

# La aplicación del Plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19

Estado Plurinacional de Bolivia,  
Colombia, Ecuador y Perú

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS  
Américas



# La aplicación del Plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19

Estado Plurinacional de Bolivia,  
Colombia, Ecuador y Perú

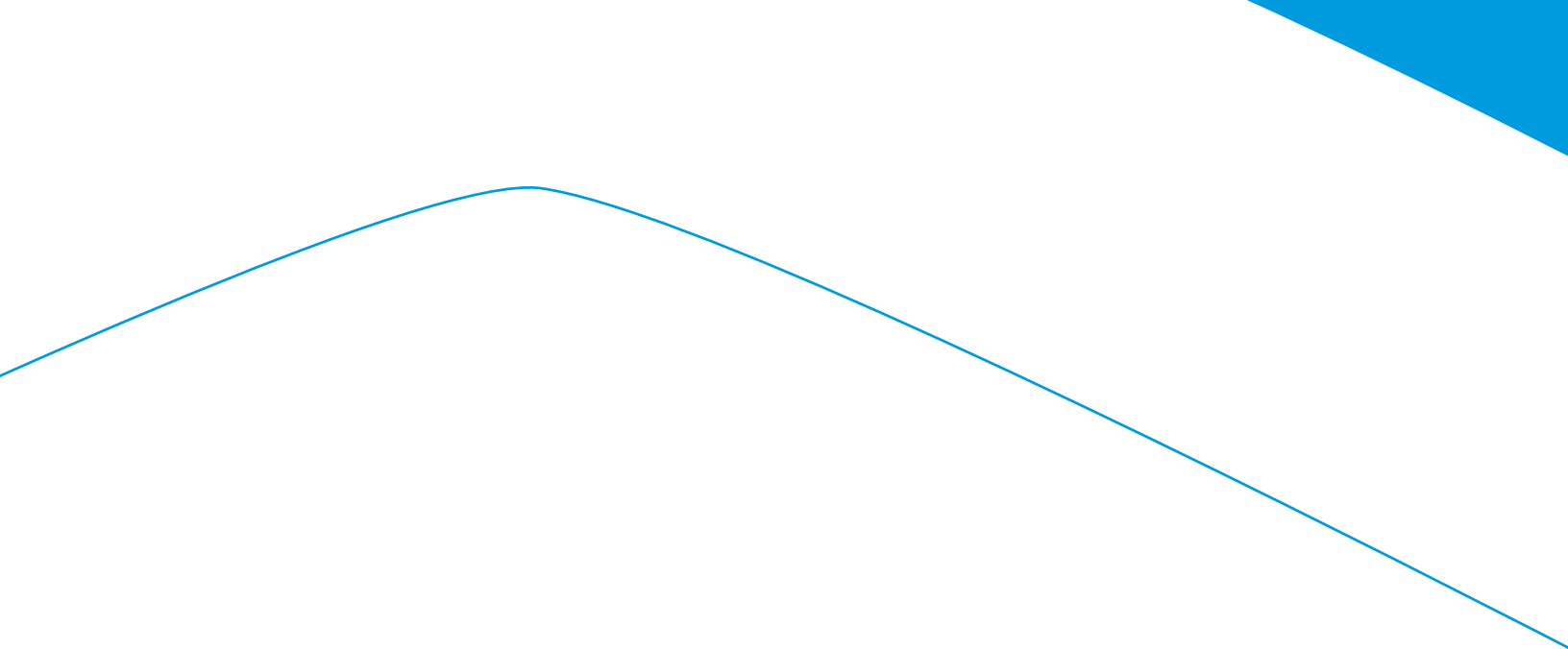
**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
ORGANIZACION REGIONAL PARA LAS Américas



*La aplicación del Plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19. Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú*

OPS/PHE/CPI/COVID-19/23-0008

© **Organización Panamericana de la Salud, 2023**

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

# Índice



<b>Abreviaciones</b> .....	<b>vi</b>
<b>Agradecimientos</b> .....	<b>vii</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>Alcances de la metodología de sistematización</b> .....	<b>1</b>
<b>Los planes nacionales de preparación para la respuesta a la pandemia de COVID-19</b> .....	<b>6</b>
<b>Eje temático 1. Prevención y control de infecciones y protección del personal de salud</b> .....	<b>9</b>
Acciones para fortalecer la prevención y el control de infecciones en el sistema de salud .....	9
Acciones para reducir o prevenir la transmisión en la comunidad .....	11
Medidas de bioseguridad para el manejo de cadáveres por COVID-19.....	12
Mecanismos y medidas de bioseguridad para la seguridad y protección del personal de salud.....	12
Capacitación del personal de salud.....	14
Promoción de la investigación para la prevención y el control de infecciones.....	15
<b>Eje temático 2. Reorganización y ampliación de la oferta de servicios de salud</b> .....	<b>15</b>
Capacidad de gestión y atención en salud ante la pandemia de COVID-19 .....	16
Capacidades para hacer frente al aumento de la demanda de atención según la situación epidemiológica	17
Algoritmo para el manejo de pacientes .....	19
Necesidades de recursos humanos capacitados y medidas para aumentar la capacidad del personal.....	20
Capacitación de los recursos humanos sobre las opciones terapéuticas y el equipo biomédico para el manejo de casos .....	21
Directrices para la estructuración de zonas de triaje para personas con síntomas respiratorios .....	21
Atención del personal de salud expuesto a la COVID-19 .....	22
Atención en salud basada en la comunidad en el contexto de la pandemia de COVID-19.....	22
Función de los laboratorios y los medios de diagnóstico en el manejo de casos y en la prevención y control de infecciones .....	23
Sistemas de control, entrega y suministro de medicamentos esenciales para el tratamiento de la COVID-19 e insumos clave.....	24
Mantenimiento de un suministro de sangre seguro y otros derivados en el contexto de la pandemia de COVID-19 .....	26

<b>Eje temático 3. Reanudación y continuidad de los servicios esenciales.....</b>	<b>27</b>
Aseguramiento de la continuidad de la atención regular y los servicios esenciales durante la pandemia....	27
Uso de la tecnología para la continuidad de la atención .....	29
Fortalecimiento del primer nivel de atención y las capacidades para hacer frente a la demanda.....	29
Programas para proteger a grupos en condiciones de vulnerabilidad, como personas con discapacidad y en rehabilitación.....	30
Consideraciones relativas a la prestación de salud bucodental .....	31
<b>Buenas prácticas en la aplicación de las orientaciones para la respuesta a la COVID-19.....</b>	<b>32</b>
Estado Plurinacional de Bolivia.....	32
Colombia .....	38
Ecuador .....	41
Perú .....	42
<b>Referencias .....</b>	<b>46</b>

## Abreviaciones

<b>COE</b>	comités operativos de emergencia
<b>CVSP</b>	Campus Virtual de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud
<b>CRUE</b>	centros reguladores de urgencias y emergencias
<b>EPP</b>	equipos de protección personal
<b>IRAG</b>	infección respiratoria aguda grave
<b>PAI</b>	Programa Ampliado de Inmunizaciones
<b>RISS</b>	redes integradas de servicios de salud
<b>SARS CoV-2</b>	coronavirus de tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave (por su sigla en inglés)
<b>SAAM</b>	sitios alternativos de atención médica
<b>SMAPS</b>	salud mental y apoyo psicosocial
<b>UTI</b>	unidad de terapia intensiva

## Agradecimientos

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) desea agradecer la contribución de los consultores Santiago Tarapues, Anahi Huamán, Roddy Camino y Rodrigo Restrepo que elaboraron los informes de los países seleccionados, y Vilma Gutiérrez, que consolidó la información y preparó la publicación final.

También desea extender su agradecimiento a Sergio Álvarez, Celso Bambarén y Ciro Ugarte, de la OPS, por la edición y la revisión final.

La producción de esta publicación fue posible gracias al apoyo financiero del Banco de Desarrollo de América Latina.





## Introducción

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), con la cooperación financiera del Banco de Desarrollo de América Latina, puso en marcha el proyecto de fortalecimiento de los sistemas de salud de la subregión andina para enfrentar la enfermedad por el coronavirus del 2019 (COVID19, por su sigla en inglés) y otras emergencias de salud, con el fin de reforzar las capacidades de preparación para la respuesta y la recuperación temprana ante emergencias y desastres, y, así, contribuir a proteger la vida, sobre todo, de los grupos de población en situación de mayor vulnerabilidad.

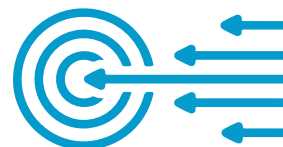
Este proyecto tuvo como objetivo general mejorar la preparación, la respuesta y la recuperación temprana de las redes de servicios de salud de los países seleccionados a través del fortalecimiento de las capacidades para la planificación, la organización y la gestión de emergencias de salud.

Como parte de las actividades de este proyecto, se revisó la implementación de las siguientes orientaciones de la OPS vinculadas con el Plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19:

- La respuesta médica a la COVID-19, con enfoque en la prevención y el control de infecciones.
- La reorganización y la ampliación de la oferta de servicios de salud.
- La reanudación y la continuidad de los servicios esenciales.

En esta publicación, se sistematizaron las experiencias y buenas prácticas detectadas en esta revisión, para que contribuyan al fortalecimiento de la gestión con enfoque multiamenaza de las emergencias de salud y desastres en los países de la Región.

Es pertinente tomar en cuenta que no se debe considerar esta publicación como una evaluación, una auditoría o una rendición de cuentas para los países ni para la cooperación técnica de la OPS.



## Alcances de la metodología de sistematización

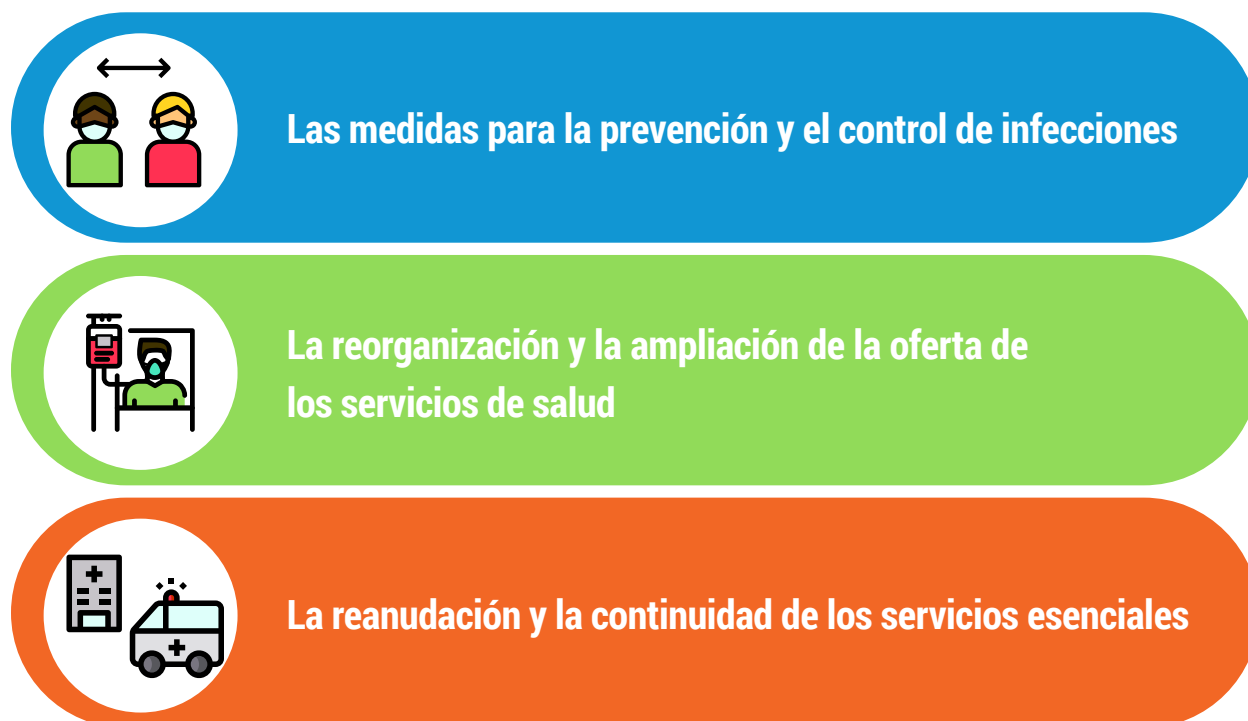
La sistematización es un proceso de reflexión cuyo objetivo es ordenar la marcha, los procesos y los resultados de un proyecto, y evaluar las dimensiones que pueden explicar estos últimos (1). Es también la interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso, los factores que han intervenido en él, cómo se han relacionado entre sí y por qué se ha realizado de ese modo (2).

En este marco de trabajo, el objetivo de esta sistematización fue contar con un análisis sobre la aplicación y el seguimiento desde el nivel nacional de salud al nivel subnacional de los países seleccionados de las orientaciones y orientaciones brindadas por la OPS como parte del *Plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19*, orientación para la planificación operativa (en adelante, *Plan de respuesta de la OPS a la COVID-19*) (3).

Por lo tanto, este estudio responde a la pregunta general de cuáles han sido las experiencias exitosas y buenas prácticas en la aplicación de herramientas y acciones para la respuesta a la pandemia de COVID-19 en cuatro países de la Región (Bolivia [Estado Plurinacional de], Colombia, Ecuador y Perú).

Al partir de este eje central, se destacan tres ejes de análisis secundarios con base en las orientaciones de los pilares 6, 7, 8 y 9 del *Plan de respuesta de la OPS a la COVID-19* (figura 1).

Figura 1. Ejes de análisis secundarios



En estos tres ejes se visualizan y se hace una valoración transversal de: 1) las fortalezas previas que tenían los países para responder a la pandemia, 2) las principales dificultades que limitaron la aplicación de las orientaciones de la OPS, y 3) las buenas prácticas en la aplicación de las orientaciones para hacer frente a la COVID-19.

A continuación, en el cuadro 1 se muestra la descripción del modelo de análisis, donde se describen el eje central de la sistematización, los tres ejes de análisis secundarios y los pilares 6 a 9 del *Plan de respuesta de la OPS a la COVID-19*.

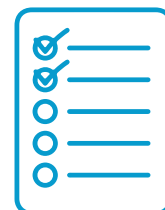
**Cuadro 1. Eje central y ejes de análisis de la sistematización**

Eje central	Ejes de análisis	Pilares <sup>a</sup>	Resultados y hallazgos
Experiencias exitosas y buenas prácticas en el desarrollo y la aplicación de herramientas para la respuesta a la pandemia de COVID-19 en el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prevención y control de infecciones</li> <li>2. Reorganización y ampliación de la oferta de atención</li> <li>3. Reanudación y continuidad de los servicios esenciales</li> </ol>	<p><b>Pilar 6.</b> Prevención y control de infecciones y protección del personal de salud</p> <p><b>Pilar 7.</b> Manejo de casos, prácticas clínicas y opciones de tratamiento</p> <p><b>Pilar 8.</b> Apoyo operativo, aspectos logísticos y cadenas de suministro</p> <p><b>Pilar 9.</b> fortalecimiento de los servicios y los sistemas de salud esenciales</p>	<p>Fortalezas y limitaciones</p> <p>Buenas prácticas</p> <p>Recomendaciones</p>

Nota: a Corresponde a los pilares 6 a 9 del *Plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19*, orientación para la planificación operativa. Disponible en [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54499/OPSPHECOVID-19210013\\_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54499/OPSPHECOVID-19210013_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y).

COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019 (por su sigla en inglés).

En el cuadro 2 muestra un resumen de las orientaciones de la OPS para los pilares 6 a 9 del *Plan de respuesta de la OPS a la COVID-19*, como parte de la planificación operativa.



**Cuadro 2. Resumen de las orientaciones de los pilares 6 a 9 del *Plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19***

Pilares <sup>a</sup>	Resumen de recomendaciones
<p><b>Pilar 6.</b> Prevención y control de infecciones y protección del personal de salud</p>	<p>Recomendaciones y directrices sobre bioseguridad, manejo de cadáveres, medidas de desinfección, soluciones desinfectantes, prevención y control de infecciones en áreas de aislamiento, limpieza y desinfección de superficies, prevención y control para pacientes en establecimientos no tradicionales, y uso prolongado de respiradores.</p>
<p><b>Pilar 7.</b> Manejo de casos, prácticas clínicas y opciones de tratamiento</p>	<p>Expansión de capacidades clínicas, zonas de triaje, atención a personas con COVID-19, atención del personal de salud, clasificación y codificación de los casos de COVID-19, uso de plasma de convalecientes, consideraciones sobre discapacidad y rehabilitación, atención de la salud mental, atención primaria de salud, y medicamentos esenciales, antivirales y anticuerpos.</p>
<p><b>Pilar 8.</b> Apoyo operativo, aspectos logísticos y cadenas de suministro</p>	<p>Alistamiento de hospitales y servicios prehospitalarios, equipos médicos de emergencia, sitios alternativos de atención médica, y suministro y uso sostenible del oxígeno.</p>
<p><b>Pilar 9.</b> fortalecimiento de los servicios y los sistemas de salud esenciales</p>	<p>Servicios de sangre, ampliación progresiva de los servicios, reorganización de los servicios, atención de la salud basada en la comunidad, consideraciones para poblaciones indígenas, intervenciones en el ámbito de la salud mental y dispositivos médicos.</p>

Nota: a Corresponde a los pilares 6 a 9 del *Plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19*, orientación para la planificación operativa. Disponible en [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54499/OPSPHECOVID-19210013\\_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54499/OPSPHECOVID-19210013_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y).

COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019 (por su sigla en inglés).

Para determinar el eje central y los ejes secundarios de análisis, esta publicación responde a las siguientes diez preguntas clave:

1. ¿Cómo fue, en general, la experiencia en la aplicación de las orientaciones emitidas por la OPS durante la pandemia de COVID-19, en particular de los pilares 6 a 9 del *Plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19*?
2. ¿Cuáles fueron las principales dificultades y limitaciones para la aplicación de las orientaciones emitidas por la OPS?
3. ¿Cuáles fueron las acciones que se desarrollaron para ajustar y superar estas dificultades y limitaciones?
4. ¿Cómo se aplicaron las orientaciones en condiciones de escasez de recursos?
5. ¿Cuáles de las orientaciones brindadas por la OPS no se consideraron en las normativas técnicas desarrolladas en el país? ¿Cuáles fueron las causas? ¿Cómo se dio respuesta a determinadas situaciones presentadas?
6. ¿Cuáles fueron las principales experiencias durante la pandemia de COVID-19?
7. ¿Cuáles son las principales acciones que se realizan para fortalecer los servicios y los sistemas de salud, y para la reanudación y la continuidad de los servicios esenciales?
8. ¿Cómo se garantizó la continuidad de los servicios de rutina y de urgencia para la población?
9. ¿Cuál fue la experiencia de los países en las actividades de apoyo operativo, los aspectos logísticos y en garantizar la cadena de suministros para la continuidad de la atención de salud de rutina?
10. ¿Cuáles son los principales hitos y las mejores prácticas obtenidas y herramientas desarrolladas en la aplicación de las orientaciones de la OPS?

La sistematización que se presenta aquí incluye:

- Recopilación de información de fuentes primarias y secundarias en el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, realizada por una persona consultora contratada en cada país. Las modalidades utilizadas fueron:
  - » Desarrollo de una estructura e instrumentos de recopilación de información estandarizados.
  - » Recopilación de documentación nacional relacionada con las orientaciones de los pilares 6 al 9 del *Plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19* de la OPS en el marco de la pandemia de COVID-19.
  - » Entrevistas realizadas a profesionales y técnicos involucrados en los preparativos y en la respuesta a la pandemia de COVID-19.
- La sistematización de las experiencias en el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, con foco en los procesos desarrollados durante la preparación y la respuesta a la pandemia de COVID-19; en la sistematización intervinieron diferentes actores, que participaron en la recopilación, la organización y el análisis de las experiencias en los cuatro países para detectar cuáles fueron las mejores prácticas.

# Los planes nacionales de preparación para la respuesta a la pandemia de COVID-19

Los cuatro países seleccionados (Bolivia [Estado Plurinacional de], Colombia, Ecuador y Perú) han reconocido las orientaciones emitidas por la OPS para la respuesta a la pandemia de COVID-19 como una fuente importante de información basada en la evidencia científico-técnica. Estas orientaciones fueron útiles sobre todo al inicio de la pandemia cuando, en plena situación de incertidumbre, se requería una capacidad de respuesta y toma de decisiones, entre otras acciones, para las actividades de prevención y control de infecciones, la reorganización y ampliación de los servicios, y la reanudación y la continuidad de los servicios esenciales de salud.

Además de las orientaciones de la OPS y la OMS para la planificación de la preparación y respuesta a la COVID-19, cabe destacar el papel fundamental que tuvieron las orientaciones de carácter operativo, como las relacionadas con la adquisición y el manejo de dispositivos para la prevención y control de infecciones (por ejemplo, los equipos de protección personal [EPP], los procedimientos para la limpieza y desinfección, y las medidas de prevención de infecciones en general).

En consonancia con las orientaciones iniciales de la OPS para hacer frente a la pandemia, los países desarrollaron planes nacionales de respuesta a la COVID-19, que se actualizaban a medida que se incorporaban nuevas evidencias y orientaciones. En el cuadro 3 se presentan los planes nacionales de respuesta a la pandemia de COVID-19 desarrollados por los cuatro países que son parte de esta sistematización.

## Cuadro 3. Planes nacionales de respuesta elaborados en el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú

<b>Bolivia (Estado Plurinacional de)</b>	Plan de contención, mitigación y recuperación post confinamiento en respuesta a la COVID-19
<b>Colombia</b>	Plan de contingencia para responder a la pandemia por COVID-19
<b>Ecuador</b>	Plan de preparación y respuesta del Ecuador ante la COVID-19
<b>Perú</b>	Plan nacional de preparación y respuesta frente al riesgo de introducción del coronavirus 2019-nCoV

Es importante destacar el liderazgo asumido por los gobiernos desde el inicio de la pandemia para mantener una coordinación óptima entre distintos sectores e instancias de tipo público, privado y social en sus países, y para facilitar la disponibilidad de recursos económicos y humanos, entre otros necesarios para la respuesta a la pandemia más allá del sector de la salud.

Se reconocen las acciones realizadas para adelantar actividades de prevención y contención antes de la detección de primeros casos de COVID-19 en sus países, así como para aplicar las orientaciones relativas a los pilares del *Plan de Respuesta de la OPS a la COVID-19 (3)*, a través de la generación y el apoyo de espacios de coordinación, discusión y toma de decisiones.

A pesar de las acciones desarrolladas en los cuatro países, se detectaron dificultades al inicio de la pandemia y durante la aparición de varios picos epidémicos causados, entre otros factores, por: 1) la falta de recursos humanos, sobre todo personal médico y de enfermería para la atención oportuna de los casos; 2) la falta de

provisión oportuna de insumos como EPP, medicamentos, suministros para limpieza y desinfección de espacios, entre otros; y 3) la limitada capacidad instalada para la atención en los establecimientos de salud.

En el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, el Ministerio de Salud y Deportes estableció como marco de referencia de su accionar el Plan de contención, mitigación y recuperación post confinamiento en respuesta a la COVID-19, para cuya elaboración recibió el apoyo de la OPS. Asimismo, se emitieron al menos 24 documentos técnicos y normativos para la respuesta a la pandemia.

El gobierno de este país refiere que la ventaja de ya tener mecanismos establecidos para la coordinación frente a emergencias y desastres a nivel nacional y subnacional posibilitó, por ejemplo, la conformación de comités estratégicos en ambos niveles, integrados por diferentes sectores; la conformación de comités epidemiológicos para el seguimiento de la respuesta de la emergencia durante de la pandemia; la instalación de mesas técnicas sectoriales en el marco del comité operativo de emergencia (COE) a nivel nacional y subnacional que, a su vez, posibilitaron la instalación de comités científico-técnicos en apoyo a las unidades de epidemiología de los servicios departamentales de salud (SEDES).

En Colombia, también fue fundamental el establecimiento del Comité estratégico sectorial y del Comité epidemiológico del Ministerio de Salud y Protección Social, que son dos instancias clave para el análisis y la toma de decisiones. Ambos comités sustentaron sus análisis y concertaciones en las diferentes fuentes de información a nivel global.

En Ecuador, se destacó la importancia de las orientaciones emitidas por la OPS y la OMS para la generación y el mejoramiento del flujo de comunicación y coordinación interinstitucional e intersectorial, con la finalidad de encontrar posibles intervenciones como una función esencial para la respuesta a la pandemia y para fortalecer los procesos estratégicos y operativos. Estos esfuerzos fueron clave para la generación de espacios de coordinación intersectorial e interinstitucional, y para el desarrollo de directrices técnicas entre los actores participantes en los diferentes niveles, mediante el aprovechamiento de los recursos públicos, privados y de la sociedad civil.

Las orientaciones de la OPS y la OMS fueron una fuente de información fundamental, que brindaron el respaldo técnico-científico necesario, sobre todo en momentos de gran incertidumbre para la toma de decisiones sobre disposiciones emitidas por las autoridades. Constituyeron las primeras orientaciones con base científica para el desarrollo de documentos que orientaron la prevención y el control de infecciones, la reorganización y la ampliación de los servicios de salud, y la continuidad de los servicios esenciales de salud en el país.

Miembros del gobierno entrevistados en Ecuador señalaron que las orientaciones de la OPS despertaron el interés del nivel operativo sobre las acciones concretas para la prevención y el control de infecciones; por otro lado, a nivel nacional se adoptaron las orientaciones de orden estratégico, y se las incorporó en el Plan de preparación y respuesta del Ecuador ante la COVID-19 y en el Plan Fénix, que marcaron la hoja de ruta del país para la gestión de la emergencia de salud.

Cabe destacar que, en Colombia, las orientaciones emitidas por la OPS y la OMS se aplicaron en el país antes de su comunicación oficial. En el mismo sentido, algunas otras no se adoptaron a pesar de su publicación, dadas las discusiones realizadas en los paneles de expertos. La recomendación para la no utilización de las pruebas serológicas para el diagnóstico es uno de estos ejemplos de orientaciones no acogidas por el país.

Se destaca la cautela con la que el país revisó algunas orientaciones internacionales, así como la rapidez en la aplicación de otras. Colombia fue de los primeros países en incluir las pruebas rápidas de antígenos para el

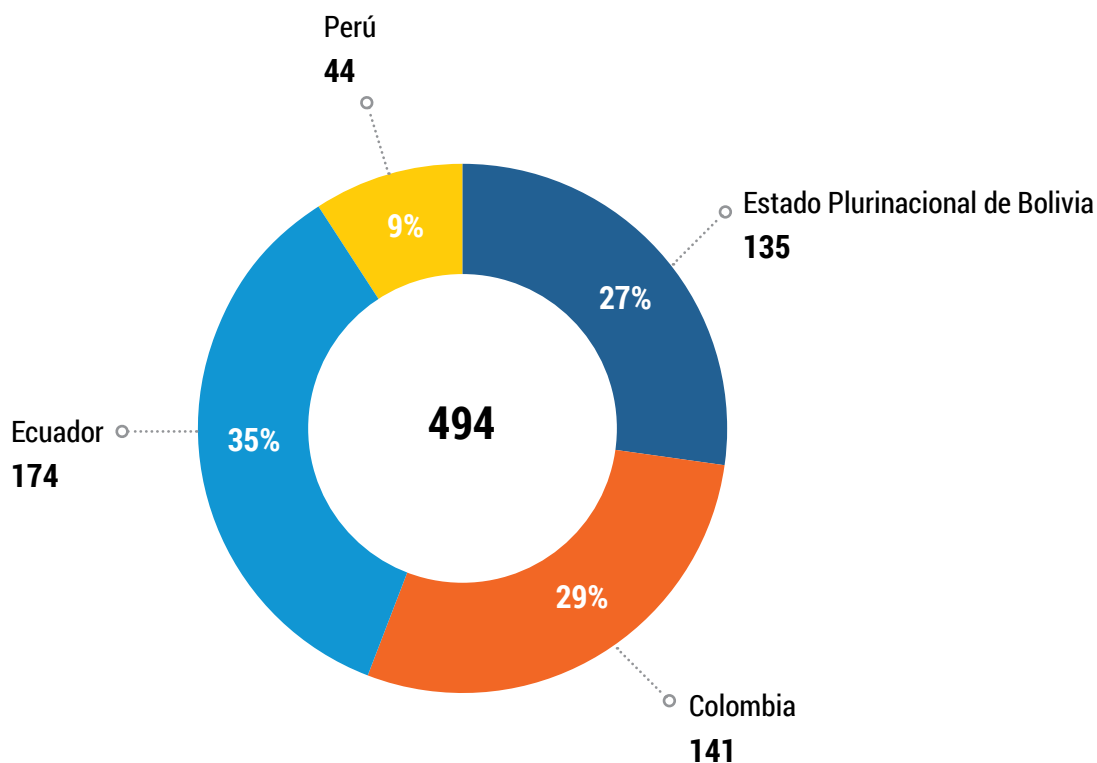


diagnóstico de COVID-19, lo que mejoró la oportunidad en el manejo clínico de los pacientes y en la evaluación de la dinámica de la pandemia. Por otro lado, el país no se apresuró con la aplicación de las orientaciones relacionadas con el uso de remdesivir o de ivermectina, aceptadas por algunos países. En el futuro, la evidencia científica avalaría la pertinencia de esta decisión.

A partir de las orientaciones, los cuatro países elaboraron directrices nacionales, guías técnicas, resoluciones, notas técnicas, leyes y decreto legislativos para la respuesta a la COVID-19.

En el marco del proyecto del Banco de Desarrollo de América Latina, relacionado con los pilares 6 a 9 del *Plan de respuesta de la OPS a la COVID-19 (3)*, los cuatro países que participan en esta sistematización desarrollaron una serie de documentos normativos para facilitar la respuesta. En total, se aprobaron 494 documentos, de los cuales 35% correspondieron a Ecuador, seguido por Colombia, el Estado Plurinacional de Bolivia y Perú.

**Figura 2. Registros documentales relacionados con las recomendaciones del Plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19**



## Eje temático 1. Prevención y control de infecciones y protección del personal de salud

En esta sección se describen las orientaciones aplicadas por los países en relación con las de la lista de verificación del pilar 6 del Plan estratégico de respuesta de la OPS a la COVID-19 (recuadro 1).

En ese sentido, se tomaron en cuenta las experiencias sobre las prácticas realizadas en los establecimientos de salud y en las comunidades, con el uso de los componentes básicos de la prevención y el control de infecciones para la reducción de la transmisión del virus, la detección y el manejo de pacientes con COVID-19, y la vigilancia a nivel nacional y subnacional de la epidemia.

Se rescatan las experiencias sobre el uso de los EPP; las medidas para la prevención, el acceso al agua y saneamiento; las medidas de distanciamiento; los mecanismos de coordinación para reducir la mortalidad prevenible por COVID-19, que toman en cuenta la seguridad y protección del personal de salud; los aspectos relacionados con la concienciación de la comunidad mediante estrategias para el cumplimiento de las medidas de prevención.

En general, los países desarrollaron múltiples acciones, a nivel nacional y subnacional, para la prevención y el control de infecciones y la protección del personal de salud, con actividades para controlar y evitar el aumento de casos con el liderazgo del sector de la salud. En este aspecto, se normaron y publicaron documentos técnicos que también propiciaron la participación de la comunidad como un mecanismo clave para la prevención de la enfermedad.

### Recuadro 1. Orientaciones abordadas por los países relacionadas con el eje temático 1

#### Prevención y control de infecciones y protección del personal de salud

- A. Acciones para fortalecer la prevención y el control de infecciones en el sistema de salud
- B. Acciones para reducir o prevenir la transmisión en la comunidad
- C. Medidas de bioseguridad para el manejo de cadáveres por la COVID-19
- D. Mecanismos y medidas de bioseguridad para la seguridad y la protección del personal de salud
- E. Capacitación del personal de salud
- F. Promoción de la investigación para la prevención y el control de infecciones

A continuación, se describirán las orientaciones abordadas por los países relacionadas con la prevención y el control de infecciones, y la protección del personal de salud.

### Acciones para fortalecer la prevención y el control de infecciones en el sistema de salud

Los cuatro países emitieron resoluciones, directrices, normas técnicas y guías sobre medidas de prevención y control de infecciones dirigidas a los establecimientos de salud y a los centros de atención en la comunidad.

El Estado Plurinacional de Bolivia emitió una norma técnica para procedimientos de bioseguridad para la prevención del contagio del coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave de tipo 2 (SARS-CoV-2, por su sigla en inglés), que causa la COVID-19, con orientaciones para el lavado de manos, la higiene respiratoria, el distanciamiento social, la desinfección de superficies, el uso adecuado de EPP, el uso de barbijos, la gestión de residuos sólidos, y la limpieza tanto domiciliaria como en los medios de transporte y los establecimientos de aislamiento, entre otros.

Los países desarrollaron acciones y asesoramiento sobre la fabricación y el uso de desinfectantes. En el caso de Colombia, se publicó un manual de bioseguridad para prestadores de servicios y una resolución para su fabricación (4).

En el Estado Plurinacional de Bolivia no se encontraron referencias nacionales relacionadas con el uso de desinfectantes. Sin embargo, se mencionó que los SEDES establecieron acciones para el uso de estas sustancias en las unidades de salud y otras dependencias habilitadas para prestar atención a los pacientes.

En este país no se encontraron referencias de directrices específicas sobre agua y saneamiento en el contexto de la pandemia de COVID-19. Cabe destacar que el gobierno apoyó funciones críticas para garantizar la continuidad de los servicios básicos (agua, electricidad y gas domiciliario) mediante la prohibición del corte del servicio por falta de pago por el tiempo que dure el estado de emergencia.<sup>1</sup>

Colombia cuenta con fichas técnicas relacionadas con el agua, el saneamiento y la higiene, entre otros aspectos, pero no se especifica si se desarrollaron en el contexto de la pandemia de COVID-19.

Por su parte, Ecuador emitió directrices nacionales sobre prevención y control de infecciones con base en las orientaciones de la OPS y la OMS, que se adaptaban a la evidencia nueva; se llegó a tener tres versiones de estas directrices.

Para disminuir los riesgos de infección en los establecimientos de salud, en Perú se publicó una guía para la limpieza y desinfección de los ambientes, con el respaldo de la legislación nacional y con el objetivo de disminuir los riesgos laborales y de las personas durante la atención de salud. de la misma manera, se adaptó el *Procedimientos de limpieza y desinfección de ambientes por COVID-19 (5)*, acorde a las características de cada establecimiento de salud y de la disposición del material con el que se contaba en dicho momento de la pandemia.

