelería, entre otros.

El 28 de marzo de 2020 se conformó la SARS Departamental en la Secretaría de Salud Departamental de Amazonas, en compañía con INS, bajo el modelo de comando de incidente y establecimiento de la estructura de gestión del SARS. Para el fortalecimiento fue clave la formación y capacitación de las personas que la conformaron, a fin de contar con las competencias necesarias para hacer frente a la emergencia sanitaria. Se dispusieron líneas telefónicas para la atención de la comunidad y para el reporte de rumores; se fortaleció al talento humano del equipo de vigilancia epidemiológica mediante la contratación de diversos perfiles de especialistas, profesionales, técnicos y auxiliares quienes se encargaron de dar respuesta y ofrecer orientación a las instituciones de salud para asistir en forma adecuada a las personas contagiadas, realizar la recolección de información, aplicar la ruta de notificación obligatoria, confidencialidad y calidad de los datos, generar las acciones para el aislamiento selectivo de pacientes, implementación de medidas de bioseguridad, medidas de cuidado y prevención domiciliaria. Todo esto conducido bajo los lineamientos nacionales actualizados de forma permanente por el INS y el MSPS a través del «*Programa pruebas, rastreo y aislamiento selectivo sostenible (PRASS)*».

El epidemiólogo de la SDS (entrevista realizada, marzo de 2023) comenta que el 12 de marzo de 2020, se detectó el primer caso sospechoso por la COVID-19, un turista proveniente de Italia que presentó algunos

síntomas mientras estaba en un tour en la Isla de los Micos. Se realizó la investigación de campo que lo categorizó como un falso positivo. El 23 de marzo de 2020, se presentó el primer caso confirmado de un turista de Ucrania que había viajado a Brasil desde Puerto Nariño, municipio del Amazonas. Este caso positivo mostró lo importante que fue la aplicación del concepto: *«Una persona contagiada y sus contactos, igualmente, personas procedentes de áreas que ya habían sido declaradas de alta transmisión comunitaria y que tuvieran uno o dos síntomas»*. Por otro lado, en la triple frontera entre Colombia, Brasil y Perú, el primer caso se diagnosticó el 24 de marzo de 2020, en el municipio de Tabatinga (Brasil), importado desde Manaus, capital del estado de Amazonas, Brasil. Lo que llevó al cierre del aeropuerto por parte del gobierno local de esta ciudad. Mientras que, en el municipio de Leticia, capital de Amazonas, el primer caso confirmado fue por el INS el 17 de marzo de 2020. En cumplimiento del Decreto Nacional 412 del 16 de marzo de 2020, sobre el cierre de las fronteras terrestres y marítimas, el gobierno local permitió el paso de vehículos con suministros de la canasta básica familiar hacia y desde Brasil y Perú dadas las interacciones socioeconómicas entre los países. El mayor despliegue de los lineamientos de este decreto se dio en Leticia.

En ese momento se identificaron cruces ilegales a lo largo de los cuatro kilómetros de frontera urbana entre los municipios de Leticia y Tabatinga. Esta situación especial con territorios fronterizo-binacionales (Perú y Brasil) se tornó compleja dado el flujo de personas que diariamente se genera en esta zona

por las actividades comerciales, primordiales para el desarrollo económico de la región. A pesar de la orden de cierre y militarización desde la Presidencia, el intercambio comercial en la frontera obligaba a la movilización de las personas. Lo anterior aumentó el grado de vulnerabilidad de las personas en el territorio.

El número de casos se fue incrementando de forma exponencial entre los meses de abril, mayo y junio de 2020, requiriéndose reforzar los canales de comunicación internos con los equipos. Aquí surgieron las cadenas de WhatsApp con personas en los diferentes barrios de la ciudad de Leticia y territorios del departamento y en palabras del entrevistado: *«El rumor epidemiológico corre muy rápido en la selva»* (epidemiólogo, entrevista realizada, marzo de 2023). También se habilitó una línea que en años anteriores había sido dispuesta por el Centro Nacional de Enlace con el MSPS, y que durante la emergencia se incrementó a 5 líneas donde la población se comunicaba para reportar síntomas o casos sospechosos y recibir información pertinente sobre las medidas de autocuidado.

Lo anterior fue decisivo para captar un mayor número de casos que a la vez exigió más pruebas de detección del virus. Resalta el epidemiólogo (entrevista realizada, marzo de 2023): *«Necesitamos gestionar con el nivel nacional al menos 2 000 pruebas, llegaron el doble de lo que habíamos solicitado»*. Este apoyo nacional permitió la búsqueda comunitaria focalizada en los barrios donde se reportaba la mayor frecuencia de casos sospechosos y muertes domiciliarias, y de

acuerdo con el mapeo ejecutado, se ubicaron en los territorios cercanos a la frontera con Brasil y Perú. Al 30 de junio de 2020 se habían notificado alrededor de 2 300 casos en Amazonas (Muñoz et al., 2022) y con corte al 30 de diciembre de 2022, la cifra acumulada ascendió a 7 482 casos (Tabla 13).

Tabla 13. Frecuencia de casos confirmados y mortalidad en el departamento del Amazonas (2020-2022)

Año	Número de casos	Incidencia por 100 000 habitantes	Número de muertes	Mortalidad por 100 000 habitantes	% Letalidad	Población total (DANE)
2020	3396	4297,6	135	170,8	3,9	79 020
2021	3391	4214,3	125	155,3	3,6	80 464
2022	695	846,8	15	18,2	2,16	82 068
Total	7482	3119,6	275	114,8	3,8	241 552

Fuente: Datos aportados por la Cordinadora de Vigilancia Epidemiológica (entrevista realizada, marzo del 2023).

