

ISSN 0120-4157

Biomédica

Revista del Instituto Nacional de Salud

PUBLICACIÓN ANTICIPADA EN LINEA

El Comité Editorial de *Biomédica* ya aprobó para publicación este manuscrito, teniendo en cuenta los conceptos de los pares académicos que lo evaluaron. Se publica anticipadamente en versión pdf en forma provisional con base en la última versión electrónica del manuscrito pero sin que aún haya sido diagramado ni se le haya hecho la corrección de estilo.

Siéntase libre de descargar, usar, distribuir y citar esta versión preliminar tal y como lo indicamos pero, por favor, recuerde que la versión impresa final y en formato pdf pueden ser diferentes.

Citación provisional:

Muñoz CM, Arias MR, López MP, Ortiz LV, Carrillo NM, Alvarado LA, et al.

COVID-19 y salas de análisis del riesgo en salud pública en cuatro departamentos fronterizos de Colombia. *Biomédica*. 2022;42 (1).

Recibido: 12-06-21

Aceptado: 20-10-21

Publicación en línea: 24-11-21

COVID-19 y salas de análisis del riesgo en salud pública en cuatro departamentos fronterizos de Colombia

Sala de análisis del riesgo para COVID-19

COVID-19 and risk assessment room for public health in four Colombian cross-border territories

Claudia Marcela Muñoz ¹, Marcela Rocío Arias ², Martha Patricia López ¹, Laura Victoria Ortiz ², Natalia María Carrillo ², Luis Antonio Alvarado ¹, Andrea Morillo ¹

¹ Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo-FETP Colombia, Dirección de Vigilancia y Análisis de Riesgo en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud, Bogotá, D.C., Colombia

² Dirección de Vigilancia y Análisis de Riesgo en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud, Bogotá, D.C., Colombia

Correspondencia:

Claudia Marcela Muñoz, Dirección de Vigilancia y Análisis de Riesgo en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud, Avenida Calle 26 # 51-20, Bogotá, D.C., Colombia

Teléfono móvil: 3103239498

cmunoz@ins.gov.co

Contribución individual de los autores:

Laura Victoria Ortiz, Natalia María Carrillo, Luis Antonio Alvarado y Andrea Morillo: recolección y análisis de datos durante el trabajo de campo.

Marcela Rocío Arias y Martha Patricia López: presentación de resultados.

Claudia Marcela Muñoz: planteamiento del proyecto y presentación de resultados.

Todos los autores participaron en la escritura del manuscrito.

Introducción. La gestión del riesgo de salud pública en Colombia es liderada por el Instituto Nacional de Salud. Ante la emergencia por COVID-19 se realizaron

acciones de respuesta mediante la implementación de Salas de Análisis del Riesgo fortaleciendo la vigilancia en puntos de entrada al país.

Objetivo. Analizar las fases de implementación y mantenimiento de las Salas de Análisis del Riesgo de COVID-19 en cuatro departamentos fronterizos de Colombia.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio cualitativo de Salas de Análisis del Riesgo en Salud Pública para COVID-19. Se revisó la documentación y los datos generados en el periodo de marzo a junio de 2020 en Amazonas, Vichada, Guainía y Putumayo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a actores clave. El análisis de las entrevistas se realizó con el aplicativo NVivo plus versión 11, en tres ciclos: codificación abierta; identificación de categorías emergentes y modelado mediante el análisis de las debilidades y fortalezas identificadas.

Resultados. Se identificaron los componentes de la estructura comando incidente y las relaciones entre las áreas de salud pública. Se encontraron fortalezas en la integración de las áreas; manejo de la información en tiempo real, vigilancia en las fronteras y fortalecimiento de los equipos de repuesta inmediata. Las debilidades identificadas se establecieron en los procesos de planeación, vigilancia comunitaria y comunicación del riesgo.

Conclusiones. Las Salas de Análisis del Riesgo constituyen un esfuerzo conjunto del nivel nacional y local donde se promueve la participación articulada de los actores para analizar información y optimizar la respuesta organizada durante la pandemia por COVID-19.

Palabras clave: infecciones por coronavirus/epidemiología, pandemias; gestión de riesgos; control sanitario de fronteras.

Introduction: Public health risk management in Colombia is led by the National Institute of Health. In the face of the COVID-19 emergency, response actions were

carried out through the implementation of Risk Analysis Rooms, strengthening surveillance at points of entry into the country.

Objective: To carry out an analysis of the implementation and maintenance phases of the COVID-19 Risk Analysis Rooms in four border departments of Colombia.

Materials and methods: A qualitative study was carried out of Risk Analysis Rooms in public health for COVID-19. The documentation and data generated in the period from March to June 2020 in Amazonas, Vichada, Guainía and Putumayo were reviewed. Semi-structured interviews were conducted with key actors. The analysis was performed with the NVivo plus version 11 application, in three cycles: open coding; identification of emerging categories and modeling by analyzing the identified strengths and weaknesses.

Results: The components of the incident command structure and the relationships between the public health areas were identified. Strengths were found in the integration of the areas; management of information in real time, border surveillance and strengthening of immediate response teams. The weaknesses identified were established in the planning, community surveillance and risk communication processes.

Conclusions: The Risk Analysis Rooms constitute a joint effort of the national and local level where the articulated participation of the actors is promoted to analyze information and optimize the organized response during the COVID-19 pandemic.

Keywords: Coronavirus infections/epidemiology; pandemics; risk management; border sanitary control.

Las emergencias en salud pública incluyen desastres, brotes epidémicos y conflictos en la población. En los últimos años a nivel global se han desarrollado programas para atender las emergencias en las naciones; en 2016, la

Organización Mundial en Salud estableció el programa de emergencias sanitarias implementado actualmente en la mayoría de los países (1,2).

Su enfoque en el ciclo de gestión del riesgo en salud permite identificar el nivel de vulnerabilidad y amenaza, analiza las posibles consecuencias en términos de impacto y efectos, involucra acciones de prevención y preparación antes de producirse la emergencia, generando respuestas oportunas y recuperación inmediata una vez atendida la situación, facilita la toma de decisiones y comunicar la comunicación del riesgo (2,3). Mediante este mecanismo se establecen procesos para reducir la ocurrencia de enfermedades en niveles aceptables utilizando medidas de prevención, modificando factores de riesgo para evitar la enfermedad y mitigar sus efectos (4).

Por medio del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se establecieron líneas operativas para la gestión del riesgo como un conjunto de acciones ejecutables en la población (5). Para 2016, el Instituto Nacional de Salud fortaleció las acciones de gestión del riesgo consolidando un área enfocada en la identificación y respuesta inmediata de situaciones de emergencias y brotes, estandarizando procedimientos y actividades del Sistema de Alerta Temprana, Sala de Análisis del Riesgo, Centro de Operaciones de Emergencias, Equipos de Respuesta Inmediata y comunicación del riesgo en salud pública (6). Frente a una situación de emergencia, la Sala de Análisis del Riesgo permite asegurar la articulación inter e intra-sectorial ante situaciones inesperadas que afecten las condiciones de vida de las poblaciones y de su condición de salud (7).