La adecuación, la aplicación y el cumplimiento de las normas emitidas por el Ministerio de Salud de Perú se ajustan de manera permanente a las características y el suministro de materiales en cada establecimiento de salud.

En Perú se observó un incremento en la demanda del agua en la población y en establecimientos de salud, como consecuencia de las medidas de salud aplicadas para evitar el contagio. Por este motivo, se aprobó la Directiva sanitaria para la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) (6) para su aplicación nivel nacional.

## Acciones para reducir o prevenir la transmisión en la comunidad

Los cuatro países emitieron normas y documentos, y realizaron acciones para la prevención de la propagación de la enfermedad en las comunidades.

1 Mediante la Ley N° 1294. Ley excepcional de diferimiento de pagos de créditos y reducción temporal del pago de servicios básicos. Asamblea Legislativa Plurinacional; 1 de abril del 2020. Disponible en <https://bolivia.vlex.com/vid/ley-n-1294-ley-842764481>.

En el Estado Plurinacional de Bolivia se publicaron documentos técnicos para propiciar la participación de la comunidad como un mecanismo clave para la prevención de la enfermedad. Ante el uso frecuente del dióxido de cloro como medida de prevención por parte de la comunidad, la OPS recomendó no utilizar productos con dióxido de cloro, clorito de sodio, hipoclorito de sodio o derivados.

Pese a ello, y sobre todo a nivel comunitario, se usaron este tipo de productos, sobre todo a la entrada de edificios y dependencias públicas y privadas. El Ministerio de Salud estableció directivas a nivel nacional sobre los peligros asociados con el uso de estas sustancias, las cuales se socializaron a través de los medios de comunicación. Los SEDES también realizaron acciones para evitar su uso.

En Colombia, la percepción de la conservación y uso de los protocolos de bioseguridad es uno de los legados que se pueden atribuir a la pandemia de COVID-19. El hecho de que hoy la ciudadanía piense en la salud pública y en el autocuidado personal y de su entorno comunitario puede considerarse como un legado de estas situaciones de crisis para la salud pública.

Se identificó que una de las principales situaciones críticas durante la pandemia fueron las varias olas de contagio que sucedieron. Los picos de casos aparecían luego del relajamiento de las medidas de prevención por parte de la población, debido a una disminución de la percepción del riesgo. Esta situación llevó a doblegar las acciones para mantener el estado de alerta y mantener las medidas de prevención.

En Ecuador, algunos factores, como la falta de continuidad en los procesos por la alta rotación de personal y el cambio de autoridades, y las particularidades locales en los establecimientos de salud (por ejemplo, infraestructura antigua o en mal estado, poblaciones urbanas o rurales, poblaciones y comunidades de diferentes etnias) tuvieron un efecto negativo en la aplicación de las orientaciones.

Se atendieron las orientaciones emitidas por la OPS relativas a los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos durante la pandemia. Al respecto, se emitió el *Protocolo con pertinencia intercultural para la prevención y atención de la COVID-19 en pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianos y montubios del Ecuador* (7). Los mensajes sobre la prevención y control de infecciones se tradujeron a varias lenguas nativas para propiciar su cumplimiento.

Ecuador hace referencia a los mecanismos de participación ciudadana en las estructuras estatales de coordinación ante emergencias (COE). En ellos, se destaca la buena práctica de involucrar a actores, autoridades, sector gubernamental, sector no gubernamental, pueblos y nacionalidades para construir la pertinencia cultural, con el objetivo de aplicar las orientaciones en toda la población.

“En Ecuador, todas las acciones de salud se trabajan en comunidad con los líderes comunitarios, viendo la realidad y las necesidades de la población a las cual vamos a intervenir. Porque tenemos (sic)] que tener claro que el Ecuador es plurinacional e intercultural por la diversidad de población y culturas que existen a nivel de nuestro país... En este caso fue el tema del COVID.19, respondemos conjuntamente a la situación del COVID-19. Ha habido momentos también en que los establecimientos de salud se han tenido que adaptar a la realidad de la comunidad; entonces, una vez, esto es pertinencia intercultural”. Entrevista con la Dirección Nacional de Salud Intercultural del Ministerio de Salud de Ecuador, 2022.

“El COE tuvo un rol importante para reconocer que también hay una población vulnerable en el área rural, que necesitaba tener directrices para responder a esta emergencia. Cuando sólo como Ministerio de Salud se quería responder a la pandemia había limitantes, pero una vez que se integró el tema en el COE, y que estas poblaciones podían dar su voz en estas mesas técnicas del COE, entonces les llamó el interés y el deseo de articularse”. Entrevista con la Dirección Nacional de Salud Intercultural del Ministerio de Salud de Ecuador, 2022.

Perú fortaleció su trabajo a nivel comunitario, con directrices para la adecuación e integración de los servicios de salud en el primer nivel de atención; incluyó a los agentes comunitarios para reducir el efecto negativo en la salud, la economía y la sociedad en general de la COVID-19 en todo el territorio nacional. Así, fue posible ofrecer modelo de cuidado integral de salud en el curso de vida para la persona, la familia y la comunidad en el contexto de las redes integradas de salud.

El Ministerio de Salud de Perú también emitió el *Plan de intervención para comunidades indígenas y centros poblados rurales de la Amazonía frente a la emergencia del COVID-19* (8).

## Medidas de bioseguridad para el manejo de cadáveres por COVID-19

De acuerdo con las orientaciones de la OPS y la OMS sobre el manejo seguro de cadáveres por COVID-19 para reducir los riesgos de transmisión del virus, los cuatro países emitieron orientaciones y procedimientos para este fin.

En el Estado Plurinacional de Bolivia, se establecieron medidas y procedimientos para la inhumación y cremación de personas fallecidas bolivianas y extranjeras como consecuencia de la COVID-19 en todo el territorio plurinacional.

El gobierno de Ecuador también emitió directrices que reglamentaron la gestión de cadáveres (por ejemplo, para la inhumación colectiva de cadáveres de casos de COVID-19) y dos protocolos, uno para la manipulación y disposición final de cadáveres con antecedentes y presunción de fallecimiento por COVID-19.

En Perú se elaboraron y aplicaron directivas para el manejo y disposición de cadáveres cuya causa de defunción se atribuya a la COVID-19, a fin de prevenir y controlar diferentes factores de riesgo de contaminación. Estas disposiciones se aplicaron para el sector público, el sector privado, las Fuerzas Armadas y la seguridad social. Cabe destacar que también se brindó capacitación al personal de salud sobre estos temas en la modalidad virtual.

## Mecanismos y medidas de bioseguridad para la seguridad y protección del personal de salud

En el caso de los recursos humanos para la salud se reconoce que, entre las principales dificultades relacionadas con la prevención y el control de infecciones, estuvo el miedo, al inicio de la pandemia, de infectarse y morir debido a la incertidumbre del momento. Se detectó mucha ansiedad por saber si serían priorizados en los planes de vacunación. Este miedo por parte del personal de primera línea debido a la dinámica de la pandemia se superó tras el inicio del proceso de vacunación.

Se encontró que los países desarrollaron documentos específicos relacionados con la prevención, el control y la protección del personal de salud ante la COVID-19, como directrices, manuales, guías, protocolos y normas técnicas enfocadas en la prevención de contagio por parte del personal de salud. En todos ellos se incluyen,

entre otros elementos, los criterios para:

- La toma de muestras para la detección del SARS CoV-2.
- El manejo y el transporte de muestras para evitar el contagio en el personal de salud.
- La obtención de plasma de donantes convalecientes de COVID-19;
- El manejo ambulatorio de personas afectadas por la COVID-19, con orientaciones de atención del paciente ambulatorio (no atendido en un establecimiento de salud) con sospecha o confirmación de contagio con el SARS-CoV-2.
- El uso apropiado de mascarillas y respiradores, y su uso adecuado con medidas de carácter transitorio en el contexto de escasez para el uso prolongado y la reutilización limitada de respiradores en entornos de atención médica.
- El manejo de cadáveres.
- La limpieza y la preparación de soluciones desinfectantes.
- Los controles administrativos que garantizan la aplicación de medidas de prevención y control de infecciones en el contexto de la pandemia de COVID-19.
- Elaborar normas de bioseguridad para la prestación de servicios de atención de la salud bucal y para la atención en servicios de optometría.
- Abordar problemas de salud mental en el personal de salud, en el marco de la pandemia de COVID-19.

En el Estado Plurinacional de Bolivia, ante el desabastecimiento y el aumento de precios de los EPP (en particular, de las mascarillas) durante las primeras semanas de la pandemia, se establecieron normas que permitían prolongar y racionalizar su uso; y se estableció qué tipo de EPP se debía usar en cada sector del servicio de salud según el nivel de riesgo). En el *Plan de contención, mitigación y recuperación post confinamiento en respuesta a la COVID-19 (9)*, se encuentran referencias a lo antes mencionado.

Este país elaboró directrices para la seguridad del personal de salud, pero no desarrolló una herramienta de evaluación del cumplimiento de las medidas de bioseguridad. Sin embargo, en las entrevistas con funcionarios en el marco de esta sistematización, se menciona que el personal contó con EPP y que su accionar estuvo normado por las guías de bioseguridad para estos casos.

En Colombia, se detectó de manera temprana la probabilidad de tener dificultades con la disponibilidad de EPP, mascarillas y respiradores, además de elementos básicos y específicos para el diagnóstico (por ejemplo, hisopos estériles). En este sentido, fue importante el apoyo de la cooperación técnica internacional, puntualmente, la Representación de la OPS en el país y la solidaridad de la industria textil nacional, cuyas empresas produjeron mascarillas y ropa para el personal de salud.

En Ecuador, el compromiso del personal de salud frente a la situación de incertidumbre y el temor al contagio contribuyeron de manera fundamental a la adherencia a las orientaciones respecto a la prevención de infecciones.

Se menciona que una de las principales complicaciones para la aplicación de las orientaciones de bioseguridad fue que la pandemia coincidió con un momento de optimización de personal en el sector de la salud en Ecuador, además de la limitación de recursos para la adquisición y distribución de EPP, medicamentos, equipamiento y dispositivos de salud.

La limitación de recursos, sobre todo al inicio de la pandemia y durante los picos epidemiológicos, fue una dificultad para el cumplimiento de las medidas de bioseguridad en todos los países. Estas se resolvieron de manera paulatina con medidas extraordinarias para la autorización de compras de forma más expedita y con procesos innovadores.

Ecuador fortaleció el sistema de notificación de casos ocupacionales de COVID-19 y de la población general con el *Lineamiento interinstitucional para el reporte de aviso de accidente de trabajo por exposición laboral al SARS-CoV2, para servidores y trabajadores en el sistema nacional de salud (Versión 1.0) (10)*, para asegurar que se investigaran e informaran los casos ocupacionales.

El Seguro Social de Salud del Perú (ESSALUD) elaboró un informe sobre la utilización y reutilización de respiradores N95 en estados de escasez. También aplicó métodos de descontaminación de respiradores N95 en estado de escasez en los establecimientos de salud de su jurisdicción, con la finalidad de responder frente a la demanda que existió en el período de la primera y segunda olas de la pandemia, donde hubo dificultades para el abastecimiento de EPP. El Ministerio de salud elaboró especificaciones técnicas para las mascarillas de tela y su uso en comunidad.

Perú refiere que no se ha dispuesto una herramienta de evaluación general sobre el nivel de cumplimiento de las actividades de prevención y control de infecciones asociadas a la atención médica en un establecimiento de salud, que permitiera para evaluar las brechas y tomar medidas correctivas.

## Capacitación del personal de salud

En cuanto a la recomendación del *Plan de Respuesta de la OPS a la COVID-19 (3)* para capacitar al personal de salud sobre medidas de prevención y control de infecciones y el uso racional de EPP, los cuatro países mencionan que utilizaron el Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) de la OPS. El CVSP tuvo una función clave para mejorar la capacidad de los recursos humanos para la salud con capacitaciones en línea durante la pandemia sobre diversos temas, como el diagnóstico y manejo de casos, y los protocolos de bioseguridad, entre otros.

En el Estado Plurinacional de Bolivia también se utilizaron modalidades virtuales y semipresenciales para capacitar al personal, a través de un plan para fortalecer competencias del personal de salud en respuesta a la pandemia. Para ello, se elaboraron, adecuaron y ofrecieron 10 cursos de autoaprendizaje sobre la COVID-19 en el nodo Bolivia del CVSP, con 800 personas participantes aprobadas. También se realizaron 23 talleres semipresenciales, en los que se capacitó a 44 profesionales de las redes de Oruro y Cuenca Poopó.

En Colombia se realizaron capacitaciones masivas para mejorar la respuesta a la pandemia en diferentes frentes. Sin embargo, se mencionó que la alta rotación de personal de salud pudo significar una pérdida de recursos humanos capacitados. Una fortaleza detectada fue el historial de capacitaciones sobre epidemiología de campo, impartidas por el Instituto Nacional de Salud (INS) de Colombia, que demostró la capacidad del desempeño del personal capacitado en el marco del programa de prueba, rastreo y aislamiento selectivo sostenible (PRASS).

Por su parte, Ecuador menciona capacitaciones desarrolladas sobre el uso de EPP, que fueron tanto virtuales como presenciales y en las que se contempló todos los niveles de atención. Se realizaron capacitaciones en el CVSP y, además, se realizaron talleres presenciales sobre el uso correcto de EPP dirigidos al personal de salud del primer nivel de atención. También se desarrollaron talleres presenciales sobre manejo clínico dirigidos al personal del primer nivel de atención, con base en las orientaciones de la OPS sobre el uso de concentradores de oxígeno.

Perú realizó una serie de capacitaciones en modalidad virtual sobre los protocolos, las directrices y las normas técnicas emitidas por el Ministerio de Salud. Las autoridades consideran que es oportuno desarrollar un estudio o contar con instrumentos de medición sobre la recepción de los contenidos y el nivel de conocimiento adquiridos por las personas que recibieron las capacitaciones utilizando la plataforma de la escuela nacional de salud pública orientada al personal de los establecimientos de atención médica y especialistas para el manejo de casos.

## Promoción de la investigación para la prevención y el control de infecciones

En Colombia, las necesidades de investigación en relación con la pandemia se enfocaron en la situación de crisis. Los temas primordiales y priorizados fueron la genómica, la seroprevalencia, la evaluación de pruebas diagnósticas y el estudio de efectividad de las vacunas.

Se desarrollaron dos aplicativos; uno de seguimiento para COVID-19 denominado SEGCOVID y el llamado Simuestras, ambos con base en la consolidación del registro de información de pacientes y el resultado de laboratorio de pruebas diagnósticas para COVID-19. Estos aplicativos son útiles para contar con información puntual en tiempo real y reforzar el sistema de vigilancia de la pública del país.

Lo anterior permite el modelamiento y seguimiento prospectivo para la toma de decisiones en aspectos de prevención y control de la COVID-19. No se encontraron referencias sobre la promoción de la investigación en el Estado Plurinacional de Bolivia ni en Ecuador.





## Eje temático 2. Reorganización y ampliación de la oferta de servicios de salud

La aparición de la pandemia de COVID-19 y sus consecuencias para la salud pública requirió que los países adaptaran los servicios de salud para atender una alta demanda de atención de casos presuntos o confirmados de COVID-19.

Al respecto, fue necesario tomar decisiones y planificar un sinnúmero de actividades, sobre todo al inicio con la llegada de los primeros casos a los establecimientos de salud para responder a la COVID-19. El personal de salud, en particular, debía conocer la complejidad de la atención, que incluía la definición de caso y cómo remitir a las personas que cumplían con los requisitos para esta definición para que recibieran la atención adecuada en los establecimientos de salud.

Esta situación creó presión en el personal de salud, en los establecimientos y en los suministros para hacer frente al aumento de la demanda, además de la necesidad de disponer de los entornos apropiados para la atención diferenciada según el triaje y la continuidad de la atención a otras patologías.

Asimismo, se debe tomar en cuenta los arreglos logísticos en los países para la gestión de incidentes, de forma que fuera posible acelerar procedimientos clave, como el despliegue del personal y la compra de suministros esenciales.

En esta sección se describe la experiencia de los países en la reorganización y ampliación de la oferta de los servicios de salud durante la pandemia de COVID-19 para asegurar los procedimientos necesarios para agilizar la respuesta a la demanda poblacional (recuadro 2).

### Recuadro 2. Orientaciones abordadas por los países relacionadas con el eje temático 2

#### Reorganización y ampliación de la oferta de servicios de salud

A. Capacidad de gestión y atención de salud durante la pandemia de COVID-19

---

B. Capacidades para hacer frente al aumento de la demanda de atención según la situación epidemiológica

---

B. Algoritmo para el manejo de pacientes

---

C. Necesidades de recursos humanos y medidas para aumentar la capacidad del personal

---

D. Capacitación de los recursos humanos sobre las opciones terapéuticas y el equipo biomédico para el manejo de casos

---

E. Directrices para la estructuración de zonas de triaje para personas con síntomas respiratorios

---

F. Atención del personal de salud expuesto a la COVID-19

---

---

G. Atención de salud basada en la comunidad durante la pandemia de COVID-19

---

H. Función de los laboratorios y los medios de diagnóstico en el manejo de casos y la prevención y control de infecciones

---

I. Sistemas de control, entrega y suministros de medicamentos esenciales para el tratamiento de la COVID-19 e insumos clave

---

J. Mantenimiento de un suministro de sangre seguro y otros derivados en el contexto de la pandemia de COVID-19

---

K. Proporcionar orientaciones sobre salud mental, nutrición y apoyo psicosocial a los pacientes con COVID-19

---

COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019 (por su sigla en inglés).