El proceso de vigilancia activa inició en abril de 2020, a partir de este momento el número de personas infectadas aumentó sustancialmente. Ante esta situación, el INS reevaluó las capacidades del territorio en comparación con las detectadas inicialmente en noviembre de 2019 (Muñoz et al., 2022):

- Estructura inicial de respuesta: disponibilidad de sala de comando unificado departamental con frecuencia diaria de reunión.
- Nivel de riesgo y respuesta: definido de nivel IV donde se requiere una respuesta nacional, intersectorial e internacional.
- Acciones enfocadas a la vigilancia en puertos, aeropuertos y pasos fronterizos, activa.
- Recurso humano e insumos: cuenta con personal de planta para coordinar las acciones del SAR, y personal de salud capacitado para la toma, recepción y envío de muestras, y en directrices para la COVID-19.
- Comunicación: existencia de un boletín epidemiológico diario y la implementación de un plan de medios

para comunicar información pertinente a la población en general.

- Articulación de la población étnica: coordinación con las asociaciones de autoridades indígenas.

Cada integrante de la SAR tenía tareas y actividades específicas asignadas, articuladas con los equipos de las EAPB e IPS del departamento. La SAR utilizó el sistema de georreferencia y los mapas temáticos desde antes de la llegada del primer caso para lograr evidenciar el riesgo en tiempo y espacio, y luego en todos los casos. Lo que fortaleció la búsqueda activa comunitaria y la contención de casos. De igual forma, permitió monitorear el comportamiento del evento en las localidades de los países vecinos con comunicación directa sobre la triple frontera a través de las hidrovías. Además, como explica el epidemiólogo (entrevista realizada, marzo de 2023): *«Fue a través de este método que se observó el aumento de casos en Manaus, Brasil, por la llegada de la variante Gamma y se alertó a las autoridades nacionales prematuramente que se venía otra ola, y que conllevó a otro cierra aéreo».*

A través del programa de sanidad portuaria, de la vigilancia en salud pública y el programa PRASS, se fortaleció el control migratorio de los puertos de entrada (aéreo y fluvial) con detección de casos probables mediante tamizaje con la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR); la búsqueda de casos diarios en hoteles y hostales de extranjeros o connacionales procedentes de Brasil o Perú, que contaban con autorización de la Cancillería y Migración Colombia para el ingreso



Foto 98. Toma de muestra COVID-19 en comunidad, Leticia

al país y la vigilancia de ingresos irregulares e ilegales por las fronteras fluviales y terrestres en articulación con Migración Colombia y la Policía Nacional.

El abordaje comunitario consistió en la implementación de los lineamientos del área de salud intercultural de la SDS y se trabajó con secretarios de salud de los 2 municipios y 9 corregimientos del Amazonas. También, con los líderes y lideresas de las autoridades tradicionales indígenas para, en un primer momento, socializar la situación de emergencia sanitaria y las medidas no farmacológicas que era necesario adaptar y realizar. Y de acuerdo con lo expresado por la coordinadora de vigilancia epidemiológica (entrevista realizada, marzo de 2023): *«Se enfatizó en los signos de alarma relacionados con COVID-19 y en la ruta para la atención a las IPS y las EAPB».*



Foto 99. Transporte de muestras, Secretaría de salud, Leticia

En algunas áreas no municipalizadas las medidas de aislamiento social impuestas por las autoridades locales y en algunas comunidades indígenas fueron extremas. No permitían el paso del equipo de salud para realizar las diferentes actividades. Un ejemplo fue el aislamiento de todos los adultos mayores en la maloca (casa comunal) de la comunidad indígena Citacoy. Un solo cuidador fue asignado por el líder de la comunidad, quien ayudaba con las necesidades diarias de las personas en aislamiento. Manifiestan los entrevistados que *«ningún adulto mayor se contagió en esa comunidad indígena»* (coordinadora de vigilancia epidemiológica, entrevista realizada, marzo de 2023). Resalta el grupo de personas entrevistadas que un profesional especialista en

población indígena y uno del Centro de Operaciones de Emergencias (COE) del INS, fueron los encargados de las acciones y resultados en estas comunidades.

El plan de medios de comunicación del riesgo utilizó el modelo de monitoreo de medios de comunicación trifronterizos y rumores locales focalizados en estados de redes sociales y conversaciones de grupos de personas de la región en aplicaciones de mensajería instantánea como WhatsApp. También se hicieron envíos masivos de mensajes de texto (SMS) con información relacionada con la prevención. La dinámica para mantener a la población informada sobre qué tan cerca estaba la enfermedad (apoyados en mapas de calor), cuándo se empezaron a reportar casos sospechosos y cuándo se confirmó la presencia del virus en el departamento, se hizo diariamente al finalizar la tarde. A partir del segundo pico de contagios se establecieron cortes para los monitoreos de medios.

En la mañana se usaron las emisoras comunitarias para comunicar información pertinente a la población general, y en la tarde se realizaba el análisis y monitoreo de lo acontecido en Brasil y Perú, lo cual generaba un informe de posibles brotes y seguimiento a las personas migrantes para su atención oportuna y recomendaciones para todos los habitantes.

Al mismo tiempo, el equipo de trabajo tuvo acercamiento con diferentes grupos poblacionales vulnerables al contagio por la COVID-19. Por ejemplo, las asociaciones de motocarros y otros medios de transporte en el territorio. Lo primordial era difundir la información sobre las medidas de autocuidado a aplicar, que los elementos de protección personal llegasen a un mayor

número de personas y que se consolidara la red de vigilancia fronteriza. La búsqueda activa comunitaria siempre fue acompañada por los líderes y lideresas comunitarias y siempre acompañado de los funcionarios de la secretaría de gobierno del Amazonas y cooperantes internacionales.