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial en Salud declaró la pandemia de COVID-19, emitiendo recomendaciones a los países para activar mecanismos de

respuesta a la emergencia en los diferentes niveles (8). Su rápida y amplia propagación a nivel mundial activó los protocolos para detener la diseminación en varios países. En Colombia se confirmó el primer caso el día 06 de marzo de 2020 (8) y se declaró la emergencia sanitaria el día 12 de marzo de 2020 (9). Previo a la presentación de casos en el país, el Instituto Nacional de Salud a través de gestores, implementó las Sala de Análisis del Riesgo en diferentes departamentos y distritos apoyando su instalación y mantenimiento con el fin de analizar la información en tiempo real y tomar decisiones frente a los casos presentados en los municipios acorde a los lineamientos establecidos (10).

Ante las amenazas identificadas, acorde a lo establecido con la Gestión de Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud y la norma técnica ICONTEC ISO 31000 (11), se establece la Sala de Análisis del Riesgo para medir el riesgo y coordinar las acciones a ejecutar. El diagnóstico inicial orienta acciones a desarrollar frente a procedimientos para la preparación y respuesta, capacidad del laboratorio de salud pública, acciones de gestión en salud pública y comunicación del riesgo (12).

Dentro de las acciones de vigilancia establecidas para COVID-19 en Colombia, se enfatizó en acciones de vigilancia en salud pública como: el fortalecimiento del control en puntos de entrada a los territorios; como aeropuertos y terminales marítimos y terrestres; gestión de la notificación de los eventos al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila); verificación y seguimiento a rumores y medios de comunicación relacionados con COVID-19; seguimiento a casos y rastreo de contactos; realización de investigación epidemiológica de campo y generación de reportes de situación y entrenamiento de los equipos de respuesta

inmediata (13). Se identifican potenciales beneficios del análisis de la implementación y mantenimiento de las Sala de Análisis del Riesgo, ya que permite establecer la forma en que el proceso se adapta a las necesidades de la respuesta en las entidades territoriales y cómo se integra dentro los procesos rutinarios de la vigilancia en salud pública. Además, permite realimentar a las partes interesadas en los beneficios de la sostenibilidad del proceso en el tiempo y la necesidad de fortalecer la actividad con recurso humano capacitado, lecciones aprendidas, elementos de ofimática que mejoran el procesamiento, análisis y divulgación de información de brotes y emergencias.

Un beneficio es la gestión de las emergencias en salud pública a nivel territorial, facilitando el análisis de la información con la participación de diferentes actores que conlleven a tomar las mejores decisiones. De acuerdo con esto, el objetivo fue analizar las fases de implementación y mantenimiento de la Sala de Análisis del Riesgo y la gestión de respuesta ante la pandemia de COVID-19 en cuatro departamentos fronterizos de Colombia.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo contemplando dos tipos de análisis: documental (14) y de carácter fenomenológico (15), en cuatro secretarías de salud departamentales: Amazonas, Putumayo, Guainía y Vichada.

Para el análisis documental se definió revisar y consolidar los documentos generados en los procesos de instalación y mantenimiento de Sala de Análisis del Riesgo de los departamentos analizados durante el periodo de marzo a junio de 2020, dividiendo la información acorde a los criterios establecidos por el Grupo de Gestión de Riesgo del Instituto Nacional de Salud y dando respuesta al objetivo de

cada criterio (cuadro 1). Una vez clasificados los documentos, se recopiló la información por departamento y se comparó buscando párrafos de interacción y similitud de información y párrafos con información exclusiva de cada entidad. Una vez obtenidos, se realizó análisis de los hallazgos y se organizó para su visualización en los resultados (15).

El análisis fenomenológico se realizó mediante la comprensión de la experiencia vivida del ser humano siguiendo el método de Martin Heidegger (16) a través de la aplicación del instrumento de entrevista semiestructurada (17). Para las entrevistas se establecieron preguntas buscando entender el impacto de las Salas de Análisis del Riesgo en la pandemia, a través de quienes las lideraron y establecieron en sus territorios. Los participantes en las entrevistas fueron cuatro profesionales de las Secretarías de Salud de cada departamento, se utilizó un muestreo intencional, se seleccionaron personas que cumplieran con los criterios de inclusión como, participación en la respuesta a la pandemia, tener un cargo de liderazgo y tener experiencia laboral mayor de dos años en salud pública. Respecto a los ítems de la entrevista se indagó sobre la respuesta a la pandemia y el establecimiento de las Salas de Análisis del Riesgo, la integración con diferentes áreas para la toma de decisiones, esfuerzos mayores para establecer acciones de respuesta, actividades del plan de acción que permitieron mejorar los procesos para la contención de la emergencia sanitaria de COVID-19 y la identificación de los principales problemas y desafíos que se presentaron. Se desarrolló previo a la entrevista, presentación verbal con entrega de formato físico del objetivo de la investigación, participantes, consentimiento informado y se explicó el proceso de participación voluntaria y aprobación de grabación. Para el

análisis se siguió la propuesta metodológica de Taylor-Bogda, para mantener el rigor metodológico y obtener un mayor respaldo en la interpretación de los resultados, las entrevistas fueron grabadas, se transcribieron textualmente para generar credibilidad en los datos analizados (18). Se realizó lectura reflexiva sobre el material discursivo transcrito identificando las ideas principales entre todos los participantes, para luego ser analizadas utilizando el aplicativo NVivo plus versión 11. Se realizó ciclo de codificación, ciclo de identificación de categorías emergentes, codificación axial de los textos significantes y se identificaron relaciones entre las diferentes categorías. Respecto a la saturación se dio en el momento que los nuevos datos no aportaron más en información en las categorías que emergieron. Finalmente se realizó el ciclo de modelado mediante el análisis de las debilidades y fortalezas identificadas para transferir los hallazgos a los resultados y a la discusión del análisis realizado (19). Los criterios de rigor metodológico del enfoque cualitativo se garantizaron mediante: credibilidad (veracidad de la información obtenida a nivel documental y totalidad de las entrevistas transcritas), transferibilidad (recolección y descripción de información basados en diferentes documentos de la Sala de Análisis del Riesgo y selección de los participantes con base en criterios), dependencia (réplica paso a paso) y confirmabilidad (consenso entre los investigadores y citas extraídas de las entrevistas realizadas).

Consideraciones éticas

Se realizó una investigación sin riesgo, de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 (20), se emplearon técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos, no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de

las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio. La participación en el estudio fue de forma voluntaria, se realizó firma de consentimiento informado posterior a la explicación de los objetivos del estudio y finalidad de la entrevista, se garantizó la privacidad de los informantes y la confidencialidad de la información mediante la identificación de las entrevistas mediante la asignación de códigos alfanuméricos.

Resultados

Área de estudio

Colombia se localiza en el noroeste del continente suramericano limitando vía terrestre con Venezuela, Brasil, Perú, Ecuador y Panamá (21). Los departamentos objeto de estudio fueron Amazonas, Guainía Putumayo y Vichada. El departamento de Amazonas limita con Brasil y Perú; Guainía con Brasil y Venezuela; Vichada con Venezuela y Putumayo con Perú y Ecuador (figura 1). En los cuatro departamentos se implementó la Sala de Análisis del Riesgo COVID-19 durante el mes de marzo de 2020 y se mantuvo durante la pandemia.

