  
**FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA SANITARIA COVID-19**

# ÍNDICE

1	PRESENTACIÓN	3
2	INTRODUCCIÓN	6
3	LABORATORIO DE INNOVACIÓN AL SERVICIO DE LA SALUD PÚBLICA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN EL CONTEXTO COVID- 19 (2020)	9
4	LABORATORIO VIRTUAL DE INNOVACIÓN “REFORZANDO LA INCLUSIÓN EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA” (2021)	23
5	PRODUCTOS DE CONOCIMIENTO PARA LA ACCIÓN	55
6	CONCLUSIONES	60
7	REFERENCIAS	62

# I. PRESENTACIÓN

Los 4 Centros de Formación de la Cooperación Española pusieron en marcha en el 2020 una intervención (Proyecto de Conocimiento para el Desarrollo) para la Identificación de “Estrategias de Reconstrucción ante el escenario Post-COVID-19”, dada la ventaja comparativa que ofrece la red de Centros y su despliegue regional.

La situación de crisis derivada de la pandemia originada por el COVID-19, requiere la puesta en marcha de acciones encaminadas a la reconstrucción de la estructura tanto productiva como social de los diferentes países afectados.

Este Proyecto, que se integra en el Plan INTERCOONECTA, está orientado al fortalecimiento de las instituciones públicas, la sociedad civil, la academia y el sector privado, para la adecuación e implementación de políticas públicas y la elaboración de productos de conocimiento, que permitan enfrentar los efectos ocasionados por la pandemia y otras enfermedades emergentes.

Por otro lado, CF de Montevideo se encuentra liderando la línea de Alianzas para la Ciencia e Innovación del Plan INTERCOONECTA, línea que posiciona a la Ciencia, la Tecnología y a la innovación como facilitadores para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

En este marco el Centro de Formación de la Cooperación Española (CFCE) en Montevideo viene impulsando la construcción de un ecosistema de ciencia, tecnología e innovación abierta e inclusiva en América Latina y El Caribe, al servicio de la prioridad de salvar vidas y reforzar los sistemas de salud pública con enfoque de género bajo las diferentes formas de cooperación Norte-Sur, Sur-Sur y triangular.

A través del Proyecto que se presenta se ha trabajado en el fortalecimiento de la cooperación regional e internacional Norte- Sur, Sur- Sur y triangular en materia de ciencia, tecnología e innovación y aumento del intercambio de conocimiento para poder dar una respuesta efectiva a los retos sanitarios y epidemiológicos que plantea la actual pandemia y enfermedades emergentes”. ODS 17 (Meta 17.6) y ODS 3 (Meta 3.8).

La Estrategias de Reconstrucción ante el escenario Post-COVID-19, establece como prioridad el refuerzo de los sistemas públicos de salud para garantizar la cobertura y el acceso universal necesario para hacer frente a la crisis sanitaria del COVID-19, evitando su colapso, reforzando la atención primaria de salud y comunitaria como pilar esencial de los sistemas de salud, el nivel de atención más accesible para las personas más vulnerables, atendiendo a la prevención y estrategias de resiliencia para poder afrontar y prevenir nuevas oleadas y siempre

desde el principio de no discriminación. En esta prioridad, destacan las siguientes líneas de trabajo relacionados con la vigilancia epidemiológica y la monitorización de la salud pública:

- **Asegurar el acceso universal y equitativo a la vacuna del COVID-19**, y a todas las vacunas, y preparar a los sistemas de salud para su distribución a toda la población, incluyendo los lugares más remotos y con especial atención a los colectivos que sufren discriminación o exclusión social y aquellos colectivos con discapacidad, garantizando el acceso a la misma de todas las mujeres y niñas.
- **Adaptar las respuestas a cada contexto y realidad local.** La innovación adaptada al contexto es esencial. No es suficiente el liderazgo de las autoridades locales; la participación de centros de investigación, de las autoridades y gobiernos locales y de las comunidades es parte indispensable de la respuesta.
- **Ajustar las intervenciones de Cooperación**, siguiendo las recomendaciones del Plan de Preparación Estratégica y Respuesta de la OMS. Para ello, se apoyará la implementación de los planes nacionales de preparación y respuesta a la crisis, desde las comunidades y municipios, hasta el apoyo a los países.
- **Reforzar al máximo las capacidades de organizaciones comunitarias y locales, ONG, actores territoriales y su coordinación con los respectivos gobiernos**, que participan en la respuesta tanto sanitaria como de protección social y de medios de vida, y especialmente en contextos donde la presencia gubernamental resulta más débil.
- **Fortalecer la colaboración científico-técnica con los países afectados** para disponer de información y datos científicos como los datos de evolución sanitaria y socioeconómica de la

enfermedad, al menos desglosados por sexo, origen/grupo étnico, discapacidad, diversidad funcional, edad y área rural-urbana. Esto favorecería la construcción de indicadores y sistemas de seguimiento y de alerta temprana robustos, con una mirada multidimensional e interseccional.

- **Apoyar el uso de tecnologías de la información y comunicaciones capaces de hacer el mejor uso de “big data”**, acompañándolo de medidas que garanticen el derecho a la información veraz sobre la pandemia (contrarrestar las fake news), el cumplimiento del derecho a la privacidad, así como salvaguardando los estándares internacionales de DDHH en aquellos contextos de democracias menos robustas donde operan los actores de la Cooperación Española.

Bajo este marco, el presente proyecto apoya y da continuidad a la línea de trabajo comenzada en el mes de abril de 2020 como respuesta a la epidemia de la COVID-19, por parte de la Red Ministerial Iberoamericana de Aprendizaje e Investigación en Salud -RIMAIS- en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

La línea de colaboración se inició con la puesta en marcha de un ciclo de 10 seminarios virtuales sobre “Lecciones aprendidas de la gestión de COVID-19”. Como ponentes participantes fueron invitados los responsables de la formulación de políticas y/o académicos de los países iberoamericanos diferentes. Estos webinarios fueron el punto de partida de la pre-conferencia iberoamericana “Lecciones aprendidas de COVID-19 y desafíos para los sistemas de salud” realizada el 30 de junio 2020, cuyo objetivo fue comprender las respuestas de los sistemas

de salud a las presiones en las que están inmersos, las posibilidades y limitaciones en su capacidad de acción y reacción. En total asistieron 4416 personas a estos eventos.

La pre-conferencia sentó las bases para la realización de las Jornadas Iberoamericanas Virtuales “Lecciones aprendidas de COVID-19 y desafíos para los sistemas de salud” que se celebró del 28 al 30 de septiembre 2021.

El proyecto desarrollado durante de 2020 y 2021 impulsado por el Centro de Formación de la CE en Montevideo con diferentes actores regionales (RIM AIS) y de España (ISC III y EASP) parte del conocimiento generado en estos espacios e impulsa el diálogo de actores para generar respuestas innovadoras a los retos planteados. En este marco se desarrollaron dos laboratorios de innovación en salud, se diseñaron 3 informes de políticas (policy brief) que reúnen las principales conclusiones y recomendaciones para el apoyo en la toma de decisiones para la generación de políticas en salud. Así mismo se realizó una publicación de lecciones aprendidas de COVID-19 y desafíos para los sistemas de salud. El Proyecto contó con el acompañamiento técnico de la EASP.



## 2. INTRODUCCIÓN

Los sistemas efectivos de vigilancia epidemiológica permiten la rápida identificación y el aislamiento de casos de enfermedades infecciosas, aumentando la detección de contactos para evitar la propagación a los casos terciarios, lo que repercute en la mortalidad y en el nivel de saturación de los servicios de salud. La identificación y registro oportuno de casos, permiten la vigilancia y la gestión de la información para orientar la toma de decisiones (1).

Un sistema de vigilancia epidemiológica óptimo y su capacidad de rastreo y seguimiento de casos y contactos depende de una sólida infraestructura de salud pública. Debe contar con sistemas de información robustos, con recursos humanos capacitados y una financiación estable. Estas cuestiones son actualmente insuficientes en muchos países de rentas medias y bajas, especialmente en las zonas rurales o aisladas (2). Otra estrategia paralela es la vigilancia epidemiológica a nivel comunitario, que permite además mejorar la participación de la población y el sentido de pertenencia de las medidas de prevención y control de la enfermedad (3,4). Se ha encontrado que una política de respuesta comunitaria puede ser eficaz para identificar y combatir los brotes de enfermedades sin depender de la información sobre las redes de contacto de los individuos infectados (4,5).

Uno de los muchos desafíos del rastreo de contactos es mantener el seguimiento de estos a medida que la epidemia crece. La capacidad de rastrear suficientes contactos de manera oportuna es sustancialmente mejor cuando las tasas de contacto son más bajas y la evidencia científica sugiere que existe una fuerte sinergia efecto entre las tasas de contacto y la capacidad de rastreo de los propios contactos, siendo por tanto fundamental la implicación de la comunidad (6). Esto pone de relieve la importancia de fomentar estos métodos alternativos de rastreo de contactos para combatir los brotes.

En las Jornadas Iberoamericanas de Coronavirus y salud pública se puso en evidencia que una efectiva gestión y control de las enfermedades emergentes requiere contar con sistemas de información integrales e indicadores clave para el control de la pandemia, como herramienta esencial para la toma de decisiones. Se ha puesto de manifiesto la importancia de disponer de **sistemas de información robustos, seguros y funcionales** que faciliten la labor de Vigilancia Epidemiológica.

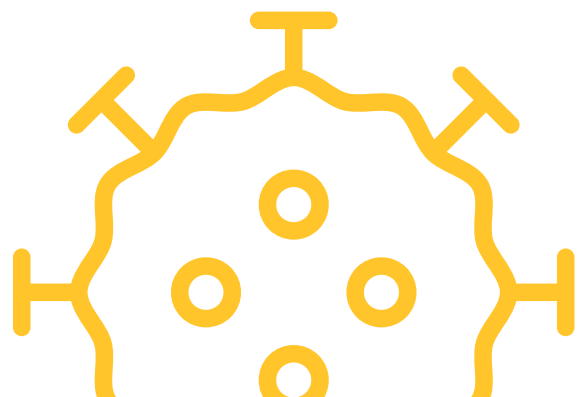
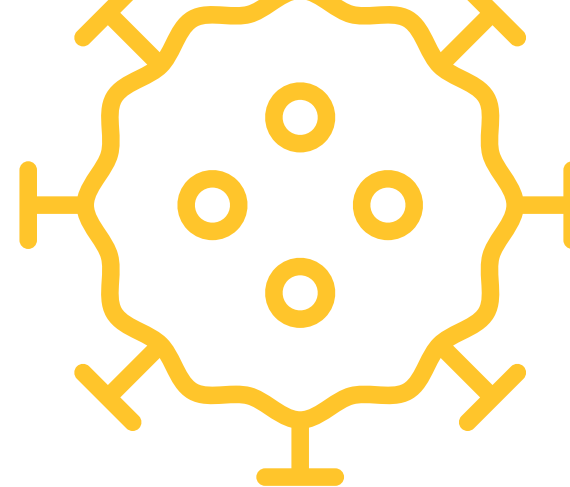
Es importante considerar que, más allá de los determinantes clínicos y del sistema sanitario, los determinantes sociales juegan un rol fundamental en esta pandemia. Los costes en salud y las muertes que se están produciendo no son derivadas sólo directamente por la COVID-19, sino también por la situación sanitaria y social en su conjunto.



Figura 1. Marco teórico del proyecto

Por lo tanto, **los sistemas de vigilancia epidemiológica deben estar preparados para tener en cuenta estos determinantes** y poder ofrecer información de calidad sobre los efectos directos e indirectos en la salud de las poblaciones derivados de la pandemia COVID-19.

Por otra parte, la pandemia ha puesto en evidencia la debilidad de muchos sistemas sanitarios en la región, fragmentados y con pocos recursos materiales y humanos disponibles para detectar, diagnosticar e informar a la población. Para mejorar la respuesta de los sistemas de salud y la prevención en un contexto de salud universal, hay una necesidad latente del **fortalecimiento de la atención primaria, de la capacidad de vigilancia, acompañada de la educación para la salud**. Las características propias de América Latina y el Caribe, como una sociedad con redes sólidas e intergeneracionales, unido a las fuertes desigualdades sociales y económicas que existen, ha condicionado considerablemente la evolución de la pandemia, así como la respuesta a las medidas de contención de esta.





## 3. LABORATORIO DE INNOVACIÓN AL SERVICIO DE LA SALUD PÚBLICA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN EL CONTEXTO COVID-19 (2020)

### 3.1. DESARROLLO DEL LABORATORIO

La pandemia por COVID-19 plantea un escenario epidemiológico sin precedentes a nivel global, incluyendo América Latina y El Caribe (ALC). Todos los países de la región, en conformidad con los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional, deben respaldar en la medida de lo posible las actividades de respuesta coordinadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Una de ellas es suministrar la información necesaria, a fin de orientar la acción de salud pública. Orientaciones técnicas recientes, elaboradas por La Organización Panamericana de la Salud (OPS) <sup>1</sup>, recomiendan a los países recurrir a una combinación de estrategias de vigilancia y notificación de casos de COVID-19. Centrándose en la mortalidad, este documento aborda tres aspectos:

- Vigilancia de la mortalidad específica por COVID-19.
- Vigilancia centinela de la mortalidad por infección respiratoria aguda grave.

<sup>1</sup> OPS (2020). Mejorar la vigilancia de la mortalidad por COVID-19 en América Latina y el Caribe mediante la vigilancia de la mortalidad por todas las causas. Consultado en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52309> el 10/11/2020

- Mortalidad por COVID-19 a partir de los sistemas nacionales de registro civil existentes

Otras estrategias nacionales<sup>2</sup> se orientan a la “identificación, análisis y divulgación de conocimiento asociado a eventos, factores de riesgo y/o determinantes susceptibles de afectar la salud y calidad de vida de las personas, a partir de información recaudada, notificada o construida por la propia población organizada como comunidad”. Denominada “Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria (VSPC)”, esta estrategia favorece la generación de un conjunto de capacidades en la población que redundan en la construcción de una ciudadanía activa en salud.