Los aspectos que, según los entrevistados, hubiesen podido ser mejores:

- Baja conectividad a internet que limitó la comunicación tanto con el nivel nacional como con la población en general. Aunque este inconveniente actualmente ha mejorado, sigue dependiendo de las condiciones climáticas de la región.
- Contrataciones a destiempo de los profesionales de la SDS lo cual retrasó el proceso de alistamiento y capacitación conjunta. La disponibilidad permanente del personal del área de la salud es un asunto esencial e importante para asegurar la salud y bienestar de la población.
- Limitaciones en el intercambio de información con Brasil y con Perú que facilitara la toma de decisiones en la región fronteriza. Según los entrevistados en este territorio no funcionaron los puntos focales del Reglamento Sanitario Internacional.
- Flujo de información nacional no articulado. La entrega de la misma información a diferentes entidades del Estado generó la duplicidad del trabajo.

Logros significativos de la experiencia:

- Consolidación de un equipo de trabajo colaborativo, llevó a la consecución de las metas propuestas y la creación de un ambiente de confianza en medio de la incertidumbre y tensión que generó la emergencia por la COVID-19. El aprovechamiento de las fortalezas individuales fue primordial para lograr los objetivos compartidos.
- Fortalecimiento de las capacidades técnicas del departamento del Amazonas para responder a los retos de la COVID-19 y las lecciones aprendidas que pudieran ser replicadas en otros territorios fronterizos.
- Implementación y sostenibilidad de un sistema de información para el análisis de datos y generación de alertas tempranas como el Aplicativo 1.0 y el aplicativo para monitoreo de medios y rumores y definición de fuentes verídicas, versión 2.0.
- Fortalecimiento de la empatía y confianza de la autoridad sanitaria con las comunidades.
- Capacidad instalada de respuesta a emergencias sanitarias con equipos terrestres, fluviales y aéreos.
- Capacidades y competencias adquiridas mediante los procesos de formación por parte del INS y los conocimientos y habilidades adquiridas en la estructuración e implementación de la SAR.
- Mayor asignación presupuestal para la vigilancia en salud pública que permita un acercamiento directo

y mediado por las tecnologías con las comunidades.

En conclusión, las acciones de vigilancia de la COVID-19 en el departamento del Amazonas, enfatizó en el fortalecimiento del control en los puntos de entrada a los territorios, como aeropuertos y terminales marítimos y terrestres; la gestión de la notificación de los eventos al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA); la verificación y el seguimiento de rumores y de la información en medios de comunicación relacionados con la COVID-19; el seguimiento de casos y el rastreo de contactos; la investigación epidemiológica de campo y la generación de reportes de situación, y el entrenamiento de los equipos de respuesta inmediata y fortalecimiento de la red de vigilancia de rumores con enfoque comunitario.

Recuadro de síntesis de la lección aprendida clave y principal recomendación:

- La adopción de un enfoque de respuesta intersectorial fue clave para crear valores compartidos entre instituciones del Estado (INS, departamento del Amazonas), organizaciones de cooperación internacional (OPS, OIM y USAID), la comunidad (asociaciones de comunidades indígenas) y la empresa privada emergente en respuesta a lograr un beneficio mutuo en el territorio.
- Fortalecimiento de la gestión del riesgo y la capacidad básica para la respuesta, realizando monitoreo de medios de comunicación de forma rutinaria de todas las noticias trasfronterizas (Colombia, Brasil y Perú), evaluación y calificación del riesgo, activación del Sistema de Alerta Temprana (SAT) y SAR dependiendo de la magnitud e importancia.
- La principal recomendación es sostener las buenas prácticas aprendidas que fortalecieron el proceso misional de la vigilancia de salud pública en el departamento del Amazonas de forma articulada y visibilizarla como una política exitosa de salud en territorios fronterizos para enfrentar las crisis de los sistemas de salud en situación de emergencia sanitarias globales.

Agradecimientos a la amable colaboración al equipo de trabajo de la SSD del departamento del Amazonas: Olga Bellido Cuéllar, coordinadora de Vigilancia Epidemiológica; Antonio Alvarado Cabrera, epidemiólogo; Juan Grisales Nieto, profesional de apoyo de Sistemas de Información Geográficos; Valeria Useche Lima, Referente Estadísticas Vitales; Vanessa Moore Domínguez, Comunicación del Riesgo, y Jorge Enrique Polo, Referente de Vigilancia en Desnutrición Infantil.

Referencias

- Instituto Nacional de Salud. (2022). Proceso vigilancia y análisis del riesgo en salud pública. <https://www.ins.gov.co/conocenos/sig/SIG/POE-R02.4220-001.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Boletines poblacionales1: población indígena. Oficina de Promoción Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-poblacion-indigena.pdf>
- Muñoz, C., Arias, M., López M., Ortiz, L., Carrillo, N., Alvarado, L. y Morillo, A. (2022). COVID-19 y salas de análisis del riesgo en salud pública en cuatro departamentos fronterizos de Colombia. *Biomédica*, 42(1), 85-101. <https://doi.org/10.7705/biomedica.6142>



Aprendizaje y recomendaciones

Fotografía # 100 tomada por Carlos Torres

Capítulo 8. Aprendizajes y recomendaciones

Por: Narledis Núñez Bravo, Erika Palacio Durán, Lilibeth Sánchez Güette, Luis Ricardo Navarro D,
Luis Miguel Caro Barrios, Yaneth Herazo Beltrán

La sistematización de las experiencias de respuesta a la pandemia de la COVID-19 nos muestra en cada capítulo un conjunto de aprendizajes y recomendaciones claves para mejorar en Colombia la respuesta a las crisis sanitarias actuales y futuras.

El estrés generado por la pandemia de la COVID-19 sobre el sistema de salud y la dinámica social del país expuso las vulnerabilidades que deben ser atendidas y la capacidad de adaptarnos y resolver los desafíos. En este sentido, se presenta por cada capítulo del libro los aprendizajes y las recomendaciones significativas. Estas reflexiones son para poner en consideración del gobierno, las instituciones, la academia, los organismos y agencias de cooperación internacional y la comunidad, las buenas prácticas para hacer el sistema de salud más resiliente. Asimismo, entender qué acciones debemos transformar como una oportunidad invaluable para mejorar la prestación de los servicios de salud (poblacionales, colectivos e individuales).