Amazonas, Putumayo, Guainía y Vichada, hacen parte de los departamentos con menor densidad poblacional en Colombia (22). La población de los cuatro departamentos está conformada en un alto porcentaje de población indígena, siendo del 64,9 % en Guainía, 44,3 % en Vichada, 43,4 % en Amazonas y 20,9 % en Putumayo (23). Amazonas, Guainía y Putumayo hacen parte de la región Amazónica colombiana, caracterizados principalmente por su ubicación en la selva amazónica, sin vías de acceso a las zonas rurales donde se encuentran establecidas comunidades indígenas (24). Los departamentos de Amazonas y Guainía, únicamente cuentan con vías aéreas de conexión con el territorio

nacional, mientras Putumayo y Vichada, cuentan con vías terrestres y fluviales, siendo de mayor importancia la fluvial para el departamento de Vichada (25). Por su localización, los cuatro departamentos tienen un alto intercambio comercial en frontera con Brasil, Venezuela, Perú y Ecuador, y en especial el departamento de Amazonas, cuenta con alto movimiento de población entre fronteras por su alta demanda turística de extranjeros y nacionales (26).

Implementación de la Sala de Análisis del Riesgo COVID-19

Los cuatro departamentos iniciaron su proceso de instalación de la Sala de Análisis del Riesgo COVID-19 en marzo de 2020 de acuerdo con los procesos iniciales de respuesta organizada por cada entidad territorial (cuadro 2). Con base al diagnóstico inicial de cada entidad, se establecen los procesos para la instalación de la Sala de Análisis del Riesgo COVID-19. Los departamentos se organizaron acorde con el modelo comando-incidente, estableciendo así sus estructuras de gestión de la sala.

Acciones de mantenimiento de la Sala de Análisis del Riesgo COVID-19

1. Gestión estratégica

La estructura de los planes de contingencia involucró la organización de los grupos equipos de respuesta inmediata para establecer una respuesta oportuna aumentando la capacidad del personal y disponibilidad semanal, estableciendo diferentes equipos. Los equipos de respuesta inmediata recibieron capacitación en lineamientos y uso adecuado de elementos de protección personal, procesos de IEC y toma y embalaje de muestras. En cada departamento se conformaron 20 equipos de respuesta inmediata, cada equipo con personal interdisciplinario, para toma de muestras, investigación de conglomerados y alertas.

2. Laboratorio de salud pública

Una vez instalada la Sala de Análisis del Riesgo, los departamentos establecieron dentro de su plan de contingencia, capacitaciones en toma de muestras y embalaje realizadas al personal de la Red de laboratorios e IPS. Todos recibieron durante los meses descritos medios de transporte viral para la realización de tamizajes en la población vulnerable y de riesgo (Amazonas: 5.200, Guainía: 400, Vichada: 5.500 y Putumayo: 200 medios de transporte viral) asegurando así la capacidad instalada de cada departamento.

Los departamentos no contaban con laboratorios autorizados para realizar PCR para COVID-19, por lo que se establecieron estrategias de envío de muestras tomadas a laboratorios certificados. Los envíos se realizaron acorde con la disponibilidad de vuelos de carga o fuerza aérea, asimismo, a través de la asociación nacional de departamentos. En total, Amazonas envió durante el periodo analizado 8.910 muestras, Guainía 1.051 muestras, Vichada 771 muestras y Putumayo 730 muestras. Se mejoró la capacidad instalada de los laboratorios para la toma y envío de muestras, siendo el envío y transporte una de las actividades de mayor coordinación en la obtención oportuna de resultados. Todas las entidades analizadas lograron coordinar formas de transporte para agilizar el procesamiento de las muestras, sin embargo, para los territorios de Guainía, Vichada y Amazonas, el envío aéreo fue su única opción ante la ausencia de vías terrestres de comunicación con laboratorios de referencia.

3. Sanidad portuaria

En puntos de entrada de frontera; puertos fluviales y aéreos, se estableció y realizó la localización de grupos para el registro de personas que ingresaron a los

departamentos, siguiendo indicaciones establecidas para la orientación de tamizajes de viajeros (26), mediante acciones de sensibilización a la población sobre síntomas, formas de transmisión y prevención del COVID-19. A las personas registradas se les tomó temperatura, se tamizaron y firmaron actas de compromiso de cumplimiento de aislamiento preventivo.

En Amazonas se realizó trabajo en conjunto para la ubicación de casos que cruzaban ilegalmente la frontera con Migración Colombia, Policía Nacional, Secretaría de Gobierno y Secretaria de Turismo Municipal y Departamental con punto principal en Frontera Tabatinga-Leticia. Para el departamento de Vichada, se establecieron grupos en puestos de control terrestres, fluviales y aeroportuarios localizados en los municipios en articulación con el grupo de sanidad portuaria departamental y con las secretarías de desarrollo sociales municipales de Santa Rosalía, Cumaribo, La Primavera y Puerto Carreño.

En el departamento de Guainía se conformaron nueve grupos extramurales localizados en frontera nacional (5 grupos) e internacional (4 grupos), articulando la vigilancia con guardia indígena, capitanes de comunidades indígenas, líderes, corregidores, fuerza pública y líderes de salud de municipios limítrofes de Venezuela y Brasil. En Putumayo se conformaron grupos de vigilancia y tamizaje conformados por auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos, ubicados en los municipios de Puerto Leguizamo, Puesto Asís, Valle del Guamuez y San Miguel. Adicional, los cuatro departamentos continuaron con acciones rutinarias de inspección, vigilancia y control (IVC) a mercancías y alimentos, enfatizando en el cumplimiento de protocolos de bioseguridad.

4. Vigilancia en salud pública

Los primeros casos positivos de COVID-19 fueron notificados en el mes de abril para el departamento de Amazonas y en el mes de mayo para Guainía, Vichada y Putumayo. Un total de 2.300 casos han sido notificados para Amazonas, 14 para Guainía, 18 para Putumayo y uno para Vichada a 30 de junio de 2020.

Todos los departamentos iniciaron el seguimiento a rumores y alertas identificados en la comunidad, investigaciones epidemiológicas de campo presenciales y telefónicas a las alertas y casos confirmados, tomas de muestras según definición operativa de caso y seguimiento a los contactos estrechos de los casos confirmados. En las respectivas salas se realizó el análisis diario de datos recolectados por búsqueda activa comunitaria, búsqueda activa institucional y análisis de la notificación de por infección respiratoria aguda al Sivigila.

Actualmente la Sala de Análisis del Riesgo en Amazonas cuenta con talento humano para realizar seguimiento a pacientes hospitalizados, análisis de mortalidades y seguimiento a los casos localizados en comunidades indígenas y zonas no municipalizadas.

En Inírida (Guainía) se implementó la Ruta de detección y atención para un posible evento de COVID-19 que opera en cadena de llamada. La ruta fue difundida en todas las instituciones del municipio, entregándola a la población para su conocimiento y para la búsqueda efectiva en los servicios de salud ante sintomatología compatible con COVID-19.

Vichada, en su plan de contingencia departamental, implementó rutas de detección y atención para casos probables de COVID-19 en aeropuerto, puerto fluvial, terrestre, comunidad e IPS, dichas rutas fueron divulgadas a la población con el objetivo de informar e incentivar motivando que la población acuda a la

prestación de los servicios de salud ante cualquier sintomatología compatible para COVID-19.

Respecto a la búsqueda activa comunitaria se fortalecieron los procesos en los territorios con el fin de identificar sintomáticos y población de riesgo en áreas priorizadas. Se fortalecieron los procesos de notificación inmediata a través del Sivigila de los casos probables y confirmados. En los territorios con pocos casos se ha realizado un seguimiento focalizado de las alertas epidemiológicas. Se realizó seguimiento a los conglomerados en diferentes instituciones: batallones, población privada de la libertad y hogares geriátricos.