A través del laboratorio que se implementó en el 2020, se favoreció el intercambio entre comunidades científicas y comunidades de práctica para mejorar el seguimiento y la notificación de casos y muertes durante el brote de COVID-19, con miras al análisis y la toma de decisiones apropiados. Para ello, el laboratorio abordó la generación de

<sup>2</sup> Propuesta de operación de la estrategia de vigilancia en salud pública con base comunitaria para Colombia. Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2014). Consultado en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/Propuesta-operacion-estrategia-vigilancia-salud-publica-con-base-comunitaria.pdf>, el 10/11/2020

ideas, el prototipado de soluciones y el desarrollo de una hoja de ruta para los próximos años, que contribuyan a una respuesta efectiva a los retos sanitarios y epidemiológicos que plantea la actual pandemia por COVID-19.

Contó con 38 profesionales expertos/as en vigilancia epidemiológica, incluyendo personas gestoras, clínicos/as, epidemiólogos/as y académicos/as, atendiendo a criterios de inclusión de perspectivas diversas, para participar en 3 sesiones virtuales de co-creación, mediante plataformas electrónicas adaptadas a las necesidades de interacción

La primera sesión del Laboratorio (4 de diciembre 2020) ha contado con **dos mesas de debate**, donde se presentaban experiencias en diversos contextos de Iberoamérica, que destacan por sus propuestas innovadoras en el ámbito de la vigilancia epidemiológica.

## MESA I. SISTEMAS DE VIGILANCIA Y MONITORIZACIÓN A NIVEL NACIONAL Y REGIONAL

Bajo la moderación de **Lyda Osorio**, profesora de la Universidad del Valle (Colombia), esta mesa abordaba el tema de los sistemas de vigilancia y monitorización institucionales, a nivel nacional y regional. Para empezar, **Jesús Henares**, técnico en la Escuela Andaluza de Salud Pública (España) presentó un resumen de política (*Policy brief*) sobre los aspectos clave de un sistema de vigilancia epidemiológica, a partir de una revisión de literatura. Se llamó la atención sobre el desarrollo de sistemas de vigilancia inclusivos.

La presentación de la primera experiencia innovadora estuvo a cargo de **Carla Taramasco**, profesora en la Universidad de Valparaíso (Chile). Describió tres sistemas de información para la vigilancia de enfermedades transmisibles en Chile, con diversas coberturas y alcance. Destaca el sistema orientado al cuidado no invasivo de adultos mayores, tanto en su hogar como en otros contextos, para detectar situaciones de emergencia (caídas, intoxicación, etc.) y el sistema de información sobre camas en UCI a nivel regional. Sistemas que proponen soluciones de cómo detectar aspectos de vulnerabilidad.

En segundo lugar, **Victor Piriz Correa**, Director General de Vigilancia y Monitorización del Uruguay sintetizó el trabajo desarrollado en su país con los sistemas de vigilancia y monitorización actuales a nivel nacional y describió los principales elementos del desarrollo actual de un sistema único que pretende integrar las prestaciones de servicios de salud y los servicios sociales que se encuentran involucrados en la atención a la pandemia. Este sistema incluye un mapa sanitario, necesario al monitoreo de la evolución de la epidemia y elementos de vigilancia activa, a

partir del registro de actores sociales que ofrecen “lugares más cercanos” a la población, donde recibir apoyo durante la pandemia.

Esta mesa termina con la presentación de **Adolfo Muñoz Carrero**, Jefe de la Unidad de Investigación en Salud Digital, del Instituto de Salud Carlos III (España). Destaca la importancia de la calidad de los datos y la necesaria flexibilidad del sistema para adaptarse a nuevos cambios. La interoperabilidad debe dar respuestas adecuadas en un modelo dual de datos e información.

## MESA 2. VIGILANCIA DE LA SALUD EN LA COMUNIDAD

Moderada por **Jaime Jiménez Pernet**, técnico en la Escuela Andaluza de Salud Pública (España). Como en la mesa anterior, se inició por la presentación del resumen de política sobre el enfoque de activos en salud, a cargo de **Leticia García Mochón**, técnica en la Escuela Andaluza de Salud Pública. La propuesta es basar el fortalecimiento de las comunidades en el reconocimiento, identificación y aprovechamiento de activos para la salud locales individuales, asociativos, organizacionales, culturales, económicos y del entorno.

En primer lugar, **Pablo Montoya**, fundador y Director de la ONG Sinergias (Colombia), ha descrito proyecto de rastreo y seguimiento del virus en los Pueblos Indígenas de la Amazonía. En un contexto de escasez de recursos sanitarios, se ha movilizado una “inteligencia colectiva epidemiológica”, es decir, una red de individuos y organizaciones que desarrollan control y seguimiento de situaciones que pueden poner en riesgo al colectivo. El trabajo se base en el aprovechamiento de las redes existentes, los recursos de la medicina tradicional y el trabajo conjunto con las autoridades sanitarias.

A continuación, **Manuel Espinoza García**, médico asociado para Gracia de Dios del programa Global Malaria Access (Honduras) relata la experiencia de vigilancia en comunidades rurales aisladas en Honduras. Este proyecto integra varias organizaciones (gubernamentales y académicas) relacionadas con la telemedicina en la región de Gracia de Dios, con experiencias previas a nivel rural de teleconsulta y digitalización de la vigilancia en malaria (Mosquitia Med).

Finalmente, **Carmen Montaña**, epidemióloga en el Servicio de vigilancia de salud pública del Gobierno de Aragón (España), describe la plataforma EDUCOVID, un sistema de información epidemiológica sobre COVID-19 en centros educativos de esta región de España. Este sistema pone a disposición del Servicio de Vigilancia, las fuentes de información de diversos sectores (educación salud, social) para facilitar la gestión de brotes, trazando las pruebas diagnósticas positivas, e identificando contactos estrechos en el aula para el rastreo.




## TRABAJO EN GRUPOS

Entre el 4 y 11 de diciembre los 38 participantes trabajaron en grupos para avanzar en propuestas basados en el siguiente modelo y preguntas a resolver.

A partir de los insumos que se generaron en los grupos de trabajo se elaboró una Hoja de ruta para para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información para la salud en el Contexto COVID-19

GRUPO	PREGUNTA	
I	La información sobre la salud a nivel de las comunidades en el contexto COVID19	¿Cómo optimizar la información de base comunitaria de tal forma que esta permita incidir sobre los problemas de forma más efectiva y eficiente?
II	Información desde los Servicios de Salud	¿Cómo mejorar la información sobre la actividad asistencial en sus diferentes niveles que permita mejora de la calidad y la utilización de recursos?
III	La información institucionalizada y sistemática sobre la salud de la población	¿Cómo construir sistemas de vigilancia epidemiológica institucionalizados que permitan a las administraciones cumplir de forma más efectiva con las regulaciones internacionales en casos de epidemias?
IV	La información sobre la salud desde la investigación	¿Cómo facilitar la utilización de las evidencias científicas resultado de la investigación para la gestión efectiva de problemas prioritarios en salud pública?

Tabla I. Trabajo en grupos



**ENLACE AL LABORATORIO**

### 3.2. HOJA DE RUTA PARA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA SALUD EN EL CONTEXTO COVID-19

La hoja de Ruta Estratégica Regional para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información para la salud en el Contexto COVID-19, fruto del trabajo del Laboratorio, incluye 2 líneas de actuación:

1. Información sistematizada, obligatoria e institucionalizada.
2. Información de base comunitaria y participativa.

Estas líneas y otros elementos de proceso (digitalización/capacitación) conforman el marco teórico presentado en la figura 1. Las líneas constituyen los ámbitos de actuación, incorporando la información de bases investigativas dentro de la línea 1, ya que constituye un prerrequisito para la institucionalización de la información.

*Cabe mencionar que esta propuesta requiere una fase de validación con actores involucrados para analizar su viabilidad*



### LÍNEA I. FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN INSTITUCIONALIZADOS

Antes de plantear los objetivos generales y estratégicos, se proponen una serie de requisitos y criterios del sistema.

#### I. CRITERIOS GENERALES PARA EL SISTEMA

##### Sobre las políticas

- Reglamento Sanitario Internacional (OMS) como marco de trabajo cuyo Objetivo es: “prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública”.
- Establecer un convenio entre las Instituciones nacionales e internacionales con la finalidad de desarrollar un sistema único de información a través de una plataforma online que pueda ser alimentado desde cualquier punto del país y/o mundo.
- Políticas de gobierno abiertas (transparentes) que faciliten el acceso a datos institucionales por parte de todos los actores interesados.

##### Tipo de sistema requerido para la coordinación

- Información adecuada, oportuna a diferentes niveles.
- Adecuada a la capacidad de gestionarla.
- Integración de sistemas evitando la sobrecarga de trabajo a los establecimientos de salud.

- Facilitando el tránsito de la información hacia la generación de conocimiento.
- Acordar las acciones de intercambio de la información con las principales organizaciones nacionales e internacionales del sector salud.
- Evitar la fragmentación de la información sobre la base de la demanda de los donantes.
- Considerar lo que ya existe evitando duplicidades: PAHO Flu (OPS).

### Características el sistema:

- Un sistema de información (SI) para la COVID-19 a nivel internacional, definiendo variables o indicadores de reporte estandarizados (indicadores, catálogos diagnósticos y de procedimientos).
- Los SI deben ser de utilidad en primer lugar para el nivel local.
- Capacidad de interoperar los sistemas de información que ya existen en los países.
- Evitar la burbuja inflacionista de información sometida la comunidad científica en esta pandemia.
- Facilitar la participación de los agentes de gestión estratégica de la comunidad científica en el análisis de los datos y la información.
- Estandarización e interoperabilidad.
- Trazabilidad (vigilancia epidemiológica, transporte, cadenas, vacunas).

### Sobre los datos y su explotación:

- Recoger información sobre la salud física y mental de los trabajadores de la salud, para una mejor asistencia y apoyo y seguimiento.
- Incluir los datos sobre determinantes de salud asociados, es decir: Condiciones de empleo y trabajo, vivienda y situación material, ingresos y situación económica, entorno residencial, acceso a servicios sanitarios.
- Permitir cruzar datos de salud entre los sistemas público y privado.
- Facilitar la explotación para generar herramientas predictivas basadas en datos.
- Proporcionar informes sobre poblaciones específicas: población nativa, penitenciaria, pacientes con tuberculosis, VIH, etc.

### Sobre las capacidades humanas y técnicas

- Se requiere solventar la asimetría de capacidades y formación en vigilancia.
- Disminuir la brecha digital en la población: alfabetización en salud y acceso a TIC.
- Aumentar la capacidad instalada en conectividad y tecnologías de información y comunicación en Salud.

### Sobre la disponibilidad y comunicación de la información

- La comunicación pública y social y la relación con los medios de comunicación se han convertido en una variable esencial para la gestión eficiente de la emergencia.

- Divulgación de mensajes clave. Facilitar y promover las acciones de visibilidad del sector salud.

- 2. Robustecer la toma de decisiones basadas en los datos de atención de nuestras poblaciones

## OBJETIVOS GENERALES

- 1. Implementar un sistema de información (SI) regional, integrado, oportuno y participativo, que permita la detección, caracterización y toma de decisiones para una respuesta efectiva ante eventos que afecten la salud pública.

## SISTEMAS DE INFORMACIÓN



Figura 2. Proceso del Sistema de información para la Vigilancia Epidemiológica

## OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

En la siguiente tabla se describen los objetivos estratégicos de esta línea de trabajo.

**Tabla 2. Objetivos estratégicos de la línea I**

Objetivos estratégico directos	Objetivos estratégicos facilitadores y/o transversales
<b>A  </b> Establecer las bases del diseño de un sistema de información de vigilancia epidemiológica	Avanzar en la digitalización favoreciendo la implementación de sistemas de información interoperables y estandarizados que permitan la trazabilidad de la persona (identificador único).
	Establecer estándares de indicadores regionales para un sistema de vigilancia epidemiológica.
<b>B  </b> Implementar un SI regional para emergencias en salud pública sensible, capaz de detectar oportunamente las emergencias en salud con potencial epidémico y que permita dar respuesta a las necesidades de información en todos los niveles operativos del sistema sanitario nacional.	Lograr el diseño de planes de trabajo conjunto (público-privado), para impulsar la incorporación en las agendas de los Ministerios de Salud, el fortalecimiento de la capacidad instalada (formación de RRHH, acceso a tecnología apropiada y dispositivos <b>para reducir la brecha digital en los niveles básicos de atención a la salud</b> ).
<b>C  </b> Implementar un SI capaz de integrar los datos e información desde las instancias nacionales (públicas y privadas) e internacionales involucradas, esperando evitar duplicidad de esfuerzos y optimización de los recursos.	Optimizar la coordinación intra e intergubernamental para garantizar flujos de información bidireccionales que permita a los países cumplir de forma efectiva con el Reglamento Sanitario Internacional.



<p><b>D</b>   Implementar un SI en una sinergia de compromiso nacional de todos los sectores de la sociedad, que permita la organización de una respuesta integral y participativa.</p>	<p>Potenciar un SI que proyecte un clima de confianza y transparencia en el manejo de la información pública y su difusión a través de los diversos medios de comunicación tradicionales y alternativos</p>
<p><b>E</b>   Implementar un SI para la Vigilancia que permita: Recoger la información de los servicios de salud, Proporcionar datos a la población, y Proporcionar datos para investigación.</p>	<p>Identificar y apoyar las iniciativas locales ya en desarrollo</p>
	<p>Financiamiento adecuado y sostenible de tecnología apropiada, dispositivos, conectividad y educación permanente para la mejora de la calidad de los datos.</p>
	<p>Promover espacios y actividades específicas para lograr alianzas y participación efectiva de instituciones públicas y privadas para hacer frente a los DDS en contexto de pandemia</p>

## ACTIVIDADES PROPUESTAS:

1. **Elaborar informes diagnósticos** de estructuras de sistemas de información de países participantes, catálogos, formularios e indicadores para dar respuesta a las necesidades del SUIIS que incluyan datos sobre determinantes de salud.
2. **Estudio para la definición de indicadores y estándares de interoperabilidad** para un sistema de vigilancia epidemiológica.
3. **Diagnóstico de las necesidades de información** según niveles operativos de los sistemas de salud y otras instituciones (públicas o privadas), incluyendo también las agencias de cooperación internacional.
4. **Analizar y comparar los datos en las fichas de notificación y encuestas epidemiológicas sistemáticas** que se están recogiendo en los diferentes países sobre la COVID-19 y enfermedades de declaración obligatoria emergentes y los datos sobre determinantes de salud asociados que se recogen, es decir: condiciones de empleo y trabajo, vivienda y situación material, ingresos y situación económica, entorno residencial, acceso a servicios sanitarios.
5. **Comparar los análisis** que se efectúan en los países y consultar a personas expertas para identificar buenas prácticas e informes sobre poblaciones específicas: población nativa, penitenciaria, pacientes con tuberculosis, VIH, etc.
6. **Mapeo de instituciones públicas, no públicas y de cooperación internacional**, involucradas en la captación, reporte, análisis y difusión de información relacionada a eventos de salud.
7. **Aproximarse a la medición de la “brecha digital”** existente en las redes de servicios en países participantes (sobre todo en los niveles básicos), considerando la asimetría de capacidad instalada

según regiones al interior de cada país.