Los autores de las 35 experiencias narradas en este libro coinciden en aceptar que la pandemia fue un catalizador para encontrar soluciones posibles y cambios necesarios que el sistema de salud colombiano requiere; por ejemplo: 1. La atención primaria como puerta de entrada en la respuesta a las crisis. 2. El seguimiento de casos y contactos estrechos como una estrategia articuladora entre la vigilancia y la gestión de los servicios de atención. 3. El fortalecimiento de la vigilancia por el laboratorio y capacidad diagnóstica de agentes virales. 4. La equidad en la atención, el acceso oportuno y el derecho a la salud en todas las poblaciones y territorios. 5. La inclusión de la población migrante venezolana y retornada al sistema de salud. 6. El fortalecimiento de la vigilancia en salud pública.

1. Gobernanza, liderazgo y financiamiento.

- *El trabajo a través de redes y alianzas público-privadas para fortalecer la gobernanza en la prestación de los servicios* evidenció que la unión de fuerzas de conocimiento, infraestructura y recursos tecnológicos es indispensable para generar nuevo conocimiento, tomar decisiones y brindar respuestas rápidas y efectivas en el control de futuras epidemias que puedan amenazar la salud colectiva.

La colaboración entre los diferentes sectores (educativo, salud, entes territoriales, ministerios) desarrollada mediante convenios y alianzas, además de fortalecer la confianza mutua, permitió aprovechar las capacidades de cada uno de ellos para el bien de la población. Todas las historias contadas en este libro permiten concluir como recomendación que la articulación entre las instituciones de salud públicas y privadas, el ente territorial, el sector empresarial, la academia, las organizaciones no gubernamentales, los organismos y agencias de cooperación internacional y, el uso de metodologías ágiles que operativizan las acciones a través de células de trabajo, resulta importante para el ejercicio de la gobernanza, el mejoramiento en la capacidad de respuesta y la prestación oportuna de los servicios frente a futuras emergencias donde, desde sus fortalezas, cada uno aporte de manera cooperada a la solución de los retos y desafíos. En este sentido, uno de los protagonistas destaca que *«el trabajo en equipo y la capacidad de liderazgo hacen que estos ejercicios tengan éxito; se necesita un liderazgo y una mente abierta muy poderosa, capaz de integrar equipos y manejar la comunicación asertiva para la resolución de los problemas que pudieran presentarse»* (miembro del equipo investigador del INS, entrevista, febrero de 2023).

- *Fortalecimiento de los laboratorios de genética y biología molecular en el país*, que permitan hacer rápidas secuenciaciones de nuevos virus que lleguen a afectar la salud de la población, lo que se convierte en una necesidad que, en adelante, deberá integrar los planes nacionales

de salud pública, con liderazgo en la atención de nuevas emergencias sanitarias que puedan presentarse. Este fortalecimiento logrado a través del trabajo articulado de 22 laboratorios y del desarrollo de capacidades del talento humano mejoran la respuesta del país en situaciones de emergencia. Es recomendable que el Programa nacional de caracterización genómica se mantenga en el tiempo y potencialice la capacidad de respuesta científica y técnica frente a nuevas enfermedades y las que actualmente afectan a la población. En palabras de uno de los protagonistas de las experiencias: «*Se deben potencializar las capacidades del programa con la búsqueda y caracterización genómica de otros microorganismos y la realización de más estudios*» (miembro del equipo investigador del INS, entrevista, febrero de 2023).

- *El manejo adecuado de los recursos públicos.* El manejo adecuado de los recursos públicos fue un factor estratégico. La asignación presupuestal del gobierno nacional durante la pandemia generada por la COVID-19, permitió la atención en salud y de los efectos en la productividad, economía y condición social del país. Además, el trabajo articulado entre el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el MSPS, la UNGRD, así como las agencias y organizaciones de cooperación internacional y sociedad civil organizada, fue necesaria para atender y mitigar las necesidades en la población colombiana, así como en la población migrante y retornada. La pandemia hizo evidente que el manejo planificado de los recursos y seguimiento permanente a la gestión, evaluación y rendición, es esencial para la ejecución. Es necesario, que en el futuro se identifiquen posibles fuentes de financiación que puedan servir para dar soporte a la preparación y ejecución de planes de emergencia sanitaria. Así como el fortalecimiento y liderazgo del gobierno local en la coordinación y articulación de los actores que cooperan con la respuesta sanitaria durante las emergencias sanitarias, principalmente la relacionada con la población más vulnerable.

- Aporte y valor agregado de los procesos investigativos para generar conocimiento y evidencia científica.***
 La investigación fue esencial para la toma oportuna de decisiones que redundaron en beneficio para la población. El liderazgo del INS para generar conocimiento científico con valor práctico fue esencial para el entendimiento del componente genético viral en la severidad y transmisibilidad del SARS-CoV-2, así como el reconocimiento de las variantes circulantes. Asimismo, potencializó la capacidad científica y técnica de las entidades participantes, fortaleció la infraestructura física de los laboratorios de salud pública y, de otros públicos y privados y mejoró las capacidades técnicas del personal con conocimientos propios en este tema. La creación del comité de recomendación y evaluación de la estrategia de respuesta sanitaria para enfrentar la COVID-19 fue una iniciativa del MSPS que permitió el seguimiento de indicadores del comportamiento de la emergencia y la emisión de conceptos técnico-científicos sobre las decisiones que el país tomó para preservar la salud y el bienestar de la población. Para la sostenibilidad de este aprendizaje es imperativo diseñar e implementar una ruta de investigación global con participación interdisciplinaria e intersectorial que contribuya a minimizar los impactos de la COVID-19 y de futuras emergencias sobre la salud humana.
- Fortalecimiento de los espacios de coordinación nacional y local para enfrentar emergencias sanitarias:*** Los puestos de mando unificado facilitaron el seguimiento y monitoreo a la evolución de la pandemia a nivel nacional e internacional, permitiendo ejercer un mayor control de la situación de emergencia a nivel territorial, posibilitando la toma oportuna de decisiones en cada una de sus fases. Además, facilitaron la información necesaria para establecer puentes de comunicación con la ciudadanía de manera permanente sobre el comportamiento y avance de la pandemia, así como acerca de las medidas establecidas para su prevención, contención y mitigación. Se requiere fortalecer la interoperabilidad y la infraestructura de datos que posibiliten la recopilación, análisis e información pertinente y oportuna, para crear una cultura basada en datos contribuiría en la toma de decisiones objetivas y transparentes en todos los niveles.
- Consolidación del proceso de articulación interinstitucional, intersectorial e internacional:*** La coordinación y articulación entre los diferentes ministerios y el sector público y privado permitió el fortalecimiento de las capacidades en el talento humano en salud, el mejoramiento de la infraestructura física y tecnológica en salud y la atención oportuna y eficaz a comunidades y grupos vulnerables. Es importante continuar promoviendo la interacción de las entidades de salud con la academia y los laboratorios de investigación que propiciaron la generación de nuevo conocimiento y el uso de nuevas tecnologías y técnicas diagnósticas logrando respuestas más adecuadas y certeras. Se debe mantener el relacionamiento internacional con organizaciones como USAID, OIM, OPS, Cruz Roja Colombiana,

