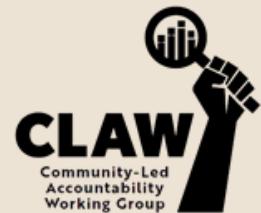


GUÍA PARA EL DESARROLLO DE INDICADORES DE MONITOREO DIRIGIDO POR LA COMUNIDAD PARA LA PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE PANDEMIAS



CONTENIDO

ABREVIATURAS	3
FONDO	4
CÓMO USAR ESTA GUÍA	7
CÓMO DESARROLLAR INDICADORES CLM DE ALTO IMPACTO PARA LA PPR	8
• Paso 1 : Convocar a un grupo de expertos y defensores de la comunidad para el desarrollo de indicadores PPR	8
• Paso 2 : Desarrollar capacidades y sensibilizar al grupo convocado de expertos comunitarios sobre los conceptos y marcos de la PPR	11
• Paso 3 : Defina las necesidades de salud pública y las prioridades de defensa de su comunidad	14
• Paso 4 : Mapee la evidencia que necesitará para su defensa	21
• Paso 5 : Desarrolle preguntas de recopilación de datos para sus encuestas	25
• Paso 6 : Pruebe y perfeccione sus herramientas de recopilación de datos	30
APÉNDICE A	34
APÉNDICE B	39
REFERENCIAS	42

ABREVIATURAS

AAAAQ	Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad, Asequibilidad y Calidad
AGYW	Niñas adolescentes y mujeres jóvenes
AMR	Resistencia a los antimicrobianos
CCM	Mecanismo de coordinación de país
CHWs	Trabajadores de salud comunitarios
CLM	Monitoreo liderado por la comunidad
COVID-19	Enfermedad del coronavirus 2019
GBMSM	Hombres homosexuales, bisexuales y otros que tienen sexo con hombres
FM	Fondo Mundial
IHR	Reglamento Sanitario Internacional
IPC	Prevención y control de infecciones
JEE	Evaluaciones externas conjuntas
NAPHS	Planes de Acción Nacionales para la Seguridad Sanitaria
NPHI	Instituto Nacional de Salud Pública
PPE	Equipo de protección personal
PPR	Preparación y respuesta ante pandemias
PR	Destinatario principal
PrEP	Profilaxis preexposición
PWDs	Personas con discapacidad
PUDs	Personas que consumen drogas
RCCE	Comunicación de riesgos y participación comunitaria
SPARS	Plan estratégico para el avance de la vigilancia en tiempo real
VPD	Enfermedad prevenible mediante vacunación

FONDO

El monitoreo liderado por la comunidad (CLM) es una intervención de responsabilidad social que empodera a la sociedad civil para exigir cuentas a los donantes y gobiernos por la calidad de los servicios de atención médica . El modelo CLM está estructurado para colocar a las comunidades, los usuarios de los servicios y las personas más afectadas por las tres enfermedades en el centro de la respuesta de salud pública, con el fin de mejorar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, asequibilidad y calidad (AAAAQ) de la atención médica.

Ante la aparición y el resurgimiento de brotes de enfermedades infecciosas que afectan la salud y la actividad socioeconómica, la gestión comunitaria de la salud (CLM) puede brindar soluciones específicas para la preparación y respuesta ante pandemias (PPR). Unos sistemas de salud sólidos que garanticen la preparación para futuras pandemias requieren respuestas sólidas y lideradas por la comunidad que permitan monitorear los brotes, identificar deficiencias, proponer soluciones colectivamente y promover la acción oportuna. Esta preparación garantizaría la continuidad y el fortalecimiento del progreso en salud, a la vez que mejoraría los avances en diversas áreas prioritarias de salud, como el VIH, la tuberculosis y la malaria.

El modelo CLM se implementa como un ciclo regular, comenzando con un grupo coordinado de organizaciones comunitarias que convocan a los usuarios de los servicios de salud para definir los problemas prioritarios de la comunidad que se deben monitorear. Posteriormente, se diseña un conjunto de herramientas de recopilación de datos para recopilar datos reales sobre estas prioridades. Un equipo de miembros de la comunidad recopila datos en diversos centros de salud, centros de atención comunitaria y vecindarios circundantes. Los datos suelen recopilarse tanto de los pacientes como del personal del centro mediante una combinación de encuestas, entrevistas y observación. Posteriormente, la comunidad revisa y analiza estos datos. Las comunidades generan soluciones a los problemas detectados mediante el monitoreo, mediante intervenciones de incidencia política basadas en la evidencia para aumentar la rendición de cuentas de los sistemas de salud. Las comunidades generan materiales, como informes, hojas informativas, videos, historias y herramientas web, basados en la evidencia del CLM. Los miembros de la comunidad transmiten los datos y las recomendaciones comunitarias a los responsables pertinentes, como la dirección de las clínicas, el gobierno local y regional, el gobierno nacional, los donantes internacionales y sus implementadores, para asegurar compromisos concretos de cambio. Muchos de los problemas y desafíos identificados mediante la gestión de la comunidad se resuelven rápidamente mediante intervenciones basadas en la evidencia a nivel de centro, mientras que otros problemas más sistémicos o estructurales requieren una defensa persistente y de alto nivel a nivel subnacional, nacional o global. El equipo de gestión de la comunidad da seguimiento y monitorea los compromisos asumidos por los responsables.

Es importante destacar que cada etapa del ciclo de CLM tiene la misma importancia. Omitir o ejecutar de forma ineficaz una o más etapas pone en riesgo el éxito general del programa de CLM. Cada etapa desempeña un papel crucial para garantizar que el programa de CLM alcance los objetivos previstos y genere resultados de alto impacto que orienten las iniciativas de incidencia. Por lo tanto, todas las etapas del ciclo de CLM deben abordarse con el mismo nivel de compromiso y seriedad, ya que cada una se basa en las demás para crear un programa de CLM de gran impacto. Para garantizar la fidelidad al ciclo y realizar un seguimiento eficiente del progreso en el fortalecimiento de los sistemas y la preparación ante pandemias, se recomienda integrar el monitoreo, la evaluación, la rendición de cuentas y el aprendizaje en el ciclo del programa desde el inicio.

Fig 1. Ciclo CLM.



**Fuente: Adoptado de (ONUSIDA, 2023)*

Lo que diferencia a CLM de los esfuerzos típicos para mejorar la calidad del servicio de salud es su función de rendición de cuentas: CLM es desarrollado por y para las comunidades que utilizan los servicios monitoreados para descubrir y corregir problemas que socavan el acceso a servicios de salud de calidad.

En el caso de la preparación y respuesta ante pandemias (PPR), su enfoque será diferente al de la CLM-ATS, ya que no se trata de medir la respuesta actual a una enfermedad, sino de evaluar si el sistema de salud de su país estaría preparado ante la aparición de una nueva enfermedad y generar evidencia que identifique las debilidades que requerirán promoción. Esto implicaría considerar muchos de los mismos indicadores clásicos de CLM relacionados con la calidad de la atención en las clínicas, pero también podría implicar la monitorización del funcionamiento de los laboratorios, la capacidad de vigilancia comunitaria, las pruebas y el tratamiento comunitarios, las actividades de preparación y capacitación en las clínicas, los canales de comunicación para emergencias y una inclusión más significativa de las comunidades en los equipos del plan nacional de respuesta a emergencias o en el grupo de trabajo técnico de Una Salud.

Dado el papel central de la recopilación de datos liderada por la comunidad en el ciclo de CLM, el diseño de indicadores relevantes y la recopilación de evidencia durante las pandemias es de vital importancia. Este recurso está diseñado para guiar a los implementadores de CLM y otras partes interesadas a través de todo el proceso de desarrollo, revisión e integración de indicadores de PPR en proyectos de CLM existentes con el objetivo de fortalecer la preparación nacional y subnacional para futuras pandemias. Si bien garantiza la alineación con el Reglamento Sanitario Internacional (OMS, 2005) y los dominios de la Evaluación Externa Conjunta (JEE)^[1] (OMS, 2022), esta guía mantiene el enfoque en el proceso de involucrar a las comunidades y los usuarios de los servicios para definir las prioridades centrales que se deben monitorear, los componentes básicos para crear preguntas de encuestas y entrevistas con mayor probabilidad de generar datos útiles, y la fase de prueba y revisión de indicadores. La JEE es un buen lugar para comenzar a pensar en indicadores centrados en PPR.

Como herramienta de rendición de cuentas, la implementación de la CLM debe ser ágil y responder a las cambiantes necesidades de la comunidad, incluyendo las prioridades de salud más allá de las tres enfermedades: VIH, tuberculosis y malaria. La flexibilidad y capacidad de respuesta del modelo CLM lo convierten en una herramienta emergente en PPR, donde los datos oportunos, precisos y propiedad de la comunidad son particularmente necesarios para identificar brechas en el sistema de salud, incluyendo, pero no limitado a: control de prevención de infecciones, operaciones de respuesta a emergencias, vigilancia de laboratorio, capacidad del personal de salud, comunicación de riesgos y participación comunitaria, entre otros. Los datos recopilados se utilizan para informar la promoción de la preparación para pandemias y el fortalecimiento de los sistemas de salud para la realización del acceso equitativo a los servicios de salud a niveles nacionales y subnacionales. Esta guía también incluye estudios de caso del mundo real de programas de CLM que han modificado su metodología de recopilación de datos en respuesta a pandemias y crisis de salud pública de rápida evolución, ofreciendo así lecciones para construir sistemas de salud fuertes, resilientes, receptivos y más inclusivos.

[1] La Evaluación Externa Conjunta (EEC) es un proceso multisectorial para que los países autoevalúen su preparación para responder a nuevas epidemias y emergencias sanitarias (OMS, 2022).



CÓMO USAR ESTA GUÍA

Este recurso está diseñado para ser utilizado por las partes interesadas y organizaciones comunitarias que lideran la implementación de un programa de CLM. El recurso divide el proceso de diseño de indicadores y encuestas en seis pasos principales: primero, debe reunir un equipo de personas capaces de diseñar herramientas sólidas de recopilación de datos ; luego, debe sensibilizar a este equipo sobre la preparación para pandemias, destacando las áreas de enfoque del RSI, los dominios de la ECE y las áreas prioritarias para los respectivos Planes de Acción Nacionales para la Seguridad Sanitaria (PANS). En consonancia con el RSI, las ECE y los PANS, este equipo debe acordar las prioridades de incidencia para las comunidades y poblaciones que representa. Con estas prioridades en mente, deberá analizar qué tipos de evidencia serán más impactantes al realizar su incidencia con los responsables. Luego, integrará todas estas discusiones para crear una pregunta sólida para la encuesta. Por último, una vez diseñadas las herramientas, deberá realizar una prueba piloto y revisarlas periódicamente después de cada ciclo de recopilación de datos.

Si forma parte de un programa de CLM completamente nuevo, puede que le resulte útil comenzar esta guía por el Paso 1 y seguir los pasos hasta el final. Sin embargo, ¿qué ocurre si forma parte de un programa que ya recopila datos de CLM? Dado que CLM está diseñado para ser un ciclo dinámico y receptivo, siempre es útil revisar cómo han cambiado sus objetivos de incidencia con el tiempo (Paso 3), asegurarse de que sus preguntas estén recopilando datos de alta calidad (Paso 5), o quizás haya añadido algunas preguntas y necesite ponerlas a prueba (Paso 6).

CÓMO DESARROLLAR INDICADORES CLM DE ALTO IMPACTO PARA LA PPR

Paso 1: Convocar a un grupo de expertos y defensores de la comunidad para el desarrollo de indicadores de PPR

El desarrollo de indicadores siempre se realiza de forma colaborativa. Para garantizar que los datos recopilados sean útiles, deberá reunir a un grupo de expertos y defensores de la comunidad local que comprendan las necesidades y prioridades de sus comunidades. Esto garantiza que el proceso sea impulsado por la comunidad, propiedad de la comunidad, inclusivo y centrado en las prioridades clave según lo experimentado por la comunidad afectada por un brote de enfermedad. Este grupo será responsable de identificar las prioridades clave para el monitoreo de la PPR en consonancia con los Planes de Acción Nacionales para la Seguridad Sanitaria, las Evaluaciones Externas Conjuntas y el Reglamento Sanitario Internacional. Ejemplos de estas prioridades pueden incluir, entre otras, la vigilancia de enfermedades, los sistemas de laboratorio, la prevención y el control de infecciones, la resistencia a los antimicrobianos, los sistemas de inmunización, la Comunicación de Riesgos y la Participación Comunitaria (RCCE), el personal sanitario y la gestión de la cadena de suministro. Al identificar las áreas prioritarias clave, es importante tomar nota de aquellas áreas en las que los datos de CLM complementarán los sistemas existentes del gobierno y de los donantes para evitar la duplicación y el desperdicio.

A diferencia de una intervención estándar de CLM que se centra en el acceso a los servicios, la determinación de los indicadores de PPR requiere un enfoque diferente sin comprometer los principios básicos de CLM. Al decidir quién debe participar, es importante priorizar los principios fundamentales del modelo de CLM (CD4C et al., 2022), especialmente en torno al liderazgo comunitario. Cuando se violan estos principios, es improbable que el programa siga siendo un mecanismo independiente de rendición de cuentas. En particular, los principios de CLM establecen que su programa debe:

- 1. Mantener el liderazgo y la independencia local**, protegiéndolos contra la interferencia programática de otros actores, incluidos los donantes, el gobierno nacional y otros sistemas de seguimiento y evaluación; y
- 2. Ser propiedad de las comunidades en todas las etapas**, incluida la identificación de problemas prioritarios en la comunidad, la definición de indicadores, el establecimiento de canales de comunicación preferidos con los socios y la decisión de cómo se almacenan y utilizan los datos.

Existen varias razones por las que el liderazgo comunitario en el desarrollo de indicadores de PPR es clave. En primer lugar, las pandemias se originan en las comunidades, por lo que es fundamental contar con sólidos sistemas de vigilancia comunitaria que involucren directamente a las comunidades en los sistemas de alerta temprana. Las comunidades también están en mejor posición para supervisar los servicios de PPR y las contramedidas médicas, como el oxígeno y los EPP, en las localidades donde se prestan dichos servicios, ya que aportan sus experiencias vividas con las afecciones de salud que se abordan y poseen el conocimiento directo necesario para un desarrollo sólido de indicadores. Además, el desarrollo de indicadores liderado por la comunidad puede evitar los problemas de conflictos de intereses, dinámicas de poder y sesgos que pueden surgir cuando los proveedores y financiadores de los servicios están al mando.