A continuación, se describirán las orientaciones abordadas por los países relacionadas con la reorganización y ampliación de la oferta de servicios de salud.

## Capacidad de gestión y atención de salud frente a la pandemia de COVID-19

En el Estado Plurinacional de Bolivia se desarrolló el *Plan de contención, mitigación y recuperación post confinamiento para la COVID-19 (9)* para orientar las opciones terapéuticas y la atención clínica. Con este objetivo, se emitieron tres documentos sobre criterios para el manejo clínico del paciente:

- La Guía rápida de manejo de pacientes COVID-19 dirigida al manejo ambulatorio y del primer nivel de atención.
- La Guía de manejo de la COVID-19 que incluye definiciones de caso, algoritmos diagnósticos, criterios para infección activa, alta y aislamiento, manejo y estudio de contactos, estudios por imágenes, pautas para el manejo terapéutico, complicaciones, secuelas, síndrome multisistémico pediátrico, vacunas, eventos adversos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización, reutilización de respiradores N95 y uso de vestimenta en las unidades de salud.
- La Guía de diagnóstico y tratamiento de la COVID-19 en UCI con información sobre bioseguridad, criterios de ingreso a unidades de terapia intensiva (UTI), sepsis y hemodinamia en pacientes con COVID-19, falla respiratoria, estudios por imágenes, reanimación cardiopulmonar, acciones específicas sobre tratamiento dirigido y telemedicina.

De acuerdo con las entrevistas realizadas en este país, se mencionó que no conocían la lista de verificación de alistamiento para la respuesta al COVID-19 en los servicios de emergencias médicas prehospitalarias. Esto en parte podría deberse a que, en el Estado Plurinacional de Bolivia, la asistencia prehospitalaria está a cargo de los niveles subnacionales, en particular de los municipios.

Para el trabajo de articulación de las redes de salud tanto públicas como privadas, el Estado Plurinacional de Bolivia desarrolló un esquema de referencia y contrarreferencia de pacientes. Este esquema se tomó en cuenta en el *Marco de referencia de la red integrada de servicios de salud para la respuesta a la pandemia de COVID-19 (11)*.

En el caso de Colombia, a pesar de la ampliación de la capacidad de camas hospitalarias y en las UTI, esta fue desbordada. Presentaron escasez de oxígeno y medicamentos para cuidados críticos. Esta situación requirió actividades de coordinación para los centros reguladores de urgencias y emergencias (CRUE) y, desde el ministerio de salud. Asimismo, refieren déficit del talento humano para la salud en diferentes regiones del país a medida que se desarrollaba la pandemia. A lo anterior se suman situaciones de manejo difícil debido a la estigmatización del personal de salud.

En Ecuador, se habilitaron sitios alternativos de atención médica (SAAM) para la atención de pacientes con COVID-19 moderado, sobre todo en las urbes con más población, y se habilitaron áreas de triaje en la mayoría de los centros de salud de primer nivel de atención a nivel nacional.

En Perú, y en el marco de las orientaciones de la OPS, se aplicó el *Plan nacional de preparación y respuesta frente al riesgo de introducción de la COVID-19* (12). Sin embargo, se refiere que el plan aún no incluye instrumentos de monitoreo y de lecciones aprendidas para enfrentar otra pandemia. En el caso de orientaciones sobre la elección de SAAM, se refiere que no existen normativas o documentos técnicos nacionales.

## Capacidades para hacer frente al aumento de la demanda de atención según la situación epidemiológica

En el Estado Plurinacional de Bolivia, se establecieron las adecuaciones necesarias con el aumento del número de camas, el cierre de servicios no prioritarios, la gestión de recursos humanos y la articulación de los servicios de salud en red públicos y privados. El objetivo de estas adecuaciones fue responder a las orientaciones sobre la reorganización y ampliación progresiva de los servicios de salud y de los servicios hospitalarios para la respuesta a la pandemia de COVID-19.

En ese sentido, siempre con base en las orientaciones de OPS sobre la expansión de las capacidades clínicas y el despliegue de equipos médicos de emergencia, se elaboró el plan Salud familiar Comunitaria Intercultural - Mi salud, que cuenta con brigadas de profesionales de la salud asignados para tareas en el campo de diagnóstico, atención y referencia de pacientes.

Es importante señalar que, en el *Plan de contención, mitigación y recuperación post confinamiento en respuesta a la COVID-19* (9) elaborado por el Estado Plurinacional de Bolivia, se incluyen referencias sobre mecanismos para la atención en las comunidades rurales con equipos médicos.

De alguna manera, estas acciones toman en cuenta las orientaciones técnicas para conformar un equipo médico de emergencia especializado en el tratamiento de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), ya se refería a estos pacientes lo antes posible a una unidad de salud. En las UTI, se contó con equipos médicos de profesionales capacitados y con experiencia según el avance de la pandemia.

En relación con la capacidad de los establecimientos de salud en el Estado Plurinacional de Bolivia, el Ministerio de Salud y los SEDES establecieron alternativas para la atención a pacientes y aislamiento en hoteles, centros feriales y otros similares en los cuales se tomaron en cuenta prácticas adecuadas de prevención y control de infecciones.

Para ello, se elaboró una normativa con referencia al *Plan de contención, mitigación y recuperación post confinamiento en respuesta a la pandemia de la COVID-19* (9). También, se tomaron en cuenta las orientaciones técnicas para los SAAM y consideraciones para el uso de hoteles para la atención médica. Es Salud se realizó la expansión de los servicios para los pacientes no críticos, convirtiendo la Villa deportiva nacional en una gran unidad de atención de pacientes COVID-19 positivos.

En el caso de Colombia, se establecieron centros de referencia para la atención inicial de las personas con COVID-19 y la necesidad de derivarlas, según necesidad, a otras instituciones de salud, con la adecuada capacidad tecnológica y científica. Se instalaron servicios con áreas para la atención de pacientes sin COVID-19 y pacientes con COVID-19 sin necesidad de cuidados críticos.

También se organizó la ampliación de las áreas de aislamiento y contención en hoteles y otros espacios específicos en lo relacionado con la prevención, la contención y el control de la infección. Las directrices nacionales y las flexibilizaciones normativas para la habilitación de estos servicios permitieron que, en varias ciudades se establecieran centros de atención transitorios para las personas sin COVID-19, mientras las instituciones de salud de mediana y alta complejidad se centraban en las atenciones de las personas afectadas por la enfermedad.

En Ecuador, se amplió el número de camas para la atención de pacientes con COVID-19 crítica, aunque no se puede asegurar que esas camas contaran con todos los elementos necesarios para la atención de este tipo de pacientes. Otro problema fue la habilitación de camas para pacientes críticos en hospitales que, por su cartera de servicios, no contaban con personal especializado para este tipo de atención.

En Perú, además del Plan Nacional de Respuesta a la COVID-19, se emitió una norma técnica de salud para la adecuación de los servicios de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia de COVID-19. Para ello, el MINSA desplegó equipos multidisciplinarios al terreno, con el fin de brindar asistencia técnica y desarrollar un plan de trabajo para fortalecer los servicios de salud en las zonas afectadas por la pandemia enfocado en la atención primaria, el nivel comunitario y la atención hospitalaria.

Perú elaboró un documento técnico para el plan de respuesta ante la segunda y posible tercera ola de COVID-19. El documento contenía directrices para reducir los daños a la salud y las complicaciones y mejorar la capacidad de respuesta del MINSA, con el objetivo de reducir la morbilidad y la mortalidad por la pandemia. Estos planes se adecuaron a los nuevos conocimientos sobre la transmisión, variantes y formas de contagio.

Se indica que estos documentos fueron clave para la activación de protocolos y procedimientos en espacios físicos seguros, con hincapié en las medidas de aislamiento, la capacitación del personal en el uso de EPP, el manejo de pacientes, la toma y el manejo de muestras, y el manejo y disposición de residuos biológicos peligrosos.

Perú no contó con directrices nacionales definidas que incluyeran una lista de verificación para la respuesta a la pandemia en los servicios de emergencias médicas prehospitalarias. No obstante, se brindaron telecapacitaciones sobre el traslado de pacientes con COVID-19 crítica, para asegurar la continuidad del cuidado de salud.

Cabe destacar que Perú no contó con documentos específicos que respondieran a las orientaciones de la OPS en cuanto al alistamiento para la respuesta a la pandemia de COVID-19 en hospitales, para la reorganización y expansión de servicios hospitalarios, y para la reorganización y ampliación progresiva de los servicios de salud, entre otros aspectos. El bajo crecimiento estructural del número de camas hospitalarias y de cuidados intensivos en el sistema nacional, la suspensión de los vuelos comerciales, el aislamiento social por la cuarentena y la situación de protesta social en algunas zonas del país limitaron la disponibilidad de algunos servicios.

Sin embargo, se aplicaron una serie de normativas para la declaratoria de emergencia de salud que permitieron la reorganización de los establecimientos de salud para el desarrollo de planes estratégicos y de suministro de materiales esenciales para la respuesta a la pandemia, todos ellos respaldados por decretos supremos emitidos por las autoridades del país.

En cuanto a las orientaciones sobre el uso de hoteles durante la pandemia, a través del Ministerio de Comercio Exterior y Turismo se aplicó un protocolo de salud sectorial para atender a pacientes con COVID-19 en los hoteles. Sin embargo, no existe una norma específica para el uso de este tipo de inmuebles frente al desabastecimiento de camas en instituciones de salud.

## Algoritmo para el manejo de pacientes

Para la recomendación de un algoritmo de manejo de pacientes con sospecha de infección por el SARS-CoV-2 en el primer nivel de atención y en zonas remotas en el Estado Plurinacional de Bolivia, el Ministerio de Salud y Deportes brindó atención a comunidades lejanas a través de las brigadas SAFCI-Mi Salud. Asimismo, se fortaleció el primer nivel de atención con la contratación de médicos y personal de salud.

En relación con las orientaciones de la OPS y la OMS sobre la profilaxis y el manejo de pacientes con COVID-19, el Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia, elaboró guías de atención para pacientes con COVID-19 leve, moderada y grave, que se actualizaron en tres ocasiones.

En Perú se fortaleció el trabajo para el manejo de pacientes de acuerdo con las orientaciones de la norma técnica de salud para la adecuación de los servicios de salud del primer nivel de atención de salud frente a la pandemia, con el objeto de reducir el efecto negativo de la pandemia en la salud, en la economía y en la sociedad. Los flujos y algoritmos cambiaron de acuerdo a la información y características de la enfermedad, especialmente antes y después de la disponibilidad de la vacuna.

Al respecto, se realizó la adecuación y aplicación articulada e integrada de los servicios de salud del país para la prestación integral de salud a la población, de acuerdo con el curso de vida en el contexto de redes integradas de salud, y se tomaron provisiones para la atención inicial de pacientes con enfermedad respiratoria de acuerdo con el flujograma de toma de decisiones.

## Necesidades de recursos humanos capacitados y medidas para aumentar la capacidad del personal

Colombia detectó el déficit del talento humano para la salud en diferentes regiones a medida que se desarrolló la pandemia. La tercerización de los procesos de contratación de un porcentaje del personal de salud requirió encontrar alternativas diferentes para facilitar su disponibilidad. Así también, la dificultad por la culminación de contratos de gran parte del personal. Esto se fue subsanado mediante las facilidades normativas y de recursos brindadas desde el nivel central.

Sin embargo, fue positivo contar con un sistema de recopilación de la información del personal de salud acreditado en el país, a través del Registro Especial del (RETHUS), y del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). De esta manera, se contó con una base de datos actualizada de los recursos humanos para la salud y de los servicios habilitados, y planificar la reorganización de la prestación de los servicios de salud en las entidades territoriales del país.

Este sistema de recopilación de información permitió detectar perfiles críticos, según marcos hipotéticos probables para las diferentes fases de la pandemia y su reorientación. El modelamiento permitió diseñar marcos con base en la dinámica de la pandemia, para priorizar la distribución de personal sanitario al interior u otros territorios.

La ocupación de camas estuvo desbordada, en especial durante el pico epidemiológico entre mayo y agosto de 2021, por lo que se activó la contingencia de la movilización de pacientes hospitalizados, lo que permitió salvar una gran cantidad de vidas.

En Colombia, se presentaron limitaciones en la categoría del talento humano para la salud por la poca disponibilidad en número y en territorios de las especialidades médicas involucradas en la atención de las personas afectadas por la pandemia, así como la rotación del personal de salud en los municipios.

Una de las autoridades territoriales entrevistada manifestó que, en algunos de los municipios a su cargo, se evidenció una alta rotación del personal de salud sanitario, lo que dificultó en ocasiones la prestación de los servicios y la pérdida de recursos de capacitación. Es un tema para mejorar en el marco del sistema de salud y los mecanismos de contratación.

El sistema del REPS contribuyó también con el diagnóstico rápido de las necesidades de camas de UTI, y con las necesidades de insumos, equipos y del talento humano necesario para la ampliación de estos servicios, previas adecuaciones normativas, de flexibilizaciones y de habilitación transitoria. Esta información facilitó la integración de sus bases de datos con el SIVIGILA, lo cual permitió contar con información más exacta relacionada con el personal de salud.

La integración de las plataformas de los sistemas del RETHUS y el REPS al SIVIGILA facilitó la toma de decisiones respecto al personal de salud y a la oferta de servicios en el contexto de la pandemia de COVID-19.

En Perú ante la falta de recursos humanos, el ministerio de economía y finanzas proporcionó los recursos para ampliar las plazas de los contratos administrativos de servicios (CAS) destinados a la respuesta a la COVID-19 incluyendo facilidades para la captación rápida de profesionales incluyendo procedentes de otros países.

## **Capacitación de los recursos humanos sobre las opciones terapéuticas y el equipo biomédico para el manejo de casos**

A través de la plataforma del CVSP, el Estado Plurinacional de Bolivia capacitó a 3200 miembros del personal de salud en el manejo de casos leves, moderados y graves de COVID-19. También se capacitó a las brigadas de vigilancia comunitaria para la detección y el aislamiento temprano de casos y contactos.

En Colombia, fue importante el proceso de fortalecimiento del personal de salud mediante la capacitación en diferentes especialidades para brindar el apoyo a las UTI, en caso de necesidad por la falta de médicos intensivistas.

En Ecuador, se realizaron capacitaciones para el manejo de casos con base en las orientaciones provisionales de la OMS para el manejo clínico de la COVID-19 (13).

Las necesidades de capacitación del talento humano para la salud se resolvieron bajo la coordinación del área técnica del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia con el apoyo de las universidades, las asociaciones de profesionales y la disposición del CVSP.

## **Directrices para la estructuración de zonas de triaje para personas con síntomas respiratorios**

De acuerdo con las orientaciones de la OPS, los países establecieron directrices para la definición de áreas de detección y triaje en todos los establecimientos de salud.

Para este fin, en el Estado Plurinacional de Bolivia, el *Plan de contención, mitigación y recuperación post confinamiento en respuesta a la COVID-19 (9)* establece la necesidad de habilitar zonas de triaje para la atención adecuada de los pacientes. En los SEDES, los hospitales habilitaron áreas de triaje diferenciadas para personas con o sin sospecha de infección por el SARS-CoV-2 para evitar contagios.

En el área de triaje de pacientes con diagnóstico presuntivo de COVID-19, el personal médico contó con elementos de bioseguridad. Se refería a los pacientes al servicio hospitalario adecuado según la gravedad del cuadro clínico. La identificación y la disposición de zona de triaje se incluyen en la lista de verificación de alistamiento para la respuesta a la pandemia en el Estado Plurinacional de Bolivia.

En Colombia, por su parte, se desarrollaron directrices que determinan las medidas de aislamiento desde el triaje para el aislamiento de pacientes con COVID-19 en zonas de urgencias, consulta externa y hospitalización, y para el manejo clínico de estos pacientes. También, se emitieron orientaciones para disminuir las posibles saturaciones de la capacidad instalada en los establecimientos de salud.

En Ecuador, se emitieron directrices a través del COE, y orientaciones técnicas para la configuración de la zona de triaje para pacientes con síntomas respiratorios, así como directrices específicas para el aislamiento domiciliario. Las áreas de triaje ya existían en el segundo y tercer nivel de atención, y se habilitaron en los establecimientos del primer nivel de atención del sector público.

En Perú, se organizaron centros de triaje diferenciado para la detección oportuna de posibles casos y para efectuar la posterior derivación del paciente a establecimientos especializados.

## **Atención del personal de salud expuesto a la COVID-19**

En el Estado Plurinacional de Bolivia, las orientaciones de la OPS para la atención del personal de salud expuesto al SARS-CoV-2 en establecimientos de salud (14) indican que todo el personal de salud cuenta con un seguro de salud para acceder a la atención médica en caso de enfermedad en los hospitales de la Caja Nacional de Salud.

Según información recopilada en los SEDES, el personal de la salud que enfermó no tenía prioridad para recibir atención, sobre todo por la saturación de los servicios. El gobierno emitió un decreto supremo sobre la autorización al Ministerio de Salud para la contratación de un seguro anual colectivo de invalidez total y permanente, o muerte, por el lapso de un año para los miembros del personal de salud contagiados durante la atención a pacientes en el contexto de la pandemia de COVID-19.

En Perú se aprobaron las directrices para la vigilancia, la prevención y el control de la salud del personal en riesgo de exposición al SARS-CoV-2, con la finalidad de disminuir el riesgo de transmisión de la COVID-19 en el ámbito laboral.