entre otras, las cuales se constituyeron en un apoyo de financiamiento importante para mitigar las necesidades de poblaciones vulnerables.

2. Vigilancia en salud pública e investigación.

- **Articulación entre la vigilancia en salud pública, comunitaria y genómica.** Un doble enfoque en la detección, seguimiento de casos, análisis, monitoreo y evaluación de la COVID-19, fue fundamental para limitar la propagación del SARS-CoV-2 y reducir la morbilidad y la mortalidad. La combinación de estrategias de vigilancia comunitaria con la ayuda de líderes y lideresas de la comunidad y la detección de las variantes del virus mediante la caracterización genómica y los estudios de seroprevalencia permitió comprender la evolución de los virus, los determinantes asociados con la enfermedad grave y los beneficios de la vacunación y de las medidas sociales en salud pública. Estos aprendizajes pueden ser sostenible con la voluntad de las entidades públicas y privadas para disponer de los recursos humanos, económicos, tecnológicos y logísticos necesarios para consolidarlos. La vigilancia en salud pública fue clave para gestionar la crisis sanitaria, por ello, un enfoque integral e integrado, es vital para disminuir las brechas territoriales e inequidades. La participación de liderazgos comunitarios en vigilancia deben seguir siendo fortalecidas, no solo para el manejo de enfermedades transmisibles, sino para responder a las necesidades propias del territorio para brindar respuestas oportunas en salud.
- **Fortalecer los procesos de investigación para mejorar la toma de decisión y con ellos definir estrategias orientadas a la calidad de la atención.** Es fundamental la generación de nuevo conocimiento mediante procesos de investigación que contribuyan a identificar brechas en la atención y a guiar el desarrollo de intervenciones basadas en la evidencia científica que mejoren la atención en salud. Para ello, son esenciales las sinergias estratégicas entre investigadores, organizaciones adscritas al Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, el sector empresarial y el Estado, que contribuyan a consolidar el conocimiento adquirido y plantear posibles estrategias para atender contingencias sanitarias.
- **Organización de la respuesta rápida en los territorios:** Establecer equipos de respuesta rápida haciendo uso de metodologías ágiles, los cuales resultaron esenciales para la oportuna toma de decisiones en la situación de crisis generada por la pandemia, a partir de la conformación de células de trabajo, en tanto facilitaron la interacción entre los diferentes equipos para el logro de los objetivos propuestos para la vigilancia en salud pública. Es importante mantener esta dinámica de trabajo que facilita la reducción de la burocracia y la jerarquía vertical permitiendo la autonomía y la toma de decisiones de manera rápida a partir del seguimiento de indicadores de gestión y resultados claramente establecidos. Se requiere el

uso de la hoja de ruta estructurada para el despliegue de los equipos en los territorios que oriente desde la preparación del plan de trabajo, los frentes en los que se deben encaminar las acciones, la identificación de la población afectada, la gestión de la atención, los insumos requeridos y la gestión de los datos y comunicación de riesgo. Esto permite la gestión efectiva y eficaz de las apuestas en salud en los territorios en momentos de crisis.

3. Promoción y prevención.

- ***Participación de las comunidades para la construcción de acciones promocionales y de prevención.*** La promoción y educación para la salud se configuran como estrategias esenciales en la atención porque permiten mejorar las capacidades de las personas para actuar de manera responsable ante las diferentes situaciones de salud que se puedan presentar. En este sentido, un factor de éxito es la cercanía con las diferentes comunidades haciéndolas partícipes en la construcción de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, reconociendo las particularidades de las personas y grupos poblacionales según el curso de vida, etnia, situación de migración, género, identidad de género, condición de discapacidad, entre otros, de tal forma que se puedan atender sus intereses y necesidades particulares bajo un enfoque de interseccionalidad. Dado que la participación de la comunidad fue fundamental en la adopción de las medidas de bioseguridad contra la COVID-19, el uso de enfoques como el «de abajo hacia arriba» podría asegurar los resultados de intervenciones contextualmente apropiadas y contribuir a la sostenibilidad de las actividades de promoción y prevención en contextos de emergencias sanitarias. En las voces de los actores se resalta que «*el trabajo con las comunidades resulta más significativo y eficaz cuando son las personas quienes participan activamente en la toma de decisiones frente a las problemáticas que los aquejan*» (Directora de la Fundación Comparte por una vida, Colombia, entrevista, marzo de 2023)