Una manera fácil de decidir quién debe formar parte del desarrollo de indicadores es plantear dos preguntas:

1. ¿Esta persona forma parte de la comunidad? El término "comunidad" se refiere, en términos generales, a un grupo de personas que viven en el mismo lugar, enfrentan los mismos desafíos y vulnerabilidades, tienen el mismo acceso a recursos y comparten experiencias similares. En esta guía, el término "comunidad" se utiliza para referirse a un grupo o grupos de personas vulnerables y marginadas que no pueden acceder fácilmente a servicios de prevención, tratamiento o atención debido a barreras como el estigma, la discriminación, la violencia o leyes, políticas y prácticas punitivas. Al considerar si una persona es miembro de la comunidad, considere si tendría experiencias similares al buscar atención médica y si comparte su misión de mejorar la vida de las personas de su entorno más afectadas por las emergencias.

2. ¿Esta persona es parte de una institución que estamos monitoreando con nuestro programa CLM? El objetivo del CLM es fortalecer la rendición de cuentas del sistema de salud a las comunidades, con el fin de mejorar la calidad de la atención. Por lo tanto, garantizar la independencia del programa CLM es fundamental para preservar su integridad, autoridad, confianza y resiliencia. En la práctica, esto significa que las organizaciones e instituciones monitoreadas no pueden tener autoridad para tomar decisiones sobre las operaciones del programa CLM. Cabe destacar que las organizaciones comunitarias que apoyan la prestación de servicios pueden participar en el desarrollo de indicadores, aunque se debe tener cuidado de no encargarse personalmente de la supervisión de sus propios centros o áreas de servicio.

Las personas exactas que deben participar variarán dependiendo de la estructura de su programa CLM, pero en general, se debe incluir una combinación de personas que representen los siguientes grupos:

Debe liderar el desarrollo de indicadores	Puede participar en la revisión de indicadores
<ul style="list-style-type: none">Organizaciones y redes lideradas por la comunidad involucradas en PPR, seguridad sanitaria, derechos humanos, responsabilidad social y promoción presupuestaria.Personas más afectadas por brotes de enfermedades y emergencias, incluidas las personas con VIH, las poblaciones clave y otros grupos vulnerables.Organizaciones de la sociedad civil que prestan servicios de salud y aquellas involucradas en la movilización y sensibilización comunitaria.Organizaciones involucradas en la promoción de la PPR a nivel subnacional, nacional, regional y global.	<ul style="list-style-type: none">Personal de la clínica de saludGobierno regional (por ejemplo, de distrito y de provincia)Ministerio de Salud, incluido el punto focal del RSI/NPHIMecanismos de coordinación de países (MCP) del Fondo MundialReceptores Principales (RP), Receptores de Remuneración y Receptores de Remuneración del Fondo MundialSocios implementadores, en particular aquellos involucrados en PPRDonantes, en particular aquellos que financian y tienen potencial para financiar el PPRAgencias de la ONUProveedores de asistencia técnica: deben limitarse a proporcionar retroalimentación y no a tomar decisiones.Instituto Nacional de Salud Pública (NPHI)Comité Coordinador de Una Salud/Grupo Técnico de Trabajo

De acuerdo con el principio de independencia de la gestión de la comunidad (CLM), las partes interesadas no comunitarias no deben participar en las reuniones comunitarias para desarrollar indicadores. Sin embargo, pueden proporcionar retroalimentación sobre las herramientas de encuesta, si así lo solicitan los implementadores de CLM. Esta retroalimentación puede compartirse presencialmente o mediante una revisión virtual de las herramientas de encuesta. Los programas de CLM pueden entonces aceptar o rechazar estas sugerencias según lo consideren oportuno.

Cuando se dispone de asistencia técnica (AT), los programas de gestión de la comunidad (CLM) pueden invitar a los proveedores de AT a participar en reuniones comunitarias para definir indicadores. Esta participación podría implicar proporcionar retroalimentación técnica sobre los indicadores y coordinar la retroalimentación de los participantes. Sin embargo, los proveedores de AT no pueden definir las prioridades de promoción y recopilación de datos en nombre de la comunidad.

Principios clave de CLM que deben defenderse

- **Propiedad Comunitaria:** Este principio exige que el Paso 1 sea completamente propiedad de la comunidad afectada por el brote y esté completamente dirigido por ella. El grupo identificado en este nivel debe definir el área prioritaria de enfoque en consonancia con las NAPH, definir los indicadores de PPR, definir los métodos de recopilación de datos y cómo se utilizará la información para la incidencia política.
- **Independencia de la comunidad:** Los miembros del grupo identificado en el Paso 1 deben mantener su independencia de las instituciones que pretenden supervisar. De esta manera, se fomenta la confianza, la transparencia, la objetividad, la credibilidad y la rendición de cuentas, especialmente al abordar deficiencias sensibles en la seguridad sanitaria.
- **Inclusión:** La representación de diversas voces comunitarias, incluidas las comunidades marginadas y vulnerables.

Paso 1: Convocar a un grupo de expertos y defensores de la comunidad

Cómo se ve esto en la práctica

Un grupo de organizaciones comunitarias con experiencia en CLM recibió recientemente financiación para lanzar un programa CLM-PPR. Han cumplido con todos los requisitos del proyecto y ahora están listas para convocar a un grupo comunitario de expertos y defensores.

Reúnen a redes de la sociedad civil que representan a personas con VIH, adolescentes y mujeres jóvenes, poblaciones clave y organizaciones de derechos humanos. Además, involucran a representantes de organizaciones que participan en los procesos comunitarios de seguimiento de PPR, NAPHS y JEE.

Durante la reunión, este grupo participará en:

- Revisar las áreas prioritarias del NAPHS del país y los puntajes JEE, identificar las debilidades del sistema de laboratorio, las brechas en la cadena de suministro y los mecanismos de respuesta a emergencias, la comunicación de riesgos, el incumplimiento de la IPC y el despliegue de vacunas como áreas de monitoreo.

- Realizar una lluvia de ideas sobre posibles indicadores como la eficacia de la vigilancia de enfermedades a nivel comunitario, la disponibilidad de contramedidas médicas (equipo de protección personal (EPP), oxígeno médico), el número y el cuadro de proveedores de salud activos y el acceso a las vacunas en zonas de difícil acceso.
- La revisión de los indicadores propuestos por socios técnicos no comunitarios, incluidos proveedores de asistencia técnica, funcionarios del Ministerio de Salud, INSP y representantes de agencias donantes, todos los cuales brindan orientación técnica respetando al mismo tiempo la autonomía de la comunidad en la toma de decisiones.

Al final de esta reunión, se espera que las áreas prioritarias del PPR sean monitoreadas y los indicadores determinados y alineados con los NAPH, el equipo ha sentado las bases para el siguiente paso que implica desarrollar capacidades y sensibilizar a la comunidad sobre los conceptos y marcos del PPR.

Paso 2: Desarrollar capacidades y sensibilizar al grupo convocado de expertos comunitarios sobre los conceptos y marcos de la PPR

Una vez convocado un grupo representativo de expertos y defensores de la comunidad en el Paso 1, el siguiente paso consiste en fortalecer sus capacidades y profundizar su comprensión de los conceptos, marcos y procesos de Preparación y Respuesta ante Pandemias (PPR). Esto garantiza una comprensión y apreciación claras de los conceptos, marcos, herramientas y procesos existentes, especialmente al prepararse para el desarrollo de indicadores específicos de PPR para su monitoreo. Este es un paso importante que, de no implementarse, podría comprometer la identificación de áreas prioritarias clave para el proceso de selección de indicadores.

Algunos conceptos clave a explorar en esta etapa incluirían PPR (qué, por qué, detección, áreas técnicas, indicadores críticos), participación de la comunidad en PPR (por qué y cuándo) y una descripción general de los marcos críticos y las herramientas existentes para apoyar CLM-PPR.

Los marcos críticos de PPR para una inmersión más profunda pueden incluir, entre otros, el Reglamento Sanitario Internacional - 2005 (OMS, 2005), la Evaluación Externa Conjunta (OMS, 2022) y el Plan de Acción Nacional para la Seguridad Sanitaria^[2] (OMS, 2025). Se presentarán y explorarán en profundidad herramientas y recursos centrados en la comunidad que respaldan el monitoreo y la promoción de PPR, así como la traducción de la programación y las políticas en medidas para CLM. Estos pueden incluir el Kit de herramientas ITPC: Una guía para traducir las prioridades de programas y políticas en medidas cualitativas y cuantitativas para CLM (ITPC, 2022), y la Herramienta de seguimiento de recursos y presupuesto de preparación para pandemias liderada por la comunidad de EANNASO. Comprender estos marcos y herramientas no solo ayudará a los participantes a aprender cómo CLM para PPR se ajusta a esfuerzos de seguridad sanitaria nacionales y mundiales más amplios, sino que también les brindará el conocimiento adecuado para participar eficazmente en la identificación y el desarrollo de indicadores de CLM-PPR de alto impacto.

[2] El Plan de Acción Nacional para la Seguridad Sanitaria (NAPHS) es un proceso de planificación plurianual propiedad del país que puede acelerar la implementación de las actividades centrales del RSI y se basa en un enfoque de Una Salud para todos los riesgos y de todo el gobierno.

Paso 2: Desarrollar capacidades y sensibilizar al grupo convocado de expertos comunitarios sobre los conceptos y marcos de la PPR

Cómo se ve esto en la práctica

Durante las sesiones de desarrollo de capacidades y sensibilización, se lleva a cabo una capacitación detallada en las siguientes áreas:

1. Fundamentos de la preparación y respuesta ante pandemias, donde se guía al grupo de expertos a través de los conceptos básicos relacionados con la PPR, como qué y por qué la PPR, la diferencia entre preparación y respuesta, el ciclo de la pandemia (prevención, detección, respuesta y recuperación) y cómo la CLM-PPR se diferencia de la CLM-HTM.
2. Términos técnicos de CLM-PPR que pueden incluir vigilancia de enfermedades, sistemas de laboratorio, diagnósticos nuevos y emergentes y sus ventajas, diagnósticos existentes y dónde han fallado para impactar positivamente en la respuesta, control de preparación para infecciones tanto en instalaciones de salud como en la comunidad, coordinación y comunicación de respuesta a emergencias desde el nivel de base hasta el nivel central/nacional, resiliencia de la cadena de suministro.
3. Marcos globales y nacionales de PPR, que incluyen el RSI de 2005, las Encuestas de Evaluación de la Población (EJE) y el Plan Nacional de Salud (NAPHS). Cómo se vinculan estos marcos entre sí y cómo informan los procesos nacionales sobre PPR.
4. Herramientas y recursos centrados en la comunidad para apoyar el monitoreo y la promoción, y estos incluyen el Kit de herramientas ITPC: una guía para traducir las prioridades de programas y políticas en medidas cualitativas y cuantitativas para CLM, y la herramienta de seguimiento de recursos y presupuesto de preparación para pandemias liderada por la comunidad de EANNASO.

La mayoría de los participantes desconocen por completo el concepto de CLM-PPR, por lo que las sesiones de sensibilización deben realizarse en un formato sencillo y accesible para asegurar que todos los participantes se sientan atraídos. Estas sesiones se realizan en un punto comunitario de fácil acceso para todos los participantes y se ofrece traducción al idioma local correspondiente.

El facilitador, con quien los participantes se identifican fácilmente y han aceptado, comienza preguntando a los participantes sobre su comprensión de las pandemias, la diferencia entre preparación y respuesta, PPR y CLM-PPR. El facilitador pide a los participantes que den ejemplos con cada respuesta. Esto nos lleva a compartir experiencias individuales de cómo se vio la PPR para una pandemia determinada de la que uno elige hablar. COVID-19 será uno de los mejores para referenciar en general, ya que afectó a casi todos en el mundo, al mismo tiempo y en formas similares. Un trabajador de la salud hablará sobre lo difícil que fue acceder al EPP, mientras que un miembro de la comunidad habla de no saber cómo reportar un caso sospechoso. Un miembro de la comunidad, por ejemplo, dirá que no sabía a qué debería haber estado atento o incluso rastreado. Estas experiencias ayudan a los participantes a comprender y apreciar el papel del monitoreo liderado por la comunidad para la PPR.

Dominio JEE/Área de preparación	Realidades comunitarias	Pregunta potencial
Desarrollo de la fuerza laboral de salud	<ul style="list-style-type: none"> Las instalaciones suelen tener poco personal Formación inadecuada del personal sanitario 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Esta clínica tiene suficiente personal?
Sistema Nacional de Laboratorios	<p>No es posible realizar pruebas estándar de referencia internacional en el tiempo establecido para todos los pacientes que requieren este servicio. Por lo tanto, los pacientes esperan largas horas para ser atendidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cree que este establecimiento dispone de pruebas de diagnóstico para (inserte las enfermedades seleccionadas)? ¿Estas pruebas están disponibles (costo, días y horarios de atención), son aceptables y de alta calidad? ¿Cuánto tiempo espera en promedio un paciente los resultados de una prueba?
Resistencia a los antimicrobianos	<p>Uso subóptimo de medicamentos antimicrobianos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ¿Esta instalación experimenta escasez de antibióticos? ¿Cree usted que los antibióticos son recomendados adecuadamente por el personal sanitario de este centro?
Comunicación de riesgos y participación comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> Participación mínima de la comunidad Informados inadecuadamente sobre las actividades de salud pública que impactan su salud 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Han participado adecuadamente los miembros de la comunidad en las campañas de salud pública a nivel comunitario o institucional?
Control de prevención de infecciones	<ul style="list-style-type: none"> Generalmente hay un ambiente seguro en las instalaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Esta instalación tiene espacio adecuado entre las camas? ¿Tiene suficiente agua para lavarse las manos? ¿La instalación cuenta con un espacio de aislamiento?

Para una mejor comprensión y apreciación de las áreas técnicas, los participantes deben elegir al menos una o dos áreas técnicas a la vez. Se recomienda que la selección de las áreas técnicas se base en las prioridades de incidencia política. Se realizan visitas *in situ* para comprender el proceso de notificación durante una pandemia. Por ejemplo, los participantes interesados en la vigilancia de enfermedades visitan un centro de salud para comprender cómo se realiza la notificación. El equipo de prevención y control de infecciones observa las estaciones de higiene de manos y analiza el significado de las diferentes puntuaciones mencionadas en el informe de muestra. Consulte el Apéndice A para obtener más detalles sobre las Áreas Centrales, el Área de Preparación, los Indicadores y las preguntas de muestra para los indicadores especificados.