8. **Ajustar el diseño de una ficha epidemiológica estandarizada** común para países de ALC, consensuada entre instituciones rectoras (Ministerios de Salud), y organismos internacionales rectores (OPS...otros), y referentes del sector académico y científico (EASP, AECID...otros).
9. **Diagnóstico de capacidades nacionales** (técnicas, logísticas y operativas) para verificar la factibilidad del diseño del sistema de información incidiendo en brechas digitales.
10. **Reuniones de coordinación** con las instancias identificadas en el mapeo, para organizar la información requerida para el diseño del sistema.
11. **Explorar métodos alternativos para recogida de datos y completar información de base** (búsqueda bibliográfica y personas expertas): por ejemplo, encuestas específicas, redes sociales, inteligencia artificial.
12. **Formación** para la alfabetización en salud y digital.
13. **Diseño y validación** de la propuesta de sistema de información global, integrado, oportuno y participativo.
14. **Capacitación y formación** para la implementación.
15. **Seguimiento, monitoria y evaluación** del sistema de información.
16. **Desarrollar una propuesta para cada país** que incluya:
  - Datos propuestos a incluir en las fichas de notificación y encuestas epidemiológicas sistemáticas.
  - Indicadores y análisis sistemáticos.
  - Asociados a determinantes de salud

- Enfermedades crónicas
- Profesionales
- Propuesta de procesos de mejora en recogida de datos
- Métodos innovadores a utilizar para optimizar la recogida

**17. Crear una “Red de Vigilancia de Salud Mental en Trabajadores de la Salud”, en ALC**

**18. Promover espacios y actividades específicas para lograr alianzas** y participación efectiva de instituciones públicas y privadas para hacer frente a los DDS en contexto de pandemia

**19. Desarrollo de redes de vigilancia regionales** que puedan predecir y anticipar crisis epidemiológicas.

**20. Crear una red de vigilancia de salud mental** de trabajadores de la salud en contexto de pandemia”



## LÍNEA 2. ADAPTACIÓN DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA AL CONTEXTO DE LAS COMUNIDADES AISLADAS FÍSICA Y CULTURALMENTE

### OBJETIVOS GENERALES

1. Integrar en el país o región, a las comunidades aisladas física y/o culturalmente, al sistema de vigilancia sanitaria
2. Priorizar comunidades del país o región, por su accesibilidad a los servicios, las tasas y grupos de riesgo a COVID-19, entre las aisladas física y/o culturalmente del sistema de salud.
3. Determinar por medio de mapeo, los activos que favorezcan su integración al sistema de vigilancia sanitaria y la integración de consejos ciudadanos sanitarios.
4. Integrar a las comunidades priorizadas al sistema de vigilancia por medio de una red de intercambio de información para la atención de sus necesidades en salud y adaptación del sistema de vigilancia a la cultura y prácticas locales.
5. Establecer estrategias de comunicación efectiva, para la educación en salud y generación de confianza de las comunidades hacia el sistema sanitario y la coordinación con los medios de comunicación locales.

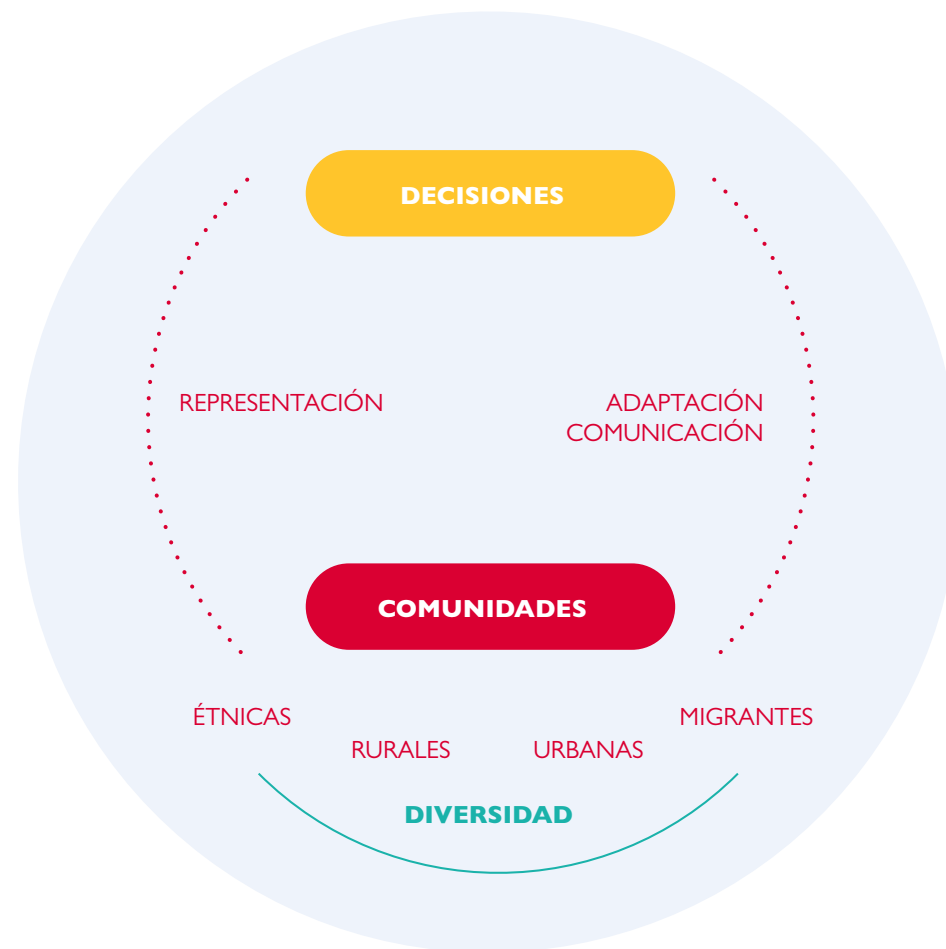


Figura 3. Proceso del sistema de vigilancia epidemiológica de nivel comunitario

## OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

En la siguiente tabla se describen los objetivos estratégicos de esta línea de trabajo.

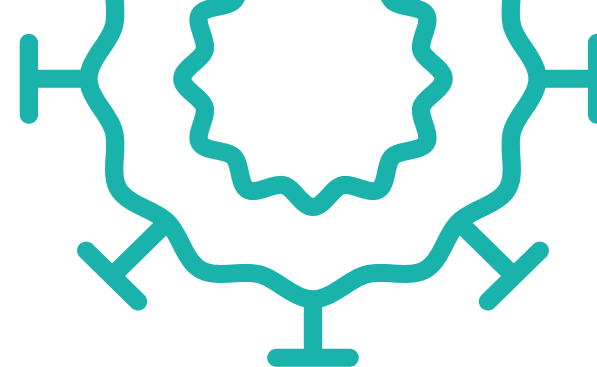
**Tabla 3. Objetivos estratégicos de la línea 2**

Objetivos estratégico directos	Objetivos estratégicos facilitadores y o transversales
<b>A   Mejorar la adherencia a las medidas de higiene y distanciamiento.</b>	Identificar comunidades prioritarias con respecto a la accesibilidad a los servicios de salud, los grupos de riesgo respecto a COVID-19.
<b>B   Aumentar la equidad en la atención socio-sanitaria.</b>	Identificación de prioridades/necesidades de la comunidad: confianza en los servicios, reducir el temor, mantener las tradiciones.
<b>C   Disminuir la reticencia vacunal en la región.</b>	Afianzar el SI con información sobre el porcentaje vacunal, factores facilitadores y barreras.
<b>D   Mitigar los efectos en poblaciones especialmente vulnerables.</b>	Afianzar el SI con información sobre situación de las poblaciones vulnerables.
<b>E   Favorecer la autonomía de la ciudadanía en la adopción de medidas de contención, en un marco de corresponsabilidad.</b>	Desarrollo de una escuela de pacientes/ciudadanos semejantes al modelo de la EASP y redes de pacientes.

## ACTIVIDADES PROPUESTAS:

---

- Efectuar un mapeo de activos en las áreas identificadas.
- Definir estrategia de medios de comunicación: Redes sociales, radio, TV.
- Formación mediante escuelas de pacientes/ciudadanos.
- Establecer un espacio de intercambio (WhatsApp, etc.): Emergencias, consultas, alertas, recomendaciones, signos de alarma, refuerzo de hábitos de higiene, información sobre vacunas.
- Recomendaciones para los medios de comunicación: Manual de estilo, consulta a personas expertas, visualización de datos, equilibrio en lenguaje entre técnico y claridad.
- Implementar consejos ciudadanos.



## 4. LABORATORIO VIRTUAL DE INNOVACION “REFORZANDO LA INCLUSIÓN EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA” (2021)

### 4.1. BUENAS PRÁCTICAS E INTERVENCIONES INCLUSIVAS EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

En el marco del Laboratorio como actividad previa se llevó a cabo entre octubre y noviembre de 2021, un proceso participativo centrado en una estrategia de “crowdsourcing” o concurso de ideas, con el objetivo de identificar buenas prácticas a partir las intervenciones y experiencias innovadoras llevadas a cabo en países de Latinoamérica para fomentar la inclusión de comunidades y colectivos asilados física o culturalmente de los sistemas de información para la salud y la vigilancia epidemiológica para la COVID-19.

La convocatoria se difundió entre los nodos de la Red RIMAIS, los participantes de actividades previas del Centro de Formación de la Cooperación Española en Montevideo y los participantes en actividades del

área de Salud Internacional de la EASP. A partir de esta primera ronda de contactos, la convocatoria se fue expandiendo “en oleadas” entre los pares de los contactos difundiendo la invitación para participar en el crowdsourcing.

Se establecieron los siguientes requisitos para la presentación de buenas prácticas:

- La intervención/práctica debe **haberse llevado a cabo** para mejorar la inclusión de comunidades con barreras para acceder a la participación (población con movilidad reducida o discapacidad, comunidades cultural y lingüísticamente diversas, comunidades rurales y grupos que sufren la brecha digital) en los procesos de vigilancia epidemiológica para la COVID19, ya sea a través de los Sistemas de información o de los Sistemas de Vigilancia epidemiológica.
- Debe haber aplicado cualquier método de **evaluación** considerando los principales elementos identificados en la definición de buena práctica (pertinencia, éxito e interés).

- Debe ser presentada en el **modelo estandarizado** (ficha de cumplimentación de BP) que se facilitará en las bases de la convocatoria.

Se conformó a su vez un Comité Científico con profesionales especialistas, de diversos ámbitos y disciplinas:

- Ana Eduviges Sancho Jiménez. Jefe Unidad de Tecnologías en Salud. Ministerio de Salud. Costa Rica.
- Tomás López-Peña Ordoñez, ISCIll. Responsable del Área de Cooperación Internacional Científico y Técnica para el Desarrollo. España.
- Jaime Jimenez Pernet, PhD. EASP. Investigador en salud internacional. España.
- Leticia García Mochón, PhD. EASP. Investigadora en economía de la salud. España
- Víctor Quesada Cubo, MD, MPH. Coordinador Médico. Médicos del Mundo. Venezuela.
- Cristina Alonso-Vega Alvarez, MD. ISGlobal. Monitora de Estudios Clínicos. Bolivia.
- Vivian Tatiana Camacho Hinojosa, MD, PhD. Directora General de Medicina Tradicional. Ministerio de Salud. Bolivia.
- Muriel K F Mac-Seing, PhD. Investigadora en salud global y discapacidad. Universidad de Montreal. Canadá.

favorecen la inclusión de las personas con movilidad reducida o discapacidad, comunidades cultural y lingüísticamente diversas, comunidades rurales y grupos que sufren la brecha digital. Por esta estrategia adicional, se han identificado dos nuevas iniciativas.

Las iniciativas fueron evaluadas con un conjunto de criterios de calidad que debe tener una buena práctica para cumplir con los 3 ejes principales de pertenencia, éxito e interés (Figura 4). Para la definición de los criterios se ha partido de los dominios y dimensiones definidos en la literatura para una Innovación responsable en salud<sup>1</sup>

El cuestionario de evaluación permite valorar en una escala del 1 al 5, el grado de adecuación de la buena práctica a cada uno de los criterios incluidos en la Figura 1, teniendo en cuenta que: 1= muy en desacuerdo con que la buena práctica cumple el criterio, 2= no está de acuerdo con que la buena práctica cumple el criterio, 3= ni en acuerdo ni en desacuerdo, 4= de acuerdo en que la buena práctica cumple el criterio, 5= muy de acuerdo en que la buena práctica cumple el criterio.