- ***Acciones promocionales y preventivas desde un enfoque humanizado.*** Las acciones preventivas, como la vacunación, desarrolladas de manera ágil, cálida y humanizada, con una previa sensibilización y educación realizada por el talento humano en salud a toda la población, especialmente a la más vulnerable (adultos mayores, gestantes, grupos étnicos, personas con discapacidad, personas en situación de calle, población rural, población privada de la libertad, entre otras), facilitan la participación de las comunidades y el alcance de las metas propuestas en materia de cubrimiento y protección por el gobierno nacional. Un enfoque humanizado y diferencial en las actividades de promoción de la salud y prevención del riesgo posibilitaría la sostenibilidad de las acciones que se implementen porque permite desarrollar actitudes de corresponsabilidad y empatía en el cuidado de la salud tanto del talento humano como de las comunidades participantes
- ***Promover el bienestar emocional del talento humano en salud en tiempos de crisis.*** La identificación de peligros y valoración de riesgos, así como el monitoreo y la evaluación de la salud mental y el bienestar del personal involucrado en la atención brindada por el talento humano en salud se convirtió en un componente fundamental en la gestión del impacto causado por la COVID-19. Es importante que ante nuevas emergencias sanitarias se implementen estrategias de prevención y control para el cuidado de las y los colaboradores y la atención segura de las personas, así como establecer apoyos para el talento humano involucrado en la atención médica, administrativa y logística del sector salud, propiciando un entorno laboral seguro.
- ***Fortalecer las intervenciones de salud pública y las medidas no farmacológicas.*** Lo que representó un gran desafío para el gobierno nacional y local con una alta inversión económica, social y sanitaria, en especial por los cambios de comportamiento que fueron necesarios asumir de manera individual y grupal para su implementación, pero que mostraron su efectividad en la disminución de la transmisión

de la COVID-19. Se requiere que el país desarrolle la capacidad de producción de insumos que permitan la aplicación de medidas preventivas como las vacunas para afrontar situaciones de emergencia que afecten la salud de la población.

4. Atención primaria y prestación de servicios.

- ***Atención en salud basada en enfoques territoriales y diferenciales:*** el sistema de salud se adaptó a diferentes situaciones y realidades del país, entre ellas, la atención a la población indígena, migrante, rural, privados de la libertad, entre otras, lo cual permitió impactar en los indicadores de salud en la medida en que las estrategias de intervención se ajustaron a las particularidades de la población. Esta visión territorial y poblacional permitió que el trabajo con las comunidades resultara más significativo y eficaz cuando son las personas quienes participan activamente en la toma de decisiones logrando el empoderamiento de la comunidad frente al manejo de sus problemáticas. Por lo tanto, es importante, estructurar procesos de atención en salud adaptados a la dinámica poblacional y territorial, y vincular a diferentes tipos de liderazgos para acercar los servicios de salud a las poblaciones disminuyendo barreras de atención relacionadas con lenguajes, cosmologías y significados propios de las comunidades.
- ***Atención en salud mediada por las tecnologías de la información y comunicación - TIC.*** La expansión de los servicios de telesalud amplió el acceso a la atención, no solo para las personas con la COVID-19, sino con otras condiciones de salud. La atención innovadora mediada por las tecnologías de la información y comunicación permitió ampliar la oferta de servicios para las poblaciones con el fin de superar las limitaciones de la atención presencial por parte de los profesionales de salud. De igual forma, el uso de herramientas tecnológicas para las actividades de vigilancia en salud pública y comunicación del riesgo a la comunidad fue crucial en los procesos de recopilación, análisis y socialización de datos. La interoperabilidad

entre los sistemas de información de las instituciones contribuyó al intercambio de información para tomar decisiones objetivas basadas en datos. La incorporación de tecnologías emergentes dentro de los procesos empresariales, las tiendas en líneas, la atención virtual en salud, el desarrollo de nuevas plataformas para diversos usuarios, el fortalecimiento de la bancarización digital, así como la atención al público virtual fueron algunas innovaciones y desarrollos que se aceleraron con la llegada de la pandemia por la COVID-19. Se requiere continuar con el fortalecimiento de las herramientas tecnológicas utilizadas para la prestación de servicios asistenciales, pero, además, se debe mejorar la conectividad, especialmente en territorios de difícil acceso con lo que a la vez se contribuiría a la disminución del costo social de la atención en salud.

- ***Fortalecer las acciones de atención primaria en salud.*** Se demostró, durante la pandemia, que estas acciones facilitaron el abordaje de la situación de riesgo que enfrentaba la población desde las condiciones características de las diferentes comunidades y sus particularidades. En situaciones de emergencia se debe intensificar la difusión de mensajes de medidas preventivas claves, el cuidado en casa y la detección de los signos de alarma, tanto en la comunidad como en el talento humano en salud. Es necesario aprovechar las oportunidades que la estrategia de la APS ofrece para mejorar la cobertura, el acceso, la oportunidad y la calidad del sistema de salud colombiano. Además, identificar las barreras existentes para la implementación de un modelo de atención basado en APS como eje central para el establecimiento de normas y lineamientos que incorporen el enfoque territorial y permitan el efectivo desarrollo de las acciones, no solo en el ámbito urbano, sino también en el rural y en las zonas dispersas.
- ***Fortalecer la articulación entre los diferentes niveles de atención en salud.*** La continuidad en los procesos de atención implica la articulación entre los diferentes niveles, de tal forma que se consoliden los procesos de transferencia de conocimientos, experiencias y

aprendizajes, aprovechando, además, las ventajas que hoy ofrece la telesalud y que facilita el acceso y la oportunidad en la prestación de los servicios. En situaciones de crisis sanitaria como las vividas durante la pandemia por la COVID-19 es esencial que los servicios de atención para el mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad se mantengan activos, en tanto que, descuidar los riesgos poblacionales, puede incrementar en el futuro los problemas de salud impactando los indicadores de morbimortalidad de la población. Se recomienda fortalecer los niveles primario y comunitario como estrategias que podrían mejorar la eficacia de respuesta durante situaciones de emergencia y reducir la carga hospitalaria. Además, fortalecer todas las modalidades que ofrece la telesalud permitiendo la prestación oportuna de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta y de acceso a los servicios.