Paso 3: Defina las necesidades de salud pública y las prioridades de defensa de su comunidad

Una vez convocado y empoderado el grupo de expertos y defensores para participar en la CLM-PPR, la siguiente etapa crucial es reflexionar sobre las necesidades, los desafíos y las prioridades de incidencia de la comunidad en relación con la PPR y en consonancia con los marcos de PPR mencionados en el Paso 2. Esto ayuda a garantizar que solo se recopilen datos relevantes y útiles sobre CLM-PPR, lo que ayuda a su programa de CLM a utilizar sus recursos y tiempo de la manera más eficiente. Cuando se crean herramientas de datos sin reflexionar sobre cómo se utilizará la información, los programas de CLM corren el riesgo de dedicar mucho tiempo a la recopilación de datos, recopilando grandes cantidades de datos y sin analizarlos ni utilizarlos para la incidencia.

Estudio de caso: Sudáfrica y el seguimiento de la COVID-19

En marzo de 2020, Sudáfrica reportó su primer caso de COVID-19. A finales de mes, en un intento por reducir la tasa de transmisión, el gobierno sudafricano impuso un confinamiento nacional.

En el momento en que surgió la COVID-19, el programa [Ritshidze](#) CLM estaba en proceso de recopilación de datos en más de 100 sitios. Las comunidades directamente afectadas adaptaron la plataforma Ritshidze y aprovecharon el alcance del programa, entrando en acción en respuesta a la emergencia. El equipo desarrolló rápidamente encuestas instantáneas, administradas de forma remota (por teléfono y en línea) inicialmente durante el confinamiento y en persona una vez que se relajaron algunas restricciones. Estas encuestas generaron información en tiempo real sobre las interrupciones relacionadas con la COVID en el acceso a medicamentos y otros servicios de salud. Los recopiladores de datos de Ritshidze y sus socios en el sector de las personas con VIH comenzaron rápidamente a monitorear y rastrear las interrupciones en el acceso a los medicamentos contra el VIH y la tuberculosis, así como otros medicamentos esenciales, incluidos los anticonceptivos y los medicamentos para la salud mental; cierres de clínicas; y acceso a productos básicos de salud esenciales para la COVID-19, como equipos de protección personal (EPP) y vacunas contra la COVID-19. El equipo utilizó estos datos para abogar por el fortalecimiento de la respuesta nacional a la COVID-19; Por ejemplo, Ritshidze logró abogar con éxito para permitir que los clientes esperaran sus ARV dentro de las puertas de la clínica, lo que fue una victoria importante para proteger la privacidad, confidencialidad y seguridad del paciente. [Resilient Advocacy in the Time of a Pandemic](#), un informe de Treatment Action Campaign (TAC), los principales implementadores de Ritshidze, detalla otras victorias aseguradas como resultado de la defensa basada en evidencia, incluyendo asegurar la dispensación de tratamiento antirretroviral (TAR) durante varios meses. Los monitores comunitarios también recibieron dispensa para viajar y realizar el monitoreo durante los confinamientos por la COVID-19, lo que demuestra el apoyo formal del gobierno sudafricano a CLM. Si bien los confinamientos prohibieron los viajes no esenciales para todos los sudafricanos, los trabajadores de la salud se encontraban entre los cuadros excluidos de los requisitos. Reconociendo los servicios esenciales proporcionados por CLM y el papel de Ritshidze como importantes socios de salud, el Ministerio de Salud inicialmente le otorgó permiso a Ritshidze para continuar su trabajo de monitoreo. Las relaciones que Ritshidze había construido con el gobierno al lanzar el programa CLM resultaron esenciales, y los departamentos de salud eran actores clave que veían al equipo como socios clave durante la emergencia de salud pública.



Durante el nivel 5 de confinamiento, los pacientes del Hospital de Día Laeticia Bam se quejaron de tener que esperar afuera para recoger sus medicamentos. Esto los dejaba expuestos a la intemperie y al hacinamiento, lo que aumentaba el riesgo de transmisión de COVID-19. No se respetaba la confidencialidad del paciente y corrían un mayor riesgo de contraer COVID-19. Tras la intervención directa del TAC y el Departamento de Salud de la Bahía Nelson Mandela, mediante la monitorización de este y otros 47 centros, las condiciones mejoraron drásticamente. Crédito de la imagen: TAC.

Además de recopilar datos y promover la continuidad de los servicios, Ritshidze se convirtió en una fuente esencial de información sobre la COVID-19 para las comunidades, generando materiales de formación sobre el tratamiento bajo el lema "[La COVID-19 en nuestras vidas](#)". El gobierno proporcionó información a los monitores sobre la transmisión, las pruebas y las vacunas de la COVID-19, y brindó al equipo la oportunidad de hacer preguntas para comprender plenamente el virus. Cuando los monitores comunitarios acudieron a las clínicas para realizar el seguimiento, se convirtieron en una importante fuente de información sobre el tratamiento al interactuar con las comunidades.

A medida que la pandemia avanzaba, Ritshidze centró su atención en algunos de los desafíos no sanitarios de la COVID-19. Si bien los hospitales y las clínicas contaban previamente con protecciones especiales contra los cortes de suministro eléctrico, los cortes de energía comenzaron a afectar al sistema de salud. Ritshidze adaptó rápidamente sus herramientas de recopilación de datos para rastrear el acceso a generadores y combustible, así como el impacto de los cortes de suministro en el acceso a medicamentos. Cuando la provincia de KwaZulu-Natal experimentó inestabilidad política en julio de 2021, el programa pudo monitorear cómo las protestas violentas afectaron el transporte de medicamentos y productos esenciales en todo el país. La labor de promoción de Ritshidze incorporó estos datos, y el programa exigió que cada clínica contara con un generador, dinero para combustible y soluciones alternativas ante interrupciones en la cadena de suministro.

Un único programa CLM no puede monitorear todo; los indicadores deben permanecer Centrado en sus prioridades más importantes. Por ejemplo, un programa completamente nuevo en un

La fase piloto puede optar por centrarse solo en una o dos prioridades. Un proyecto más amplio y más

Un programa maduro podría monitorear más de 10 prioridades fundamentales. Lo más importante es asegurarse de que sus indicadores reflejen fielmente las prioridades de la comunidad en relación con el PPR. Además , asegúrese de no recopilar demasiados datos, ni sobre temas tan diversos, que impidan su análisis y uso efectivos. para la defensa de los derechos.

Hay muchas maneras de desarrollar prioridades de incidencia. En general, hay cinco preguntas clave que plantearse:

- 1.¿Cuáles son las áreas técnicas específicas destacadas en los Marcos PPR?
- 2.¿Cuáles de estos son mensurables a nivel comunitario?
- 3.¿Qué servicios relacionados con PPR le interesa monitorear?
- 4.Según su experiencia, ¿están disponibles estos servicios? ¿ Son fácilmente accesibles? ¿Es aceptable para su comunidad la forma en que se están desarrollando? ¿Requieren los servicios un gasto directo que los usuarios puedan afrontar? ¿Considera que estos servicios son de alta calidad?
- 5.¿Existen poblaciones, grupos o regiones que puedan tener más dificultades para acceder y utilizar estos servicios o que tengan necesidades específicas de atención médica?

¿En qué área de enfoque se centrará el PPR?

Antes de desarrollar las preguntas específicas de la encuesta, es importante determinar qué áreas de enfoque/preparación para la PPR son las más relevantes para el monitoreo comunitario. Estas áreas pueden incluir algunas o todas las siguientes: prevención y control de infecciones, vigilancia de laboratorio, puntos de entrada, prestación de servicios de salud, contramedidas médicas y despliegue de personal, comunicación de riesgos y operaciones de respuesta a emergencias.

Por ejemplo, para la Prevención y el Control de Infecciones (PCI), se podría evaluar si las instalaciones cuentan con estaciones de lavado de manos adecuadas, suministro de agua adecuado, suministros de EPP, espacios de aislamiento, triaje, espaciamiento de camas o seguridad para objetos punzantes. Para la Vigilancia de Laboratorio, las preguntas podrían centrarse en los sistemas de transporte de muestras, la disponibilidad de pruebas diagnósticas para enfermedades seleccionadas, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de los servicios de laboratorio, así como el tiempo de respuesta. Si se monitorean los Puntos de Entrada, el enfoque podría estar en los protocolos de detección, las instalaciones de cuarentena o los mecanismos de comunicación transfronterizos. Para la Prestación de Servicios de Salud, la CLM puede centrarse en planes de capacidad de aumento, protocolos de triaje y la continuidad de los servicios esenciales durante un brote. Para los recursos humanos, los indicadores pueden evaluar el comportamiento del personal de salud, la capacitación en respuesta a emergencias, los planes de despliegue del personal y la protección del personal de salud.

Para ser eficaz, es importante que la gestión de la vigilancia y el control de la comunidad se centre en un máximo de dos o tres áreas prioritarias, en lugar de intentar monitorear muchas a la vez. Es fundamental que las áreas prioritarias se seleccionen en función de las vulnerabilidades específicas de la comunidad.



Estudio de caso: Interrupciones en la prestación de servicios en Haití debido a la violencia

Haití atraviesa actualmente una policrisis extraordinaria, caracterizada por el aumento de la violencia de pandillas, la incapacidad del gobierno para abordar los problemas de seguridad y una amplia perturbación sociopolítica y económica. En el epicentro de la crisis se encuentra la ciudad de Puerto Príncipe, donde el gobierno nacional ha perdido progresivamente el control de más del 80% del área metropolitana.

Las crisis políticas tienen un gran potencial para interrumpir el acceso a los servicios de salud. En Haití, debido a los confinamientos y los altos niveles de violencia, se estima que pacientes y profesionales sanitarios no pueden acceder a un 20% de las clínicas que ofrecen servicios de VIH, tuberculosis y malaria. Además, los bloqueos y los retenes ilegales establecidos por bandas en las principales carreteras han contribuido a graves interrupciones en las cadenas de suministro y el transporte entre la capital y el resto del país. Varias clínicas están cerradas, en parte debido a que el personal sanitario ha migrado a regiones más seguras o ha abandonado Haití.

Según el Ministerio de Salud^[3], 10.000 pacientes con VIH experimentaron interrupciones de tratamiento en 2024 debido a pacientes desplazados internamente por la violencia de pandillas. La utilización de servicios de diagnóstico precoz infantil ha disminuido, las mujeres embarazadas con VIH han interrumpido cada vez más el tratamiento, y se reporta un número creciente de diagnósticos de VIH como resultado de la violencia sexual contra las mujeres y las poblaciones clave.

A pesar de estas circunstancias extraordinarias, el programa CLM en Haití ha continuado monitoreando el acceso a los servicios de salud donde sea seguro hacerlo. El equipo de CLM adaptó su monitoreo según la situación de cada provincia, y la recopilación de datos solo se realizó en las zonas con baja concentración de pandillas. Al realizar actividades de incidencia con los administradores de los centros, el programa implementó visitas virtuales de solución por videoconferencia. Sin embargo, en muchos sitios, el monitoreo tuvo que cancelarse o posponerse debido a la violencia activa o al desplazamiento interno del personal sanitario.

Los datos del CLM destacaron interrupciones en los servicios. Los datos del programa revelaron que la proporción de pacientes en Puerto Príncipe que se sienten muy seguros mientras esperan atención médica disminuyó del 68 % en el tercer trimestre de 2021 al 19 % en el cuarto trimestre de 2024. El programa CLM continúa abogando por un sistema de salud fortalecido para garantizar el acceso a servicios de salud de calidad para todos los haitianos.

¿Qué servicios relacionados con PPR le interesa monitorear?

Este paso implica reflexionar sobre qué servicios de PPR son la máxima prioridad para su comunidad y dónde se necesita con mayor urgencia la incidencia política para lograr el cambio. En algunos contextos, es posible que los defensores de la salud y de PPR ya hayan definido cuáles son las prioridades. Por ejemplo, es posible que ya haya definido las prioridades de incidencia política de su comunidad durante la elaboración de la Solicitud de Financiación del Fondo Mundial. O tal vez su país cuente con un plan de acción comunitario o una lista de verificación de prioridades de incidencia política para colaborar con las agencias nacionales de seguridad sanitaria. También debería dedicar tiempo a revisar los documentos de políticas y directrices pertinentes, como los planes estratégicos nacionales específicos de PPR, los planes nacionales de preparación para pandemias, los planes de acción nacionales para la seguridad sanitaria, los marcos de seguimiento y evaluación, los marcos de respuesta a emergencias y los sistemas de vigilancia de la salud pública. También puede considerar revisar los Procedimientos Operativos Estándar, los informes anuales de los JEE y los SPAR, así como las circulares ministeriales y las recomendaciones de los comités técnicos de One Health.

En otros entornos, puede que prefiera empezar desde cero, en cuyo caso puede resultarle útil utilizar un marco de PPR existente al desarrollar sus principales prioridades de incidencia. Por ejemplo, si su programa de CLM monitorea la PPR, podría utilizar el ciclo de preparación para pandemias como punto de partida. ¿Funcionan bien los sistemas de alerta temprana en su comunidad? ¿Cree que es necesario fortalecer los protocolos de respuesta a emergencias? ¿O cree que la necesidad más urgente es una mejor participación de la comunidad en la planificación de la preparación? ¿Dónde se encuentran los mayores desafíos y barreras? Recuerde que el objetivo no es enumerar todos los servicios de su país, sino centrarse en las necesidades y prioridades más urgentes. Los datos que recopile deben ser directamente relevantes para las intervenciones de incidencia y rendición de cuentas que su comunidad asumirá como parte de CLM.

En esencia, realizar una evaluación comunitaria integral serviría de base para la identificación y selección de indicadores para la gestión de la pobreza y la reducción de la pobreza. Esto incluiría un análisis exhaustivo del liderazgo comunitario, la recopilación de evidencia, la acción y la rendición de cuentas, la colaboración y la asociación, y, finalmente, la resiliencia y la sostenibilidad, todo ello en consonancia con la evaluación de la preparación para la reducción de la pobreza.