Se realizaron acciones de vigilancia en comunidades indígenas, mediante trabajo concertado con los líderes indígenas, acciones de capacitación para fortalecer la vigilancia activa e identificar los casos y realizar acciones para la contención de forma oportuna. Los cuatro departamentos adoptaron y adaptaron los lineamientos nacionales de vigilancia innovadora , como parte de las acciones locales (13), realizando tamizaje poblacional, búsquedas activas comunitarias y vigilancia digital sindrómica.

5. Centro regulador de urgencias y emergencias/Prestación de Servicios

Se realizaron acciones encaminadas a capacitar en los protocolos relacionados a COVID-19, protocolos de bioseguridad, actualización continua de lineamientos y seguimiento de desinfección y limpieza de ambulancia y espacios de atención hospitalaria en EPS e IPS.

6. Comunicación del riesgo

Se realizó formulación y documentación de Plan de medios para COVID-19. Todos los departamentos establecieron esquemas informativos a través de boletines

diarios publicados en la página web oficial de cada departamento e infografías. Se realizó seguimiento a rumores, publicación de estrategias de información por diferentes medios de comunicación y educación en salud y bioseguridad dirigida por personal sanitario.

Entrevista a actores clave

En las entrevistas realizadas a los participantes se destacan textos que representan las actividades que llevan a cabo los actores de las entidades territoriales, actividades fundamentales para dar respuesta integral frente a riesgos y amenazas que deben ser revisadas en las Salas de Análisis de Riesgo y se encuentran plasmadas por medio de una nube de palabras se resaltan palabras como: “COVID”, “respuesta”, “salud”, “vigilancia”, “pandemia”, “áreas”, “implementación”.

En el análisis del discurso de las entrevistas realizadas se establecieron cuatro categorías emergentes: actores de respuesta, salas de análisis del riesgo, problemas y desafíos y comunicación del riesgo.

Actores de respuesta

En la categoría “actores de respuesta” se manifestó la experiencia de la articulación de varias áreas para dar respuesta a la pandemia, como el laboratorio, el área de prestación de servicios, vigilancia y CRUE. Se identificaron en esta categoría las acciones de capacitación dirigidas al personal de salud a nivel asistencial y actores de vigilancia en salud pública. Respecto al alistamiento y las rutas establecidas para lograr una respuesta inmediata, se evidencia el trabajo conjunto con otras áreas y la integración necesaria para atender las situaciones de la pandemia en cada territorio.

[...] desde que se implementó la Salas de Análisis del Riesgo se llegó un poco más a las áreas de prestación de servicio, y CRUE (ACT1001)

[...] una de las cosas que a raíz de la pandemia se han incrementado y se ha fortalecido, son los temas de capacitaciones a todo el personal médico y a los municipios con ayuda ya pues obviamente del área de CRUE y desde el área de prestación de servicios, con médicos ya integrados pues más en el tema obviamente con la integración del personal médico de vigilancia (ACT2002) [...] ya estábamos preparados, ya teníamos establecidas rutas y la forma de cómo actuar en caso que se nos presentara entonces si fue muy favorable para nosotros como departamento (ACT1003) Sala de Análisis del Riesgo.

En esta categoría se evidenció la estructura organizacional que establecieron, la integración con otras áreas y la importancia de la toma de decisiones. Respecto a las fortalezas identificadas en la implementación de las Salas de Análisis del Riesgo en los departamentos, los participantes expresaron que la facilitó la organización de las áreas para realizar análisis de la situación y dar respuesta oportuna de manera integral.

La Sala de Análisis del Riesgo tiene una estructura que nos permite ser más organizados, y analizar conjuntamente la situación y plantear respuestas. Aunque, queriendo que se integren el total de las áreas involucradas en la respuesta, finalizaron varios procesos (ACT1001) [...]

La implementación de la Salas de Análisis del Riesgo obviamente nos ayuda y nos sigue ayudando en este momento para poder tomar decisiones de manera más oportuna y dar respuesta inmediata a las situaciones que se nos presentan (ACT2002).

[...] aunque siempre hemos tenido comunicación entre áreas no contábamos con el espacio donde todos estuviéramos a la vez e interactuar para generar acciones que fortalecieran cada una de las áreas como se hizo desde que se implementó la Salas de Análisis del Riesgo (ACT1003) [...]

[...] ha permitido generar un espacio muy valioso donde está conformada por diferentes componentes de prestación de servicios, sanidad portuaria, laboratorio, salud pública y vigilancia, las cuales están unidas y encaminadas al fortalecimiento de las acciones de mantenimiento y seguimiento de respuesta para la COVID-19 (ACT1004) [...]

Por otro lado, se destacó la importancia del análisis de la información, la participación y el trabajo articulado de diversos actores como actividades que permitieron cambiar y fortalecer las acciones de vigilancia en salud pública. Una acción fundamental evidenciada por los actores fue el fortalecimiento de la capacidad de respuesta, y las acciones para mantener la respuesta en los territorios, aplicando el sistema de gestión del riesgo para identificar alertas tempranas.

Se convirtió un espacio para un análisis y toma de decisiones con la participación de los diferentes actores de la secretaria de salud y de otras instituciones cuando se requiere y la puesta en común de la situación para que cada uno aporte a las soluciones, y eso no lo estábamos haciendo antes, entonces me parece que es un espacio que se ha ganado (ACT1004).

Creamos unas capacidades de respuesta, que hasta la fecha se mantienen y nos hacen más proactivos y estar dos pasos adelante de cómo debemos reaccionar (ACT1001).

Problemas y desafíos

En esta categoría se identificaron situaciones relacionadas con las realidades de cada territorio como la resistencia de las áreas para el trabajo articulado, la dificultad para la planeación de procesos, los mecanismos de inducción del personal, los insumos de protección personal y la importancia de la operación del sistema de vigilancia comunitaria.

Hablando con la verdad el trabajo en equipo, porque cada uno está dispuesto solo a trabajar en su parte y vigilancia y la respuesta ante la pandemia ha sido trabajo en equipo escuchar que dice el laboratorio y que limitantes tiene, escuchar que limitantes tiene vigilancia, como apoya sanidad portuaria, como apoya prestación eso ha sido el mayor desafío que hemos tenido (ACT1004)

Al ser tan pocas personas en la institución; siempre vamos a ser los mismos haciendo lo mismo; entonces el hecho de tener la rutina de reunirnos cada semana entonces el que fueran puntuales nos llevó mucho trabajo y pues sentirse obligados de venir a la Sala de Análisis del Riesgo al inicio fue un poco complejo (ACT1003) lo único que no tuvimos o sea en su oportuno momento fue elementos de protección personal, de manera inmediata. Pero yo digo que en el trascurso de 15 días ya fueron llegando (ACT2002).

Llevar la vigilancia a los niveles comunitarios, si nosotros tuviéramos un sistema de vigilancia comunitaria más fuerte el trabajo fuere un poco más fácil. Si tuviéramos el empoderamiento de la comunidad. Si tuviéramos el empoderamiento de la comunidad. Si las Juntas de Acción Comunal reportaran, si el promotor reportara (ACT1001).

Comunicación del riesgo

Los relatos de los actores exponen la necesidad de comunicar sobre COVID-19 utilizando diferentes estrategias a las poblaciones indígenas y a la población rural dispersa (figura 2).