Adicionalmente, desde el Comité Científico se buscaron iniciativas que

1 Pacífico Silva, H., Lehoux, P., Miller, F.A. et al. Introducing responsible innovation in health: a policy-oriented framework. Health Res Policy Sys 16, 90 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0362-5>



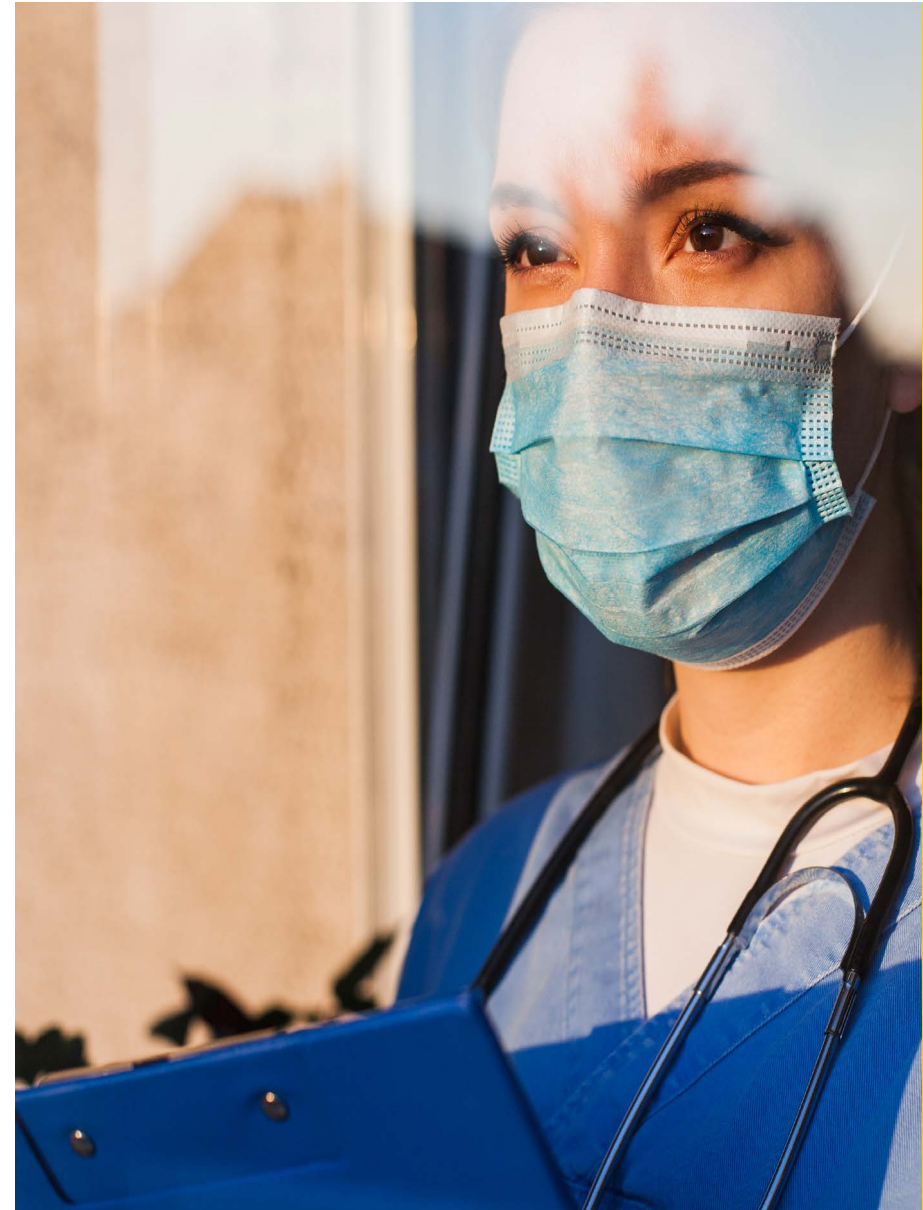


Figura 4. Principales elementos de una Buena Práctica

EJES	CRITERIO
PERTINENCIA	<p><b>INNOVACIÓN.</b> Se valora cómo las intervenciones introducen mejoras a través de nuevos conocimientos, métodos o procedimientos, frente a los utilizados habitualmente, dando respuesta a las necesidades de grupos específicos en el proceso de vigilancia epidemiológica de la COVID-19.</p>
	<p><b>PARTICIPACIÓN.</b> Se aplica un enfoque de participación activa que integra agentes clave en cualquiera de las fases de ejecución de la BP: pacientes, ciudadanía, o profesionales, así como otros sectores distintos al sanitario (sector educativo, social, etc.) y otras organizaciones o instituciones (ONG, comunitarios, etc.).</p>
	<p><b>INCLUSIVIDAD Y EQUIDAD.</b> Se valora que la BP incluya acciones concretas encaminadas a disminuir desigualdades sociales en salud en los principales ejes de género, posición socioeconómica, el lugar de origen y en particular a las personas con movilidad reducida o discapacidad, comunidades cultural y lingüísticamente diversas, comunidades rurales y grupos que sufren la brecha digital.</p>
ÉXITO	<p><b>EVALUACIÓN.</b> Se valora la aplicación de una evaluación explícita de la BP, con métodos adecuados y con criterios e indicadores previamente identificados para analizar los resultados deseados.</p>
	<p><b>EFFECTIVIDAD E IMPACTO.</b> Como parte de la evaluación, la buena práctica debe aportar información que demuestre si ha sido eficaz y ha tenido un impacto positivo en la mejora de la prevención y seguimiento de la COVID -19 en población a la que se dirige. La BP debe aportar información que demuestre si ha sido eficaz y ha tenido un impacto positivo en la mejora de la prevención y seguimiento de la COVID -19 en población a la que se dirige.</p>
	<p><b>EFICIENCIA.</b> Se valora que la BP incluya una descripción de los recursos utilizados y algún tipo de evaluación que refleje la relación coste/efectividad de la intervención.</p>

## INTERÉS

**FACTIBILIDAD/VIABILIDAD.** Se valora cómo la BP ha tenido en cuenta para su ejecución el contexto social, demográfico, económico, de salud, técnico y organizacional, así como los recursos disponibles a su alcance; y si se han identificado barreras y elementos facilitadores para su éxito.

**TRANSFERIBILIDAD.** Se valora cómo la BP ha tenido en cuenta para su ejecución el contexto social, demográfico, económico, de salud, técnico y organizacional, así como los recursos disponibles a su alcance; y si se han identificado barreras y elementos facilitadores para su éxito.

**SOSTENIBILIDAD.** Se valora la capacidad de la experiencia para mantenerse en el tiempo teniendo en cuenta los recursos disponibles, su poder de adaptación a las nuevas necesidades del contexto y el apoyo y financiación con el que cuenta para su desarrollo.

**ASPECTOS ÉTICOS.** Se valora que la BP aporte garantía de cumplimiento con los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, así como una correcta protección de datos adecuándose a la normativa vigente en su ámbito de aplicación

La evaluación global de las buenas prácticas recibidas por crowdsourcing y por búsqueda activa se presenta en la Figura 5. Las personas evaluadoras han declarado ausencia de conflictos de interés y compromiso de confidencialidad. Los criterios relacionados con la dimensión de Éxito obtienen una menor puntuación, señalando la necesidad de mejorar las estrategias y métodos de evaluación.

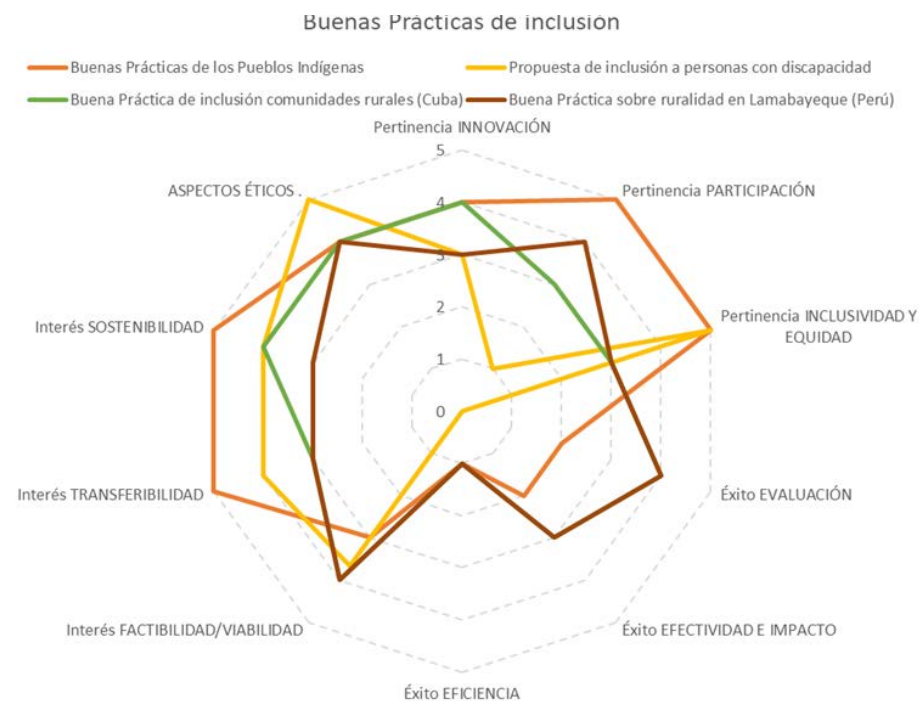


Figura 5. Resultados de la evaluación de Buenas Prácticas.

A continuación, se recopilan las buenas prácticas (BP) presentadas, de las cuales algunas fueron trasladadas al Laboratorio de Innovación:

### UTILIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA EL ENFRENTAMIENTO DE LA COVID-19 EN ZONAS RURALES EN CUBA

#### Organización responsable y/o promotora de la BP

Ministerio de Salud Pública de Cuba

#### Descripción:

El método de trabajo para el enfrentamiento a esta pandemia sigue el mismo estilo empleado en las mejores experiencias de lucha contra epidemias en el país como el dengue y la neuropatía. Se utilizan técnicas epidemiológicas (Vigilancia de eventos y situaciones adversas) y matemáticas como instrumentos en el análisis para lograr la mejor capacidad en la administración y gestión de la epidemia.

Se creó un grupo de expertos y expertas, convocado por el Gobierno, para identificar indicadores clave para la toma de decisiones en el control de la epidemia. Se generó un sistema de estadísticas de COVID-19. Los datos en tiempo real se ofrecieron a través de un tablero de datos creados a tal efecto (covid19Cubadata: <https://covid19cubadata.github.io/#cuba>). Este grupo, trabajó en diferentes líneas temáticas que incluyeron modelos matemáticos en cuanto a pronóstico y seguimiento de la situación, para el ajuste epidemiológico del curso de la epidemia; como información de apoyo a una mejor toma de decisiones en el Gobierno, sistema nacional de salud y otros sectores de la sociedad.

Para la organización de las actividades se definió un grupo de áreas de trabajo que abordó:

- Enfoque estadístico para el análisis de la epidemia en Cuba a partir de datos nacionales e internacionales.
- Modelo predictivo basado en Inteligencia Artificial para el análisis de la epidemia.
- Modelo matemático SIR (Susceptibles, Infectados, Recuperados) para estudiar el comportamiento de la enfermedad en Cuba.
- Sistema de difusión a través de la plataforma tecnológica toDus y Sistema de pesquisa con apoyo de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC).
- Sistema Geo-referenciado para la gestión sanitaria y propuesta para el análisis espacial de la población vulnerable.

Las tecnologías móviles y aplicaciones en red constituyeron herramientas para el diseño de la comunicación, conocimiento, auto-pesquisa y pesquisa de la enfermedad; así como, la recolección, procesamiento y análisis de datos, con vista a facilitar el trabajo de campo y el flujo informativo para las acciones.

**Claves de éxito:**

La implementación desarrollo y puesta en práctica de indicadores epidemiológicos de evaluación en cada momento de la epidemia. La incorporación de la comunidad como sujeto de las acciones.

**Evaluación:**

Resultados de la evaluación de buenas prácticas de inclusión de comunidades rurales (Cuba)

## ESTRATEGIA IMPLEMENTADA POR LOS EQUIPOS DE RESPUESTA RÁPIDA Y SEGUIMIENTO CLÍNICO DE CASOS (ERSC) PARA REDUCIR LA LETALIDAD POR COVID-19, LAMBAYEQUE (PERÚ).

### Organización responsable y/o promotora de la BP Seguro Social del Perú (EsSALUD)

#### Descripción:

Se realizó un plan estratégico de vigilancia epidemiológica en el primer nivel de atención en los establecimientos de salud que conforman la Red Asistencial Lambayeque, que brindan prestaciones de salud a la población asegurada del Seguro Social de Salud – EsSalud.

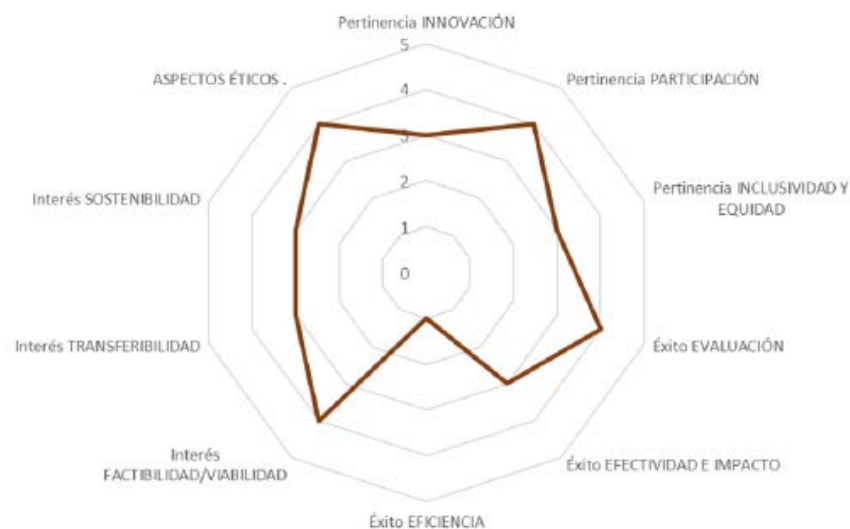
El proceso de captación y tamizaje inicial de los pacientes se realizó mediante tres procesos: el primero corresponde al tamizaje diferenciado, cuando el paciente acude directamente a los establecimientos de salud de la Red Asistencial de Lambayeque y en base al triaje realizado se procedía a la apertura de la ficha epidemiológica; la segunda modalidad de captación se realizó mediante el “call center”, en el que el paciente llamaba a los números telefónicos proporcionados por la red asistencial, se procedía a realizar un tamizaje epidemiológico vía telefónica y se abría la ficha epidemiológica; finalmente el tercer proceso de captación se realizó mediante la vigilancia de rumores de pacientes con sospecha de ser caso COVID-19 que eran notificados a la Oficina de Inteligencia Sanitaria (OIS), usando los flujogramas elaborados (material complementario, figura 6-9).