¿Estos servicios están disponibles, son accesibles, aceptables, asequibles y de calidad?

Ahora que tiene sus áreas de enfoque amplias y una lista de servicios prioritarios, el siguiente paso es identificar los principales desafíos o barreras que afectarían estos servicios durante una emergencia.

Un método consiste en utilizar el marco AAAAQ, que desglosa los diferentes componentes del acceso a la atención médica tanto en situaciones normales como en emergencias. El objetivo de esta fase es considerar si estos servicios:

- **Disponibilidad:** Cuando una persona visita la clínica, ¿se encuentran los suministros de respuesta a emergencias ubicados estratégicamente? ¿Hay clínicas o puntos de acceso comunitario cerca de las personas? ¿Hay suficientes enfermeras o médicos capacitados en los centros para prestar servicios? ¿Se pueden desplegar rápidamente para responder a emergencias? ¿Hay suficientes salas o instalaciones de aislamiento que se puedan activar? ¿Hay suficiente capacidad de laboratorio para aumentar las pruebas durante los brotes?
- **Accesibilidad:** ¿Existen barreras económicas para acceder a los servicios, como cuotas de usuario o costos de transporte? ¿Los servicios de respuesta a emergencias se distribuyen equitativamente? ¿Los pacientes deben recorrer largas distancias para llegar a la clínica? ¿Se ofrecen servicios en horarios convenientes para pacientes con trabajo, cuidado de niños u otras responsabilidades? ¿Los servicios están disponibles para todas las poblaciones y grupos de edad, o se les niega la atención a algunas poblaciones? ¿Conocen los miembros de la comunidad la existencia de los servicios? ¿Incluyen los planes de respuesta a emergencias transporte a zonas de difícil acceso? ¿Se ofrece teleconsulta si la consulta presencial no es una opción, especialmente en brotes altamente infecciosos?
- **Aceptable:** ¿Existen altos niveles de estigma o discriminación en las clínicas? ¿Son las medidas de respuesta a la pandemia culturalmente apropiadas para las diferentes comunidades? ¿Han participado los líderes comunitarios en el desarrollo de los planes de respuesta? ¿Está el personal de enfermería capacitado para brindar atención culturalmente sensible durante emergencias? ¿El personal de la clínica es amable, profesional y competente al brindar servicios? ¿Los planes de respuesta consideran las necesidades de diversas poblaciones, como las personas mayores, las personas con discapacidad, los niños y las personas con VIH?
- **Asequibilidad:** ¿Se cubren las pruebas y el tratamiento durante las pandemias o están subvencionados? ¿Requieren los servicios gastos directos de los clientes y pueden los usuarios afrontar el coste de los servicios? ¿Existen planes para garantizar que los medicamentos esenciales sigan siendo asequibles durante las interrupciones de la cadena de suministro? ¿Existen planes para una supervisión gubernamental regular e intensiva del sector privado durante las emergencias?
- **Calidad:** ¿Se prestan los servicios de acuerdo con los estándares nacionales o internacionales de atención? Por ejemplo, ¿se entregan los resultados de las pruebas a tiempo o se ofrecen tratamientos o medicamentos adecuados? ¿Se prestan servicios médicos de alta calidad en todos los centros, incluidos los privados? ¿El personal clínico cuenta con las herramientas médicas adecuadas? ¿Los medicamentos están caducados o a punto de caducar? ¿Existen sistemas de control de calidad para los suministros y equipos de emergencia?

A partir de las lecciones del brote de COVID-19, es importante observar cómo la AAAAQ podría verse afectada por el estrés de una emergencia. El objetivo es identificar cualquier punto crítico en el sistema de salud que pudiera comprometer la prestación de servicios de salud para un brote determinado y otras enfermedades como el VIH, la tuberculosis y la malaria, durante una emergencia.

¿Qué poblaciones o regiones enfrentan barreras o tienen necesidades específicas?

Finalmente, es importante considerar qué poblaciones, grupos o áreas geográficas enfrentarían las mayores barreras durante una emergencia pandémica. Por ejemplo, las personas que viven fuera de la capital podrían vivir muy lejos de una clínica, lo que implica altos costos de transporte y dificultades para desplazarse a la clínica para sus chequeos. En este caso, su prioridad podría ser la extensión comunitaria o los servicios móviles que pueden incluir la entrega de medicamentos a domicilio, el reembolso de los costos de transporte, así como la capacitación y el despliegue de trabajadores de salud comunitarios para brindar servicios básicos, como la identificación de casos y las derivaciones.

Los hogares de bajos ingresos podrían no poder cumplir con las cuarentenas, ya que tendrían que mantener a sus familias. En tal caso, puede ser importante que la gestión de la salud y el bienestar se centre en evaluar si los planes de preparación y respuesta ante una pandemia incluyen mecanismos de protección socioeconómica para apoyar a estas familias en un momento de restricciones de movimiento.

Los trabajadores de la salud y los trabajadores de salud comunitarios constituyen un subgrupo crítico de la población con necesidades específicas durante los brotes. Necesitan equipo de protección personal, servicios de salud mental y pago de horas extras. Sería beneficioso que los programas de CLM monitorearan la disponibilidad de estas necesidades durante los brotes.

Paso 3: Defina las necesidades de salud pública y las prioridades de defensa de su comunidad

Cómo se ve esto en la práctica

Durante su taller comunitario sobre indicadores, el programa CLM y las redes de la sociedad civil debaten las principales prioridades de incidencia política para la preparación ante pandemias en el país. Varios participantes participan en actividades de incidencia política, lo que les permite informar sobre las principales prioridades para mejorar la preparación ante emergencias. El grupo se centra en el seguimiento de la PPR, por lo que también revisan el marco de preparación ante pandemias y debaten sobre las etapas del ciclo de preparación ante pandemias que enfrentan las mayores barreras en el país. Finalmente, dado que el programa cuenta con el apoyo del Fondo Mundial, revisan las áreas programáticas financiadas por el componente de resiliencia del sistema de salud, y todos comparten sus percepciones sobre las deficiencias.

Con base en esto, coinciden en que los mayores desafíos en su país son los sistemas de alerta temprana a nivel comunitario y la capacidad de respuesta en los centros de atención primaria de salud. Para ambas áreas, analizan los desafíos específicos. Coincidieron en que la alerta temprana a nivel comunitario es débil, ya que los trabajadores de salud comunitarios carecen de la capacitación adecuada para identificar posibles signos de brotes y, además, tienen sistemas de notificación deficientes. También coinciden en que, a menudo, el obstáculo para una capacidad de respuesta efectiva es que los suministros esenciales de emergencia no están fácilmente disponibles en los centros de salud y que los trabajadores de salud no han recibido capacitación en protocolos de prevención y control de infecciones. También señalan que la comunicación de riesgos parece ser más débil en las comunidades rurales, según la experiencia de la red de jóvenes que viven con el VIH. Algunos defensores expresan su preocupación por el hecho de que los planes de emergencia rara vez incluyen disposiciones para las personas con discapacidad, que a menudo quedan excluidas de los protocolos de evacuación.

Al final, el grupo acuerda que las principales prioridades de promoción para su programa piloto de CLM serán centrarse en los sistemas de vigilancia de enfermedades basados en la comunidad, en particular en las áreas rurales, y garantizar que los centros de atención primaria de salud tengan suministros de emergencia adecuados y capacitación del personal actualizada periódicamente que incorpore las necesidades únicas de las personas con discapacidades.

Paso 4: Mapee la evidencia que necesitará para su defensa

Midiendo el “qué” y el “por qué”

Una vez identificadas las áreas de preparación para la pandemia que desea monitorear, es hora de pensar más específicamente en el tipo de datos que serían útiles para formular sus demandas de incidencia. Para ello, imagine qué historia podría contarle a un administrador de instalaciones o a un representante del gobierno para explicar la situación. ¿Qué estadística o dato necesita para construir un argumento más sólido?

Su incidencia política es más sólida cuando no solo puede describir los desafíos que surgen en la preparación del sistema de salud, sino también cuando puede compartir información sobre cómo el responsable puede solucionarlos. Esto implica describir el qué (p. ej., "este es el estado actual de preparación para emergencias en los centros de salud") y también el porqué (p. ej., "esto es lo que está causando la brecha en la preparación"). Esto le permite formular fácilmente solicitudes claras y específicas a la gerencia de las clínicas, los gobiernos y los donantes.

Ejemplo n.º 1: Indicadores para la vigilancia de enfermedades en la comunidad

Tema de incidencia	Categoría	El mensaje que desea compartir con el titular de obligaciones	Ejemplo de indicador de MLC	Solución propuesta, basada en los datos
Los establecimientos de salud carecen de suministros de emergencia	El qué	Nuestros datos de MLC muestran que el ___% de los establecimientos de salud primaria no cuentan con suministros de emergencia adecuados para la respuesta inicial a un brote	Pregunta para el personal del establecimiento: Su establecimiento cuenta con un kit de suministros de emergencia dedicado, con EPP y otros materiales esenciales?	“Cada establecimiento debe mantener un kit estándar con controles de inventario regulares, especialmente en estos ___ distritos donde ningún establecimiento cuenta con suministros de emergencia.”
	El porqué	Según nuestros datos de MLC, el ___% de los establecimientos informa que nunca recibe asignación presupuestaria para la PRP.	Pregunta para los administradores del establecimiento: Qué impide que su establecimiento mantenga suministros de emergencia adecuados?	

Este indicador de muestra respondería al dominio de operaciones de respuesta a emergencias de salud dentro del JEE del país.

Ejemplo n.º 2: Indicadores de disponibilidad de suministros de emergencia en establecimientos de salud

Tema de incidencia	Categoría	El mensaje que desea compartir con el titular de obligaciones	Ejemplo de indicador de MLC	Solución propuesta, basada en los datos
Las personas de la comunidad no pueden reportar señales potenciales de brotes.	El qué	"Según los datos del MLC, el ___% de los agentes comunitarios de salud señala que no cuenta con un mecanismo claro para alertar a las autoridades sobre patrones inusuales de enfermedad."	Pregunta para los agentes comunitarios de salud: "¿Cuenta usted con un procedimiento estándar para reportar patrones inusuales de enfermedad en su comunidad?"	"Establecer un sistema de notificación sencillo, con varias opciones de plataforma — WhatsApp, llamada telefónica, correo electrónico— en estas ___ comunidades donde no existe ningún mecanismo de reporte."
	El porqué	"Los datos del MLC indican que la razón más frecuente para no reportar es la falta de capacitación sobre las señales más comunes a identificar, según el ___% de los ACS encuestados."	"Pregunta para las enfermeras y los enfermeros: "¿Qué le impide reportar de manera eficaz posibles brotes de enfermedad en su comunidad?"	

Este indicador respondería al dominio de contramedidas médicas y despliegue de personal dentro del JEE del país.

Recopilación de datos que puedes explicar fácilmente

Los mejores indicadores son aquellos que permiten convertir los datos a porcentajes. Por ejemplo, si se pregunta a 20 personas si se realizaron una prueba diagnóstica en el punto de atención para alguna pandemia como la COVID-19, y 5 de ellas responden que no, se puede informar fácilmente que el 25 % de los encuestados no se había realizado una prueba diagnóstica en el punto de atención para la COVID-19. Esto es mucho más fácil de interpretar por varias razones:

- **Contexto:** Cuando se informa que cinco personas nunca se han realizado una prueba diagnóstica de COVID-19 en el punto de atención, es difícil comprender la importancia de esa cifra. Por otro lado, si se informa que el 25 % de las personas encuestadas no se han realizado una prueba diagnóstica de COVID-19 en el punto de atención, se puede comprender más fácilmente la magnitud de esa cifra en relación con el grupo total.
- **Comparabilidad:** En CLM, a menudo no se encuesta al mismo número de personas en cada clínica. Esto a veces se debe a que las clínicas son más grandes que otras, o quizás a que en algunos centros es más difícil encontrar personas elegibles e interesadas en participar. Si se calculan porcentajes, se pueden comparar grupos de diferentes tamaños, lo cual es imposible con los conteos. Por ejemplo, si un centro encuesta a 10 personas que se realizan una prueba diagnóstica de COVID-19 en el punto de atención, mientras que en otro centro se encuentran 20, se podría pensar intuitivamente que 20 es más que 10. Sin embargo, si el primer centro encuestó a 12 personas (es decir, $10/12 = 83\%$) y el segundo a 40 (es decir, $20/40 = 50\%$), se puede observar que la proporción de personas que tienen

De hecho, los porcentajes de personas que se han sometido a una prueba diagnóstica en el punto de atención para COVID-19 son más altos en el primer sitio. De esta manera, los porcentajes le permiten comparar más fácilmente diferentes clínicas o grupos.

- **Más fácil de entender:** En pocas palabras, muchas personas entienden intuitivamente que "el 50 % de las personas se sometieron a una prueba diagnóstica de COVID-19 en el punto de atención". Es más difícil para todos entender que "15 personas se sometieron a una prueba diagnóstica de COVID-19 en el punto de atención", lo que te hace preguntarte: "¿Es mucho?".

¿Cómo sabe si sus indicadores pueden interpretarse como porcentajes? Una buena regla general es que cualquier pregunta que comience con "El número de personas que..." o "¿Cuántas personas..." está diseñada para contabilizar a las personas, pero como no hay forma de conocer la población total de la que se está muestreando (el denominador), no hay forma de reportar estos datos como algo más que un conteo.

De hecho, si le interesa el recuento de pacientes, debería considerar si estos datos ya existen en otras fuentes. Por ejemplo, es posible que el Ministerio de Salud, los departamentos de salud distritales, la OMS, el Fondo Mundial, el Ministerio de Preparación para Desastres u otras organizaciones comunitarias ya estén recopilando datos relacionados con su área temática. En general, no debería intentar duplicar los datos existentes, pero los datos de CLM pueden servir para triangular o complementar los existentes. Por ejemplo, supongamos que le interesa observar la prevención y el control de infecciones. El departamento de salud distrital podría ya disponer de datos sobre el número de unidades de aislamiento en el distrito y en centros de salud específicos, pero los datos de CLM pueden aportar información sobre la calidad de las unidades de aislamiento. Por ejemplo, podría preguntar a los miembros de la comunidad si están satisfechos con la prevención y el control de infecciones en el centro, si esperaron en una unidad espaciosa, sentados a una distancia considerable entre sí y en un área bien ventilada, etc. Esta es una distinción importante: el monitoreo comunitario suele ser más adecuado que otras iniciativas de monitoreo y evaluación para capturar las experiencias de los usuarios y la calidad de los servicios de salud, yendo más allá del número de servicios prestados, que a menudo se captura mediante sistemas de datos más tradicionales.