Si tuviéramos unos canales de comunicación para atender esa alerta y los demás recursos tanto urbanos como logísticos para poder hacer acciones me voy para las comunidades inmediatamente, eso sería lo ideal (ACT1001).

Normalmente nunca participaba comunicación del riesgo en una reunión previa si no que ya se articulaba uno con ellos cuando se quería emitir un mensaje o hacer una publicación o cuando ya se estaban haciendo acciones. Incluir a una persona en comunicación del riesgo ha sido muy importante y más por el tipo de población que nosotros tenemos, donde en un 60% es población indígena y debe ser una comunicación muy precisa y de muy fácil entendimiento (ACT1003)

nosotros siempre hemos conocido las dificultades del departamento, la dispersión poblacional, la dificultad en la comunicación pero como llegamos con lo que nosotros queremos a las comunidades para que no haya tanta mortalidad y que cada uno de su opinión y apoyo esa me parece que ha sido el desafío que hemos tenido (ACT1004)

Discusión

El Instituto Nacional de Salud como medida inicial para enfrentar la pandemia, adaptó el sistema de vigilancia en salud pública, implementando la vigilancia del COVID-19 y estableció acciones inmediatas enfocadas en la gestión del riesgo a nivel nacional y local. A través de esta adaptación y como resultado de esta, se pudo verificar la inclusión satisfactoria de la implementación y mantenimiento de las Salas de Análisis del Riesgo con la articulación de las diferentes áreas de cada entidad territorial fronteriza analizada en este documento. Las acciones realizadas permiten enfocar el análisis desde la perspectiva de la gestión del riesgo para COVID-19, como una estrategia que permite reducir la morbi-mortalidad de eventos considerados alerta internacional (27).

Este proceso, mostró cómo los procedimientos documentados para el sistema de gestión del riesgo en Colombia desde años anteriores a la pandemia (4), conllevaron a realizar actividades ya con una estructura establecida que permitió identificar, analizar y realizar acciones de control de COVID-19 de una manera organizada, eficiente y estandarizada, una vez emitida la declaratoria de alerta por la Organización Mundial en Salud (28).

Acorde a los resultados obtenidos en Colombia, el conocimiento generado podría fortalecer el sistema de gestión del riesgo y el sistema de vigilancia ante la respuesta a pandemias o situaciones similares futuras, así como otros países mejoran sus estructuras a partir de experiencias anteriores (29,30). Las estrategias de preparación y respuesta a la pandemia por COVID-19 utilizaron estrategias establecidas en la pandemia por influenza A/H1N1 (27) y en la epidemia del coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) (30), así como estrategias recientes donde se repite el establecimiento de un

sistema de respuesta planificado bajo el esquema de evaluación del riesgo y toma de decisiones que involucra actividades de gestión de incidentes, vigilancia epidemiológica, mitigación del riesgo, protocolos de atención y tratamiento, diagnóstico oportuno y comunicación del riesgo (31).

Los departamentos de frontera analizados, se caracterizan por un panorama complejo sociocultural, difícil acceso geográfico (24), alta vulnerabilidad ante la presencia de COVID-19 y alta movilidad migratoria (32), donde a pesar de sus dificultades lograron el establecimiento de un diagnóstico inicial con la planificación oportuna de acciones de vigilancia, recurso humano e insumos. Parte del éxito del establecimiento de las salas de análisis del riesgo y sus componentes en los departamentos analizados, puede ser el tiempo transcurrido entre el inicio de la pandemia en marzo (33) y la presentación de los primeros casos (entre abril y mayo) (34), lo que permitió organizar la respuesta antes de la llegada del virus a cada departamento. Adicional, fue fundamental el apoyo oportuno del Instituto Nacional de Salud a través de los gestores que orientaron a las entidades en la respuesta.

Una vez establecidas las Salas de Análisis del Riesgo, su continuidad permitió a cada territorio manejar su información en tiempo real e implementar estrategias de vigilancia innovadoras, destacándose el seguimiento y verificación de alertas y rumores, la búsqueda activa comunitaria y los tamizajes en población vulnerable principalmente en población indígena y migrantes o población de movilización permanente en las fronteras por comercio, doble nacionalidad o en búsqueda de atención médica.

La expansión y capacitación de equipos de respuesta inmediata para investigaciones epidemiológicas de campo, seguimiento a casos y contactos estrechos permitió dar repuesta ante las acciones de vigilancia y control para prevenir la propagación de la infección interviniendo en comunidades indígenas por su vulnerabilidad. La articulación con las asociaciones indígenas fue clave para focalizar las acciones, ya que dentro de la autonomía de su territorio muchas comunidades no permitieron el ingreso.

Como percepción del recurso humano responsable de los procesos dentro de las entidades territoriales, la Salas de Análisis del Riesgo fortaleció la respuesta e implementó un sistema integrado y organizado para las actividades orientadas a la mitigación, contención y vigilancia de la pandemia. Este proceso integrado; sin embargo, presentó dificultades ante la resistencia de áreas estratégicas para su articulación y planeación de procesos. Un estudio realizado en Corea, sobre la estructuración de la respuesta para COVID-19, demostró la importancia de la intervención y orientación de entidades gubernamentales de nivel nacional para establecer procesos y liderazgos a nivel local, y poder así establecer metodologías sistemáticas de respuesta ante una situación desconocida, se visualiza la importancia al ser un desafío la comprensión de los actores de la magnitud del desastre, la aceptación de la complejidad de la realidad y la necesidad de generar procesos de cooperación encaminados a un fin común (35).

Las dificultades presentadas en la articulación inicial de las áreas de salud en los territorios evaluados en Colombia, puede ser una respuesta ante la incertidumbre administrativa y miedo a un evento desconocido, no sólo local, sino también a nivel mundial. Su posterior articulación y planeación de procesos, puede estar

relacionada a un mayor conocimiento y apoyo nacional en la preparación y respuesta a través de los gestores del Instituto Nacional de Salud.

La sala de análisis de riesgo, apoyada en su implementación y mantenimiento por un gestor representante de una entidad territorial nacional, generó capacidades de respuesta en los territorios analizados ante la pandemia por COVID-19 de manera oportuna e inmediata, estableciendo procesos que facilitaron la vigilancia epidemiológica del evento COVID-19 y un espacio de discusión para toma de decisiones efectivas para la contención y posterior mitigación del riesgo en cada entidad territorial fortaleciendo así los pasos fronterizos en Colombia.

La operación del sistema de vigilancia comunitaria y la comunicación del riesgo, específicamente en población indígena, son factores claves a mejorar en los territorios. Estos procesos requieren de una evaluación a fondo, donde se logre generar un diagnóstico y una estrategia de trabajo, contemplando las dificultades de acceso a las comunidades, la inexistencia de medios de comunicación en gran parte de las localidades rurales y la gran variedad étnica-cultural de los territorios. Se identificaron estrategias efectivas que pueden aportar a la resolución de las problemáticas identificadas a nivel comunitario en la población indígena o rural dispersa durante la pandemia. En México, las poblaciones indígenas son más vulnerables al COVID-19 por diversos factores sociales, ambientales y de salud, se ha identificado la necesidad de establecer esquemas de base comunitaria que permita llegar a estas poblaciones para responder a sus necesidades (36). En el marco de los determinantes sociales de la salud, los sistemas de salud pueden mitigar los impactos de la pandemia, mediante acciones de comunicación eficaz, incluida la comunicación del riesgo, que aumenten la confianza y la credibilidad en

las autoridades y en las fuentes de información. Así mismo, la comunicación del riesgo debe llegar principalmente a la población pobre y vulnerable, con especificidades locales en términos de idioma y cultura (37).