Los datos del paciente eran registrados por el personal de salud en el [portal web de la Red asistencial de Lambayeque](#), y los médicos encarga-

dos de la vigilancia remota realizaban un tamizaje de riesgo evaluando al caso sospechoso de COVID-19 de acuerdo a su severidad y factores de riesgo. Si el paciente no presentaba sintomatología o factores de riesgo epidemiológico, se procedía a brindar orientación médica al paciente de acuerdo a sus necesidades. Tras el tamizaje, se categorizaba al paciente en base a la atención que requería, para ello se organizaban las brigadas de atención inmediata y evaluación clínica domiciliaría. Los casos eran asignados a los equipos de respuesta rápida quienes acudían al domicilio del paciente para realizar las actividades indicadas de acuerdo al tipo de brigada, según el procedimiento establecido.

#### Claves de éxito:

- La detección temprana de casos redujo la mortalidad y tiempo de hospitalización.
- El seguimiento de casos considerando espacio y tiempo utilizando herramientas informáticas disponible a tiempo real permite tomar acciones oportunas para el control de brotes.
- El uso eficiente del personal de salud para vigilancia e intervención epidemiológicas.

**Evaluación:**

Resultados de la evaluación de buenas prácticas sobre ruralidad en Lambayeque (Perú)

## BUENAS PRÁCTICAS DE COMUNIDADES Y PUEBLOS INDÍGENAS

### Organización responsable de la BP:

Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y El Caribe (FILAC).

### Descripción:

Esta entidad ha descrito numerosos ejemplos de buenas prácticas llevadas a cabo por las comunidades y organizaciones indígenas, demostrando no solo la potencialidad sino la capacidad concreta de dar respuestas adecuadas, eficientes y sólidas ante la crisis generada por la pandemia.

En una serie de informes disponible en el Observatorio Regional sobre Derechos de los Pueblos Indígenas de FILAC ([www.ordpi.org](http://www.ordpi.org)) se incluyen más de 30 casos seleccionados que ofrecen detalles de sobre las formas, criterios y mecanismos utilizados para desarrollar esos esfuerzos colectivos de prevención y mitigación de los efectos de la COVID-19 en comunidades indígenas.

Son factores clave los modelos de organización social propios, que las comunidades indígenas mantienen vigentes, ejerciendo el derecho a la autodeterminación, para continuar fortaleciendo su tejido social organizacional de gobernanza indígena propia que sostiene las bases para el cuidado comunitario actual. Los saberes indígenas ancestrales consideran a los ciclos de producción y reproducción de la vida como un todo continuado, relacionado directamente con

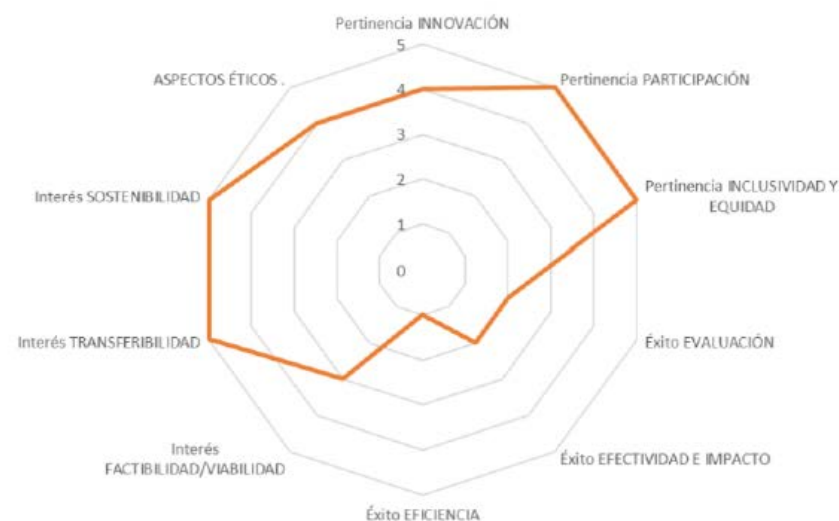
la vida humana y las otras formas de vida una convivencia de reciprocidad y fortalecimiento mutuo entre el cuidado de la Madre Tierra y el cuidado de la salud humana. Los modelos de organización social propios fortalecen el principio rector de cuidar la vida en todas sus expresiones. Es así que el cuidado de los ecosistemas esta interconectado al cuidado de la vida humana y de todos los seres que habitan este mundo.

Estas medidas se adoptan como pautas del buen convivir comunitario ante la falta de reacciones adecuadas por parte de las instituciones estatales, pero también, en pleno cumplimiento de los derechos colectivos que los Pueblos Indígenas tienen reconocidos tanto en instrumentos y estándares internacionales como en buena parte de las legislaciones nacionales de la región.

Se ha desplegado un Sistema de Registro e Información (SRI) sobre los efectos de la COVID-19 en pueblos y comunidades indígenas de la región que ha registrado una gran cantidad de medidas adoptadas a nivel comunitario para enfrentar los efectos del virus. Destacan aquellas relacionadas con tareas de comunicación y sensibilización o con acciones de protección y mitigación de los efectos del virus. Analizando sus características, contenidos y alcances, se observa que estas acciones ponen en práctica el paradigma ancestral de su cosmovisión y cultura, por lo que, en términos generales, puede considerarse expresiones tangibles del Buen Vivir – Vivir Bien propio de la cultura indígena. En los diferentes informes, los casos seleccionados se ordenan en categorías: Vigilancia y Monitoreo Comunitario, Seguridad Alimentaria, Ejercicio de los derechos colectivos de autogobierno y pluralismo jurídico, Iniciativas socioeconómicas, Uso de los sistemas de medicina tradicional ancestral, Acciones desarrolladas por jóvenes indígenas y Estrategias de Comunicación.

## Evaluación

Buenas Prácticas de los Pueblos Indígenas



Resultados de la evaluación de buenas prácticas de los pueblos indígenas



## MECANISMOS PARA DISMINUIR LAS BARRERAS QUE ENFRENTAN LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

### Autores e institución promotora:

Eddy Paz-Maldonado y Hazaria Flores-Girón, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa (Honduras).

### Descripción:

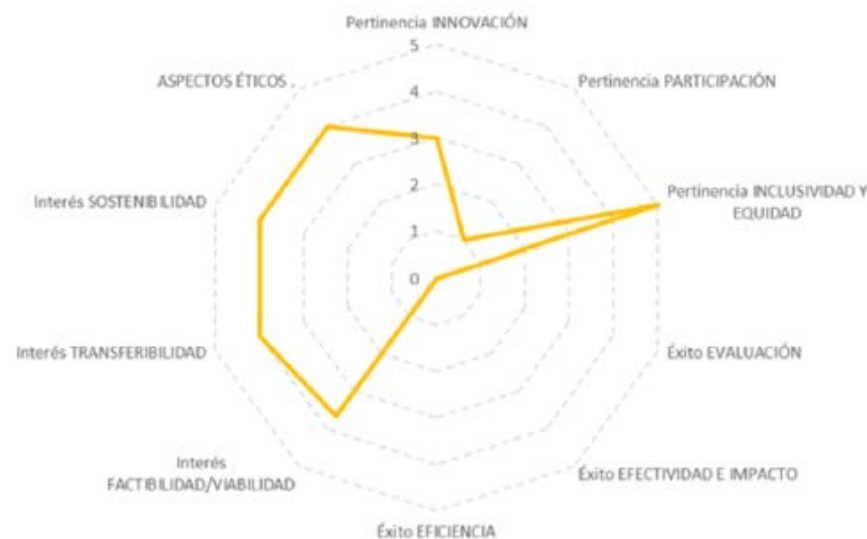
Propuesta mediante carta al Director de la Revista Rehabilitación, tomando en cuenta que la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley hondureña de Equidad y Desarrollo Integral para las Personas con Discapacidad establecen que se debe garantizar la accesibilidad, la atención sanitaria y múltiples derechos que posibiliten una mejor calidad de vida.

Este trabajo pone de manifiesto las dificultades y agravios que han afectado especialmente a las personas en situación de discapacidad durante la pandemia. En primer lugar, el diseño de las edificaciones no favorece condiciones de acceso universal arquitectónico. Diversas barreras arquitectónicas (señalización de rutas, rampas, pasamanos, parqueos exclusivos, piso antideslizante, etc.) atentan contra la integridad física y biopsicosocial de las personas en situación de discapacidad. En segundo lugar, las campañas emitidas por diversos medios de comunicación para frenar la propagación de la COVID-19 no han sido adaptadas a distintos formatos que consideren a las personas en situación de discapacidad. Finalmente, la atención sanitaria por parte de profesionales evidencia actitudes negativas hacia las personas en situación de discapacidad, debido a la escasa

formación y el desconocimiento acerca de la atención de personas en situación de discapacidad.

### Evaluación

Propuesta de inclusión a personas con discapacidad



Resultados de la evaluación de buenas prácticas para la inclusión de personas con discapacidad.

## 4.2. DESARROLLO DEL LABORATORIO

En el 2021 se implementó un segundo laboratorio virtual de innovación con la contribución de 20 participantes provenientes de 8 países iberoamericanos (Bolivia, Cuba, El Salvador, España, Guatemala, Honduras, Panamá y Perú).

Todas las personas participantes han respondido a una convocatoria abierta, dirigida a una amplia variedad de perfiles de actores relacionados con los sistemas de información y de vigilancia epidemiológica:

- Profesionales socio-sanitarios que participan en la respuesta a la epidemia de COVID-19.

- Representantes de autoridades sanitarias a nivel nacional, regional o local.
- Equipos técnicos de vigilancia epidemiológica y de emergencias de salud pública.
- Personal docente/investigador en salud pública, ciencias de la salud y ciencias sociales, con énfasis en temas relacionados con la vigilancia epidemiológica y/o los ejes de inclusión considerados.
- Cualquier entidad con o sin ánimo de lucro (ej: Organizaciones de cooperación internacional, ONGD o centros comunitarios, entre otros).

La Figura 6 muestra la secuencia de actividades desarrolladas, que incluyen entre otras: Generación de ideas y propuestas, prototipado de soluciones, mentoría y promoción de proyectos para la región.



Figura 6. Secuencia de actividades del Laboratorio de innovación.

## PRIMERA SESIÓN SÍNCRONA

---

Se realizó una primera sesión síncrona de dos horas, en la plataforma electrónica a través de los servicios técnicos de la EASP. El punto de partida fueron las buenas prácticas e intervenciones innovadoras identificadas que sirvieron como catalizador en la generación de ideas en grupos de trabajo según los ejes de inclusión: 1) Diversidad cultural y discapacidad, 2) Ruralidad y 3) Brecha digital. A continuación, se resumen las principales aportaciones durante esta Jornada

### PRESENTACIÓN DEL MARCO CONCEPTUAL EN FORMA DE “POLICY BRIEF”

---

Jesús Henares EASP describe las principales características de este documento que sintetiza los resultados de trabajos previos y señala recomendaciones y mensajes clave dirigidos a un público multidisciplinar, con distintas responsabilidades y capacidades, en distintos niveles de toma de decisiones. Entre estos actores destacan: responsables políticos en el ámbito de las políticas públicas de salud nacionales y regionales (Ministerios y organizaciones subregionales en América Latina y el Caribe); así como organizaciones de la sociedad civil que desarrollan intervenciones con las comunidades y colectivos objetivo de este proyecto. Igualmente, la síntesis puede ser de interés para profesionales de salud y académicos.

### Buenas prácticas de inclusión en sistemas de información y vigilancia epidemiológica por ejes de inclusión

Previamente descritas en este informe, las buenas prácticas de inclusión también han sido presentadas en la primera sesión síncrona. Durante la presentación se ha enfatizado en algunos aspectos novedosos:

#### Ruralidad:

**Pedro Mas Bermejo, Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí”, Cuba**

En esta presentación el Dr. Pedro Mas presentó los aspectos más importantes de la Buena Práctica descrita en el anterior apartado, para la inclusión de las comunidades rurales en los sistemas de información y vigilancia epidemiológica. Así, destacó el papel fundamental que la Atención Primaria tiene en Cuba, un pilar básico para el afrontamiento de la pandemia de la COVID-19 en todo el país, y en particular en las comunidades rurales. En Cuba, la mayoría de las consultas externas y más de la mitad de las urgencias se realizan en Atención Primaria, con una tasa de ingresos en el hogar de 5,7 por 100 habitantes. Por otro lado, el país cuenta con un buen sistema de información y vigilancia, y con una red de alerta temprana que les permitió obtener los indicadores requeridos para el control y seguimiento de los casos con COVID-19 y que cubría información desde todos los consultorios y ámbitos rurales. Esto se complementó con una ampliación de la red de laboratorios de inmunología molecular para la realización de los test diagnósticos, una equidad en la vacunación, y una efectiva organización para lograr vacunar en un tiempo óptimo en todos los lugares del país.

**Discapacidad:**

**Eddy Paz Maldonado, Universidad Nacional Autónoma de Honduras**

Eddy Paz Maldonado expuso en su presentación las principales barreras con las que se encuentran las personas con discapacidad en contexto de la COVID-19 en Honduras, así como los principales desafíos para la inclusión de la discapacidad dentro de los procesos de vigilancia epidemiológica. Entre las principales barreras, se destacó la vulnerabilidad del sistema sanitario de Honduras, un país con gran desigualdad, y un sistema sanitario público debilitado con aumento de privatizaciones que hacen peligrar el derecho universal de la salud en el país. Por su parte, los hospitales están muy poco adaptados a las personas con discapacidad: barreras arquitectónicas, sin señalización, sin utilización de sistemas alternativos como braille para personas ciegas u otros formatos de fácil accesibilidad para personas con discapacidad auditiva. Los centros hospitalarios no tienen profesionales que interpreten la lengua hondureña, lo que dificulta la transmisión de la información, las campañas de información en la prevención de la COVID-19 no fueron adaptadas a distintos formatos, los protocolos de asistencia médica no se difundieron por otros canales alternativos como internet. Teniendo en cuenta esta situación, se presentaron los desafíos actuales para superar estas barreras, encaminadas a implementar ajustes razonables en los centros hospitalarios, el desarrollo de campañas de sensibilización y aprobación de políticas con una visión inclusiva, efectuar campañas de prevención de la COVID-19 utilizando un lenguaje sencillo y mediante formatos accesibles, contar con intérpretes de la lengua hondureña y crear planes de atención que garanticen el derecho universal de la salud, así como diseñar plataformas de recolección de datos de personas con discapacidad contagiadas por COVID-19 para realizar una

atención diferenciada de acuerdo a cada caso particular. La intervención concluyó enfatizando la importancia de incluir mecanismos para disminuir las barreras arquitectónicas, comunicacionales y de actitud, con el propósito de garantizar el derecho universal a la atención sanitaria de las personas en situación de discapacidad durante la pandemia COVID-19 en Honduras.