Estudio de caso 2: Uganda y el impacto de los confinamientos

En Uganda, la respuesta nacional a la COVID-19 se caracterizó por confinamientos prolongados, prohibiciones de transporte y cierre de escuelas. Estas restricciones generaron múltiples y graves desafíos que afectaron el acceso a los servicios de salud y otros servicios esenciales.

Si bien el programa CLM era de reciente creación, la coalición que lo lideraba contaba con una amplia experiencia previa en la colaboración en incidencia política para aumentar la rendición de cuentas en las respuestas al VIH y la tuberculosis. Las organizaciones aprovecharon esta experiencia y activaron su infraestructura de la sociedad civil para monitorear y responder al impacto de las prohibiciones de movimiento, la persecución estatal de grupos vulnerables y el aumento general de la congestión en los centros de salud. La evidencia generada a través del monitoreo ayudó a las comunidades a instar a los responsables a ajustar las restricciones e invertir en la remediación de los daños negativos relacionados con el confinamiento.

El programa CLM identificó las prioridades de políticas y promoción de la COVID-19 basándose en la rápida retroalimentación de las comunidades, que incluyen:

- [Prohibiciones de transporte](#) que conducen a partos inseguros, incluidas las muertes de varias mujeres durante el parto, y activistas [activan los medios de comunicación para documentar los casos resultantes de morbilidad y mortalidad materna](#);
- Persecución policial a [familias](#), [personas LGBTQ+](#), [trabajadoras sexuales](#) y otras poblaciones vulnerables;
- Y los graves daños que sufren los niños con VIH y sus cuidadores, obligados a refugiarse en sus hogares generalmente sin acceso a ingresos, apoyo nutricional o tratamiento contra el VIH.

Los monitores también desarrollaron una herramienta de encuesta y llevaron a cabo una rápida recopilación de datos comunitarios con jóvenes VIH positivos y sus cuidadores en Uganda para descubrir los daños de las políticas de confinamiento que no planificaron la continuidad de los servicios esenciales de tratamiento y prevención del VIH. Estos hallazgos se recopilaron en un informe de rendición de cuentas, [Left Behind Under Lockdown](#), así como en un ensayo en video que documenta la muerte de una joven ugandesa VIH positiva a quien se le negó el tratamiento después de presentarse en una clínica, gravemente enferma, sin carta de transferencia. El informe y el video, " [Sentayi and Maureen](#) ", se entregaron a PEPFAR y al Gobierno de Uganda durante el curso de la promoción para dar forma al Plan Operativo Nacional de Uganda para 2021, a través de " [The People's Voice Uganda](#) ".

Como resultado, los activistas lograron mejoras concretas en la respuesta a la COVID-19. Estas incluyen:

- Exenciones totales por parte del gobierno de Uganda a las prohibiciones de transporte para mujeres embarazadas y lactantes
- Sanción del Ministerio de Salud a redes de PVVIH para brindar entrega comunitaria de recargas de TAR
- Eliminación de cualquier requisito de cartas de traslado como requisito previo para recibir atención y,
- Ampliación de la inversión en una gama de servicios de apoyo familiar para ayudar en los esfuerzos de retorno a la atención y al tratamiento.

Paso 4: Mapee la evidencia que necesitará para su defensa

Cómo se ve esto en la práctica

Un programa de CLM lleva varios años monitoreando los indicadores del sistema de salud, con especial atención a la malaria. El Ministerio de Salud contacta a una de las organizaciones comunitarias que lidera el programa y la invita a participar en la próxima Evaluación Externa Conjunta (ECE). Se le informa que la ECE reunirá a diversos sectores para compartir información sobre la preparación del país ante una futura pandemia. Se le solicita que represente al programa de CLM y comparta datos comunitarios, con especial atención a los recursos humanos para la salud.

El programa CLM se reúne para decidir cómo prepararse. Varios miembros del equipo CLM proponen añadir nuevos indicadores a las herramientas de encuesta actuales, que contabilizarían el número de enfermeras en cada clínica. Sin embargo, el grupo coincide en que los recuentos serían difíciles de contextualizar, ya que algunos centros atienden a más pacientes y, por lo tanto,

Y, por lo tanto, naturalmente tendría más personal que otros. En cambio, el equipo acuerda recopilar datos sobre si la dotación de personal es suficiente, lo cual determinarán preguntando a los administradores de las instalaciones y a los pacientes: "¿Creen que esta clínica tiene suficiente personal para satisfacer las necesidades de los pacientes?".

Sin embargo, comprender si hay suficiente personal es solo el "qué" y no responde al "por qué". Sin comprender qué está impulsando la escasez de personal, será difícil abogar por más enfermeras. Por lo tanto, el programa CLM decide agregar dos nuevas preguntas. Primero, deciden preguntar a los gerentes de los centros si la escasez de personal se debe a que no se están creando puestos, si no pueden encontrar candidatos o si se enfrentan a una alta rotación. También pedirán a las propias enfermeras que informen si la rotación es alta debido a un salario insuficiente, no se les paga a tiempo, una carga de trabajo excesiva o la falta de los recursos y las herramientas que necesitan para hacer su trabajo. De esta manera, el equipo se siente preparado para unirse a la reunión del JEE y compartir cuáles son los problemas de personal, explicar qué está impulsando estos problemas y abogar ante el Ministerio de Salud para abordar estos desafíos.

"Preguntas clave: ¿Deberían los países estandarizar los indicadores CLM?"

A medida que más actores se involucran en la gestión de la salud en el trabajo, los gobiernos y otros responsables han propuesto la "estandarización" de los indicadores de la gestión de la salud en el trabajo, incluyendo aquellos para la gestión de la salud en el trabajo-PPR. La estandarización, o el proceso por el cual todos los programas de gestión de la salud en el trabajo de un país monitorean los mismos indicadores, es inconsistente con los principios básicos de la gestión de la salud en el trabajo, en particular que las comunidades deben decidir qué se debe medir, y un enfoque estandarizado asume erróneamente un conjunto de prioridades dentro de un sector diverso. También presupone que existe un diagnóstico compartido de las causas reales de las barreras a los servicios de salud accesibles y de calidad entre todos los actores, cuando las perspectivas comunitarias podrían diferir justificadamente de las preocupaciones y prioridades de los demás. El control y liderazgo comunitarios son esenciales para el éxito de la gestión de la salud en el trabajo. La "estandarización" no es necesaria y conduce a esfuerzos por parte de actores no comunitarios para construir un programa de gestión de la salud en el trabajo, lo que genera una confusión de roles.

Compartir herramientas de gestión de la incidencia política (CLM) entre los programas de CLM de un país y compartir qué sitios están cubiertos por cada programa suele ser útil para la coordinación y el intercambio de conocimientos. Solicitar retroalimentación sobre los indicadores CLM-PPR propuestos también es una medida común que las comunidades pueden tomar para mantener informados a los responsables gubernamentales y a los donantes. Sin embargo, estandarizar lo que se mide conlleva limitaciones innecesarias para los programas, a la vez que desvía el poder y el control de las comunidades.

Paso 5: Desarrolle preguntas de recopilación de datos para sus encuestas

Una vez que haya desarrollado las prioridades de su comunidad y tenga una idea de los tipos de evidencia que has tomado la evidencia que deseas recopilar, el siguiente paso es desarrollar los indicadores (o preguntas) que se incluirán en tus herramientas de recopilación de datos.

Consideraciones clave:



- ¿A quién vas a encuestar?
- ¿Qué sitio deberías inspeccionar?
- ¿Qué tipo de pregunta proporcionará la mejor información?
- ¿En qué área técnica del PPR nos centraremos?
- Cómo hacer buenos indicadores

Nota: Consulte la matriz de indicadores en el Apéndice A para su selección. de indicadores.

Ética en el desarrollo de preguntas

Si bien la CLM no es una investigación, sigue siendo importante que la recopilación de datos, el análisis y la promoción son **seguros y respetuosos para los recopiladores de datos y los encuestados**. Sobre todo, Priorizar la seguridad de ambos grupos. En relación con las herramientas de encuesta, existen varias claves para priorizar la ética en sus herramientas:

- El objetivo del CLM es monitorear los sistemas y servicios de salud, no la vida de las personas. Por ejemplo, en lugar de preguntar "¿Ha tenido efectos secundarios por el uso de ciertos antibióticos?", podría preguntar "¿Cree que le proporcionarían antibióticos en este centro si su médico se los recetara?". Esto le permite recopilar datos útiles sobre el tema, sin pedir a las personas que revelen información sobre una experiencia personal.
- No recopile información personal identificable, como nombres, números de identificación o números de teléfono. Vincular estos datos a aspectos como la pertenencia a una población clave puede ser peligroso, especialmente en entornos discriminatorios. Como sabemos, los cambios de política pueden ser muy rápidos, por lo que siempre es mejor ser extremadamente cauteloso. Una población que no está criminalizada hoy podría estarlo mañana, y el gobierno podría solicitar el acceso a sus datos si eso sucede.
- Para preguntas que puedan resultar incómodas o vergonzosas, como las relacionadas con el lavado de manos, incluya siempre la opción de respuesta "Prefiero no responder" o no formule las preguntas obligatorias. Al recopilar datos, recuerde a los encuestados que pueden omitir una pregunta o detener la encuesta en cualquier momento.
- Nunca solicite acceso a historiales médicos de un centro ni tome fotografías de los mismos como parte de la recopilación de datos. Esto constituye una violación de la privacidad del paciente. Solo tome fotografías de los usuarios del servicio si le han dado su consentimiento explícito; en general, cualquier material público debe difuminar las fotos de cualquier persona que no pertenezca al equipo de CLM.
- Incluya siempre una declaración de consentimiento informado al inicio de una encuesta. Esta declaración debe indicar quién es usted, por qué recopila datos, para qué se utilizarán, si alguno de ellos estará vinculado a información identificable y dejar claro que cualquier persona puede optar por no participar en cualquier momento sin consecuencias.

Puede ser tentador preguntar a todos sobre todo y recopilar la mayor cantidad de datos posible. La realidad es que esto le exigirá un mayor esfuerzo sin mejorar necesariamente el impacto de CLM-PPR. Cuando nuestras encuestas tienen demasiadas preguntas, a menudo no utilizamos todos nuestros datos. Además, cuando las encuestas tardan mucho en completarse, los encuestados tienden a frustrarse y no las terminan o proporcionan datos de baja calidad hacia el final; por ejemplo, pueden simplemente empezar a responder "sí" a todas las preguntas para terminar. Esto también puede agotar la energía de los monitores que realizan las preguntas. Por lo tanto, es fundamental que solo incluyamos los indicadores que más queremos priorizar.

¿A quién debería encuestar?

Debe encuestar a las personas que pueden brindarle la información y las perspectivas necesarias para su incidencia. Para la mayoría de los programas de CLM-PPR, esto implicará una combinación de:

1. Personas que utilizan servicios de atención sanitaria (es decir, usuarios del servicio),
2. El personal encargado de las decisiones de gestión de la clínica (gerentes de instalaciones),
3. El personal que presta atención (enfermeras, médicos, trabajadores de salud comunitarios),
4. Funcionarios de salud del distrito, especialmente cuando queremos información sobre instrumentos legales y su posterior aplicación.

Una vez que haya decidido quién conocerá la información que necesita, debe pensar dónde puede encontrar a estas personas. Por ejemplo, si le interesa obtener más información sobre los grupos de apoyo, pero estos son administrados por socios comunitarios, no tiene sentido incluir preguntas sobre ellos en su encuesta para administradores de centros. De igual manera, si los adolescentes no asisten frecuentemente a los servicios en los centros, centrar la mayoría de las preguntas de su encuesta en la experiencia adolescente no generaría datos de calidad.

Si bien muchos proyectos de CLM realizan la mayor parte de su recopilación de datos en centros de salud, otros emplean estrategias alternativas cuando la información que les interesa se encuentra mejor fuera de los centros. Mediante la recopilación de datos comunitaria, los proyectos de CLM han recopilado con éxito datos sobre diferentes subgrupos de población, como poblaciones clave, adolescentes (para CLM-HTM) y otros grupos de personas que pueden ser más difíciles de encontrar en los centros de salud. Cabe destacar que la recopilación de datos comunitaria puede ser útil para captar las experiencias de quienes ya no utilizan o no se sienten bienvenidos en los centros de salud debido a experiencias pasadas.

Sin embargo, identificar a los encuestados fuera de las instalaciones puede requerir un poco más de trabajo. Una estrategia común es acudir a puntos críticos o zonas donde se sabe que se reúnen los grupos de personas que le interesa conocer. Estos pueden ser, por ejemplo, comunidades densamente pobladas y zonas de influencia de clínicas. Otra estrategia es utilizar el "muestreo de bola de nieve". Esto significa encontrar a personas con conocimientos en el grupo que le interesa y preguntarles si conocen a alguien más que pueda estar interesado en completar la encuesta. Es importante que los recopiladores de datos siempre permanezcan en grupos y prioricen su seguridad al recopilar datos fuera de las instalaciones.

¿Qué sitios deberías inspeccionar?

Dependiendo de sus prioridades en materia de CLM-PPR, podría revisar diversos datos del programa a distintos niveles para determinar qué centros seleccionar para el monitoreo. Por ejemplo, si busca un programa nacional de CLM-PPR representativo de diversos subgrupos poblacionales, debería asegurarse de incluir centros de referencia con un alto volumen de pacientes. Si se centra en la promoción de la disponibilidad de medicamentos críticos, como los antibióticos, revisar los datos del programa a nivel de centro le ayudará a identificar las clínicas con escasez frecuente de antibióticos. Esto también puede orientar a su programa en la selección de centros. La ausencia de pruebas diagnósticas críticas en el punto de atención, por ejemplo, puede indicar la posibilidad de otros desafíos en una clínica que se beneficiarían del monitoreo y la promoción. Además, las comunidades en una ubicación definida tienen la facultad discrecional de decidir monitorear la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad, la asequibilidad y la calidad del servicio en el centro al que acceden.

¿Qué tipo de pregunta proporcionará la mejor información?