La pandemia deja un mensaje claro acerca de la importancia del componente de comunicación y las medidas de prevención, es por ello que desde la sala de análisis de riesgo que se implementaron en cada entidad territorial se involucraron actores para establecer planes de comunicación para la prevención y el control del nuevo coronavirus. Este hallazgo es similar a un estudio realizado en Cuba, donde se identificó la importancia de establecer planes de comunicación de crisis y programas integrales de comunicación social para orientar a la población y a los sectores de la sociedad en la prevención y control de COVID-19 (38).

Las Salas de Análisis del Riesgo constituyen un esfuerzo conjunto del nivel nacional y local donde se promueve la participación articulada de los actores para analizar información y optimizar la respuesta organizada durante la pandemia.

Identificar las debilidades y fortalezas del proceso de implementación y mantenimiento de la Sala de Análisis del Riesgo es fundamental para conocer los desafíos y mejorar los planes estratégicos de gestión del riesgo en futuras emergencias de salud pública.

Se recomienda a los departamentos mantener las Salas de Análisis del Riesgo después de la pandemia con el fin de realizar gestión del riesgo a los eventos de interés en salud pública.

Agradecimientos

A los equipos de vigilancia en salud pública y del CRUE los municipios y departamentos de Amazonas, Guainía, Vichada y Putumayo por su trabajo durante la pandemia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiación

Este estudio fue financiado por la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud de Colombia.

Referencias

1. **Organización Mundial de la Salud.** Nuevo programa de emergencias sanitarias de la OMS. Geneva: OMS; 2017. Fecha de consulta: 19 noviembre de 2020. Disponible en:
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_35-sp.pdf
2. **World Health Organization.** Rapid risk assessment of acute public health events. Geneva: WHO; 2012. p. 1-39. Fecha de consulta: 19 noviembre de 2020. Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70810/WHO_HSE_GAR_ARO_2012.1_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. **Quijada H, Madero J, Díaz J, Campo A, Padilla A, Garzón F, et al.** Implementación del centro de operaciones de emergencia en Salud pública COE-ESP del Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017. Inf Quinc Epidemiol Nac. 2018;23:26-33. Fecha de consulta: 20 de enero de 2021. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/IQEN/IQEN%20vol%2023%202018%20num%203.pdf>

4. **Gomez A.** Marco conceptual y legal sobre la gestión de riesgo en Colombia: Aportes para su implementación. Monitor Estratégico. 2006.[Fecha de consulta: 20 de enero de 2021. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/Articulo%201.pdf>
5. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Plan Decenal de Salud Publica PDSP, 2012-2021.2012. Fecha de consulta: 20 de febrero de 2021. Disponible en:
<http://www.osancolombia.gov.co/Portals/0/BoletinesPublicaciones/PlanDecenaIDeSaludPublica.pdf>
6. **Castro L, Rojas A, Plata L, Gonzalez M, Arias Y, Rodriguez L. et al.** Evaluación de la Gestión del Riesgo en salud pública ante casos simulados de cólera, distrito de Cartagena, Colombia, 2017. Inf Quinc Epidemiol Nac. 2017;22:287-308.[Fecha de consulta: 20 de enero de 2021. Disponible en:
<https://www.ins.gov.co/buscador/IQEN/IQEN%20vol%2022%202017%20num%2018.pdf>
7. **Instituto Nacional de Salud.** Lineamientos Nacionales 2021: Vigilancia y Control en Salud Pública. Bogotá, D.C.: INS; 2021. p. 1-173. Fecha de consulta: 3 de marzo de 2021. Disponible en:
<http://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Lineamientosydocumentos/Lineamientos%202021.pdf>
8. **Instituto Nacional de Salud.** Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19). 2020. Fecha de consulta: 15 de enero de 2021. Disponible

en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/Anexo-Instructivo-vigilancia-covid.pdf>

9. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Resolución No. 385 de 12 de marzo de 2020 por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus. Bogotá, D.C.; Minsalud; 2020. p. 1-5.
10. **Instituto Nacional de Salud.** Lineamientos nacionales 2020. Vigilancia y control en Salud Pública. Bogotá, D.C.: INS; 2020; p. 1-132. Fecha de consulta: 15 de enero de 2021. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Lineamientosydocumentos/Lineamientos%202020.pdf>
11. **ICONTEC Internacional.** Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 31000: Gestión del riesgo. Principios y directrices. Bogotá, D.C.: ICONTEC; 2011. p.1-12.
12. **Instituto Nacional de Salud.** Instructivo INT-R02.4220-004 Sala de Análisis de Riesgos-SAR. Bogotá, D.C.: INS; 2019.
13. **Instituto Nacional de Salud.** Orientaciones para la vigilancia en salud pública de la covid- 19. Versión 02. Bogotá, D.C.: INS; 2020. p. 1-51. Fecha de consulta: 15 de enero de 2021. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/orientaciones-vigilancia-salud-publica-covid.pdf>
14. **Dulzaides M, Molina A.** Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. ACIMED. 2004;12:1-5.
15. **Dominguez KA, Palmieri PA, Martinez MS.** National Health Policy Reform

for Primary Care in Chile: A Qualitative Analysis of the Health Program Documents. J Prim Care Community Health. 2020;11:21-50.

<https://doi.org/10.1177/2150132720924884>

16. **Guerrero R, Menezes T, Prado M.** Phenomenology in nursing research_ reflection based on Heidegger's hermeneutics. EAN. 2019;23:1-7.
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0059>
17. **Cadena P, Rendón R, Aguilar J, Salinas E, De la Cruz F, Sangerman DM.** Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales. Rev Mex Ciencias Agrícolas. 2017;8:1603-17.
18. **Castillo E, Vásquez ML.** El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia Médica. 2003;34:164-7.
19. **Banerjee I, Robinson J, Munoo Singh B, Jain N, Amsadevi R.** Meaning of Success: perception of medical students, and faculty-A Qualitative Study from a medical school in Mauritius. Nepal J Epidemiol. 2020;10:905-14.
<https://doi.org/10.3126/nje.v10i3.28424>
20. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Resolución No. 8430 de 4 de octubre de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, D.C.; Minsalud; 2020. p. 1-19.
21. **Departamento Nacional de Planeación.** Implementación de la Política de Fronteras. 2017. Fecha de consulta: 15 de enero de 2021. Disponible en:
https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-territorial/Ordenamiento_y_Desarrollo_Territorial/Paginas/Implementacion-de-la-politica-de-fronteras.aspx

22. **Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas.** Servicios web Geográficos Distribución de la Población 2010. Fecha de consulta: 18 de abril de 2021. Disponible en: <https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/>
23. **Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas.** Visibilización Estadística de los Grupos Étnicos Colombianos 2010. Fecha de consulta: 18 de abril de 2021. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/grupos-etnicos/estadisticas-y-grupos-etnicos>
24. **Caicedo M, De Arruda X, Caicedo C, Andrade E, Abel I.** Epidemiological scenarios for human rabies exposure notified in Colombia during ten years: A challenge to implement surveillance actions with a differential approach on vulnerable populations. PLoS One. 2019;12:1-23. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213120>
25. **Pérez GJ.** La infraestructura del transporte vial y la movilización de carga en Colombia. Documentos de Trabajo sobre economía regional. 2005;64:1-73. Fecha de consulta: 18 de abril de 2021. Disponible en: <https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/DTSER-64.pdf>
26. **Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas.** Atlas Estadístico Colombia. 2012. Fecha de consulta: 4 de febrero de 2021. Disponible en: <https://geoportal.dane.gov.co/servicios/atlas-estadistico/>
27. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Orientaciones para el tamizaje de viajeros procedentes de zonas con circulación del nuevo coronavirus (covid-19) 2020. Fecha de consulta: 18 de abril de 2021. Disponible en:

<https://covid19.minsalud.gov.co/>

28. **Schröder I.** COVID-19: A risk assessment perspective. *ACS Chem Heal Saf.* 2020;27:160–9. <https://doi.org/10.1021/acs.chas.0c00035>
29. **Robles J.** La psicología de emergencias ante la COVID-19: enfoque desde la prevención, detección y gestión operativa del riesgo. *Clínica y Salud.* 2020;31:115-18. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a17>
30. **Centers for Disease Control and Prevention.** National inventory of core capabilities for pandemic influenza preparedness and response. Atlanta, US. Department of Health and Human Service; 2010. Fecha de consulta: 23 de abril de 2021. Disponible en:
<https://www.cdc.gov/flu/international/tools.htm#:~:text=The%20National%20Inventory%20of%20Core,toward%20enhanced%20preparedness%20over%20time>
31. **Algaissi A, Alharbi N, Hassanain M, Hashem AM.** Preparedness and response to COVID-19 in Saudi Arabia: Building on MERS experience. *J Infect Public Health.* 2020;13:834-8. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.04.016>
32. **Khalifa S, Mohamed B, Mohamed E, Du M, Guo Z, Zhao C, et al.** Comprehensive Overview on Multiple Strategies Fighting COVID-19. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:1-13.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17165813>
33. **Ardila A, Niño L, Rivera D, Sarmiento M, Alzate JP.** Condiciones en la frontera sur entre Colombia y Venezuela ante la pandemia de COVID-19. *Rev. Salud Pública* 2020;22:1–9. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n2.86366>
34. **Munster V, Koopmans M, Doremalen N, Riel D, Wit E.** A novel coronavirus

- emerging in China - Key questions for impact assessment. *N Engl J Med*. 2020;382:692-4. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2000929>
35. **Kim J, Ashihara K.** National Disaster Management System: COVID-19 case in Korea. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:1-18. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186691>
36. **Diaz L, Sierra L, Palacios A, Rodriguez M, Flores R.** Critical review of social, environmental and health risk factors in the Mexican indigenous population and their capacity to respond to the COVID-19. *Sci. Total Environ*. 2020;733. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.139357>
37. **Ataguba O, Ataguba J.** Social determinants of health: the role of effective communication in the COVID-19 pandemic in developing countries. *Global Health Action*. 2020;13:1-5. <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1788263>
38. **Candelaria J, Diaz S, Acosta D, Labrador O, Rodriguez A.** Estrategia intervencionista dirigida a la prevención y control de la COVID-19 en Consolación del Sur. *Rev Ciencias Médicas*. 2020;24:1-11.

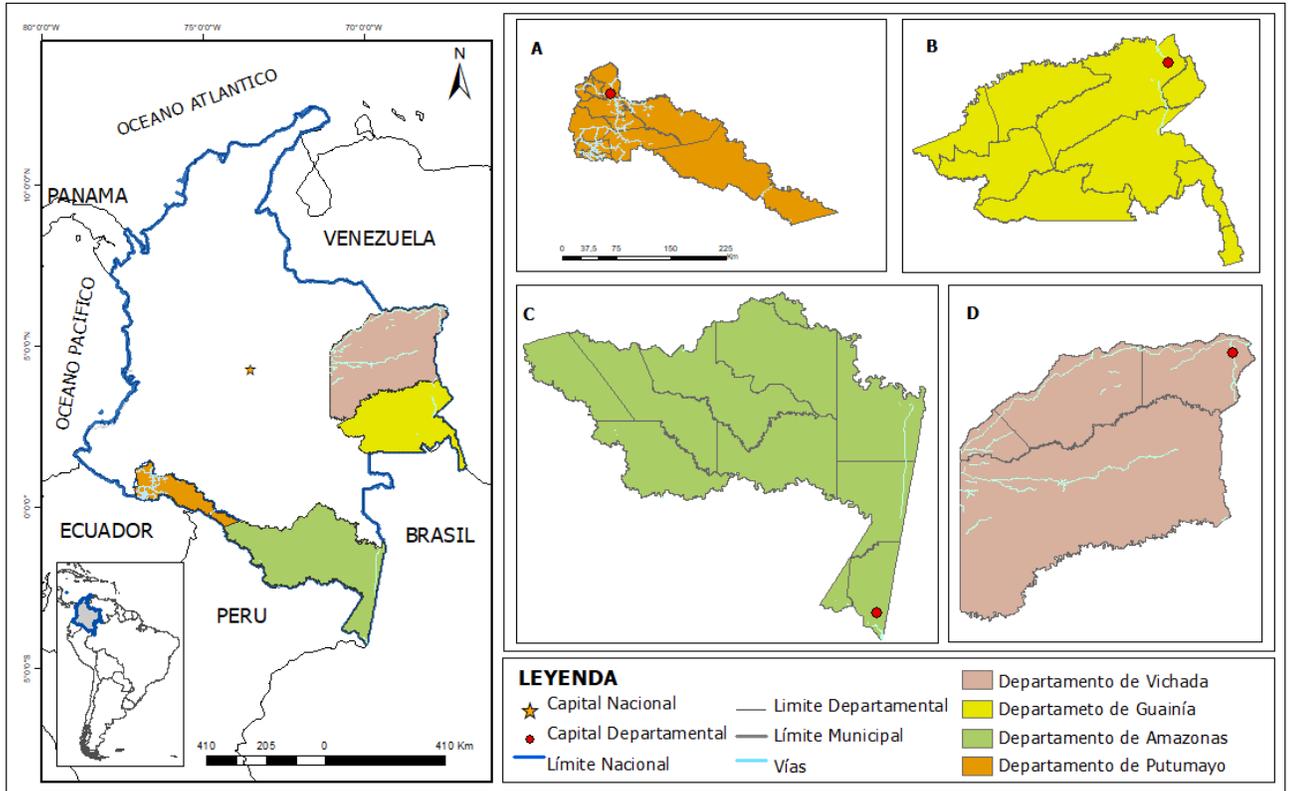


Figura 1. Ubicación de los Departamentos Amazonas, Guainía, Vichada y Putumayo. Fuente: elaboración propia

Cuadro 1. Criterios de análisis de instalación y mantenimiento de la Salas de Análisis del Riesgo (SAR) COVID-19 en los departamentos de Amazonas, Guainía, Vichada y Putumayo durante el periodo marzo a junio de 2020