**Diversidad cultural:**

**Ricardo Changala, Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y El Caribe (FILAC)**

Ricardo Changala comparte su experiencia de buena práctica desde FILAC para la inclusión de la diversidad cultural, en concreto la de los pueblos indígenas, en los sistemas de información y vigilancia epidemiológica de la COVID-19. En primer lugar, se destaca cómo la pandemia exacerba las vulnerabilidades estructurales preexistentes en la población indígena en general y en las mujeres de forma particular. La pandemia ponía en riesgo la propia existencia de la población indígena, al ser mucha de ella formada por comunidades con pocos habitantes. El principal reto de era salvar vidas, pero también proteger a las comunidades indígenas. En este contexto, FILAC y el Observatorio de los pueblos Indígenas, recogieron en primer lugar información/evidencias sobre el efecto de la COVID-19 en los pueblos indígenas y como éstos generaron sus propias estrategias de empoderamiento y resiliencia para sobrellevar la situación. En segundo lugar, construyeron mapas de riesgo vinculado vulnerabilidad y amenazas. Se concentraron en zonas rurales para determinar los riesgos, y realizar actividades de prevención acompañando las propias medidas que los pueblos indígenas ya realizaban en el territorio. Se destacó su capacidad de resiliencia, la defensa de sus

propios derechos, el uso de su medicina tradicional ancestral, junto con otras medidas de fomento de autogobierno y reforzamientos de sus propias capacidades. En el proceso de vacunación, fue fundamental la participación de las propias autoridades indígenas en todo el proceso de comunicación.

Desde FILAC, en combinación con organizaciones indígenas, han ido promoviendo la idea de avanzar en la implementación de un sistema de inmunización intercultural: Los estados deben respetar y apoyar las diversas acciones llevadas a cabo por los pueblos indígenas que demuestren el ejercicio de sus derechos y la eficiencia para resolver sus propias necesidades. Es necesario que los estados junto con los pueblos indígenas construyan un sistema de inmunización intercultural que permita recoger las buenas experiencias detectadas. La vacunación debe realizarse en el marco de los sistemas de medicina interculturales, lo cual implica apoyar y potenciar los sistemas de medicina tradicional ancestral.

## METODOLOGÍA DE TRABAJO EN GRUPOS

---

Leticia García Mochón describió la metodología que se llevó a cabo en el trabajo en grupos. En primer lugar, destacó cual era el objetivo general del taller: la identificación de ACCIONES para mejorar la inclusión de comunidades con barreras para acceder a la participación (población con movilidad reducida o discapacidad, comunidades cultural y lingüísticamente diversas, comunidades rurales y grupos que sufren la brecha digital) en los procesos de vigilancia epidemiológica para la COVID-19, ya sea a través de los Sistemas de información o de los Sistemas de Vigilancia epidemiológica. Para ello, la metodología se enfo-

caba en trabajar dentro del marco lógico de planificación de proyectos /intervenciones: 1º Análisis de problemas mediante la identificación de las barreras y facilitadores, 2º Identificación de objetivos/retos a plantear 3ª diseño del plan de acción, y 4ª evaluación. Para ello se planteó el trabajo en grupos en la que cada grupo trabajara un eje de inclusividad.

A partir de las intervenciones innovadoras identificadas y buenas prácticas se pretende favorecer la generación de soluciones inclusivas en los sistemas de vigilancia epidemiológica como respuesta a la crisis generada por la COVID-19.

## SEGUNDA SESIÓN SÍNCRONA

Propuestas de cada grupo

### GRUPO 1: INCORPORAR UNA VISIÓN INTERCULTURAL Y SENSIBLE A LA DIVERSIDAD DE CAPACIDADES PARA LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN

#### I. I. PROBLEMAS IDENTIFICADOS Y AGENTES CLAVE

- Contexto de injusticia social, por ejemplo: participación y distribución de recursos
- Personas con discapacidad sensorial (visual y auditiva) son excluidas en educación y empleo, las desventajas socio económicas incrementan el nivel de desigualdad y las brechas existentes en perjuicio de esta población vulnerable.
- Como secuela del proceso de aislamiento se han observado problemas y trastornos emocionales, a nivel del lenguaje, motricidad, trastornos obsesivos en mujeres.
- Más allá de la inclusión hace falta una visión de los pueblos indígenas como culturas, se necesita una lógica intercultural, diálogo.
- Construcción de los datos no es participativa entre actores estatales y miembros de los pueblos. Censo tiene limitaciones.
- Se requiere formulación de preguntas con lógica intercultural y sensible a la diversidad. Datos estadísticos con visión intercultural.

Como agentes clave se han identificado los siguientes roles:

#### Con el liderazgo de:

- Ministerios de salud y actores políticos implicados en la adopción de políticas públicas de vigilancia epidemiológica y prevención.
- Gestores intermedios y líderes comunitarios.

#### Para la implementación:

- Servicios/Departamentos de epidemiología.
- Profesionales sanitarios.
- Líderes y lideresas comunitarios.

## I.2. IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS Y FACILITADORES EN EL ABORDAJE DE ACTUACIONES PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

BARRERAS	FACILITADORES
<p>Organización</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de empatía/de reconocimiento</li> <li>• Actitud de los profesionales</li> <li>• Barreras políticas, económicas, sociales y culturales a las prácticas específicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición del perfil profesional preciso</li> <li>• Habilidades de liderazgo, manejo de personas, gestión con la comunidad y las autoridades</li> <li>• Coordinación entre los diferentes sectores: articulación de iniciativas</li> <li>• Fortalecer sistema de prevención: la vigilancia empieza antes de la eclosión</li> </ul>
<p>Gobernanza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfoque utilizado es mayormente cuantitativo, pero no se abordan aspectos cualitativos que son necesarios</li> <li>• Autoridad no cumple perfil de apoyo, no es prioritario</li> <li>• Escaso conocimiento en epidemiología</li> <li>• Algunos ministerios de salud no consideran la investigación científica publicada como un elemento para la toma de decisiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adopción de políticas públicas de vigilancia epidemiológica</li> <li>• Participación de las personas en el desarrollo de adaptación instrumentos de recogida (no solo con la vacuna)</li> <li>• Participación en todas las etapas (desde el diseño)</li> <li>• Participación necesaria y obligatoria (marco normativo)</li> <li>• Herramientas para la implementación</li> </ul>

BARRERAS	FACILITADORES
<p>Recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escasa formación de personal</li> <li>• Divulgación deficiente</li> <li>• Instrumentos no accesibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RRHH: Calidad humana de profesionales y adecuada formación para el seguimiento</li> <li>• Aumentar recursos emocionales: Gestionar emociones y sentimientos</li> <li>• Accesibilidad de recursos técnicos para el personal y centros de diversos contextos</li> </ul>
<p>Contexto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepción y terminología de grupos vulnerables</li> <li>• Relación con el medio ambiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marco de derechos humanos</li> <li>• Estrategia de humanización</li> <li>• La vigilancia aporta beneficios con pocos recursos: Mitigación de efectos económicos y sociales generados por una pandemia</li> </ul>

### 1.3. OBJETIVOS A DESARROLLAR

Por una visión intercultural y sensible a la diversidad de capacidades para la recogida de información, los objetivos son:

- Impulsar la relevancia del problema
- Reforzar el proceso de recogida de información
- Evaluar y asegurar un análisis del impacto



## I.4. PLAN DE ACCION

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACCIONES
<p><b>Impulsar la relevancia del problema</b></p>	<p>Informar y convencer a las autoridades con evidencias científicas</p> <p>Uso de testimonios y relatos personales para favorecer la empatía</p> <p>Situar el proceso de vigilancia en el marco de derechos humanos y la humanización</p> <p>Compromiso público de las autoridades con el impulso de la iniciativa</p> <p>Campañas de comunicación con científicos, personajes públicos, “influencers”, ... concienciación acerca de los factores sociales y ambientales de las epidemias</p> <p>Intercambio de experiencias y buenas prácticas entre países de la región</p>
<p><b>Reforzar el proceso de recogida de información</b></p>	<p>Favorecer la participación desde el diseño hasta la implementación de instrumentos y mecanismos de recogida (Hojas, fichas de tamizaje, sistemas...)</p> <p>Plan de formación sobre interculturalidad, gestión con las comunidades, mediante cursos, charlas, seminarios...</p> <p>Desarrollar mecanismos de coordinación entre los diferentes sectores para mejorar la articulación</p> <p>Mejorar la incorporación de aspectos cualitativos y de la investigación científica</p> <p>Mejorar infraestructura</p>

<p><b>Evaluar y asegurar un análisis del impacto</b></p>	<p>Instaurar mesas de vigilancia con la participación de diversos sectores (especialistas, pobladores, ministerios de salud, etc.)</p> <p>Procesos de formación intercultural implementados</p> <p>Ajustes razonables efectuados en los establecimientos</p> <p>Publicaciones científicas realizadas anualmente</p>
--	---

### I.5 RECURSOS NECESARIOS

- Recursos humanos (personal capacitado, médicos, epidemiólogos, educadores, líderes comunitarios...).
- Recursos materiales (partidas presupuestarias para efectuar investigaciones, computadoras, locales de reuniones, textos, material audiovisual adaptado).

### I.6 RESULTADOS ESPERADOS

- Lograr la vigilancia epidemiológica desde una perspectiva de derechos humanos.
- Generar la participación en los procesos de diseño, adaptación y ejecución de instrumentos.
- Instituciones y espacios más accesibles e inclusivos.
- Capacitar a todos los actores en formación intercultural.
- Producción científica actualizada.

## GRUPO 2: LA RURALIDAD Y SU INCLUSIÓN EN EL CONTEXTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA COVID- 19.

### 2.1 PROBLEMAS IDENTIFICADOS

#### Aislamiento/accesibilidad

- Los caminos no son transitables y el costo de movilización colectiva es alto.
- poca accesibilidad a los servicios de salud.
- El aislamiento hace que la población no sepa dónde tiene que dirigirse para su atención de salud.
- Mayores necesidades básicas falta de información en medidas de aislamiento físico y de prevención frente a la propagación relacionadas con la vivienda. Por otra parte, relacionada también con la vivienda, faltan servicios más básicos, que en las ciudades (o al menos en áreas de urbanización planificada, frente a suburbios, no planificada, o asentamientos informales).
- Falta de recursos geográficos relacionados con las comunidades de difícil acceso.

#### Brecha digital

- Falta de conectividad, no llega internet

#### Comunidades lingüísticamente diversas

- Acceso de la información sanitaria según el idioma de los pueblos rurales.

#### Necesidades básicas

- La distribución de recursos de primera necesidad, incluyendo los energéticos, necesarios para el desarrollo de la vida diaria, se han visto mermados en zonas rurales.
- No se aprovechan los beneficios que tienen las comunidades rurales: como el contacto con el exterior, mayores áreas al aire libre en las viviendas, menos densidad de población, mejor calidad del aire, etc.

#### Recursos humanos y materiales

- Al existir mayor demanda en los servicios, el personal de salud estaba concentrado en la asistencia y limitado para la vigilancia. Se necesitó mayor personal para la educación sanitaria y las investigaciones, entre otras acciones.
- Necesidad de medios de diagnóstico.

## 2.2. IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS Y FACILITADORES EN EL ABORDAJE DE ACTUACIONES PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

BARRERAS	FACILITADORES
<p>Falta de tecnologías avanzadas para la comunicación en los lugares apartados.</p>	<p>Presencia de alternativas de comunicación disponibles, tales como, utilización de palomas mensajeras y uso de animales de transportación para una comunicación oportuna.</p> <p>Presencia de torres (antenas) de comunicación que permitan la conectividad.</p> <p>Existencia de un Sistema de Información de Salud organizado para el flujo de la información desde la atención primaria hasta el nivel central.</p>
<p>Las condiciones geográficas y el contexto económico obstaculizan el acceso físico a servicios especializados de salud.</p>	<p>La presencia del médico de la familia en los lugares rurales. Ellos coordinan las consultas con instituciones especializadas para el acceso a los servicios.</p>
<p>La localización de intérpretes de todos los idiomas rurales utilizados en las comunidades rurales</p>	<p>La presencia del personal de salud en las comunidades rurales para conocer el idioma rural.</p>

## 2.3. OBJETIVOS A DESARROLLAR

---

### Objetivo General

- Mejorar la inclusión de las comunidades rurales en los sistemas de vigilancia epidemiológica en el contexto de la COVID-19

### Objetivos Específicos:

- OE1: Identificar necesidades específicas y activos disponibles de la comunidad para su inclusión en los sistemas de vigilancia epidemiológica en el contexto COVID-19
- OE2: Crear comisiones permanentes que faciliten la organización de vigilancia epidemiológica y la conexión de la comunidad
- OE3: Planificación de un programa de vacunación en comunidades rurales que facilite la inclusión de información relacionada con la vacuna en los sistemas empleados para recopilar, analizar y comunicar eventos en el contexto de la pandemia

## 2.4. PLAN DE ACCION

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACCIONES
<p>OE1. Identificar necesidades específicas Y ACTIVOS disponibles de la comunidad</p>	<p>Identificación de la mejor manera de comunicación a través de la elaboración de un protocolo de comunicación adaptado a la comunidad para la recogida de necesidades y detección de activos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionarios impresos que serán entregados en cada domicilio</li> <li>• Cuestionarios online (Tablet/Cuba)</li> </ul>
<p>OE2: Crear comisiones permanentes que faciliten la organización de vigilancia epidemiológica y la conexión de la comunidad</p>	<p>Constitución de comisiones permanentes en la que se incluirán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Líderes de la comunidad (identificados a partir de identificación de activos)</li> <li>• Personal sanitario (médico/a, enfermera, trabajador social, etc.).</li> <li>• Personal administrativo (directores provinciales y municipales).</li> <li>• Personal de apoyo.</li> <li>• Personal político (gobernanza)</li> <li>• Estudiantes universitarios.</li> <li>• Pobladores voluntarios.</li> </ul>

OE3: Planificación de un programa de vacunación en comunidades rurales

- Instaurar sistemas que permitan la recogida de información sobre la disponibilidad de la vacuna, su transporte, personas vacunadas y no vacunadas según grupo de población.
- Habilitación de los consultorios, escuelas y otros locales disponibles para la vacunación.
- Certificación de los sitios donde se realizaría la vacunación.
- Aseguramiento de la cadena de frío para la transportación, almacenamiento y conservación de las vacunas.