Los tipos comunes de preguntas que se incluyen en las encuestas son de opción única, de opción múltiple y abiertas. Todas ellas tienen sus ventajas y desventajas.

1. Opción única

Estas son preguntas para las que el encuestado solo puede seleccionar una respuesta de una lista de opciones. Son útiles para preguntas sencillas y directas, pero pueden no ser apropiadas para temas más complejos.

Es importante que las opciones de respuesta que ofrecemos a las preguntas cubran diversas experiencias. Por ejemplo, si preguntamos: "¿Es amable el personal del centro?" y solo ofrecemos "Sí" o "No", es posible que no se reflejen las experiencias de las personas. Alguien podría haber tenido, en general, buenas experiencias en un centro con el personal, pero recientemente tuvo una mala experiencia, o viceversa. En este caso, ofrecer opciones de respuesta como "Siempre", "A veces" y "Nunca" podría ser más apropiado. Al pedir a los usuarios que seleccionen respuestas de una lista, también podría incluir una opción para "Ninguna de las anteriores" u "Otra" para asegurarse de que puedan seleccionar una respuesta que les corresponda.

Un tipo especial de pregunta de opción única se denomina escala Likert. Este tipo de pregunta pide a los usuarios que indiquen su grado de acuerdo o desacuerdo con una afirmación mediante una escala móvil (por ejemplo, de "Totalmente en desacuerdo" a "Totalmente de acuerdo").

2. Opción múltiple

Estas preguntas permiten a alguien seleccionar tantas opciones como quiera de una lista de posibles respuestas. Puede ser tentador poner muchas opciones diferentes para este tipo de preguntas; sin embargo, los datos sugieren que esto en realidad reduce la calidad de los datos. Las personas a menudo no leen ni escuchan una lista completa y se ha demostrado que son más propensas a seleccionar solo las opciones de respuesta del principio o del final de una lista larga. Si debe usar preguntas de lista, es mejor mantener las opciones de respuesta a menos de ocho. Para temas importantes, es mejor preguntar sobre cada opción en una lista individualmente. Por ejemplo, en lugar de preguntar: "Por favor, seleccione todos los servicios que están disponibles en este centro?" pregunte sobre un subconjunto de servicios que realmente le interesen como: "¿Hay suficiente agua en este centro?" y "¿Hay una habitación de aislamiento disponible en este centro?".

3. Texto libre y abierto

Estas preguntas permiten al encuestado responder libremente sobre una pregunta en lugar de seleccionar una respuesta predefinida. Son ideales cuando no se está seguro de cómo responderían las personas o se desean más detalles. Sin embargo, no se pueden analizar automáticamente, por lo que requieren tiempo y atención para su revisión individual; por lo tanto, deben usarse con moderación. Para temas complejos, considere entrevistas o grupos focales en lugar de preguntas abiertas dentro de las encuestas.

4. Otros tipos de preguntas

Otros tipos de preguntas podrían incluir la recopilación de información como fechas y horas, o la toma de fotografías de las condiciones en un centro de salud. Lo más importante al considerar preguntas como estas, al igual que con cualquier otro indicador, es pensar en cómo se analizarán y utilizarán estos datos. Debe existir una razón clara para la recopilación de estos datos y un plan para analizarlos, especialmente cuando elementos como las fotografías requieren un análisis manual.

También puede resultarle útil consultar las herramientas de encuesta utilizadas por otros programas CLM-PPR. Revisar las áreas temáticas que monitorean los proyectos CLM-PPR en otros contextos también puede ser una forma útil de generar ideas sobre temas para el monitoreo. Varios proyectos CLM-PPR ya han hecho públicas sus herramientas.

Cuando sea pertinente, los datos deben recopilarse de forma desagregada para permitir la identificación de problemas específicos de la población o para identificar disparidades entre grupos. Esto significa que, al inicio de las encuestas, se pueden hacer preguntas sobre la edad y el género de las personas. Si es seguro hacerlo, también se puede preguntar a las personas sobre su subgrupo de población, priorizando la seguridad y la privacidad de los encuestados.

¿Cómo escribir una buena pregunta de encuesta?

El uso de buenos métodos de redacción de preguntas puede contribuir a que los datos sean más útiles para la promoción y a que otras partes interesadas confíen en ellos. Las estrategias clave se describen a continuación:

- **Claridad:** Utilice siempre un lenguaje lo más comprensible posible. Si debe usar un término técnico que podría no ser del dominio público, puede ser útil incluir una descripción del mismo, por ejemplo: "¿Ha oído hablar de la resistencia a los antimicrobianos (RAM)? La RAM se refiere al uso óptimo de los medicamentos antimicrobianos para la salud humana".
- **Especificidad :** Asegúrese siempre de preguntar solo sobre un tema a la vez; de lo contrario, los resultados serán difíciles de interpretar. Añadir marcos temporales para asegurar que las personas comparten experiencias recientes también puede contribuir a la procesabilidad de los datos. Esto garantiza que nuestros datos informen sobre un problema actual y nos permite rastrear cuándo los responsables realizan cambios en respuesta a nuestras solicitudes.
- **Evite las respuestas capciosas :** Es importante que sus preguntas sean lo más neutrales posible para no influir en los encuestados con la forma en que las formulamos. Por ejemplo, preguntar: "¿Qué desafíos enfrenta para acceder a los servicios de salud?" presupone que las personas enfrentan al menos algunos desafíos. En cambio, preguntar: "¿Enfrenta alguno de los siguientes desafíos para acceder a los servicios de salud?" e incluir la opción "Ninguno" brinda a las personas la oportunidad de reconocer también las experiencias positivas. Otra forma de revisar esta pregunta que facilita el análisis es preguntar primero si alguien enfrenta algún desafío para acceder a los servicios de salud y luego preguntar solo a quienes responden "sí" qué desafíos enfrentan.

Comprobación de conocimientos: Diseño de preguntas

¡Pon a prueba tus conocimientos!

De las dos preguntas siguientes, ¿cuál sería la pregunta más sólida?

- 1.Opción 1: ¿Crees que el personal de la instalación es amable y conocedor?
- 2.Opción 2: ¿Crees que el personal de la instalación es amable?[4]

¿Y qué pasa con estas dos preguntas? ¿Cuál es más fuerte?

- 1.Opción 1: En los últimos seis meses, ¿le han negado el acceso a los servicios en este centro porque es trabajadora sexual?
- 2.Opción 2: ¿Alguna vez le han negado el acceso a servicios por ser trabajadora sexual?[5]

Paso 6: Pruebe y perfeccione sus herramientas de recopilación de datos

Herramientas de pilotaje antes de la recopilación de datos

Después de dedicar tiempo a desarrollar sus herramientas de recopilación de datos, siempre es importante asegurarse de que funcionen en la práctica. Que una pregunta tenga sentido para usted no significa que sea comprensible para los demás. Realizar pruebas previas es una buena manera de garantizar que sus encuestas tengan la extensión adecuada, sean claras tanto para los recopiladores de datos como para los encuestados, y que no contengan errores. A continuación, se presentan dos estrategias diferentes para realizar pruebas previas de sus herramientas.

1.Haga que sus recopiladores de datos se emparejen y se entrevisten entre sí. Esta es una excelente manera de ver cuánto tiempo tardan realmente en entregar las encuestas y de que los recopiladores de datos señalen las preguntas poco claras.

2.Pruébe preguntas importantes con los encuestados, a veces denominadas entrevistas cognitivas. Revise las preguntas importantes y pregunte a las personas de las comunidades que encuestarán si hay palabras que no entiendan. Pedirles que describan la pregunta o que la reformulen es otra excelente manera de mejorar sus preguntas. Es importante destacar que, si la encuesta está en varios idiomas, este proceso debe realizarse con hablantes de cada idioma en el que se recopilarán los datos.

[4] Respuesta: Opción 2: "¿Cree que el personal del centro es amable?". Esta es la mejor pregunta, ya que siempre debemos preguntar solo sobre un concepto a la vez. Puede haber personal amable que no esté bien informado, y viceversa. Además, las preguntas de apoyo relacionadas con el personal antípatico y el personal poco informado pueden ser diferentes; por ejemplo, ¿necesitan más capacitación o mejor supervisión por parte de los gerentes?

[5] Respuesta: Opción 1: «En los últimos seis meses, ¿le han negado el acceso a los servicios en este centro por ser trabajadora sexual?». Si utilizáramos la otra pregunta, los administradores del centro podrían responder que sí, que a veces se les han negado servicios a las personas en el pasado, pero que no ha sido así durante muchos años. Esto también nos permite hacer un seguimiento de la mejora a lo largo del tiempo.

¿Qué tan larga es una encuesta?

No hay una respuesta exacta sobre cuánto tiempo debería tomar completar una encuesta; sin embargo, es importante recordar que tenemos el deber ético de no abusar del tiempo de nadie. ¡Todos, desde los administradores de las instalaciones hasta los usuarios del servicio, tienen tareas importantes que hacer! La evidencia también sugiere que cuanto más larga sea una encuesta, peor será la calidad de los datos que se obtendrán al final. Los encuestados pueden aburrirse o cansarse y comenzar a responder las preguntas más rápido solo para completar la encuesta.

Como regla general, las encuestas que duran más de 30 minutos pueden resultar demasiado largas, por lo que conviene revisar las herramientas para asegurarse de que todas las preguntas sean útiles y relevantes para su labor de incidencia política. Sin embargo, hay otras medidas que puede tomar para que las encuestas más largas sean más fáciles de completar para los encuestados:

- Para los administradores de las instalaciones, puede dejar un número de teléfono y permitirles que le devuelvan la llamada y le den respuestas a una encuesta en un momento posterior que sea conveniente para ellos.
- Para los usuarios del servicio, puede entrevistarlos mientras esperan los servicios después de registrarse, en lugar de pedirles hablar con ellos después de que ya hayan recibido los servicios y estén tratando de abandonar las instalaciones.

Paso 6: Pruebe y perfeccione sus herramientas de recopilación de datos

Cómo se ve esto en la práctica

Imagina que estás realizando un seguimiento comunitario de los servicios para personas que consumen drogas. Observas que tu Ministerio de Salud ha comenzado a recomendar recientemente la disponibilidad de un medicamento llamado naloxona, que puede ayudar a revertir una sobredosis. Decide preguntarle a la persona con discapacidad: "¿Tienes acceso actualmente a naloxona?".

Se ha asociado con una organización que presta servicios a PUD y les ha pedido que reúnan a un grupo de usuarios para realizar una prueba preliminar de sus herramientas. Repasa varias preguntas de la encuesta y explica detalladamente cómo las entienden. Al llegar a la pregunta "¿Tiene acceso actualmente a naloxona?", primero pregunta al grupo si hay alguna palabra que no entiendan. Varias personas indican que no están seguras de qué es la naloxona.

A veces, cuando las preguntas de la encuesta usan palabras que los encuestados no entienden, puede considerar términos más cortos o sencillos. Como alternativa, al preguntar sobre un servicio o medicamento específico que pueda tener un nombre técnico, puede agregar información sobre el servicio. Esto no solo ayudará al encuestado a responder mejor, sino que también le ayudará a comprender mejor el tratamiento y a los miembros de la comunidad los tipos de servicios que podrían necesitar.

A continuación, preguntas cómo alguien del grupo podría reformular la pregunta de otra manera. Alguien dice: "¿Está usando actualmente un medicamento llamado naloxona?". Te das cuenta de que la gente podría interpretar la palabra "acceso" de diferentes maneras. Desde una perspectiva de defensa, decides que lo que más te interesa es si se ofrece naloxona a personas con discapacidad en los centros de salud pública. Con ambas cosas en mente, reformulas tu pregunta original de la siguiente manera:

¿Le han ofrecido naloxona en su centro de salud durante los últimos 6 meses? La naloxona es un medicamento que revierte rápidamente una sobredosis de opioides (como la heroína). Puede restablecer la respiración normal en 2 o 3 minutos.

Herramientas de refinamiento después de la recopilación de datos

Sus herramientas pueden, y deben, seguir evolucionando a medida que su programa completa más ciclos de recopilación de datos. Es importante mantener los indicadores que funcionan bien y que usted ha utilizado para la incidencia política, ya que observar cómo cambian las cosas con el tiempo puede ser fundamental. Sin embargo, es posible que algunas preguntas ya no sean relevantes para sus prioridades de incidencia política o que deban revisarse para recopilar datos de mayor calidad. A continuación, se presentan algunas ideas para revisar sus herramientas:

- **Revise sus prioridades de incidencia política** . Puede recopilar las opiniones de las partes interesadas de la comunidad y revisar los nuevos documentos de políticas o estrategias. Si existen nuevas prioridades para las que no cuenta con indicadores, considere crear otros que las aborden. Sin embargo, es importante no solo agregar indicadores, ya que esto solo alargará sus herramientas. Una buena regla general es intentar eliminar un indicador por cada indicador que agregue. Una forma de encontrar indicadores para eliminar es pensar en aquellos que no haya utilizado durante sus actividades de incidencia política del último año.
- **Mejore las preguntas existentes.** A veces, puede que aún tenga las mismas prioridades de promoción, pero se da cuenta de que sus preguntas no le brindan los datos que necesita. Puede descubrirlo de dos maneras diferentes:
 - ¿Alguna vez participaste en una campaña de incidencia política y te diste cuenta de que la información que tenías sobre un tema no te proporcionaba lo que necesitabas para solicitar un cambio? Trabaja en reversa desde la "solicitud de incidencia" que tenías para revisar tus preguntas sobre el tema.
 - Pregunte a los recopiladores de datos si hay preguntas que resulten confusas para los encuestados. ¿Se pueden mejorar para que sean más claras?
 - Al revisar los datos, puede que descubra que muchas personas han seleccionado "No sé", "Prefiero no responder", "Otro" o han omitido algunas preguntas por completo. Si esto sucede con frecuencia con las mismas preguntas, es un buen indicio de que su pregunta es difícil de entender o que las respuestas que ofrece no se ajustan a las experiencias de los usuarios. ¿Se pueden editar sus opciones de respuesta?



Utilizando datos cualitativos para revisar sus preguntas

Si bien muchos proyectos de CLM priorizan los datos cuantitativos por su facilidad de análisis, también pueden recopilar datos cualitativos mediante indicadores de texto abierto. Un uso común de este tipo de indicadores en las herramientas de encuesta es cuando alguien selecciona la opción de respuesta "Otro"; se le puede pedir que escriba qué quiere decir con "otro".