## **Atención de salud basada en la comunidad en el contexto de la pandemia de COVID-19**

Sobre las orientaciones para la atención de salud basada en la comunidad, incluidas la divulgación de información y campañas, en el Estado Plurinacional de Bolivia se destacan las acciones sobre medidas de prevención en general, incluidos el aislamiento y la cuarentena, como una medida para disminuir la transmisión, y las campañas de vacunación.

En seguimiento a las orientaciones de la OPS relativas a poblaciones indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos (15), se editaron guías sobre medicina tradicional y productos naturales tradicionales, y se promovieron acciones para acceder a consultas en medicina tradicional.

También se desarrollaron materiales informativos traducidos a tres lenguas (quechua, aimará y guaraní) y se establecieron acciones para otorgar atención de salud gratuita a personas en condiciones de vulnerabilidad por la COVID-19, como las personas en situación de calle o en situación de riesgo social.

Según refieren las autoridades consultadas en Colombia, los mecanismos de preparación y respuesta para la COVID-19 bajaron a los territorios y se adoptaron, adaptaron y ejecutaron de manera adecuada. Se considera que esta debe ser una labor permanente de seguimiento desde los componentes de vigilancia epidemiológica y de la gestión territorial en emergencias y desastres. Se recomienda realizar los procesos de evaluación, en la búsqueda de los aspectos por mejorar, a fin de optimizar los preparativos para una situación nueva de crisis.

En Ecuador, las estrategias de salud comunitaria incluyeron la vigilancia epidemiológica comunitaria, que promovió la acción conjunta de la población para el cuidado de la salud y la prevención de la COVID-19; la capacitación para vigilantes comunitarios en temas relacionados al cuidado de pacientes con la COVID-19; y la publicación del *Lineamiento para autocuidado de pacientes con sintomatología respiratoria para la COVID-19* (16), que contenía información para la población sobre la enfermedad y el autocuidado.

En Perú, de acuerdo con la atención de la salud basada en la comunidad y las campañas de información en el contexto de la pandemia de COVID-19, se estableció el papel de los agentes comunitarios para la contención de la pandemia según la norma técnica para la adecuación de los servicios de salud del primer nivel de atención de salud.

En este país también se aprobó el plan de intervención del MINSA para las comunidades indígenas y centros poblados rurales de la Amazonía frente a la emergencia de salud, con el objetivo de reducir y contener el efecto negativo de la pandemia en la salud, la economía y la sociedad de estas comunidades. Se realizaron capacitaciones en materia de prevención, diagnóstico y tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en los pueblos indígenas amazónicos.

## **Función de los laboratorios y los medios de diagnóstico en el manejo de casos y en la prevención y control de infecciones**

En el Estado Plurinacional de Bolivia se desarrollaron guías, protocolos y normas técnicas para el fortalecimiento de medidas de bioseguridad para métodos de diagnóstico de laboratorio para SARS-CoV-2, con el fin de estandarizar los protocolos en los laboratorios de todo el país. Estos métodos diagnósticos incluyen métodos moleculares, pruebas rápidas, métodos inmunológicos y vigilancia serológica.

Todos los laboratorios de referencia del país recibieron EPP para la atención médica en los establecimientos de salud, y se aplicaron procedimientos de bioseguridad para la prevención del contagio del SARS-CoV-2 y para la atención de pacientes hospitalizados. Sobre este aspecto, no se desarrolló una herramienta de evaluación del cumplimiento de las medidas de bioseguridad.

En Colombia, fue fundamental la ampliación de la Red Nacional de Laboratorios para el diagnóstico temprano de casos y para la respuesta según la dinámica de la pandemia, que permitió ampliar la oferta. Fue un hito para el país contar con un laboratorio nacional de referencia y su posterior ampliación a una red nacional de más de 110 laboratorios (públicos y privados) con una capacidad que logró superar las 40 000 pruebas en 4 meses



(durante la epidemia de zika) y realizar 40 000 pruebas diarias en promedio durante la pandemia de COVID-19, con un pico de 110 000 muestras en un día y una capacidad de diagnóstico no mayor a las 24 horas. Esta experiencia mostró la participación del sector privado mediante mecanismos de articulación público-privada.

En Ecuador, se fortaleció la red de laboratorios mediante la ampliación de la capacidad con laboratorios en regiones estratégicas del país, con la consecuente descentralización de las pruebas moleculares. También se desarrollaron normas técnicas sobre las directrices de bioseguridad para la toma y el manejo de muestras de pacientes con COVID-19.

En Perú, el Instituto Nacional de salud amplió y descentralizó las capacidades para el procesamiento molecular de las muestras de COVID-19 con la finalidad de disminuir los tiempos de espera para contar con el diagnóstico.

## **Sistemas de control, entrega y suministro de medicamentos esenciales para el tratamiento de la COVID-19 e insumos clave**

En el Estado Plurinacional de Bolivia, y en referencia al apoyo operativo, los aspectos logísticos y las cadenas de suministro, resultó fundamental que el gobierno nacional gestionara múltiples recursos, en particular para el oxígeno medicinal y EPP. En el nivel subnacional, estos suministros fueron insuficientes, sobre todo por la alta demanda de medicinas, insumos y equipos.

Se autorizó a las instancias pertinentes a realizar la contratación directa de medicamentos, dispositivos médicos, insumos y otros, además de cancelar los gravámenes arancelarios de importación de medicamentos e insumos, para así aplicar las orientaciones de contar con una lista de dispositivos médicos prioritarios en el contexto de la COVID-19 (17).

El Ministerio de Salud y los SEDES contaron con fondos para adquirir dispositivos médicos. Es importante señalar que, por decreto supremo, se creó el Comité nacional de coordinación de monitoreo de abastecimiento, regulación de precios de medicamentos, dispositivos médicos y prestación de servicios de salud (COMARPRE), como una instancia de coordinación interinstitucional.

En cuanto al manejo de las necesidades de oxígeno, se desarrolló un manual básico para instalaciones de suministro de oxígeno en equipos médicos de emergencia y SAAM y, buenas prácticas en el uso racional y efectivo del oxígeno. Se describe la dificultad para manejar esta necesidad, sobre todo en los primeros meses de la pandemia a causa de la sobredemanda y la escasez de oferta.

Las unidades de salud no contaban con centrales de oxígeno, sino que se abastecían con cilindros. Fue necesario importar centrales de oxígeno desde países vecinos. De la misma manera, se establecieron normativas para su uso adecuado con orientaciones técnicas para el tratamiento de pacientes, en especial los pacientes graves. Se estableció una regulación de precios desde el nivel nacional.

Un decreto supremo permitió, con carácter de prioridad, la importación de oxígeno líquido medicinal, cilindros, concentradores y generadores de oxígeno para garantizar la provisión de oxígeno; además del diseño, la ejecución, el equipamiento y la puesta en marcha de plantas generadoras de oxígeno medicinal.

Con relación a la seguridad de los pacientes con COVID-19 en el Estado Plurinacional de Bolivia, y el beneficio del uso de medicamentos sin evidencia científica, se emitieron tres guías para el uso de fármacos. Estas guías se modificaron conforme surgía la evidencia científica. Así, se restringió el uso a solo aquellos fármacos con eficacia probada.

Sobre la lista de medicamentos esenciales para el manejo de pacientes que ingresan a UTI con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19, en el Estado Plurinacional de Bolivia se elaboró la guía de atención a pacientes con referencias a los medicamentos a utilizar. La Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnologías en Salud (AGEMED) actualiza el listado de medicamentos disponibles en el país para la atención de pacientes con COVID-19. También se dictaron procesos administrativos y normas para adquirir medicamentos con base en las orientaciones de la OPS sobre el uso de antivirales, anticuerpos monoclonales, y otras intervenciones para el manejo de pacientes con COVID-19 (18).

En Colombia, existieron dificultades para la disponibilidad de suficientes EPP y de elementos específicos para el diagnóstico, como hisopos estériles, entre otros elementos de laboratorio. En ese sentido, fue importante el apoyo de la cooperación internacional y de la solidaridad de la industria nacional en la producción de mascarillas, ropa para el personal de salud y la producción de alcohol antiséptico por parte de la industria licorera.

La falta de insumos y equipos necesarios para la atención debido a la suspensión de vuelos comerciales fue solventada, en parte, con el apoyo de aeronaves de las fuerzas militares, la policía, la Patrulla Aérea Colombiana y las del Aeroclub de Colombia.

A pesar de estos esfuerzos, se presentaron dificultades en la capacidad hospitalaria, sobre en el tercer y cuarto picos epidémicos. Pese a la ampliación del número de camas en sala general y en las UTI, la capacidad fue desbordada. También hubo escasez de oxígeno medicinal y de medicamentos para pacientes en cuidados críticos. Todo esto derivó en actividades de coordinación de los CRUE y en el nivel central.

En Perú no cuentan con un listado de dispositivos médicos prioritarios en el contexto de la COVID-19. Sin embargo, el Centro de Almacenamiento y Distribución (CENARES) realiza esta actividad y gestiona la recepción y evaluación de los suministros, dispositivos médicos, productos farmacéuticos y EPP para la atención de la emergencia de salud por la COVID-19. El CENARES cuenta con un listado de bienes esenciales para el manejo y tratamiento de la pandemia, con 15 ítems de dispositivos médicos esenciales.

Cabe destacar que, en Perú, no existe una normativa específica respecto a las orientaciones sobre buenas prácticas en el uso racional y efectivo del oxígeno. No obstante, se dictó un decreto supremo que regula, autoriza y asegura el uso de oxígeno medicinal en todas IPRESS en una concentración no menor a 93%. El país cuenta con una guía técnica para la generación y el control de calidad del oxígeno medicinal en las IPRESS.

En el momento en el que se realizó la sistematización, no existía en Perú una normativa sobre una lista de medicamentos esenciales para pacientes en UTI con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19, aunque se cuenta con un documento técnico sobre el manejo de personas afectadas por la COVID-19 en áreas de atención crítica. Además, se aplicó una norma que aprueba el listado de bienes esenciales para el manejo y el tratamiento de COVID-19.

En cuanto a la recomendación para las decisiones de otras autoridades regulatorias para el uso de emergencia de medicamentos y otras tecnologías de salud en una pandemia como la de COVID-19, en Perú se aprobó el Reglamento para el registro sanitario condicional de medicamentos y productos biológicos, que establece disposiciones para regular el registro de salud condicional de medicamentos y productos biológicos con estudios clínicos en fase III.

## Mantenimiento de un suministro de sangre seguro y otros derivados en el contexto de la pandemia de COVID-19

El Estado Plurinacional de Bolivia refiere no haber tenido desabastecimiento de sangre; se dio continuidad al programa de donación voluntaria, conforme a las orientaciones de la OPS para la disponibilidad y seguridad de la sangre, y otros componentes sanguíneos durante la pandemia de COVID-19 (19).

Durante los primeros meses de la pandemia, en el Estado Plurinacional de Bolivia se reglamentó el uso de plasma en pacientes convalecientes a través de un protocolo normativo para la obtención y el uso de plasma hiperinmune obtenido por plasmaféresis en pacientes con COVID-19. Luego, la evidencia científica determinó que se discontinuara su uso.

En este país, se desarrollaron orientaciones para la salud mental y el apoyo psicosocial durante la pandemia de COVID-19. Para ello, se elaboró material de comunicación dirigido a la población con información para la etapa de aislamiento y cuarentena.

Se dio seguimiento a la recomendación sobre la provisión remota de intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial, por lo que el Ministerio de Salud y Deportes diseñó una estrategia a través de centros de llamadas asistidos por personal médico.

También se estableció un equipo comunitario de salud mental, que se desplazó hasta comunidades alejadas para continuar los controles ambulatorios de personas con alteraciones trastornos mentales.

Ecuador puso en circulación el documento de la OPS *Recomendaciones preliminares para los servicios de sangre frente al potencial impacto de la diseminación de la infección de Coronavirus (COVID-19) en la disponibilidad y seguridad de la sangre y componentes sanguíneos* (20). 19.

Se conformó una submesa de salud mental dentro de la mesa de salud y atención prehospitalaria, la cual emitió un protocolo de atención para pacientes que solicitaban el servicio a través de la línea telefónica 171, además de un procedimiento para cuidado de la salud mental del personal de salud de primera línea.

En Perú, de acuerdo con las orientaciones de la OPS para los servicios de sangre (19), se llevó a cabo una capacitación virtual sobre la donación voluntaria de sangre en tiempos de COVID-19, a fin de adecuar los mecanismos de selección de donantes, considerando el diferimiento de donantes de sangre.

También se cumplieron directrices técnicas para la obtención de plasma de donantes convalecientes de COVID-19 para contribuir con la seguridad y calidad para la seguridad del donante, del receptor del plasma y del personal de salud.

En Perú, se aplicó el Plan de Salud Mental en el contexto de la pandemia de COVID-19 con orientaciones sobre intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial, fundamentales en este contexto (21). Se encontraron orientaciones para los profesionales especializados u otros proveedores de atención médica capacitados en salud mental. Asimismo, se realizaron capacitaciones del plan por plataformas virtuales.



## Eje temático 3. Reanudación y continuidad de los servicios esenciales

La dinámica de la pandemia ha causado un efecto negativo en la atención de salud y de cuidados críticos de rutina que se suspendieron y reanudaron en cada uno de los picos epidemiológicos de la pandemia de COVID-19.

En todos los niveles de salud, es crucial mantener un flujo seguro y eficaz de pacientes, que incluye las actividades de detección viral, el triaje y la derivación. Sin embargo, incluso con el establecimiento de acciones focalizadas para fortalecer la prestación segura de servicios de salud, los obstáculos para el acceso y la disminución de la búsqueda de atención de salud oportuna aún contribuyen a la morbilidad y la mortalidad prevenibles.

En esta sección se describen las experiencias de los países en la reanudación y la continuidad de los servicios esenciales de salud en el marco de la pandemia de COVID-19, en consonancia con el pilar 9 del *Plan de Respuesta de la OPS a la COVID-19* (recuadro 3) (3).

Cabe destacar que los cuatro países que participaron en esta sistematización refieren que la pandemia significó una presión excesiva para los sistemas de salud, sobre todo durante los picos epidemiológicos. En dichos momentos, los servicios esenciales pasaron a ser una segunda prioridad, dada la necesidad de enfocarse en la atención de pacientes con COVID-19, y los grupos poblacionales en condiciones de vulnerabilidad tuvieron mayor dificultad para acceder a servicios de salud y una protección social adecuada.

### Recuadro 3. Orientaciones abordadas por los países relacionadas con el eje temático 3

#### Reanudación y continuidad de los servicios esenciales

- A. Aseguramiento de la continuidad de la atención regular y los servicios esenciales debido a la pandemia
- B. Uso de la tecnología para la continuidad de la atención
- C. Fortalecimiento del primer nivel de atención y de las capacidades para hacer frente a la demanda
- D. Programas para proteger a personas en condiciones de vulnerabilidad, como pueblos indígenas, originarios y afrodescendientes, migrantes, personas con discapacidad y en rehabilitación
- E. Consideraciones relativas a la prestación esencial de salud bucodental

### Aseguramiento de la continuidad de la atención regular y los servicios esenciales durante la pandemia

Como se ha mencionado, al inicio de la pandemia de COVID-19, y debido a la complejidad del contexto, se presentaron dificultades en la entrega de suministros debido a diversas situaciones, por lo que fue necesario realizar ajustes en las orientaciones de la OPS. Un ejemplo fue realizar entregas de mayores cantidades de suministros para el tratamiento de la enfermedad más espaciadas en el tiempo en lugar de entregas de menor cantidad y con mayor frecuencia. De esta manera, se logró superar la barrera de desabastecimiento de tratamientos en momentos críticos.

El Estado Plurinacional de Bolivia emitió una recomendación para mantener activos los servicios de salud esenciales en el contexto de la pandemia. Durante la primera etapa de la pandemia, se priorizó a los pacientes de COVID-19, lo que afectó la cobertura de los servicios esenciales como la atención de personas embarazadas, personas con morbilidades por enfermedades crónicas, personas con enfermedades infecciosas y personas con alteraciones de la salud mental. Estos servicios esenciales se han rehabilitado de manera paulatina.

Se realizaron acciones para retomar los servicios esenciales a través de la telemedicina y las visitas domiciliarias de las brigadas médicas. Asimismo, se retomó, de forma gradual, la atención primaria de salud a comunidades alejadas, indígenas y otras, con estrategias comunicacionales y de atención con brigadas médicas para la COVID-19.

De acuerdo con la información recopilada sobre Colombia, entre los factores que afectaron, en primera instancia, la atención en los servicios de salud esenciales figura el confinamiento de la población por la COVID-19, lo que significó la cancelación de citas programadas para consultas generales, de especialidad y de cirugías hasta una reprogramación.

En este sentido, Colombia emitió resoluciones para garantizar la continuidad de la atención de servicios esenciales a las poblaciones priorizadas, como pacientes con enfermedades crónicas, pacientes con inmunosupresión, personas mayores de 70 años, y la atención a mujeres gestantes o en período de puerperio. Para ello, se destinaron espacios acondicionados que funcionaron como centros temporales de atención para los casos no COVID-19 que requiriesen hospitalización.