## 2.5 RECURSOS NECESARIOS

- Recursos humanos capacitados.
- Dispositivos móviles y PC.
- Vehículos de transporte y comunicación.
- Insumos médicos para la vacunación.
- Vacunas.
- Otros a precisar según situación operativa será necesario evaluar otro tipo de recursos.

## 2.6 RESULTADOS ESPERADOS

- Capacitación de recursos humanos con relación al diagnóstico, tratamiento y evolución de la enfermedad.
- Información oportuna sobre el número de casos diagnosticados y su evolución con un consecuente análisis que permita monitorear y controlar la situación epidemiológica.
- Remisión oportuna de casos complicados hacia instituciones especializadas.
- Comportamiento responsable con medidas higiénicas y de distanciamiento social de los pobladores.
- Población inmunizada contra la COVID-19.
- Disminución de la incidencia, gravedad y mortalidad por esta enfermedad.

## GRUPO 3: LA BRECHA DIGITAL EN EL CONTEXTO DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA COVID-19

### 3.1 PROBLEMAS IDENTIFICADOS

- Falta de accesibilidad a computadoras e internet lo que dificulta que el proceso de educación en salud sea extendido a las poblaciones más vulnerables.
- Acceso a elementos tecnológicos y financiamiento para el control de la evolución de la epidemia en países de Latinoamérica.
- Falta de digitalización en la recogida de datos, duplicidad de trabajo y consecuente pérdida de tiempo de trabajo.





### 3.2. IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS Y FACILITADORES EN EL ABORDAJE DE ACTUACIONES PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

BARRERAS	FACILITADORES
Altos índices de corrupción en el sistema político	Transición a un nuevo sistema gubernamental
Elevado coste de acceso a internet	Propuesta de asignar al menos el 1% del PIB para inversión en ciencia, tecnología y educación.
Desconocimiento de decisores políticos	Centros de Investigación/Academia
Falta de adaptación sist. tecnológicos a la realidad local	Cooperación Internacional (en transferencia técnica, tecnológica y apoyo financiero) y cooperación en la propia región
Duplicidad en competencias a distintos niveles (nacional/departamento/alcaldía)	Sistemas de alcantarillados existentes
Falta de apertura de Sistemas de información: incompatibilidad entre programas	Alcaldía de Cochabamba
Dificultad de acceso a decisores: la información es considerada como una fuente de poder	Proyecto ECO

### 3.3. OBJETIVOS A DESARROLLAR

---

#### Objetivo General

- Mejorar la capacidad de autoridades sanitarias de países latinoamericanos para la gestión de riesgos epidemiológicos

#### Objetivos Específicos:

- OE1: Aumentar la accesibilidad a dispositivos tecnológicos y conectividad a internet para facilitar que los procesos de educación sean extendidos a las poblaciones más vulnerables en contextos de pandemia.
- OE2: Facilitar el acceso a elementos tecnológicos y financiamiento en países latinoamericanos para la adaptación y establecimiento de Sistemas Epidemiológicos de Alerta Temprana en aguas residuales.
- OE3: Aumentar digitalización de las fichas epidemiológicas y solicitudes de análisis para disminuir la duplicidad de trabajo.



## 3.4. PLAN DE ACCION

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES
<p><b>OE1: Aumentar la accesibilidad a computadoras e Internet para facilitar que el proceso de educación en salud y prevención sea extendido a las poblaciones más vulnerables.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar convenios/subvención para que empresas tecnológicas puedan brindar dispositivos a población en condición de vulnerabilidad con el fin de tener acceso a la información.</li> <li>• Brindar servicios de conectividad a internet con precios accesibles para poblaciones vulnerables por parte de empresas estatales de telecomunicaciones.</li> </ul>
<p><b>OE2: Facilitar el acceso a elementos tecnológicos y financiamiento en países de Latinoamérica para la adaptación y establecimiento de Sistemas Epidemiológicos de Alerta Temprana en aguas residuales.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar Sistema de Alerta Temprana para detección y contención de SARS-CoV2.</li> <li>• Equipamiento de laboratorios de los sistemas públicos de salud para realizar analíticas de detección del SARS-CoV2 en muestras de aguas residuales.</li> <li>• Diseño de plataforma informática de gestión de información, análisis y reporte para el monitoreo y la alerta temprana.</li> <li>• Creación o reforzamiento de Comités Técnicos Científicos</li> </ul>

## ACTORES NECESARIOS Y RECURSOS NECESARIOS RECURSOS HUMANOS CAPACITADOS.

---

### Actores implicados

#### OE1:

- Empresas estatales y privadas de telecomunicaciones: conectividad a internet, servicios de telefonía fija-celular y dotación de dispositivos tecnológicos.
- Gobiernos: locales, regionales y nacionales.

#### OE2:

- Autoridades sanitarias de ámbito local, subnacional y nacional, academia, ONG de salud, Empresas públicas de saneamiento sanitario, laboratorios de monitoreo.
- Participarán en carácter de observadoras y/o asesoras entidades internacionales vinculadas la salud (OMS/OPS, ONU Habitat, PNUD, etc.)

#### OE3

- SNIS-VE: Sistema Nacional de Información en Salud-Vigilancia Epidemiológica (Acceso a los sistemas de recogida de datos)
- Ministerio de salud (destinar fondos para integrar los programas de información en salud y para digitalizar la entrada de datos/eliminar el paso de escribir en papel)

### Otras iniciativas

#### OE1:

- Internet del pueblo: consiste en brindar en áreas públicas (plazas, estaciones de buses, escuelas, hospitales) acceso gratuito a internet el cual es subsidiado por el gobierno.

#### OE3:

- SOAPS: Software de Atención primaria en Salud; permite el crear carpetas de salud familiar y enviar los datos al SNIS-VE

## 3.6 RESULTADOS ESPERADOS

---

### • Con el ODS 10: Reducir la desigualdad en y entre los países

- La propuesta se alinea a la Meta 10.2 “De aquí a 2030, potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición”.

### • Con el ODS 17: Revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible

- **Meta 17.2.** Finanzas: Velar por que los países desarrollados cumplan plenamente sus compromisos en relación con la asistencia oficial para el desarrollo.
- **Meta 17.6.** Tecnología: Mejorar la cooperación regional e internacional Norte-Sur, Sur-Sur y triangular en materia de ciencia, tecnología e innovación y el acceso a estas, y aumentar

el intercambio de conocimientos en condiciones mutuamente convenidas, incluso mejorando la coordinación entre los mecanismos existentes, en particular a nivel de las Naciones Unidas, y mediante un mecanismo mundial de facilitación de la tecnología.

- **Meta 17.7. Tecnología:** Promover el desarrollo de tecnologías ecológicamente racionales y su transferencia, divulgación y difusión a los países en desarrollo en condiciones favorables, incluso en condiciones concesionarias y preferenciales, según lo convenido de mutuo acuerdo.
- **Meta 17.9. Creación de capacidad:** Aumentar el apoyo internacional para realizar actividades de creación de capacidad eficaces y específicas en los países en desarrollo a fin de respaldar los planes nacionales de implementación de todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluso mediante la cooperación Norte-Sur, Sur-Sur y triangular



## CONFERENCIA DE CLAUSURA

“Los informes anuales sobre “La salud en la Cooperación y la Acción Humanitaria”, una herramienta para el seguimiento de la salud de las comunidades” Félix Fuentenebro Fernández, Director de la Federación de Asociaciones de Medicus Mundi.

Con la llegada de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se crea la necesidad de mejorar la calidad de la información sobre la cooperación internacional en salud para medir y evaluar el progreso de las intervenciones. En aquel momento cuatro Organizaciones No Gubernamentales con gran experiencia en cooperación internacional en salud, pusieron en marcha un informe específico sobre salud, con un enfoque de desarrollo y de ayuda humanitaria.

Previamente se habían sistematizado experiencias y conocimientos del trabajo en contextos rurales, como el informe Yana Curi sobre el impacto de la actividad petrolera en la salud de las poblaciones indígenas en Ecuador o el informe Mbayeko Tekoronzá, en Bolivia. A partir de allí, se han ido sistematizando metodologías de análisis cuantitativo, a partir de datos fiables, de fuentes oficiales. El ponente describe el contenido destacado del informe 2021, con un panorama de la salud en el mundo y los efectos de la pandemia en las tendencias recientes. Además, se describen los esfuerzos de cooperación en salud desde los países europeos, con análisis de tendencias. El informe se puede consultar [aquí](#):

Estas investigaciones han permitido múltiples resultados. En primer lugar, para desarrollar una cooperación para el desarrollo más eficiente y eficaz, permitiendo un mayor aprovechamiento de los recursos, especialmente en la reorganización de equipos. En segundo lugar, para generar un debate sobre lo que se debe mejorar en cooperación y ayuda humanitaria en salud, incluyendo a la ciudadanía en esta discusión. Por último, para incidir en las políticas públicas desde la evidencia científica.

La pandemia de COVID-19 nos ha mostrado que, en un mundo globalizado, los problemas de salud también son globales, y es necesario una respuesta mundial y multilateral para afrontar los problemas de salud y solo la medición sistemática y rigurosa permitirá resolver los nuevos desafíos que afronta la salud global.

“Esta pandemia y futuras pandemias no se van a poder controlar exclusivamente con la creación de programas de reducción de riesgo en desastres epidémicos. Es absolutamente necesario que reflexionemos sobre qué cambios se deben realizar para que la salud sea un derecho de todas las personas, y no el privilegio de unas pocas” ... “Urge que la innovación a la que tanto citamos cuando hablamos de soluciones tecnológicas, se vincule también en el desarrollo de políticas, estrategias, e incluso modelos de desarrollo, económicos, políticos, sociales y ecológicos.” (Informe anual 2021).

## CONCLUSIONES DEL LABORATORIO

Las principales acciones que se promueven desde el Laboratorio para favorecer la inclusión de colectivos y comunidades aisladas física o culturalmente de los sistemas de información para la salud y la vigilancia epidemiológica son:

1. Apoyar a decisores políticos a mejorar la inclusión en los procesos de vigilancia epidemiológica.
  - Mejora la evidencia disponible, la calidad y oportunidad de los datos y en la captación y análisis de experiencias locales sobre problemas y desafíos específicos.
  - Desarrollo de propuestas concretas: detección precoz (aguas residuales), sistematización de pruebas de antígenos, de vacunación en zonas rurales, condiciones de las viviendas en la atención domiciliaria.
  - Refuerzo del papel de la cooperación internacional en salud (a todos los niveles) en la difusión y el intercambio de conocimiento, pero también en la generación de investigaciones.
2. Reforzar mecanismos de participación: comisiones, consultas y espacios de participación comunitarios, atendiendo al impulso de la declaración de Alma Ata (1978).
3. Fomentar la calidad e interoperabilidad de los sistemas de información.
4. Desplegar la intersectorialidad en las iniciativas de salud pública, que se traduce en la coordinación entre gobiernos y organizaciones públicas regionales, nacionales y locales, así como los actores

privados que actúen en la respuesta a problemas de salud pública.

5. Desarrollar programas de formación y capacitación con la visión de perfeccionamiento del talento humano.
6. Mejorar la comunicación de riesgos y medidas preventivas a la ciudadanía, empleando los medios y formatos adecuados a una creciente diversidad de recursos y capacidades en la sociedad.

## 5. PRODUCTOS DE CONOCIMIENTO

### 5.1. RESÚMENES DE POLÍTICAS (POLICY BRIEF)

En el marco del Proyecto se desarrollaron tres “Notas” o “Síntesis de Política” (En inglés, Policy Brief). Se trata de un instrumento para la transferencia de conocimiento, a través de un documento que sintetiza la evidencia sobre un tema particular de interés en la toma de decisiones. Esta herramienta proporciona información matizada para dar una imagen global de un determinado problema, resumiendo las diferentes opciones, las principales conclusiones y recomendaciones que sirvan de apoyo en la toma de decisiones (Dagenais y Ridde, 2018).

El objetivo principal de un Policy Brief es convencer al público objetivo de la urgencia de un problema actual y la necesidad de adoptar nuevas alternativas o continuar con el curso de acciones que hasta el momento se están desarrollando. En general sirven como un impulso para el diseño, implementación o continuidad de intervenciones públicas.

En este proyecto, las recomendaciones y mensajes clave son dirigidos a un público multidisciplinar, con distintas responsabilidades y capacidades, en distintos niveles de toma de decisiones. Entre quienes destacan: responsables políticos en el ámbito de las políticas públicas de salud

nacionales y regionales (Ministerios y organizaciones subregionales en América Latina y el Caribe); organizaciones de la sociedad civil que desarrollan intervenciones con las comunidades y colectivos objetivo de este proyecto. Igualmente, la síntesis puede ser de interés para profesionales de salud y académicos.