Criterio	Objetivo	Actividades	Documentos verificados
1.Gestión Estratégica	Evaluación y seguimiento	Diagnóstico de capacidad de respuesta: Conformación de comités de respuesta, disponibilidad de talento humano, insumos, plan de acción y medios para Covid-19 y determinación de nivel de riesgo	Informe de diagnóstico inicial de capacidad de respuesta de entidad y matriz de riesgo analizada
		Reunión semanal de seguimiento de actividades del plan de acción de la SAR COVID-19	Actas de instalación y mantenimiento semanal de SAR COVID-19
		Organización del personal para apoyar las acciones de contingencia ante el COVID19, que integran los ERI	Acta con la distribución de actividades y responsables de la SAR y conformación de los equipos de respuesta inmediata Actas de entrenamientos en uso de Elementos de protección personal y procedimientos de vigilancia
2. Laboratorio de salud pública	Identificación de capacidad diagnóstica	Diagnóstico, actualización y gestión de insumos y personal.	Informes de gestión de insumos y personal
		Actualización de la red de laboratorios colaboradores y estado de las muestras	Documento de actualización de la red de laboratorios colaboradores y seguimiento de muestras tomadas
		Actualización de los lineamientos para la vigilancia por laboratorio de virus respiratorios: insumos para muestras proyectadas, contratación de personal y entrenamiento continuo para toma de muestras	Actas de instalación y mantenimiento semanal de SAR COVID-19
3.Sanidad /Vigilancia	Vigilancia puntos de entrada	Articulación SAR COVID19 de la entidad territorial y sanidad portuaria, generación de estrategias de vigilancia en puntos de entrada (Aeropuertos, Puertos Marítimos, puertos ríos, pasos fronterizos)	Actas de instalación y mantenimiento semanal de SAR COVID-19
4.Vigilancia en salud publica	Identificación de capacidad de gestión y respuesta	Seguimiento y monitoreo semanal de la situación epidemiológica y la notificación de la morbilidad por infección respiratoria aguda e identificación de conglomerados o comportamientos inusuales en la notificación de los casos	SITREP diario y semanal
		Identificación y verificación de rumores y monitoreo de medios de comunicación	SITREP diario y semanal. Matrices de seguimiento de rumores
		Gestión de los casos confirmados: Historias Clínicas (HC) Investigaciones Epidemiológicas de Campos (IEC), matriz de seguimiento a contactos, ficha de notificación y resultado.	IEC, matriz de seguimiento a contactos, ficha de notificación y resultado de laboratorio.

		Análisis de vigilancia en salud pública de COVID19 diario por cada entidad	Infografías, Dashboard, boletines epidemiológicos y otros similares,
5. Centro regulador de urgencias y emergencias/Pr estación de Servicios	Regulación de los procesos de atención	Articulación de vigilancia con las áreas de prestación de servicios y aseguramiento para fortalecer la capacidad instalada y la red de prestación de servicios: urgencias, hospitalización y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), adecuación de procesos de referencia y contrarreferencia, ocupación de los servicios	Actas de instalación y mantenimiento semanal de SAR COVID-19
6. Comunicación del riesgo	Comunicación e información a la comunidad	Seguimiento plan de medios, con identificación de voceros oficiales y comunicaciones emitidas	Actas de instalación y mantenimiento semanal de SAR COVID-19

Fuente: Informes diagnóstico e implementación de SAR (Amazonas, Guainía, Vichada y Putumayo).

Fuente: SAR Instituto Nacional de Salud, Revisión documental

Cuadro 2. Descripción del diagnóstico de capacidad de respuesta inicial ante Covid-19 en los departamentos de Amazonas, Guainía, Vichada y Putumayo

CRITERIO	DEPARTAMENTO			
	AMAZONAS	GUANIA	VICHADA	PUTUMAYO
Estructura inicial de respuesta	Sala de Comando Unificado Departamental, frecuencia de reunión diaria:	Consejo Municipal de Gestión de Riesgo Departamental; frecuencia de reunión una vez a la semana	SAR liderada por secretaria departamental de salud, frecuencia de reunión diaria	Comité de Emergencias y Desastres de la Secretaria de Salud Departamental
Nivel de riesgo y respuesta	Se determina para los cuatro departamentos riesgo nivel IV, lo que implica que se requiere una respuesta a todos los niveles: Nacional/ intersectorial e Internacional			
Acciones	Enfocadas a vigilancia en Puertos, Aeropuertos y pasos fronterizos. Dos reuniones realizadas con autoridades de Brasil y Perú para flujo de información y cierre y control de fronteras. Se activa Comité Departamental de Sanidad Portuaria del Amazonas el 03/02/2020 y se implementa acciones de tamizaje en Puntos de Entrada a Departamento	Acciones enfocadas a centinelas en puntos de entrada con tamizaje a viajeros activados a partir del 03/03/2020. Puntos centinelas localizados en cabecera municipal de capital: Puertos fluviales (El Paujil, Puerto Muelle de Carga, Balsa de la Policía, y Puerto Minero) y Aeropuerto Cesar Gaviria Trujillo	Plan de contingencia enfocado a rutas de atención y detección de casos en aeropuerto, puerto fluvial, comunidad y atención en Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud -IPS.	Seguimiento de vigilancia epidemiológica rutinaria de infección respiratoria aguda, seguimiento de rumores, capacitación grupos funcionales, EAPB, entidades del sector público y privado en aspectos generales de COVID-19. Activación COE. Asistencias técnicas a municipio en protocolos COVID-19
Recurso humano / Insumos	Personal de planta: Coordinadora, profesionales de enfermería y una técnica	Personal de planta: dos profesionales de enfermería, dos auxiliares administrativos, un técnico operativo y un auxiliar de enfermería.	Dos epidemiólogos en área de VSP, un técnico de Sivigila y tres apoyos en cada municipio para enlace con secretaria de salud departamental.	Ocho profesionales de salud en área de vigilancia en salud pública. Tres especialistas en epidemiología
	ERI: 20 ERI, 57 personas: Especialistas en epidemiología (5), Médicos (2), profesionales (16), técnicos (23) y auxiliares de salud (11), capacitados en lineamientos Covid-19	ERI: Coordinadores de cada una de las áreas de secretaria de salud departamental. Disponibilidad por semana de una persona para atención de brotes	ERI integrado por coordinadores de áreas de la Secretaria de Salud con disponibilidad de dos personas por semana para seguimiento de alarmas	ERI: Conformado por médico, epidemiólogo, enfermera de programa y bacteriólogo

	LSP: Personal capacitado para la toma, recepción y envío de muestras. Cuenta con equipo para el análisis molecular de las muestras (PCR) sin certificar. Departamento no cuenta con laboratorios autorizados para realizar PCR para Covid-19.	LSP: Personal capacitado para la toma, recepción y envío de muestras. Sólo una bacterióloga para toma de muestra. Departamento no cuenta con laboratorios autorizados para realizar PCR para Covid-19.	LSP: Departamento no cuenta con laboratorios autorizados para realizar PCR para Covid-19.	LSP: Personal capacitado para la toma, recepción y envío de muestras. Departamento no cuenta con laboratorios autorizados para realizar PCR para Covid-19.
Comunicación	Boletín epidemiológico con actualización diaria. Folleto con información básica para la población en general. Cuenta con pan de medios	Ruta de Detección y Atención para un posible evento de COVID-19 que opera como cadena de llamadas. No cuenta con plan de medios		Educación y Comunicación de los aspectos de COVID-19
Articulación población étnica	Reuniones con Asociaciones de Autoridades indígenas para autorización de socialización de lineamientos de prevención de COVID-19.	Información generada es traducida a cada una de las lenguas de comunidades indígenas presentes en departamento		

Fuente: Informes diagnóstico e implementación de Salas de Análisis del Riesgo (SAR) (Amazonas, Guainía, Vichada y Putumayo)

COE: Centro de Operaciones de Emergencias

ERI: equipo de reacción inmediata