Cabe señalar que el sistema de salud colombiano se sustenta en el aseguramiento de la salud, por lo que las empresas aseguradoras tienen registro las comorbilidades de sus afiliados y las rutas integrales de atención. Esto permitió hacer el seguimiento puntual para garantizar la continuidad de los servicios esenciales en estas poblaciones con mayor riesgo de complicaciones o muerte, si llegaran a contraer la enfermedad. Al mismo tiempo, las IPSS desarrollaron sus planes de contingencia y de expansión para la atención de las personas afectadas por el SARS-CoV-2.

Es importante señalar que, en Colombia, el sector privado brinda 85% de la prestación de los servicios de salud solo en zonas remotas esta prestación es netamente pública. En estas condiciones, la colaboración entre el sector público y el sector privado sucedió de manera espontánea durante la pandemia.

En Ecuador, la alta rotación de personal y el cambio de autoridades tuvo un efecto negativo en la aplicación de las orientaciones de la OPS. Al igual que el resto de los países, la pandemia de COVID-19 planteó diversos problemas, algunos de los cuales se abordaron con una normativa específica para el cuidado de pacientes adultos críticos. Esta temática se abordó en el Plan Nacional de Respuesta a COVID-19.

Por ejemplo, la Dirección Nacional de Discapacidades garantizó que los servicios no se paralizaran y llevaron la atención a domicilio cuando fue necesario. Asimismo, se garantizó el suministro de oxígeno y medicamentos, así como la asistencia en terapias y atenciones médicas.

Se garantizó la continuidad de servicios de personas con el virus de la inmunodeficiencia humana, incluida la dispensa del tratamiento antirretroviral, ya que había existencias suficientes de medicamentos suficientes el período que duró la restricción (18 meses). Esto permitió dispensar también medicamentos antirretrovirales para pacientes atendidos por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IESS) y el Hospital Militar, que tenían problemas de desabastecimiento.

Un área de oportunidad identificada en Ecuador es la importancia de mantener un presupuesto para el abastecimiento de medicamentos de respaldo.

## Uso de la tecnología para la continuidad de la atención

En los cuatro países se reconoce que las bases en telesalud y telemedicina desarrolladas antes de la pandemia contribuyeron de forma oportuna en la continuidad de la prestación de servicios esenciales, sobre todo de las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, a través de estos canales de comunicación novedosos. Se utilizaron los sitios web de las instituciones, las redes sociales, los centros de llamadas, las aplicaciones y otras tecnologías de comunicación para brindar atención de salud de manera remota a través de plataformas apropiadas.

Aun cuando se reconoce las bondades y ventajas de estas alternativas de atención a distancia, la mayor limitación reconocida fue la falta de homogeneidad en la población con respecto a la conectividad de telefonía e internet que, en general, no llega a las zonas rurales. De igual manera, la baja capacidad de recursos económicos de la población para acceder a equipos telefónicos inteligentes y recargar datos de internet dificultó el acceso a esta modalidad de atención.

Otro factor para tomar en cuenta es que no todos los ciudadanos responden a llamadas recibidas de números desconocidos desde sus teléfonos móviles, por lo que fue necesario realizar campañas al respecto.

En Colombia, se desarrollaron normativas y disposiciones generales para el uso de telesalud, que permitieron su rápida expansión durante la pandemia y favorecieron la capacidad de respuesta para la atención de pacientes, en especial de los pacientes con comorbilidades, que requerían atenciones de control.

La experiencia en Ecuador ha demostrado que, aunque las tecnologías de la información aún pueden tener un alcance limitado debido a las dificultades para su acceso por parte de los sistemas y de los ciudadanos, se ha podido optimizar la gestión de información y la prestación de servicios de salud, como en el caso relacionado a la provisión remota de intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial.

En ese sentido, las particularidades de la pandemia demandaron a los servicios la máxima utilización de aplicaciones tecnológicas existentes. Es probable que antes de la pandemia no se haya considerado la potencialidad del uso de estas tecnologías, que ya se utilizaban en la vida cotidiana, en un contexto de emergencia.

En Ecuador, el servicio de llamadas al 171 opción 6 estuvo manejado por operadores que tenían la formación para el abordaje de primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis, como parte de la respuesta hacia la emergencia por la COVID-19. Es uno de los servicios institucionalizados por sus buenos resultados, por lo que se vio la necesidad de darle continuidad.

## Fortalecimiento del primer nivel de atención y las capacidades para hacer frente a la demanda

En Colombia, se desarrolló, con base en las orientaciones de la OPS, un compendio de diferentes categorías de directrices, orientaciones y protocolos sobre el fortalecimiento del primer nivel de atención.

La estabilidad laboral del personal de salud es una condición necesaria para el fortalecimiento y la continuidad de los servicios de atención de salud. En ese sentido, en Ecuador se emitió una ley de apoyo humanitario para combatir la crisis de salud sanitaria por la COVID-19. Esta ley garantizó la estabilidad laboral del personal de salud, que permitiría asegurar la disponibilidad de recursos humanos de salud y fortalecer la capacidad de respuesta frente a la pandemia de COVID-19 y ante futuras emergencias.

De acuerdo con datos recopilados de la Dirección Nacional de Normatización del Talento Humano, esta ley humanitaria permite nombramientos definitivos para el personal de salud que trabajó en la primera línea de atención durante la pandemia de COVID-19, y les brindará la oportunidad de especializarse en las áreas críticas priorizadas (pediatría, ginecología, terapia intensiva, psicología, psiquiatría, anestesiología y medicina del trabajo). De esta manera, el personal con nombramiento dentro del ministerio puede solicitar comisión de servicios con sueldo para poder dedicarse a sus estudios.

En Perú, se emitió la directiva de salud para el cuidado integral de la salud de las personas con enfermedades no transmisibles en el contexto de la pandemia. Su objetivo es contribuir en la prevención y reducción del efecto impacto de la COVID-19 en el sistema de salud con acciones que refuercen el cuidado integral de las personas con enfermedades no transmisibles.

## **Programas para proteger a grupos en condiciones de vulnerabilidad, como personas con discapacidad y en rehabilitación**

En el Estado Plurinacional de Bolivia existe una referencia en el plan de contención para COVID-19 con orientaciones sobre la discapacidad y la rehabilitación durante la pandemia, donde se mencionan directivas para atender a personas bolivianas en los procesos de rehabilitación respiratorias u otras secuelas poscovid. Aunque no se estableció una directiva concreta, desde el Ministerio de Salud y Deportes se dio prioridad a la atención a personas con discapacidad por las brigadas de atención casa por casa, desde el nivel subnacional.

No se encontraron acciones concretas para la organización de los servicios oncológicos durante la pandemia. Las personas consultadas refieren que los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas recibieron menos atención debido a la saturación de los servicios de salud. Sin embargo, estas actividades se recuperaron de forma paulatina.

En algunos territorios de Colombia, al inicio se presentaron dificultades para la identificación de la población migrante y de las personas en situación de calle, en quienes se debían priorizar acciones de prevención y de atención específica. Solo en algunas ciudades grandes, como Bogotá, se contó con un buen sistema para estas acciones.

En Ecuador, se emitió un documento llamado *Lineamientos para la atención de adultos mayores por SARS CoV-2/COVID-19* (22). También se brindaron orientaciones para el manejo de recién nacidos y de personas privadas de libertad.

En Perú, se emitió un decreto legislativo que establece disposiciones de prevención y protección para las personas con discapacidad ante la emergencia de salud por la COVID-19. El objetivo era garantizar los derechos de las personas con discapacidad al acceso a la salud, la seguridad, la no discriminación, el libre desarrollo y bienestar, la información, la integridad, la autonomía, la educación y la participación, entre otros, en condiciones de igualdad, y asegurar su debida atención durante la emergencia de salud.

De la misma manera, se aplicó un programa de rehabilitación para pacientes post COVID-19 a cargo del Instituto Nacional de Rehabilitación, para optimizar la recuperación funcional de pacientes hospitalizados luego de la COVID-19 con secuelas como disfunción respiratoria y secuelas físicas por la enfermedad, reducir al máximo las complicaciones, favorecer la reinserción social y mejorar la calidad de vida poscovid.

Para el caso de los pacientes oncológicos, se utilizó un documento técnico llamado *Manejo de pacientes oncológicos en la pandemia por COVID-19* (23), con el fin de proveer servicios accesibles y equitativos para los pacientes con cáncer.

## Consideraciones relativas a la prestación de salud bucodental

Con relación a la recomendación sobre los servicios esenciales de salud bucodental en el contexto de la pandemia de COVID-19, en el Estado Plurinacional de Bolivia, el ministerio elaboró una *Guía de procedimientos de bioseguridad para la consulta odontológica durante la pandemia por COVID-19* (24), con directrices para disminuir los factores de riesgo para la transmisión del SARS-CoV-2 al personal de salud y los pacientes.

En Perú, se aplicó la directiva sobre el manejo de la atención estomatológica en el contexto de la pandemia de COVID-19, a fin de reducir el efecto negativo de esta en la atención estomatológica en los establecimientos de salud a nivel nacional.





# Buenas prácticas en la aplicación de las orientaciones para la respuesta a la COVID-19

En esta sección se resumen las mejores prácticas detectadas durante las sistematizaciones realizadas en cada uno de los cuatro países participantes (Bolivia [Estado Plurinacional de], Colombia, Ecuador y Perú), en relación con la aplicación de las orientaciones para hacer frente a la pandemia de COVID-19.

En cada caso, luego de cada buena práctica hallada en la sistematización, se mencionan los ejes temáticos sobre los cuales trabajó cada país.

## Estado Plurinacional de Bolivia

### Buenas prácticas en la elaboración de una estrategia de salud para el uso de medicina tradicional en el contexto de la pandemia de COVID-19

#### Eje temático 1. Prevención y control de infecciones

#### Eje temático 2. Reorganización y ampliación de la oferta de atención

El Estado Plurinacional de Bolivia desarrolló una estrategia de salud para el uso de la medicina tradicional enfocada en la realización de acciones de promoción de la salud y la prevención de enfermedades con criterios de interculturalidad en coordinación con los pueblos indígenas originarios, campesinos y afrobolivianos. El objetivo fue la capacitación de estas poblaciones sobre las medidas de bioseguridad para evitar el contagio del SARS-CoV-2 y determinar las medidas que deben adoptar las autoridades locales, municipales y departamentales ante la pandemia de la COVID-19 para estas poblaciones.

Se utilizaron plantas naturales para la prevención de enfermedades respiratorias y para el uso de desinfectantes en el lavado de manos, así como alimentos naturales con elementos nutritivos para fortalecer el sistema inmunitario.

Entre las acciones más importantes se destacan las siguientes:

- El desarrollo de una *Guía de Medicina Tradicional para el Abordaje de la COVID-19 (25)* para promocionar la práctica de la medicina tradicional y alternativa en la prevención, la contención, el tratamiento y la rehabilitación de personas con COVID-19 y, para impulsar la producción y la comercialización de estos productos.
- La puesta en marcha de un registro de las personas prestadoras y certificadas de medicina tradicional ancestral boliviana.
- El lanzamiento de una campaña de información para estimular el uso de la medicina tradicional en el contexto de la pandemia de COVID-19, a través de guías prácticas, revistas, folletos y material audiovisual, entre otros recursos.
- La promoción para el uso de plantas medicinales en los territorios.
- El impulso para la producción y la comercialización de productos naturales de medicina tradicional para la prevención o tratamiento de síntomas de COVID-19, según la norma emitida por el gobierno central.
- El desarrollo de un protocolo para el abordaje de COVID-19 en pueblos indígenas originarios, campesinos y afrobolivianos.

## Buenas prácticas en el uso de la estrategia de salud familiar comunitaria intercultural para enfrentar la COVID-19 en el ámbito comunitario

### Eje temático 1. Prevención y control de infecciones

### Eje temático 2. Reorganización y ampliación de la oferta de atención

La estrategia de salud familiar comunitaria intercultural (SAFCI), creada en el 2008, es un proceso participativo y de fortalecimiento, orientado al conocimiento y el control de los determinantes de la salud, en el que participan de manera corresponsable la población organizada, las autoridades y el equipo de salud y médicos tradicionales para solucionar problemas de salud. Este modelo de salud prioriza la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades a partir de visitas a las familias.

Durante la pandemia de COVID-19, el programa SAFCI estuvo presente en todos los municipios del país, en 2042 establecimientos de salud con la participación de 2777 profesionales de las ciencias de la salud, que se desplazaron casa por casa, sobre todo en áreas de difícil acceso, para prestar atención médica a enfermos, entregar de medicinas, realizar actividades de triaje, tomar muestras y referir a los pacientes a establecimientos de la red de salud según la necesidad.

Con el inicio de la vacunación para la COVID-19, el personal médico y de enfermería del programa participaron de manera activa en las jornadas de vacunación en sus territorios, en especial en zonas rurales y de difícil acceso en todo el país.

Estas visitas se aprovecharon para realizar orientaciones sobre el aislamiento y la cuarentena, las medidas de bioseguridad, el reconocimiento de signos de alarma, proveer asistencia para el control prenatal en personas embarazadas y control de niños y niñas en crecimiento, y la atención a personas mayores y personas con discapacidad.

Hasta junio de 2022, se dio seguimiento a más de 109 000 casos de COVID-19 en la comunidad y se realizaron 28 000 pruebas de antígeno nasal.

## Buenas prácticas en la gestión para asegurar el acceso y la regulación de medicamentos, insumos y oxígeno y su acceso equitativo durante la respuesta a la COVID-19 a través de la Agencia Estatal de Tecnología y Medicamentos en Salud

### Eje temático 2. Reorganización y ampliación de la oferta de atención

La Agencia Estatal de Tecnología y Medicamentos en Salud (AGEMED) desarrolló un instrumento de acceso en línea para transparentar la información actualizada dirigida a las instituciones del sector de la salud. Este instrumento contiene, por lo menos, 2770 ítems; entre ellos se incluyen medicamentos, oxígeno medicinal y otros insumos de uso médico.

El portal de la AGEMED brinda información clave y actualizada con frecuencia semanal sobre la disponibilidad de estos ítems y con datos de las empresas comercializadoras y de los productos como registros sanitarios, nombres comerciales y genéricos, la concentración, el laboratorio fabricante y el proveedor, entre otros.

La AGEMED es una entidad de articulación multisectorial, conformada por el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Laboratorios de Salud, el Ministerio de Desarrollo Productivo y Economía Plural, el Ministerio de

Justicia y Transparencia Institucional, la Central de Abastecimientos y Suministro de Salud, las autoridades de fiscalización de empresas (AEMP) y la Federación de Asociaciones Municipales. La AGEMED promovió al menos seis resoluciones multiministeriales y administrativas para el control de precios de medicamentos, oxígeno e insumos para enfrentar la pandemia de COVID-19.

## **Buenas prácticas en la respuesta a la pandemia de la COVID-19 en Oruro**

### **Eje temático 1. Prevención y control de infecciones**

### **Eje temático 2. Reorganización y ampliación de la oferta de atención**

### **Eje temático 3. Reanudación y continuidad de los servicios esenciales**

En marzo del 2020 se diagnosticó, en Oruro, uno de los primeros casos de COVID-19 en el Estado Plurinacional de Bolivia, lo que llevó a que el departamento se declarara en emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19.

Al inicio, se presentaron problemas en el acceso a insumos (EPP y oxígeno medicinal), falta de personal que ocasionó sobrecarga de trabajo y saturación de los servicios de salud y de las UCI, entre otros. Para responder a esta situación, se elaboró el plan de respuesta departamental, enmarcado en el Plan Nacional de Respuesta a la COVID-19, que abordó aspectos epidemiológicos, de servicios de salud y de participación interinstitucional, y en el que se destacó la coordinación de los subsistemas de salud públicos, privado y de la seguridad social.

- Entre las principales buenas prácticas de la experiencia de Oruro, se destacan las que se describen a continuación: Fortalecimiento de la rectoría y de la gobernanza en el sistema de salud a través de la coordinación intersectorial y multisectorial entre diferentes niveles de gobierno como respuesta a la fragmentación del sistema de salud, y segmentación en tres subsistemas de coberturas (pública, privada y seguridad social).
- Se constituyó un COE departamental multisectorial como instancia político-técnica de coordinación, conducción y decisión para integrar los niveles políticos, estratégicos, técnicos y operativos, con diversas comisiones. Se definió un comité técnico científico en apoyo a la unidad de epidemiología de los SEDES, como instancia de asesoramiento para la toma de decisiones.
- Los actores clave involucrados (municipios, gobernación y subsectores de la cobertura de salud) participaron en las mesas técnicas de laboratorio, aislamiento de casos leves, hospitalización de casos moderados y graves, y monitoreo de contactos.
- Se desarrolló un plan de comunicación de riesgo con una gran participación comunitaria y campañas de difusión en televisión, radio y redes sociales. Se estableció una propuesta comunicacional para informar a la comunidad sobre las decisiones tomadas en el COE multisectorial.
- Se articuló el trabajo entre los SEDES, las redes de salud y el municipio de Oruro a través de interrelaciones y actividades de concertación, que permitió desarrollar soluciones prácticas para las necesidades de los establecimientos de salud y mejorar la capacidad de respuesta.
- Se desarrollaron evaluaciones de condiciones esenciales con la herramienta de valoración de condiciones esenciales en 20 establecimientos de salud para detectar fragilidades y se definieron intervenciones para superarlas.