Para el desarrollo de los *policy brief* se ha seguido la siguiente metodología:

1. Identificación de la audiencia a la que se dirige el documento
2. Delimitación del problema
3. Recopilación de información y evidencias, mediante el análisis del material de las Jornadas Iberoamericanas Virtuales de Salud Pública: 5 mesas temáticas, incluyendo 100 comunicaciones aproximadamente, así como una revisión rápida de literatura sobre la inclusión en los sistemas de información y vigilancia epidemiológica.
4. Identificación y priorización de los temas y consideración de alternativas.
5. Proyección de resultados y diseño de recomendaciones o mensajes clave
6. Validación con el comité científico



RESUMEN DE POLITICA:

Decálogo para un óptimo funcionamiento de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica

RESUMEN	PUNTOS CLAVE
<p><i>Decálogo para un óptimo funcionamiento de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica</i></p>	
<p>La pandemia causada por COVID-19 ha puesto a prueba los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de los que se disponía, evidenciando sus fortalezas, pero también sus debilidades.</p> <p>Los requisitos esenciales que debe tener un Sistema óptimo para asegurar su efectividad, de cara al fortalecimiento que se está llevando a cabo en muchos países: utilidad, calidad, puntualidad, flexibilidad, simplicidad, estabilidad, sensibilidad, representatividad, aceptabilidad y tener la capacidad de detectar situaciones de vulnerabilidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La toma de decisiones efectivas en salud pública requiere de Sistemas de Vigilancia Epidemiológica útiles y robustos.</li> <li>• Un sistema de Vigilancia Epidemiológica efectivo debe tener como eje transversal la equidad, incorporando información sobre los determinantes sociales de la salud.</li> <li>• Desarrollar, mantener y fortalecer estos sistemas es una inversión económica eficiente.</li> </ul>

Enlace al documento en español y portugués

[VERSIÓN EN ESPAÑOL](#)  
[VERSIÓN EN PORTUGUÉS](#)



Tabla 4. Resumen y puntos clave de los resúmenes de políticas

## RESUMEN DE POLÍTICA

### Coordinación de la Acción comunitaria para combatir a la COVID-19

RESUMEN	PUNTOS CLAVE
<p><i>Coordinación de la Acción comunitaria para combatir a la COVID-19</i></p>	
<p>La pandemia de la COVID-19 ha puesto al descubierto la debilidad de los servicios sanitarios y la protección social en muchos países, junto con grandes desigualdades. El mapeo de activos para la salud permite la identificación de recursos que la propia comunidad/región reconoce como riquezas, y que ayudan a mantener o mejorar la salud. El modelo de activos facilita la coordinación de los servicios sanitarios y favorece el fortalecimiento de la acción comunitaria. En el documento se plantean de manera simplificada las 4 fases esenciales del método, que puede ser muy útil para ganarle la batalla a la covid19.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La incorporación del modelo de activos para la salud en intervenciones de salud comunitaria acerca las necesidades actuales de la pandemia a los agentes locales, refuerza las intervenciones intersectoriales, y la equidad.</li> <li>• Esta aproximación permite reforzar los sistemas de salud, con una perspectiva intercultural, y un enfoque comunitario.</li> <li>• El desarrollo comunitario basado en activos en salud disminuye tanto la transmisión de la infección, como el impacto social asociado, pues brindan apoyo, reparto de responsabilidades y puesta en común de recursos, facilitando la coordinación</li> </ul>

**Enlace al documento en español y portugués**

[VERSIÓN EN ESPAÑOL](#)

[VERSIÓN EN PORTUGUÉS](#)



## RESUMEN DE POLÍTICA

### Inteligencia Epidemiológica: Reforzando la Inclusividad en los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica

RESUMEN	PUNTOS CLAVE
<p><b>Inteligencia Epidemiológica: Reforzando la Inclusividad en los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica</b></p>	
<p>La pandemia causada por COVID-19 ha puesto a prueba los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de los que se disponía, evidenciando sus fortalezas, pero también sus debilidades. Este documento describe el concepto de Inteligencia Epidemiológica y por qué supone un paso lógico y necesario en América Latina y el Caribe y una oportunidad para poder llevar a cabo una vigilancia y control de los brotes epidémicos y futuras posibles epidemias desde un marco de participación e inclusividad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un Sistema de Vigilancia Epidemiológica efectivo debe tener como eje transversal la equidad, incorporando los determinantes sociales de la salud.</li> <li>• Para epidemias o pandemias, como el caso de COVID-19, la estrategia más eficiente es intervenir de forma temprana los brotes.</li> <li>• La Inteligencia Epidemiológica supone una oportunidad para poder llevar a cabo una vigilancia y control de los brotes epidémicos y futuras posibles epidemias con efectividad y eficiencia desde un marco de participación e inclusividad.</li> </ul>

### Enlace al documento en español y portugués

[ENLACE](#)



## 5.2. PUBLICACIÓN DE LECCIONES APRENDIDAS COVID-19 Y DESAFÍOS PARA LOS SISTEMAS DE SALUD

Este documento sintetiza las principales ponencias y comunicaciones presentadas en el marco de las Jornadas Iberoamericanas Virtuales Coronavirus y Salud Pública - Lecciones aprendidas de la COVID-19 y retos para los sistemas de salud realizado en el mes de septiembre de 2020. Durante estas jornadas, se presentaron más de 100 comunicaciones científicas y contaron además con 18 ponencias, con un total de 4822 asistentes de 25 países.

[Enlace a la web de la EASP:](#) 

[Enlace al documento publicado:](#) 

The screenshot shows the top navigation bar with links: INICIO, ORGANIZADORES, PROGRAMA, COORDINACIÓN, LUGAR, INSCRIPCIÓN, COMUNICACIONES, CONTACTO. The main heading is "Jornadas Iberoamericanas Virtuales Coronavirus y Salud Pública" with the subtitle "Lecciones aprendidas de la Covid-19 y retos para los sistemas de salud". The dates are "28 al 30 de septiembre | 2020". There are two main buttons: "INSCRIPCIÓN" and "PROGRAMA". A note says "\* Ampliado plazo de inscripción hasta el 25 de septiembre". Below that, it says "Compártelo #CovidySaludPública" and has social media icons for Facebook, Twitter, WhatsApp, and LinkedIn.

The graphic features a central teal box with the text "LECCIONES APRENDIDAS DE LA COVID-19" and "Y DESAFÍOS PARA LOS SISTEMAS DE SALUD VINCULADOS CON I+D+i EN IBEROAMÉRICA PARA ASEGURAR UNA RESPUESTA SIN DEJAR A NADIE ATRÁS". The background is a vibrant illustration of diverse healthcare workers in masks. At the top, there are logos for "Cooperación Española CONOCIMIENTO Y CONECTA.", "Cooperación Española CONOCIMIENTO Y CONECTA.", and "Alianzas para la ciencia y la innovación". At the bottom, there are logos for "ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA", "COMUNIDAD DE MADRID", "Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social", "ciberesp", "Rimatis", and "Secretaría General Iberoamericana".

## 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La vigilancia de la salud desempeña un papel fundamental en la consecución de los objetivos de salud pública, pues mide los factores de riesgo (en nuestra perspectiva, los determinantes de la salud) y los resultados en salud, permite establecer objetivos para el futuro y analizar el progreso hasta alcanzarlos. Se suele decir que no se puede mejorar lo que no se puede medir, por lo que la vigilancia epidemiológica de la salud es la base de todos los esfuerzos de mejora de la salud pública.

Esta línea de trabajo ha surgido como respuesta a un escenario epidemiológico sin precedentes a nivel global, incluyendo América Latina y el Caribe. Con la función de vigilancia en el centro de los programas de salud pública, hemos desarrollado espacios de reflexión para favorecer el intercambio entre comunidades científicas y comunidades de práctica de toda la región, para mejorar el seguimiento y la notificación de casos y muertes durante la pandemia por COVID-19. Con este punto de partida, los proyectos desarrollados han permitido identificar acciones locales y transversales, que pueden ser útiles en otros contextos de la región y en la adopción de respuestas coordinadas. Todos los países de América Latina y el Caribe tienen el compromiso de actuar en conformidad con los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional y la actual situación de pandemia constituye una oportunidad para fortalecer los sistemas de atención sanitaria existentes, así como otros

ámbitos para la preparación frente a pandemias, tales como sistemas de vigilancia epidemiológica innovadores, que complementen las necesidades de análisis y de toma de decisiones apropiados tanto en contexto de pandemia, como en el futuro.

Tal como señala la “Estrategia de vigilancia y control frente a COVID-19 tras la Fase Aguda de la Pandemia” del Ministerio de Sanidad de España, el avance de la cobertura de vacunación y la inmunidad generada a partir de infecciones naturales, permiten asegurar una elevada protección poblacional contra la COVID-19 grave. Sin embargo, algunos sectores de la población siguen teniendo una mayor vulnerabilidad, como las personas de edad avanzada, las personas con enfermedades subyacentes graves y los inmunocomprometidos que no hayan desarrollado una inmunidad suficiente contra el SARS-CoV-2, quienes pueden desarrollar cuadros graves de la enfermedad. Además, los resultados de nuestra Línea de Trabajo nos ofrecen luz sobre la vigilancia y respuesta comunitaria en tiempos de pandemia, destacando a ciertos grupos de población especialmente afectados por ejes de desigualdad como la ruralidad, la discapacidad y la brecha digital. Los esfuerzos de la vigilancia deben centrarse en la protección de estos grupos, con datos de buena calidad en la comunidad que permitan la implementación específica de medidas preventivas en ámbitos y grupos vulnerables.

En este contexto, se pone de manifiesto la necesidad de generar otro tipo de vigilancia epidemiológica, tanto para la COVID-19, como para otros eventos o situaciones que puedan representar una amenaza para la salud pública en el futuro. Para ello, movilizamos el concepto de “Inteligencia epidemiológica” promovido desde organismos internacionales, como el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) y la Organización Panamericana de la salud (OPS). Desde este enfoque, no se pretende la exhaustividad en la detección de casos sino detectar cambios en la salud poblacional a través de diversas fuentes, tanto oficiales como informales (medios de comunicación, foros especializados, Internet, etc.). En el caso de COVID-19, se propone una vigilancia centrada en los ámbitos y grupos vulnerables y en los casos graves, reforzando la capacidad de detección de variantes de interés y de preocupación pudiendo incorporar sistemas complementarios como la detección de virus SARS-CoV-2 en aguas residuales (17–19) o el seguimiento de las incapacidades laborales temporales. Reforzando, de forma paralela, el desarrollo de los sistemas de vigilancia centinela de virus respiratorios incluyendo al SARS-CoV-2 para fortalecer la capacidad de respuesta sanitaria.



## 7. REFERENCIAS

- Brannan T, Durose C, John P, Wolman H. Assessing best practice as a means of innovation. *Local Governm Stud* 2008;34:23-38.
- Dagenais, C., & Ridde, V. (2018). Policy brief como una herramienta de transferencia de conocimiento: para «dar un toque» primero debe leer su resumen de política. *Gaceta sanitaria*, 32, 203-205.
- Good practice validation Guidance note for lead partner/ project web admin. Intereg Europe. Disponible en: [https://www.interregeurope.eu/fileadmin/user\\_upload/documents/GP\\_Validation\\_-\\_Project\\_guidance\\_note.pdf](https://www.interregeurope.eu/fileadmin/user_upload/documents/GP_Validation_-_Project_guidance_note.pdf)
- Juneau C-E, Briand A-S, Pueyo T, Collazzo P, Potvin L. Effective Contact Tracing for COVID-19: A Systematic Review. medRxiv [Internet]. 2020 Jan 1;2020.07.23.20160234. Available from: <http://medrxiv.org/content/early/2020/07/25/2020.07.23.20160234.abstract>
- Kretzschmar ME, Rozhnova G, Bootsma MCJ, van Boven M, van de Wijgert JHHM, Bonten MJM. Impact of delays on effectiveness of contact tracing strategies for COVID-19: a modelling study. *Lancet Public Heal*. 2020 Aug;5(8):e452–9.
- Maffioli EM. How Is the World Responding to the 2019 Coronavirus Disease Compared with the 2014 West African Ebola Epidemic? The Importance of China as a Player in the Global Economy. *Am J Trop Med Hyg*. 2020 Mar;
- Mansell R. Inequality and digitally mediated communication: Divides, contradictions and consequences. *Javnost*. 2017;24(2):146–61.
- Morales AJ, Gallego V, Escalera-Antezana JP, Mendez CA, Zambrano LI, Franco-Paredes C, et al. COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel medicine and infectious disease*. Netherlands; 2020. p. 101613.
- Ng E, de Colombani P. Framework for Selecting Best Practices in Public Health: A Systematic Literature Review. *J Public Health Res*. 2015 Nov 17;4(3):577. doi: 10.4081/jphr.2015.577. PMID: 26753159; PMCID: PMC4693338.
- Pacifico Silva H, Lehoux P, Miller FA, Denis JL. Introducing responsible innovation in health: a policy-oriented framework. *Health Res Policy Syst*. 2018 Sep 10;16(1):90.
- Patten E, O'Meara P, Dickson-Swift V. Scoping review of

the exclusion and inclusion of rural newcomers in community participation. *Aust J Rural Health*. 2015 Jun;23(3):127–35.

- Perleth M, Jakubowski E, Busse R. What is ‘best practice’ in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems. *Health Policy*. 2001 Jun;56(3):235-50.
- Raisio H, Valkama K, Peltola E. Disability and deliberative democracy: Towards involving the whole human spectrum in public deliberation. *Scand J Disabil Res*. 2014;16(1):77–97.
- Rodríguez-Morales AJ, Gallego V, Escalera-Antezana JP, Mendez CA, Zambrano LI, Franco-Paredes C, et al. COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel medicine and infectious disease*. Netherlands; 2020. p. 101613.
- Wong J, Goh QY, Tan Z, Lie SA, Tay YC, Ng SY, et al. Preparing for a COVID-19 pandemic: a review of operating room outbreak response measures in a large tertiary hospital in Singapore. *Can J Anaesth*. 2020 Mar;
- Wong V, Cooney D, Bar-Yam Y. Beyond Contact Tracing: Community-Based Early Detection for Ebola Response. *PLoS Curr* [Internet]. 2016 May 19;8:ecurrents.outbreaks.322427f4c3cc2b9c1a5b3395e7d20894. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27486552>

#### Equipo de Trabajo Escuela Andaluza de Salud Pública

Clara Bermúdez Tamayo

Jaime Jiménez Pernet

Jesus Henares Montiel

Leticia García Mochón

Joan Carles March Cerdà

#### Equipo de trabajo Laboratorios de Innovación

Tomás López-Peña (ISCIII)

Eduviges Sancho Jiménez (RIMAI)

#### Equipo de trabajo del CFCE

Carmen de Diego Fonseca

Violeta Lacayo (consultora en el CFCE)

Carolina Echavarría (consultora en el CFCE)

---

**Cómo citar este documento:** AECID (2022). *Fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica en América Latina y el Caribe en el marco de la emergencia sanitaria COVID-19*. Centro de Formación de la Cooperación Española en Montevideo, Uruguay.