5. Desarrollo tecnológico, innovación y sistemas de información.

- *El desarrollo tecnológico, innovación y sistemas de información durante la pandemia por la COVID-19*, Permitió reconocer cómo los avances tecnológicos y la innovación contribuyeron a mejorar los índices de atención, vigilancia y puesta en marcha de los planes de vacunación con el uso de la robótica, big data y la inteligencia artificial en respuesta a la atención en salud por la COVID-19. Lo anterior se pudo lograr en asocio con las empresas privadas dedicadas al desarrollo de estas tecnologías y las disposiciones e incentivos por parte del gobierno colombiano. Se pudo evidenciar que los países latinoamericanos, y en especial Colombia, deben estar a tono con los avances tecnológicos e igualmente fomentar la innovación. Se destacan en asistencias tecnológicas la implementada por algunos actores cuando se menciona: *«En torno a esta emergencia los centros de urgencias en salud estaban colapsando; entonces le dijimos: «Mire, Gobierno de Caldas, nosotros tenemos tecnología, podemos implementarla en todas las regiones, no solamente ciudades capitales, sino municipios y veredas para que la población no se desplace a los centros de salud y*

evite colapsar el sistema»» (Director Telesalud Universidad de Caldas, entrevista, febrero de 2023).

- ***La innovación tecnológica, una estrategia para la integración de datos en salud durante la emergencia causada por la COVID-19.*** La necesidad de consolidación de los datos estadísticos durante la pandemia hizo entender la importancia de contar con aplicaciones que ofrecieran un espacio de información en tiempo real y disponer de un sistema interoperable, que permite a los actores de salud la toma oportuna de decisiones basadas en la evidencia. Estas estrategias favorecieron la contención, mitigación y recuperación del plan de contingencia en respuesta a la COVID-19 en Colombia. Sobre la categoría de innovación implementada a través de herramientas tecnológicas en el manejo de la información encontramos la opinión de los diferentes actores haciendo mención a: *«Entre otras cosas, en ese proceso de vacunación, nosotros como Norte de Santander construimos una plataforma para el seguimiento de vacunación <VACUNASID>. Eso fue un éxito. Nosotros sabíamos de manera concurrente cuántas dosis estaban aplicando diarias en cada municipio, quiénes no avanzaban, quiénes iban alcanzando los indicadores y quiénes no, eso nos permitió reforzar ese proceso en el departamento de Norte de Santander»* (Director Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, entrevista, marzo de 2023). Sin embargo, se hace necesario fortalecer la gestión de los sistemas de información mediante la creación de plataformas interoperables que faciliten la recolección, procesamiento y análisis de datos sobre todos los usuarios del sistema de salud. Es importante considerar la interoperabilidad de los sistemas de información, el uso de procesos de minería de datos para facilitar el ejercicio de evaluación de los riesgos y la toma de decisiones a partir de modelos predictivos. Lo anterior, fortalecerá los procesos técnicos, administrativos y financieros del sector de la salud.

6. Gestión y desarrollo de capacidades en el talento humano y comunidad.

- *El fortalecimiento de capacidades en el talento humano en salud durante la emergencia sanitaria por la COVID-19.* Permitió el mejoramiento de las capacidades del saber, hacer y ser en los profesionales de la salud colombianos, las cuales estaban relacionadas con la atención en salud de pacientes con la COVID-19. Lo anterior, contribuyó al inicio del desarrollo de la competencia resolutive individual y grupal desde la interdisciplinariedad de manera integral, ejercicio al que debieron unirse todos los actores públicos y privados para desplegar su gobernanza territorial y nacional en materia social y de salud pública. De este modo, se logró la consolidación de un marco regulatorio nacional en torno a la gestión de THS que facilita la formación continuada y la capacidad para enfrentar futuras emergencias sanitarias; se requiere continuar promoviendo un talento humano con capacidad de trabajo en equipo y con mejores condiciones laborales y de bienestar social.
- *El fortalecimiento de capacidades en la comunidad en general durante la emergencia sanitaria por la COVID-19* Contribuyó a la sensibilización de aspectos clínicos relacionados con el autodiagnóstico, prevención, cuidado y autocuidado por parte de la población y las diversas comunidades diferenciales, mediante estrategias de intervención comunitaria como la difusión de información clínica de manera interactiva, mediante el uso de las tecnologías y las comunicaciones (TIC), así como talleres, cartillas, infografías y webinars. De esta forma, el efecto de lo aprendido en la comunidad es el remanente base en los actores participantes para enfrentar de mejor manera futuras emergencias sanitarias. Sin embargo, para continuar desarrollando de manera sostenible las capacidades en la comunidad frente a lo aprendido, es necesario promover la creación de un marco regulatorio permanente y no transitorio que facilite la interacción articulada y coordinada de los actores del SGSSS con la comunidad desde los diferentes territorios.
- *El rol protagónico de las redes de conocimiento para mejorar y mantener la salud de las poblaciones.* La articulación entre personas e instituciones posibilitó el desarrollo permanente y continuo de conocimientos, habilidades, actitudes y motivaciones en el talento humano respondiendo a los cambios

dinámicos que los sistemas de salud enfrentan en cuanto a los perfiles epidemiológicos, los modos y condiciones de vida de las personas, la acelerada generación de evidencia científica, entre otros. Por lo tanto, la formación continua del talento humano en salud debe ser una parte esencial de las agendas de los gobiernos nacional y territorial, de las instituciones educativas y de salud, asimismo, las orientadas al cuidado individual y colectivo de las comunidades.