- Se reorganizó la red de servicios de salud mediante la activación de brigadas comunitarias integrales para la provisión de servicios esenciales ante la COVID-19, a través de redes integradas de servicios de salud con base en la atención primaria de salud, con fortalecimiento del primer nivel de atención para la contención del virus y para reducir la presión en los hospitales.
- Se realizó un relevamiento de la cantidad de camas generales y de terapia intensiva, se logró una expansión tal que llegó a superar el número de camas previsto en el plan; se organizó un laboratorio para diagnóstico de COVID-19 por pruebas de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR, por su sigla en inglés) en el Hospital San Juan de Dios, y se crearon centros de aislamiento de casos sospechosos y centros de control en puntos fronterizos.

### **Fortalecimiento de la respuesta desde los servicios de salud**

#### **Eje temático 2. Reorganización a ampliación de la oferta de atención**

#### **Eje temático 3. Reanudación y continuidad de los servicios esenciales**

Se articuló el trabajo entre los SEDES, las redes de salud y el municipio de Oruro a través de interrelaciones y actividades de concertación, que permitió desarrollar soluciones prácticas para las necesidades de los establecimientos de salud y mejorar la capacidad de respuesta.

- Se desarrollaron evaluaciones de condiciones esenciales con la herramienta de valoración de condiciones esenciales en 20 establecimientos de salud para detectar fragilidades y se definieron intervenciones para superarlas.
- Se reorganizó la red de servicios de salud mediante la activación de brigadas comunitarias integrales para la provisión de servicios esenciales ante la COVID-19, a través de redes integradas de servicios de salud con base en la atención primaria de salud, con fortalecimiento del primer nivel de atención para la contención del virus y para reducir la presión en los hospitales.
- Se realizó un relevamiento de la cantidad de camas generales y de terapia intensiva, se logró una expansión tal que llegó a superar el número de camas previsto en el plan; se organizó un laboratorio para diagnóstico de COVID-19 por pruebas de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR, por su sigla en inglés) en el Hospital San Juan de Dios, y se crearon centros de aislamiento de casos sospechosos y centros de control en puntos fronterizos.

### **Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica**

#### **Eje temático 1. Prevención y control de infecciones**

#### **Eje temático 2. Reorganización y ampliación de la oferta de atención**

Se mejoró el manejo de la información con la compra de equipos (computadoras y equipos de teleconferencia). Se puso en marcha y se incrementó la cobertura de registro en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVE) y la capacitación necesaria.

## Fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de salud y la vigilancia comunitaria

### Eje temático 1. Prevención y control de infecciones

### Eje temático 2. Reorganización y ampliación de la oferta de atención

### Eje temático 3. Reanudación y continuidad de servicios esenciales

La atención primaria de salud se enfocó en la prevención del contagio, la detección precoz y el aislamiento de los casos sintomáticos y el rastreo de contactos; la atención de los enfermos no graves de forma integrada en la red, y con acceso para referencia rápida, y la monitorización, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas, con prioridad para los grupos en condiciones de vulnerabilidad.

- Se mejoró la capacidad resolutive y se aplicaron nuevas modalidades de prestación de servicios a través de brigadas de atención domiciliaria y por telemedicina, con actividades para asegurar la continuidad de los servicios esenciales (atención prenatal, atención de personas mayores y consulta de salud mental, entre otras), con integración a la red de servicios de salud.
- Se realizaron actividades de promoción de la salud, prevención de daños y atención, con provisión garantizada de cuidados y medicamentos para los programas de personas con enfermedades crónicas, cuidados prenatales, vacunación infantil y los grupos en condiciones de vulnerabilidad con necesidades de apoyo especiales.
- El Plan de Oruro propuso un abordaje de vigilancia comunitaria con participación social y aplicación de estrategias de promoción de la salud en articulación con organizaciones representativas de la comunidad, barrios y líderes y lideresas de la comunidad para la generación de información y comunicación para la prevención y el control de la COVID-19. Esta vigilancia se realizó casa por casa, con 308 brigadas articuladas con los establecimientos de salud, para detectar casos sospechosos y para la monitorización de contactos. Entre julio y noviembre del 2020, se visitaron 28 000 familias y se tomaron 825 pruebas PCR, con 742 casos positivos detectados.

## Fortalecimiento de las capacidades del personal de salud

### Eje temático 1. Prevención y control de infecciones

### Eje temático 2. Reorganización y ampliación de la oferta de atención

Se mejoró la capacidad de los recursos humanos a través de un plan de capacitación para fortalecer competencias del personal en la respuesta a la COVID-19 para el diagnóstico, manejo, la monitorización de los casos, los protocolos y la bioseguridad en diversas modalidades (cursos virtuales y cursos semipresenciales).

- Se diseñaron, adecuaron y ofrecieron 10 cursos de autoaprendizaje sobre COVID-19 en el nodo Bolivia del CVSP, con 800 personas participantes aprobadas, lo que contribuyó a la mejora de los conocimientos y competencias. Se realizaron 23 talleres semipresenciales donde se capacitaron 1044 profesionales de las redes de Oruro y Cuenca Poopó.

## Fortalecimiento de la promoción de la continuidad de los servicios esenciales

### Eje temático 3. Reanudación y continuidad de los servicios esenciales

Los servicios como vacunación, controles prenatales y atención de personas mayores con enfermedades crónicas se habían reducido de manera notable, por lo que se reorganizaron los procesos en los servicios de salud. a tal efecto, se separaron los flujos de pacientes en el primer nivel entre pacientes sin COVID-19 y pacientes COVID-19. Se amplió el servicio de 24 horas en dos centros de salud y se definieron espacios para aislamiento de casos.

- Reorganización de la red de servicios y conformación de brigadas comunitarias integrales para la provisión de servicios esenciales.
- Se priorizó la salud materna, la atención de personas con enfermedades no transmisibles y el Programa Ampliado de Inmunizaciones.

## Fortalecimiento de la provisión de insumos

### Eje temático 2. Reorganización y ampliación de la oferta de atención

Se mejoró el diagnóstico de casos con el nuevo laboratorio para COVID-19 en el Hospital General San Juan de Dios de Oruro.

- Se capacitó a los profesionales de laboratorio para realizar pruebas de RT-PCR, y se adquirieron 12 000 kits de pruebas e insumos de laboratorio y EPP. Se llegaron a realizar hasta 400 pruebas al día, con funcionamiento 24 horas por día y los siete días de la semana. Todo esto se logró con la coordinación de actividades multisectoriales.
- En el 2022 se cuenta con cinco laboratorios.

## Colombia

### Buenas prácticas generales

#### Eje temático 1. Prevención y control de infecciones

#### Eje temático 2. Reorganización y ampliación de la oferta de atención

En la toma de decisiones se priorizó el concepto técnico-científico con base en la evidencia por encima de los aspectos políticos. Fue fundamental el establecimiento de dos instancias de análisis, como el Comité Estratégico Sectorial y el Comité Epidemiológico del Ministerio de Salud y Protección Social, los cuales sustentaron sus análisis y concertaciones con base en las diferentes fuentes de información a nivel mundial.

- Se destaca el trabajo intersectorial e interinstitucional por encima de los intereses particulares de sus dirigentes. Se podría inferir un aumento de la conciencia institucional sobre la importancia de la salud pública en los diferentes sectores, lo cual se constituye en un buen insumo para la potenciar al sector de salud entre los diferentes sectores sociales y la economía del país.

- La percepción de la conservación y uso de los protocolos de bioseguridad es uno de los legados que se pueden atribuir a la pandemia COVID-19. El hecho de que hoy la ciudadanía piense en la salud pública y en el autocuidado personal y de su entorno comunitario puede considerarse como un legado de estas situaciones de crisis para la salud pública.
- Se desarrollaron procesos y políticas que contribuyeron con la prevención y el control de la pandemia y la protección del personal de salud.
- Una buena práctica resaltada con buenos resultados obtenidos fue la búsqueda sistemática de evidencias y la generación de evidencias propias. Estas fueron fundamentales en la toma de decisiones, concertadas con los diferentes agentes involucrados y con la metodología aportada por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Tanto el comité epidemiológico como el comité de crisis recibieron de primera mano las orientaciones útiles para las decisiones tomadas, con la participación de académicos y asociaciones científicas involucradas en los temas específicos que requirieron consensos.
- Fue posible acceder de manera temprana a diferentes fuentes de información sobre las evidencias científicas. Esto condicionó el intercambio en los espacios de coordinación y de discusión para la toma de decisiones oportuna.
- El uso de la data en tiempo real, la disposición de los datos abiertos, la transparencia y la utilización apropiada de los datos facilitaron el estudio y la proyección de la dinámica de la pandemia. Así, se contribuyó a la toma de decisiones adecuadas en el momento apropiado y a la credibilidad de la comunidad en sus autoridades sanitarias.
- El despliegue de la capacitación de los recursos humanos con el apoyo de diferentes instituciones especializadas en estos procesos como parte de coordinaciones público-privadas permitió hacer capacitaciones masivas y mejorar la capacidad de respuesta a la COVID-19 desde diferentes especialidades.
- El país honró la autonomía de las comunidades indígenas y de las comunidades afro al reconocer y aceptar el cierre de sus resguardos, lo cual representó una medida de autoprotección y de contención que dio buenos resultados. Sólo permitieron el acceso de la Misión Médica, lo cual estuvo ajustado a las orientaciones y directrices emitidas.
- Frente a la crisis por el manejo de cadáveres en las comunidades afro y, en particular, en comunidades indígenas, fue fundamental la participación de la cooperación técnica de la OPS, con una gestión positiva de concertación sobre el manejo de cadáveres con adecuación cultural y permitió el logro de la cobertura de vacunación en las comunidades indígenas. De esta manera, se pudo corregir todo lo realizado antes, sin un previo proceso de consulta y concertación.

## Eje temático 2. Reorganización y ampliación de la oferta de atención

La pandemia demostró que el sector privado puede y debe siempre participar en el diagnóstico en materia de salud pública. De los más de 110 laboratorios con capacidad diagnóstica para la COVID-19, 42 son públicos y el resto corresponden a laboratorios del sector privado. Es claro que el asegurador y la red de prestación de los servicios clínicos son actores partícipes activos e importantes para un buen diagnóstico en el ámbito de la salud pública. Es importante que esto quede muy bien definido en los protocolos de atención, para que siempre se piense en la salud pública y la red de atención incluya la identificación del agente patógeno en los diagnósticos.

- Se destaca la innovación de aprovechar las fortalezas de los sistemas de información de bases de datos para el personal sanitario y de las IPSS, para su integración en el sistema de vigilancia de la salud pública.
- La regulación centralizada de las UTI permitió garantizar la transparencia en la asignación de camas en los momentos de ocupación total en el país, así como la eficiencia en el traslado de pacientes hacia territorios diferentes al de su residencia, lo que permitió salvar vidas en el país. Los CRUE atendieron las necesidades apremiantes en los momentos críticos de mayor ocupación, apoyados con toda la tecnología de la información y de las comunicaciones, en un proceso transparente y equitativo.
- La orientación del voluntariado y de las donaciones desde el nivel central es aún hoy una muestra de equidad y de transparencia. La industria de la producción pudo reorientar sus productos acordes con las necesidades. Un ejemplo es el de una fábrica de licores que orientó su producción industrial hacia el alcohol antiséptico glicerinado, con el consiguiente aumento de la posibilidad de adquisición por parte de la población general. En otro ejemplo, una fábrica de ropas orientó su producción a la fabricación de mascarillas y de ropa hospitalaria para el cuerpo médico de primera línea.
- La suma de solidaridades, como la brindada y prestada por el Aeroclub de Colombia y todos sus miembros a lo largo del territorio nacional, permitió llegar con recursos técnicos, talento humano e insumos a los territorios en el momento de confinamiento y de cierre de vuelos comerciales. De la misma manera, ampliar la oferta siempre presente de las Fuerzas Armadas y de la Policía, así como de la Patrulla Aérea Colombiana, permitió dar una respuesta oportuna en aquellos territorios más apartados con necesidades apremiantes.
- Se valoró mucho el apoyo recibido por la cooperación técnica de la Representación de la OPS en el país, desde donde se identificaron como buenas prácticas, en primer lugar, definir las contrataciones mediante las compras locales. En el peor momento de escasez de insumos en EPP y de otros elementos requeridos para el tratamiento de las personas hospitalizadas, fue vital la oportunidad de la respuesta de la OPS a las necesidades apremiantes, de manera directa con proveedores locales. En segundo lugar, la contratación a largo plazo, lo cual facilitó los procesos de bodegaje y transporte para la entrega al destinatario final.
- El país logró duplicar su capacidad instalada en servicios de UTI, en un año pasó de 11 000 a 21 000 camas con la dotación necesaria, sobre todo con los equipos requeridos para la asistencia ventilatoria.
- La regulación centralizada de las UTI garantizó la transparencia en la asignación de camas y en la eficiencia en el traslado de pacientes hacia territorios diferentes al de su residencia. Los CRUE departamentales, coordinados con el nivel central, atendieron las necesidades en los momentos críticos de mayor ocupación, apoyados con la tecnología de la información y de las comunicaciones, en un proceso transparente y equitativo que no dio motivos a reclamos.

### Eje temático 3. Reanudación y continuidad de los servicios esenciales

Una práctica realizada por la principal IPRESS a personas con diagnósticos de cáncer fue la de constituirse como una entidad libre de COVID-19, dado que sus pacientes son de riesgo. En este sentido, sus UTI se usaron de forma exclusiva para la atención de los pacientes con cáncer, y sólo se utilizó un sector delimitado en la institución para la atención de pacientes con diagnóstico de SARS-CoV-2 que no requerían manejo en cuidados intensivos. Se redujo el riesgo de infección en los pacientes y en el personal de salud, y se mantuvo la disponibilidad de este servicio esencial para sus pacientes de riesgo. Sólo se registró el fallecimiento de un funcionario por COVID-19.



- La expansión rápida de los servicios de telesalud y telemedicina apoyaron la capacidad de respuesta, con hincapié en la continuidad de los servicios esenciales y en la protección de las poblaciones con mayor riesgo. No obstante, merece un estudio retrospectivo para hacer mucho más eficiente su uso en futuras situaciones de crisis. Además, esto favorecerá la reglamentación de su aplicación. En la pospandemia, es necesario realizar procesos de evaluación y análisis para mejorar este proceso mediante la incorporación de diferentes variables de calidad y de ética para aprovechar al máximo el desarrollo obtenido.
- Mediante el uso de la tecnología, las aseguradoras generaron procesos de mejora de la comunicación para la actualización de información de sus afiliados.
- Desde el área técnica del Ministerio de Salud y Protección Social, se aportaron siete protocolos dirigidos al sector de suministros de alimentos, con lo cual se logró que los servicios esenciales mantuvieran la nutrición de personas con enfermedades crónicas, comorbilidades o desnutrición en el contexto de la pandemia de COVID-19.

## Ecuador

### Buenas prácticas generales en la coordinación interinstitucional e intrainstitucional

- La coordinación interinstitucional e intersectorial fue clave para elaborar directrices técnicas de coordinación entre los actores clave de una problemática determinada, pero también la aplicación de las directrices en los diferentes niveles mediante el aprovechamiento de los recursos de la institucionalidad gubernamental y no gubernamental, incluida la sociedad civil.
- La aplicación de las orientaciones relativas a los cuatro ejes analizados se vio facilitada por la existencia de espacios de coordinación. Estos, a su vez, estuvieron determinados por la existencia previa de mecanismos de coordinación frente a emergencias y desastres, tanto a nivel nacional como subnacional.

### Eje temático 2. Reorganización y ampliación de la oferta de atención

Según información recopilada en la Dirección Nacional de Equipamiento Sanitario en el 2022, en el sector de la salud se desarrollaron acciones de coordinación, por ejemplo, para compartir equipamiento de salud de la red pública de salud. Este tipo de acciones no se habían realizado antes, por ejemplo, la cooperación entre los establecimientos, entre el IESS y el MSP, donde se prestaban equipos, insumos y personal.

- El trabajo interinstitucional en el territorio es una enseñanza aprendida con la pandemia, que permitió que otras instituciones se dieran cuenta que la salud pública es cuestión de todos, no sólo del Ministerio de Salud.
- Según la información recopilada en la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud en el 2022, se desarrollaron colaborativos de mejora continua, que son una cadena desde el nivel central, el zonal, el distrito y el establecimiento de salud, con trabajo en conjunto para constituir un solo sistema de salud. En ese sentido se realizaron colaborativos de hospitales, que ayudó a entender las prácticas y las enseñanzas obtenidas en el manejo de un solo sistema de salud, lo que ha dado muy buenos resultados.

“Es muy importante mencionar que hacer frente a la pandemia no se puede lograr solamente desde los servicios de salud, es imposible si no hay vinculación entre los actores sociales dentro de los territorios. Aquí prima la participación comunitaria y eso fue uno de los respaldos que

se tuvo desde la figura del concejal, del cuerpo de bomberos, de todas las instituciones, con reuniones regulares para visualizar los avances y conocer que se necesitaba. Nos unimos entre los subsistemas. Otras instituciones nos llevaban pacientes para hospitalización, por nuestra parte les pedíamos ayuda para poder trasladar a pacientes hacia el domicilio, porque empezaban a cerrar las calles con volquetas y tocaba ir a hablar, nos tocaba con los líderes barriales para explicarles, enseñarles el contexto que estamos trabajando”. Entrevista a un exfuncionario de un centro de salud, 2022.

## Perú

### Buenas prácticas en la prevención y control de infecciones y la protección del personal de salud

#### Eje temático 1. Prevención y control de infecciones

#### Eje temático 2. Reorganización y ampliación de la oferta de atención

Una de las prácticas reconocidas en Perú tiene relación con la incorporación de la participación ciudadana en el manejo de residuos biocontaminantes generados en el contexto de la emergencia por la COVID-19.