Por ejemplo, en la evaluación del PPR, la pregunta podría ser:

1. Seleccione los desafíos de respuesta a emergencias que existen en la instalación:

- Falta de capacitación del personal sobre protocolos de comunicación de emergencia
- Los miembros de la comunidad no saben a quién contactar durante las emergencias
- Otro
- Prefiero no responder
- No lo sé

Si alguien selecciona "Otros", la herramienta debería pedirle que especifique qué otros desafíos de comunicación ha identificado. Estas respuestas cualitativas nos ayudan a identificar información que quizás no hayamos previsto. Por ejemplo, podríamos descubrir que dichos sistemas de comunicación solo funcionan durante cierto horario laboral.

Tras la recopilación inicial de datos, es importante revisar cuidadosamente la frecuencia y la coherencia de las respuestas. Si ciertas respuestas aparecen varias veces en varios encuestados, deben incluirse como respuestas principales en la herramienta revisada. Esto ayudará a garantizar que la herramienta sea precisa y recopile datos relevantes.

Apéndice A:

Monitoreo comunitario para la preparación y respuesta ante pandemias: Matriz de evaluación con indicadores basados en el RSI-JEE y preguntas de muestra

Área central	Área de preparación	Indicador	Preguntas de muestra para hacer
Prevenir brotes	Legislación y política	P.1.1 El condado/provincia/distrito/estado cuenta con leyes, estatutos, reglamentos, políticas e instrumentos administrativos en todas las áreas relevantes de preparación para pandemias y los ha evaluado, ajustado y alineado para permitir el cumplimiento del RSI.	<p>Qn 1.1 ¿Conoce algún instrumento legal en su área que permita a las autoridades locales tomar una o todas las siguientes acciones durante emergencias de salud: declaración de una emergencia de salud, prepararse para la emergencia, coordinar servicios de emergencia, brindar apoyo de recuperación a las comunidades afectadas, establecer un plan de respuesta?</p> <p>(Proporcione opciones de respuesta como si, no, en cierta medida; y dé ejemplos de instrumentos legales: directrices, estatutos, políticas, etc. y, finalmente, haga un seguimiento de la pregunta con qué autoridades para qué acciones)</p> <p>Qn 1.2 En su experiencia, ¿qué tan bien se implementan las leyes y políticas sobre emergencias de salud en su área?</p> <p>(Proporcione una lista de posibles respuestas: Muy bien - siempre se sigue, bien -usualmente se sigue, no sé qué leyes y políticas existen)</p>
	Financiación	P.2.1 Existen mecanismos de financiamiento y fondos disponibles para responder oportunamente a emergencias de salud pública en el condado/provincia/distrito/estado de manera rutinaria.	<p>Pregunta 2.1 ¿Cómo se pagan los costos continuos de las actividades de preparación para emergencias de salud (vigilancia de enfermedades, capacitación del personal, suministros de emergencia, mantenimiento de equipos) en su área en su centro de salud local?</p> <p>(Proporcione opciones: presupuesto del gobierno, donantes, contribuciones de la comunidad, gastos de bolsillo, tarifas de usuario, combinación de fuentes, no lo sé)</p>
	Coordinación y promoción del RSI	P.3.1 Se establece un mecanismo funcional de coordinación multisectorial para detectar, evaluar y responder a cualquier emergencia sanitaria	<p>Pregunta 3.1. Con base en lo que ha observado durante las emergencias sanitarias en su zona, ¿cómo describiría la coordinación entre su centro y otros actores relevantes?</p> <p>(Proporcione una lista de posibles respuestas: Excelente trabajo en equipo, Buena cooperación, cierta coordinación pero con deficiencias, no lo sé, etc.)</p> <p>Pregunta 3.2 ¿Conoce alguna estrategia oficial para promover la implementación de las actividades del RSI?</p> <p>(Proporcione posibles respuestas: Sí, conozco ese plan, he oído hablar de él pero no conozco los detalles, no, no conozco ese plan, no lo sé)</p>
	Resistencia a los antimicrobianos (RAM)	P.4.1 Acción decisiva para prevenir la aparición y propagación de la RAM en los seres humanos	<p>Pregunta 4.1 En su experiencia en el centro, ¿ve que el personal lleva un registro de los antibióticos que se administran a los pacientes?</p> <p>(Posibles respuestas: Sí, lo veo regularmente; Sí, a veces lo veo; No, no veo que esto suceda; No lo sé)</p> <p>Pregunta 4.2 ¿Cuáles de estas prácticas de control de prevención de infecciones (PCI) observa en su centro de salud?</p> <p>(Respuestas: lavado de manos; Precauciones de contacto; Aislamiento del paciente; Limpieza ambiental)</p> <p>Pregunta 4.3 En su área, ¿las personas necesitan una receta de un médico o trabajador de la salud para obtener antibióticos?</p>

			<p>(Sí, siempre se necesita receta médica; Sí, pero algunos lugares venden sin receta; No, se puede comprar sin receta; No lo sé)</p> <p>Pregunta 4.4 ¿Qué ayuda a las personas de su zona a obtener antibióticos cuando los necesitan? <i>(Posibles respuestas: Existencias de medicamentos en el centro; medicamentos subvencionados; Medicamentos gratuitos para ciertas afecciones; Suministros de medicamentos de emergencia disponibles; Sistema de derivación a otros centros; No sé)</i></p>
	Enfermedades zoonóticas	<p>P.5.1 Existen sistemas organizados para la coordinación entre el sector de salud animal, el de salud pública y el ambiental.</p> <p>P.5.2 Se han establecido y funcionan mecanismos para responder a enfermedades infecciosas y potencialmente zoonóticas.</p>	<p>Pregunta 5.1 ¿Conoce algún memorando de entendimiento entre diferentes departamentos para trabajar juntos en materia de enfermedades que se transmiten de los animales a las personas? <i>(Posibles respuestas: Sí, conozco esos memorandos de entendimiento ; he oido algo sobre ello, pero no estoy seguro; no, no conozco ningún memorando de entendimiento ; no lo sé)</i></p> <p>Pregunta 5.2 Si ocurriera un brote de enfermedad que afectara a los animales en su área, ¿cree que las autoridades locales sabrían qué hacer? <i>(Posibles respuestas: Sí, estarían bien preparados; Si, pero podrían tener dificultades de alguna manera; No, no estarían preparados; No lo sé)</i></p>
	Seguridad alimentaria	<p>P.6.1 Se han establecido sistemas de vigilancia para la detección y el seguimiento oportuno de las enfermedades transmitidas por los alimentos y la contaminación transmitida por los alimentos.</p> <p>P.6.2 Se han establecido y están en funcionamiento mecanismos para la respuesta y la gestión de la seguridad alimentaria.</p>	<p>Pregunta 6.1 ¿Ve alguna de estas actividades de monitoreo de alimentos en su área? <i>(Posibles respuestas: Trabajadores de la salud que investigan casos de intoxicación alimentaria; inspección de alimentos en mercados/restaurantes; Advertencias públicas sobre alimentos contaminados; Informes sobre enfermedades relacionadas con los alimentos; Ninguna de estas; No sé)</i></p> <p>Pregunta 6.2 Si se produjera un brote de intoxicación alimentaria en su zona, ¿qué evidencia indicaría la preparación de sus instalaciones para responder a esta emergencia? <i>(Posibles respuestas: Planes de emergencia escritos y publicados; Capacitación del personal de seguridad alimentaria; Funciones claras para los diferentes departamentos; Información pública sobre qué hacer; Ninguna de las anteriores; No lo sé)</i></p>
	Bioseguridad y Bioprotección	<p>P.7.1 Programa de supervisión funcional para el uso, almacenamiento, eliminación y contención seguros de los agentes biológicos que se encuentran en los laboratorios.</p>	<p>Pn.7.1 En su última visita al centro, ¿qué observó sobre el manejo de desechos médicos? <i>(Posibles respuestas: Contenedores de diferentes colores para distintos tipos de desechos; El personal sigue procedimientos seguros al manipular desechos; Los desechos se recogen y eliminan de forma segura; Normas claras sobre la eliminación de desechos; Prácticas deficientes de gestión de desechos; No sé qué buscar)</i></p> <p>Pregunta 7.2. Al visitar el centro de salud, ¿observa que el personal sanitario utiliza equipo de protección, como mascarillas, guantes, batas y protectores faciales? <i>(Posibles respuestas: Siempre, A veces, Rara vez, Nunca, No sé)</i></p>
	Inmunización	<p>P.8.1 Mantenimiento de la inmunización contra el sarampión y otras enfermedades prevenibles por vacunación con propensión a epidemias</p> <p>P.8.2 Acceso y distribución de vacunas en las instalaciones</p>	<p>Pregunta 7.1 ¿Qué desafíos ha enfrentado al intentar obtener vacunas (sarampión) en el centro de salud? <i>(Ofrecer opciones como largo tiempo de espera, información inadecuada, larga distancia, etc.)</i></p> <p>Pregunta 7.2 Pensando en su experiencia más reciente de vacunación (sarampión) en el centro de salud, ¿qué tan satisfecho estuvo con el servicio brindado? <i>(Ofrecer opciones como calidad adecuada de la información brindada, tiempo de espera , etc.)</i></p>

Detectar			
	Sistema Nacional de Laboratorios	<p>D.1.1 Pruebas de laboratorio para la detección de enfermedades prioritarias</p> <p>D.1.2 Sistema de referencia y transporte de muestras</p> <p>D.1.3 Sistema de Calidad del Laboratorio</p> <p>D.1.4 Implementación y utilización efectiva de diagnósticos modernos, seguros, asequibles y apropiados</p>	<p>Pregunta 8.1 Cuando los pacientes de este centro necesitan pruebas especiales que no se pueden realizar aquí, ¿qué sucede?</p> <p>(<i>Posibles respuestas: Las muestras se envían a otras instalaciones o laboratorios; Los pacientes son derivados a otras instalaciones; No se realizan pruebas; No sé</i>)</p> <p>Pregunta 8.2 Con base en lo que ha visto en este centro, ¿saben los trabajadores de la salud qué pruebas solicitar para diferentes afecciones de salud?</p> <p>(<i>Posibles respuestas: Sí, tienen pautas claras para las pruebas; Creo que tienen algunas pautas, pero no estoy seguro; No, no tienen pautas claras para las pruebas; No lo sé</i>)</p> <p>Pregunta 8.3 Cuando usted u otras personas visitan este centro, ¿obtienen los resultados de las pruebas rápidamente o tienen que esperar días, semanas o meses?</p> <p>(<i>Posibles respuestas: Generalmente obtengo los resultados inmediatamente o el mismo día; A veces obtengo resultados rápidos; Generalmente tengo que esperar días antes de recibir un resultado de la prueba; Siempre tengo que esperar mucho tiempo antes de recibir un resultado de la prueba; No sé</i>)</p>
	Vigilancia y generación de informes en tiempo real	<p>D.2.1 Un sistema funcional de vigilancia de la salud pública con alerta temprana</p> <p>D.2.2 Uso de herramientas electrónicas</p> <p>D.2.3 Análisis de los datos de vigilancia</p>	<p>Pregunta 9.1 Cuando hay brotes de enfermedades o emergencias sanitarias en su zona, ¿los centros de salud los informan rápidamente a las autoridades?</p> <p>(<i>Posibles respuestas: Sí, siempre los denuncian rápidamente; Algunos denuncian rápidamente; No se denuncia; No lo sé</i>)</p> <p>Pregunta 9.2 ¿Las autoridades de su área revisan periódicamente y tratan de mejorar la forma en que se detectan y notifican los brotes de enfermedades?</p> <p>(<i>Posibles respuestas: Sí, revisan y mejoran regularmente; Sí, pero no muy regularmente; Rara vez revisan o mejoran; Nunca revisan o mejoran; No lo sé</i>)</p> <p>Pregunta 9.3 Con base en sus observaciones, ¿los trabajadores de salud de este centro parecen comprender y trabajar con datos y estadísticas de salud?</p> <p>(<i>Posibles respuestas: Sí, parecen muy hábiles con los datos; Parecen tener habilidades limitadas; Parecen no tener habilidades con los datos; No he observado esto</i>)</p>
	Recursos humanos	<p>D.3.1 Se dispone de recursos humanos para implementar eficazmente los servicios de seguridad sanitaria (servicios de prevención, detección y respuesta)</p>	<p>Pregunta 10.1 Cuando hay brotes de enfermedades en su área, ¿ve usted profesionales capacitados investigándolos?</p> <p>(<i>Posibles respuestas: Sí, los investigadores capacitados siempre responden; A veces vienen investigadores; Rara vez veo a algún investigador; Nunca veo actividades de investigación; No sé</i>)</p> <p>Qn.10.2 Durante emergencias de salud, ¿ha visto que se hayan traído trabajadores de salud adicionales para ayudar?</p> <p>(<i>Posibles respuestas: Sí, se han incorporado más trabajadores de la salud; Sí, pero llevó tiempo conseguir ayuda adicional; Ha habido algún esfuerzo adicional, pero no suficiente; No, no se ha incorporado personal adicional; No he observado que llegue ayuda adicional</i>)</p>
Respuesta			
	Preparación para emergencias	R.1.1 Evaluación y preparación ante riesgos de emergencia	<p>Pregunta 11.1 ¿Su distrito/instalación tiene un sistema formal para evaluar qué tan preparados están ante emergencias de salud como brotes de enfermedades?</p> <p>(<i>Posibles respuestas: Sí, existe un sistema de evaluación formal; creo que hay algún control, pero no estoy seguro de</i>)</p>