7. Comunicación del riesgo y participación comunitaria.

- *Fortalecimiento del tejido social de las comunidades y territorios como mecanismo de promoción de la salud y prevención de las enfermedades frente a la COVID-19.* Resultó de gran importancia para las comunidades regresar a usos y costumbres como metodología propia para enfrentar la emergencia sanitaria producida por la COVID-19, como lo fueron el reencuentro con la ancestralidad, el sueño como guía y conexión con el poder ancestral, la sabiduría de los ancianos, la relación con la naturaleza y las plantas medicinales. Las comunidades de los pueblos indígenas del Amazonas y de La Guajira colombiana (pueblo wayuu) aportaron sus saberes tradicionales y, a su vez, los complementaron con las directrices nacionales e internacionales a través de la adaptación de enfoques y estrategias multiculturales para proteger la salud de su comunidad. Las mujeres, los médicos tradicionales y la intervención de la medicina occidental a través de la implementación dialogada en los círculos de la palabra de protocolos de vigilancia, prevención y protección se convirtieron en pilares garantes de comunidades protegidas y debidamente organizadas ante la emergencia producida por la COVID-19.

Durante la pandemia las diversas cosmovisiones de pueblos indígenas y afrodescendientes vivieron un proceso de apertura al diálogo de saberes y el aprendizaje colaborativo con las propuestas de salud pública occidentales, dentro del cual las mujeres, en el marco de sus costumbres, se asumieron como guardianas de la salud de las comunidades. Esto puede aportar a la sostenibilidad en el tiempo no solo del proceso de protección y prevención en salud, también en el de pervivencia de las tradiciones ancestrales propias.

En la actualidad, las mujeres son multiplicadoras de lo aprendido dentro de sus comunidades, y cuentan con habilidades y conocimientos para liderar futuros escenarios de emergencias sanitarias, respaldadas por los saberes de la medicina tradicional y occidental que coexisten en varias comunidades indígenas y afrodescendientes de Colombia.

- ***Consolidación de buenas prácticas en igualdad de género e inclusión social para acciones de prevención y respuesta a emergencias sanitarias COVID-19.*** Los enfoques de igualdad de género e inclusión social (IGIS) permitieron el mejoramiento de la calidad de vida de la población migrante venezolana y de las comunidades receptoras de los territorios priorizados. Entre las buenas prácticas identificadas se encuentran la promoción del diálogo de saberes, el trabajo articulado con organizaciones sociales, gestores territoriales o líderes y lideresas comunitarias, la caracterización de la población migrante, la consolidación de información clara, accesible y adaptada a los contextos relacionada con prevención y jornadas de vacunación en población migrante, y el análisis del contexto social y cultural del territorio. Se hace necesario robustecer los procesos de formación y capacitación con enfoques de igualdad de género e inclusión social de los equipos intersectoriales que diseñan los planes de atención en salud. De manera específica, es necesario considerar el uso posconvencional del cuidado de sí mismo y del otro, promoviendo la salud, la adherencia a tratamientos y el enrutamiento hacia los servicios de salud, sin discriminación ni estigma durante el proceso de atención.
- ***Fortalecer el intercambio de saberes y relacionamiento con la academia.*** Este aspecto incidió en una mejor apropiación social de los saberes y del conocimiento, acudiendo tanto a la comunicación e innovación como al respeto por los saberes tradicionales y ancestrales. El proceso de cuidado, la revitalización de los círculos de la palabra sobre la salud y su difusión mediante la producción de registros sonoros narrativos o formatos podcast garantiza la sostenibilidad de las metodologías locales de protección y prevención, fortalece la memoria histórica y permite la complementación de los saberes ancestrales con el conocimiento occidental. Consolidar la articulación con la academia y el MSPS para el

logro de los objetivos permitiría multiplicar logros relevantes para la salud pública en Colombia basados en procesos de investigación científica y creación de patentes.

- *Dinamizar canales de comunicación que fortalezcan el acceso a la información de los individuos, familia y comunidades.* Es importante la calidad, pertinencia, completitud y veracidad científica de la información que se transmite en los procesos de comunicación del riesgo, aunque debe tener un enfoque participativo con liderazgo comunitario es necesario que el talento humano en salud desarrolle capacidades para su transferencia, aprenda a utilizar los canales apropiados, los lenguajes y el contexto inherente frente a la cultura y cosmovisión de las comunidades.

**Equipo Universidad
Simón Bolívar**

Equipo Universidad Simón Bolívar



Narledis Núñez-Bravo



Erika Palacio-Durán



Yaneth Herazo-Beltrán



Lilibeth Sánchez-Güette



Luis Ricardo Navarro-Díaz



Luis Miguel Caro-Barrios



Germán Corcho-Tróchez



Yarley Castro-Castañeda

Experiencias de la pandemia COVID-19 Colombia 2020 - 2022



USAID

DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

Este libro se hace posible con el generoso apoyo del pueblo americano a través de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido de este libro es responsabilidad exclusiva de sus autores y no refleja necesariamente las opiniones de USAID o del Gobierno de Estados Unidos.

Experiencias DE LA pandemia COVID-19 Colombia 2020-2022

La pandemia por COVID-19 tuvo un impacto significativo en toda la población incluyendo la población migrante y las comunidades de acogida, lo cual ameritó la respuesta de los diferentes sectores de la sociedad, a saber: instituciones nacionales y territoriales, sector público y privado, sociedad civil, academia, comunidad científica en general, agencias de cooperación entre otros. Este libro busca reconstruir el proceso vivido por diferentes actores durante los años 2020 a 2022, puntualizar los logros significativos, los aspectos que hubiesen podido ser mejores, las lecciones aprendidas y recomendaciones para preparar la acción ante futuras emergencias sanitarias en salud pública.

El libro Experiencias de la Pandemia COVID-19. Colombia 2020-2022, narra 35 experiencias nacionales y territoriales vivenciadas durante la emergencia sanitaria y como el Gobierno nacional y local, los diferentes sectores de la sociedad y la población en general enfrentaron los retos y desafíos. Se espera que el contenido de este libro contribuya a enfrentar futuras emergencias sanitarias para mejorar la salud y el bienestar de todos los pobladores.

Fotografía suministrada por el Hospital Civil de Ipiales