- De acuerdo con estimaciones del Ministerio del Ambiente, por cada paciente con COVID-19 en tratamiento se podrían generar aproximadamente 2 kilos de residuos biocontaminantes por lo que, en un promedio de 14 días, 300 000 personas con COVID-19 podrían generar más de 8400 toneladas de residuos.
- En este sentido, se desarrolló infraestructura para el tratamiento de estos residuos contaminados tanto a nivel nacional como por los gobiernos regionales, acorde a la demanda.

### Buenas prácticas en el manejo de casos, atención clínica y opciones de tratamiento

#### Eje temático 3. Reanudación y continuidad de los servicios esenciales

En el inicio de la pandemia cuando se priorizó la atención de las personas con COVID-19, se postergó la atención en el primer nivel, lo cual afectó también a los centros de personas con problemas de salud mental así como los procesos regulares de atención y programas como inmunizaciones, tuberculosis, enfermedades metabólicas, enfermedades no transmisibles, entre otras. Se diseñaron estrategias para favorecer la atención especializada de salud.

En este caso, se habilitaron líneas telefónicas de apoyo en coordinación con la Dirección de Salud Mental y la Dirección de Infosalud para apoyar a la población a gestionar sus emociones frente a los problemas. Se puso a disposición la línea 113; en la opción 1 se brindó soporte emocional al personal de salud, y en la opción 5, a la población en general.

Además de poner a disposición líneas telefónicas para la atención, también se desarrollaron videoconferencias a través de varias plataformas como Zoom®, Google Meet® y Teams® y WhatsApp®, entre otras, para mejorar el acceso a consultas médicas e intervenciones terapéuticas como psicoterapia, continuidad del cuidado en el hogar, trabajos de grupo, y terapia fonoaudiológica y ocupacional, entre otras.

Se realizaron acciones para mantener operativos los centros de salud mental comunitarios con atención presencial y virtual, incluidas visitas domiciliarias para apoyar la continuidad del cuidado y la entrega de medicamentos.

El país cuenta con 13,6 profesionales de la medicina por cada 10 000 habitantes, 9,4 menos de lo recomendado por la OPS. Al inicio de la pandemia, la Dirección General de Personal de Salud, mejoró las condiciones laborales y las competencias del personal de salud ante la pandemia.

Entre las acciones más significativas para mejorar la disponibilidad de recursos humanos, se encuentran las que se describen a continuación:

- La aprobación del Servicio Especial COVID-19 para permitir que profesionales de la salud pudiesen trabajar para el Estado sin haber cumplido con el servicio rural y urbano marginal de salud.
- El desarrollo de contrataciones rápidas sin concurso con financiamiento directo para este fin.
- La aprobación de una escala salarial referencia para la COVID-19 con salarios superiores a los habituales de acuerdo con la resolución N.º 420-2020/MINSA.
- La creación de una bonificación extraordinaria (Bono COVID-19) para el personal asistencial y de apoyo a la labor asistencial, que realizaba trabajo de forma presencial.
- El denominado servicio complementario de salud; es decir, horas extra para el personal asistencial del segundo y tercer nivel de atención.
- EL otorgamiento de un seguro de vida a todo el personal asistencial a nivel nacional.
- Capacitaciones virtuales sobre diversos temas en relación con la emergencia de salud por la COVID-19.
- Capacitación de profesionales en el manejo de pacientes críticos realizada en el servicio bajo la supervisión del especialista.
- La incorporación de internos de ciencias de la salud en el sistema sanitario en el primer nivel de atención.

### **Buenas prácticas en el apoyo operativo y logístico y en las cadenas de suministro**

#### **Eje temático 1. Prevención y control de infecciones**

#### **Eje temático 2. Reorganización y ampliación de la oferta de atención**

Ante la escasez de oxígeno medicinal, que superó la capacidad de producción de las empresas de este sector y limitó su abastecimiento a los establecimientos de salud, se dictaron medidas extraordinarias en el decreto de urgencia N.º 066-2020, para incrementar la producción y el acceso a sistemas de oxígeno medicinal que permitiera reforzar la respuesta sanitaria.

En ese sentido, en el país se instalaron plantas generadoras de oxígeno, tanques criógenos, isotanques y concentradores de oxígeno para apoyar la producción de las empresas proveedoras que llegaron al límite de su producción. A julio del 2021, se contaba con 279 plantas generadoras de oxígeno, 4220 generadores y 20 070 cilindros propios.

## Buenas prácticas en el fortalecimiento y la continuidad de los servicios esenciales

### Eje temático 3. Reanudación y continuidad de los servicios esenciales

Se dictaron y aplicaron de varias resoluciones ministeriales para la atención a las personas mayores, como las que se mencionan a continuación:

- Las medidas para el cuidado y prevención frente a la COVID-19 en centros de atención residencial de personas mayores, regulada mediante la aprobación de la resolución ministerial N.° 666-2020.
- Las acciones preventivas para reducir los efectos de la COVID-19 ante una posible segunda ola en los centros de atención para personas mayores, mediante la resolución directorial N.° 006-2020 del MIMP/DGFC.
- La estrategia preventiva para centros de atención para personas mayores (Yanapay60+), que busca brindar atención diferenciada y prioritaria ante la COVID-19 a personas mayores residentes de los centros de atención residencial acreditados y no acreditados, mediante el decreto supremo N.° 1-2020/MIMP.

## Buenas prácticas en las orientaciones relacionadas con las poblaciones originarias

### Eje temático 1. Prevención y control de infecciones

### Eje temático 2. Reorganización y ampliación de la oferta de atención

### Eje temático 3. Reanudación y continuidad de servicios esenciales

Las poblaciones originarias que representan, al menos, 20% del total de la población peruana y, en general, enfrentan una serie de dificultades para el acceso a los servicios públicos vitales, entre ellos, el acceso a la salud.

En el marco de la pandemia de COVID-19, se detectaron buenas prácticas a destacar relacionados con las poblaciones originarias, que son los que se describen a continuación:

- La incorporación de equipos médicos de emergencia para la atención a la COVID-19 en poblaciones originarias y población en zona rural, con participación de brigadistas de emergencias y desastres, profesionales de la salud, de los CAS COVID-19, del Instituto Nacional de Rehabilitación, y del equipo técnico de la Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud en 21 regiones del país: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima Región, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín y Tacna.
- La adaptación del Plan de intervención con enfoque territorial (26) con la aprobación, en marzo de 2020, del Plan nacional de reforzamiento de los servicios de salud y contención de la COVID-19 (27) y, con esta base, el desarrollo de los planes regionales desde los gobiernos regionales, con la intención de adecuar sus servicios de salud a la realidad de los territorios para asegurar la capacidad de respuesta de salud en sus jurisdicciones.
- La aplicación de medidas para el abordaje del manejo de cadáveres a causa de la COVID-19 en localidades con poblaciones indígenas u originarias, a través de la directiva sanitaria N.° 112 del MINSA del 2020, con el objetivo de prevenir y controlar los factores de riesgo en la salud de las poblaciones indígenas ante fallecimientos por la COVID-19 en sus territorios.

Entre las orientaciones que se destacan para el fortalecimiento de las buenas prácticas identificadas, se destacan las que se describen a continuación:

- Fortalecer mecanismos de supervisión para la aplicación del Plan de intervención para comunidades indígenas y centros poblados rurales de la Amazonía frente a la emergencia del COVID-19 (8) frente a la emergencia de salud por la COVID-19, en especial, sobre las medidas de prevención ante el riesgo de la propagación de la enfermedad en la comunidad.
- Fortalecer la capacidad resolutive de los establecimientos de salud del primer nivel de atención para la respuesta rápida ante la presencia de contagios en las comunidades, en coordinación con los gobiernos regionales y las organizaciones indígenas.
- Fortalecer el registro del sistema integrado de COVID-19, del Sistema de Notificación de Vigilancia Epidemiológica, y la actualización en tiempo real de la Sala de población indígena con COVID-19, para tomar medidas con base en información basada en evidencia.
- Brindar orientaciones a los agentes comunitarios y profesionales de salud de los equipos de respuesta rápida para evitar el contagio y para sus conocimientos sobre la COVID-19.

### **Buenas prácticas en la atención a nivel comunitario**

**Eje temático 1 Prevención y control de infecciones**

**Eje temático 2. Reorganización y ampliación de la oferta de atención**

**Eje temático 3. Reanudación y continuidad de los servicios esenciales**

Los agentes comunitarios de salud prestan servicios voluntarios desde hace décadas en Perú, labor que se vio acrecentada tras la llegada de la COVID-19. Desempeñan un papel estratégico, por lo que se generó una estrategia para reforzar esta labor a nivel comunitario.

Se aprobó una norma técnica para la adecuación de la organización de los servicios de salud en el primer nivel de atención de salud frente a la pandemia por COVID-19, donde se reconoce la función de las diversas expresiones de la comunidad organizada, que da como resultado la acción comunitaria frente a la COVID-19, liderada por la Dirección de Promoción de la Salud.

Entre las buenas prácticas que derivan de la atención comunitaria se encuentran las que se mencionan a continuación

- El desarrollo de un enfoque de gestión del territorio frente a la pandemia con la participación y la responsabilidad de otros sectores y de los gobiernos locales.
- El fortalecimiento de la acción comunitaria y las diversas expresiones de organizaciones sociales en el territorio, con capacitaciones, y articulación con el Oxford Business Group y otras empresas privadas para contar con materiales y EPP.
- El reconocimiento y el fortalecimiento de las experiencias de organización local autogeneradas, con detección de los puntos a incorporar en la respuesta desde el sistema de salud.

- El establecimiento de un relacionamiento entre las organizaciones comunitarias conformadas en los comités comunitarios anti-COVID-19 y los establecimientos de salud del primer nivel de atención para la detección temprana de casos, el seguimiento y la referencia comunitaria.
- El fomento para que las organizaciones comunitarias contribuyeran también a la recuperación de las estrategias sanitarias afectadas por la pandemia.
- La puesta en marcha de los comités comunitarios anti-COVID-19 como parte de una estrategia de participación comunitaria en la salud desarrollada para incorporar a la ciudadanía en las acciones territoriales de salud, su participación en la vigilancia de la respuesta, con la detección y seguimiento de casos, y la sensibilización respecto al cumplimiento de las medidas de protección y cuidado en la comunidad.



## Referencias

1. Martinic S. Algunas categorías de análisis para la sistematización. En: Seminario de sistematización de proyectos de educación, y acción social en sectores populares. Talagante: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 1984.
2. Jara Holliday, O. Orientaciones para sistematizar experiencias. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 1994.
3. Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19, orientación para la planificación operativa. Washington D. C.: OPS; 2021. Disponible en [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54499/OPSPHECOVID-19210013\\_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54499/OPSPHECOVID-19210013_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y).
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución N.º 520, por la cual se establecen los requisitos para la fabricación de antisépticos y desinfectantes de uso externo categorizados como medicamentos, para el uso en la emergencia sanitaria declarada por el COVID-19. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social: 28 de marzo del 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/RID/resolucion-520-de-2020.pdf>.
5. Ministerio de Salud. Resolución N.º 372, por la cual aprueban la Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de Ambientes en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Lima: Ministerio de Salud: 16 de mayo del 2011. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/243707-372-2011-minsa>.
6. Directiva Sanitaria N.º 132. Directiva sanitaria para la vigilancia de la calidad el agua para consumo humano en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS). Lima: Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria; MINSA; 2021. Disponible en <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1767308/Directiva%20Sanitaria%20N%C2%BA%20132-MINSA/2021/DIGESA.pdf>.
7. Ministerio de Salud. Protocolo con pertinencia intercultural para la prevención y atención de la COVID-19 en pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianos y montubios del Ecuador. Quito: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://faolex.fao.org/docs/pdf/ecu201550.pdf>.
8. Ministerio de Salud. Plan de intervención para comunidades indígenas y centros poblados rurales de la Amazonía frente a la emergencia del COVID-19. Lima; MINSAL; 2021. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/588245-plan-de-intervencion-para-comunidades-indigenas-y-centros-poblados-rurales-de-la-amazonia-frente-a-la-emergencia-del-covid-19>.
9. Ministerio de Salud. Plan de contención, mitigación y recuperación post confinamiento en respuesta a la COVID-19. La Paz: Ministerio de Salud, 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gob.bo/component/jdownloads/?task=download.send&id=550&catid=30&m=0&Itemid=646>.
10. Ministerio de Salud. Lineamiento interinstitucional para el reporte de aviso de accidente de trabajo por exposición laboral al SARS-CoV2, para servidores y trabajadores en el sistema nacional de salud (Versión 1.0). Quito: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/04/Lineamiento-interinstitucional-para-el-report-e-de-aviso-de-accidente-de-trabajo-por-exposici%C3%B3n-laboral-al-sars-cov2-para-servidores-y-trabajadores-en-el-sistema-nacional-de-salud-09.04.2020-PM.pdf>.

11. Organización Panamericana de la Salud. Marco de referencia de la red integrada de servicios de salud para la respuesta a la pandemia de COVID-19, 10 de mayo del 2020. Washington D. C.: OPS; 2020. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52262>.
12. Ministerio de Salud. Plan nacional de preparación y respuesta frente al riesgo de introducción de la COVID-19. Lima: Ministerio de Salud; 2022. Disponible en <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2852615/Documento%20T%C3%A9cnico%3A%20Plan%20frente%20a%20la%20pandemia%20por%20COVID-19%20para%20el%20a%C3%B1o%202022.pdf>.
13. Organización Mundial de la Salud. Manejo clínico de la COVID-19: orientaciones provisionales, 27 de mayo de 2020. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332638>.
14. Organización Panamericana de la Salud. Atención del trabajador de salud expuesto al nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) en establecimientos de salud. Recomendaciones provisionales, 13 de abril del 2020. Washington D. C.: OPS; 2020. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52033>.
15. Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones relativas a los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos durante la pandemia de la COVID-19. Washington D. C.: OPS; 2020. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52252>.
16. Ministerio de Salud. Lineamiento para autocuidado de pacientes con sintomatología respiratoria para la COVID-19. Quito: Ministerio de Salud; 2022. Disponible en <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/01/lineamiento-autocuidado-covid19-08-enero-2022-f.pdf>.
17. Organización Panamericana de la Salud. Lista de dispositivos médicos prioritarios en el contexto del COVID-19 (recomendaciones provisionales, 11 mayo 2020) 4° versión. Washington D. C.: OPS; 2020. Disponible en [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52367/OPSHSSMTCOVID-19200015\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52367/OPSHSSMTCOVID-19200015_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
18. Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones sobre el uso de antivirales, anticuerpos monoclonales y otras intervenciones para el manejo de pacientes con COVID-19 en América Latina y el Caribe. Washington D. C.: OPS; 2022. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55799>.
19. Organización Mundial de la Salud. Mantenimiento de un suministro de sangre seguro y suficiente y recogida de plasma de personas convalecientes en el contexto de la pandemia de COVID-19. Orientaciones provisionales, 17 de febrero de 2021. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340341/WHO-2019-nCoV-BloodSupply-2021.1-spa.pdf>.
20. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones preliminares para los servicios de sangre frente al potencial impacto de la diseminación de la infección de coronavirus (COVID-19) en la disponibilidad y seguridad de la sangre y componentes sanguíneos. Washington D. C.: OPS; 2020. Disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/recomendaciones-preliminares-para-servicios-sangre-frente-al-potencial-impacto>.
21. Ministerio de Salud. Plan de salud mental Perú 2020-2021 (en el contexto COVID-19). Lima: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/2130661-plan-de-salud-mental-peru-2020-2021-en-el-contexto-covid-19>.



22. Ministerio de Salud. Lineamientos para la atención de adultos mayores por SARS CoV-2/COVID-19. Quito: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/10/la\\_preencion\\_de\\_la\\_covid-19\\_al\\_adulto\\_mayor\\_FINAL.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/10/la_preencion_de_la_covid-19_al_adulto_mayor_FINAL.pdf).
23. Ministerio de Salud. Manejo de pacientes oncológicos en la pandemia por COVID-19. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/694551/Manejo\\_te%CC%81cnico\\_de\\_pacientes\\_oncolo%CC%81gicos\\_durante\\_COVID-19.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/694551/Manejo_te%CC%81cnico_de_pacientes_oncolo%CC%81gicos_durante_COVID-19.pdf).
24. Ministerio de Salud y Deportes. Guía de procedimientos de bioseguridad para la consulta odontológica durante la pandemia por COVID-19. La Paz: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en <https://www.minsalud.gob.bo/component/jdownloads/?task=download.send&id=704&catid=23&m=0&Itemid=646>.
25. Ministerio de Salud. Guía de Medicina Tradicional para el Abordaje de la COVID-19. La Paz: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en <https://embassyofbolivia.nl/ootsegl/2022/01/Guia-Medicina-Tradicional.pdf>.
26. Ministerio del Ambiente. Plan de Intervención con Enfoque Territorial. Lima: Ministerio del Ambiente; 2017. Disponible en <https://www.minam.gob.pe/ordenamientoterritorial/wp-content/uploads/sites/129/2017/02/Orientaciones-basicas-OT-1.pdf>.
27. Ministerio de Salud. Plan nacional de reforzamiento de los servicios de salud y contención de la COVID-19. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/462251-095-2020-minsa>.

**PAHO**



Pan American  
Health  
Organization



World Health  
Organization  
REGIONAL OFFICE FOR THE  
Americas



BANCO DE DESARROLLO  
DE AMÉRICA LATINA