			<i>con qué regularidad; no, no hay un control regular de la preparación; no lo sé)</i>
	Operaciones de respuesta a emergencias	R.2.1 Gestión de la respuesta a emergencias sanitarias R.2.3 Logística de emergencia y gestión de la cadena de suministro	Pregunta 12.1 Durante emergencias de salud, ¿los trabajadores de la salud siguen procedimientos escritos claros (POE)? (<i>Posibles respuestas: Si, siempre siguen procedimientos escritos; Sí, normalmente siguen procedimientos escritos; A veces siguen procedimientos escritos; Rara vez siguen procedimientos escritos; No parecen tener procedimientos escritos; No lo sé</i>) Pregunta 12.2 Durante emergencias de salud, ¿ha visto esfuerzos organizados para obtener y distribuir suministros médicos de emergencia en su área? (<i>Posibles respuestas: Si, hay una distribución de suministros bien organizada; Algun esfuerzo, pero no bien organizado; No hay esfuerzos organizados; No sé</i>)
	Vinculación de las autoridades de salud pública y seguridad	R. 3.1 Las autoridades de salud pública y seguridad intervienen durante un evento biológico sospechoso o confirmado. (Las autoridades de seguridad pueden incluir cuerpos de seguridad, control fronterizo, inspección de seguridad alimentaria y aduanas).	Qn.13.1 Durante las emergencias sanitarias en su zona, ¿qué tan bien se coordinan las autoridades sanitarias y las fuerzas de seguridad? (<i>Posibles respuestas: Muy bien: coordinación formal clara; Bien: cierta coordinación formal; Mal: poca coordinación; Muy mal: ninguna coordinación; No sé</i>) Pregunta 13.2 ¿ Existen procedimientos escritos para que los funcionarios de salud y seguridad trabajen juntos al evaluar los riesgos durante emergencias de importancia para la salud y la seguridad públicas? (<i>Sí, hay procedimientos escritos claros; Creo que hay algunos procedimientos , pero no estoy seguro; No, no hay procedimientos escritos; No lo sé</i>) Pregunta 13.3 ¿Existe un mecanismo funcional para la colaboración y el intercambio oportuno de información entre las agencias de salud pública y las fuerzas del orden en caso de eventos deliberados y/o accidentales? (<i>Posibles respuestas: Si, hay un sistema claro; Hay un sistema, pero no es efectivo; No, no hay ningún sistema; No lo sé</i>)
	Prestación de servicios de salud	R.4.1 Gestión de casos R.4.2 Utilización de los servicios de salud R.4.3 Continuidad de los servicios esenciales de salud	Pregunta 14.1. Según sus observaciones, ¿el personal sanitario de este centro ha desarrollado o actualizado recientemente las directrices de gestión de casos clínicos? (<i>Posibles respuestas: Si, siguen las guías clínicas; A veces siguen las guías clínicas; No, no siguen las guías clínicas; No lo sé</i>) Pn. 14.2 ¿Cuenta su área con un sistema funcional para monitorear aspectos como el número de pacientes atendidos, la utilización de los servicios y el buen funcionamiento del sistema de salud durante emergencias y en situaciones normales? (<i>Posibles respuestas: Si, existe un sistema funcional; Si, existe un sistema, pero el monitoreo podría ser mejor; No existe monitoreo del desempeño del sistema de salud; No lo sé</i>). Pn. 14.3 Según su experiencia laboral en este centro, ¿existe un paquete esencial de servicios definido a nivel nacional durante una emergencia? De ser así, ¿cuáles son los EHS designados? (<i>Posibles respuestas: Consultas médicas generales; Inmunización; Servicios de salud maternoinfantil; Tratamiento de enfermedades comunes; Educación para la salud; Planificación familiar; Análisis de laboratorio básicos; Atención de emergencia; Otros...</i>)
	Comunicación de riesgos y participación comunitaria	R.5.1 Sistemas de comunicación de riesgos para eventos inusuales/inesperados y emergencias	Pregunta 15.1 Durante emergencias y otros eventos de salud inusuales, ¿las autoridades sanitarias de su área utilizan activamente diferentes plataformas de medios

		<p>R.5.2 . Coordinación interna y con socios para la comunicación de riesgos de emergencia.</p> <p>R.5.3 Comunicación efectiva con las comunidades</p>	<p>(radio, televisión, redes sociales, periódicos) para compartir mensajes de salud específicos con grupos específicos? (Posibles respuestas: Sí, utilizan activamente los medios para enviar mensajes específicos; Sí, pero dirigirse a ciertos grupos, por ejemplo, podría ser mejor; Algunos utilizan los medios, pero no de forma muy específica; No hay comunicación activa con los medios; No sé)</p> <p>Pregunta 15.2 Durante las emergencias de salud, ¿hay un equipo dedicado a trabajar con las comunidades para compartir información, fomentar comportamientos saludables e involucrar a las personas en la respuesta? (Posibles respuestas: Sí, hay un equipo claro para la participación comunitaria; Sí, hay un equipo pero no el adecuado; No hay un equipo específico para la participación comunitaria; No lo sé)</p>
Protéjase de otras amenazas para la salud			
	Puntos de entrada	<p>P.1.1 Detección oportuna y respuesta eficaz ante cualquier peligro potencial en los puntos de entrada (aeropuertos y cruces terrestres)</p> <p>P.2.1 Enfoque basado en el riesgo para las medidas relacionadas con los viajes internacionales</p>	<p>Pregunta 16.1 En cualquier punto de entrada a su área (aeropuertos, puestos fronterizos y principales centros de transporte), ¿hay instalaciones de salud que puedan realizar pruebas y tratar rápidamente a los viajeros que puedan estar enfermos? (Posibles respuestas : Sí, hay instalaciones de salud bien equipadas en los puntos de entrada; Sí, hay algunas instalaciones, pero sólo brindan servicios de salud básicos; no hay instalaciones de salud en los puntos de contacto; No sé)</p> <p>Pregunta 16.2 En las zonas fronterizas con países vecinos, ¿se recopila información sobre las personas que cruzan la frontera? ¿Existen acuerdos formales entre países para compartir información sanitaria transfronteriza? (Posibles respuestas: Sí, se monitorea el movimiento fronterizo y existen acuerdos para compartir información; Sí, existe cierto monitoreo y acuerdos, pero podría mejorarse; No hay monitoreo ni acuerdos de movimientos fronterizos; No lo sé).</p>

Adaptado de (Danjuma et al., 2025; OMS, 2020, 2022)

Apéndice B

Glosario

Estos términos y definiciones se han adaptado de la Herramienta de Evaluación Externa Join (OMS, 2022) y del Manual de Bioseguridad en el Laboratorio (OMS, 2020) para facilitar su comprensión en el contexto de esta herramienta. Pueden diferir de lo que se proporciona en otros documentos.

Bioseguridad: Principios, tecnologías y prácticas de contención que se implementan para prevenir la exposición no intencional a patógenos y toxinas, o su liberación accidental.

Bioseguridad: Protección, control y rendición de cuentas de los materiales biológicos valiosos dentro de los laboratorios, así como de la información relacionada con estos materiales y la investigación de doble uso, para evitar su acceso no autorizado, pérdida, robo, mal uso, desvío y liberación intencional.

Vigilancia comunitaria: El punto de partida de la notificación de eventos a nivel comunitario, generalmente a cargo de un trabajador comunitario; puede ser activa (búsqueda de casos) o pasiva (notificación de casos). Puede ser especialmente útil durante un brote.

Contaminación: Presencia de un agente o materia infeccioso o tóxico en la superficie corporal de un ser humano o un animal, en o sobre un producto preparado para el consumo o en otros objetos inanimados, incluidos los medios de transporte que puedan constituir un riesgo para la salud pública.

Laboratorios designados: Laboratorios asignados para realizar servicios de laboratorio específicos por autoridades nacionales, de la OMS u otras debido a sus capacidades y competencias demostradas.

PoE Designados: Se refieren a un puerto, aeropuerto o cruce terrestre que es designado por un Estado Parte para fortalecer, desarrollar y mantener las capacidades en todo momento en cuanto al acceso a servicios médicos para la pronta evaluación y atención de todos los viajeros enfermos, un entorno seguro para todos los viajeros, personal para funciones de inspección y control de vectores.

Enfermedad: Una enfermedad o condición médica, independientemente de su origen o fuente, que presenta o podría presentar un daño significativo a los humanos.

Retroalimentación : Proceso regular de envío de análisis o informes sobre datos de vigilancia a través de todos los niveles del sistema de vigilancia para que todas las partes interesadas puedan estar informadas de las tendencias y el desempeño.

Cruce terrestre: Punto de entrada terrestre a un Estado Parte, incluidos los utilizados por vehículos de carretera y trenes.

Peligro: la capacidad inherente de un agente o situación de tener un efecto adverso; un factor o exposición que puede afectar negativamente a la salud.

Evento de Salud: Cualquier evento relacionado con la salud de un individuo como la aparición de un caso de una enfermedad o síndrome específico, la administración de una vacuna o un ingreso en un hospital.

Control de infecciones: Medidas practicadas por el personal sanitario en los centros de atención de salud para disminuir la transmisión y adquisición de agentes infecciosos.

RSI : Instrumento jurídicamente vinculante de derecho internacional, que tiene su origen en las Convenciones Sanitarias Internacionales de 1851, concluido en respuesta a la creciente preocupación por los vínculos entre el comercio internacional y la propagación de enfermedades (riesgos sanitarios transfronterizos).

Aislamiento: Separación de personas enfermas o contaminadas o de equipajes, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales afectados de otras personas, de tal manera que se evite la propagación de la infección o la contaminación.

Legislación: Conjunto de instrumentos jurídicos, administrativos o gubernamentales que pueden estar a disposición de otros Estados Partes para implementar el RSI. Esto incluye instrumentos jurídicamente vinculantes como leyes, decretos, órdenes, reglamentos y ordenanzas; instrumentos jurídicamente no vinculantes como directrices, normas, reglas operativas, procedimientos o reglas administrativas; y otros tipos de instrumentos como protocolos, resoluciones y acuerdos intersectoriales o interministeriales.

Multisectorial: Un enfoque holístico que involucra los esfuerzos de múltiples organizaciones, institutos y agencias.

Una Salud: Definida por la OMS como un enfoque para diseñar e implementar programas, políticas, legislación e investigación en el que múltiples sectores se comunican y trabajan juntos para lograr mejores resultados de salud pública.

Otros instrumentos gubernamentales: Acuerdos, protocolos y resoluciones de cualquier autoridad u organismo gubernamental.

Brote: Una epidemia limitada a un aumento localizado en la incidencia de una enfermedad, como en un pueblo, ciudad o institución cerrada.

EPI: Ropa y equipo especializado diseñado para crear una barrera contra riesgos para la salud y la seguridad. Algunos ejemplos son gafas protectoras, protectores faciales, guantes y respiradores.

Punto de Entrada: Paso de entrada o salida internacional de viajeros, equipaje, carga, contenedores, medios de transporte, mercancías y paquetes postales, y las agencias y áreas que les prestan servicios al entrar o salir.

Puerto: Un puerto marítimo o un puerto en un cuerpo de agua interior donde llegan o parten barcos en un viaje internacional.

Equipo de respuesta rápida: Un grupo de personas capacitadas, listas para responder con rapidez ante un evento. Su composición y términos de referencia los determina el país en cuestión.

Preparación: La capacidad de responder rápida y apropiadamente cuando sea necesario ante cualquier emergencia.

Evaluación de riesgos: proceso sistemático de recopilación de información y evaluación de la probabilidad y las consecuencias de la exposición o liberación de peligros en el lugar de trabajo y determinación de las medidas de control de riesgos adecuadas para reducir el riesgo a un nivel aceptable.

Comunicación de riesgos: para emergencias de salud pública, incluye la gama de capacidades de comunicación necesarias durante las fases de preparación, respuesta y recuperación de un evento grave de salud pública para fomentar la toma de decisiones informada, el cambio de comportamiento positivo y el mantenimiento de la confianza.

Procedimientos operativos estándar (POE): un conjunto de instrucciones paso a paso, bien documentadas y validadas, que describen cómo realizar prácticas y procedimientos específicos de manera segura, oportuna y confiable, de acuerdo con las políticas institucionales, las mejores prácticas y las regulaciones nacionales o internacionales aplicables.

Vigilancia: La recopilación, comparación y análisis sistemáticos y continuos de datos con fines de salud pública y la difusión oportuna de información de salud pública para la evaluación y la respuesta de salud pública, según sea necesario.

Transmisión: La transferencia de agente(s) biológico(s) de objetos a seres vivos, o entre seres vivos, ya sea directa o indirectamente a través de aerosoles, gotitas, fluidos corporales, vectores, alimentos/agua u otros objetos contaminados.

Verificación: El suministro de información por un Estado Parte a la OMS que confirma la situación de un evento dentro del territorio o territorios del Estado Parte.

Enfermedades zoonóticas (o zoonosis): Cualquier infección o enfermedad infecciosa que se transmite de forma natural entre animales y seres humanos.

Evento zoonótico: Una manifestación de una enfermedad en animales que crea un potencial de enfermedad en humanos como resultado de la exposición a la fuente animal.

Referencias

1. CD4C, CLAW y EANNASO-APCASO-ATAC. (2022). Monitoreo comunitario: Mejores prácticas para fortalecer el modelo.
2. Danjuma, JS, Okunromade, O., Fasominu, O., Lee, CT, Daam, C., Bergquist, EP, Dada, AO, Dalhat, M., Aruna, O., Oyebanji, O., Olajide, L., Udo, E., Ezeudu, C., Muhammad, B., Bagudu, AM, Hassan, A., Obiekea, C., Usman, R., Odu, J.,..., Adetifa, I. (2025). Desarrollo de una herramienta de evaluación de capacidades de seguridad sanitaria subnacional: lecciones de Nigeria e implicaciones para la implementación de la estrategia integrada de vigilancia y respuesta a enfermedades. *Seguridad sanitaria*, 23(1), 35–46. <https://doi.org/10.1089/hs.2023.0185>
3. ITPC. (2022). De la perspectiva a la evidencia: Una guía para traducir las prioridades de programas y políticas en medidas cualitativas y cuantitativas para el monitoreo comunitario.
https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2022/06/0618_C19Toolkit_Complete_03.pdf
4. ONUSIDA. (2023). Monitoreo comunitario en acción: Nuevas evidencias y buenas prácticas.
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3085E_community-led-monitoring-in-action_en.pdf
5. OMS. (2005). Reglamento Sanitario Internacional (2005), Tercera edición.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/246107/9789241580496-eng.pdf?sequence=1>
6. OMS. (2020). Manual de Bioseguridad en el Laboratorio (4.ª ed.). Organización Mundial de la Salud.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337956/9789240011311-eng.pdf?sequence=1>
7. OMS. (2022). Herramienta de evaluación externa conjunta: Reglamento Sanitario Internacional (2005) (3.ª ed.). Organización Mundial de la Salud.
8. OMS. (2025). Plan Nacional de Acción para la Seguridad Sanitaria (PNAHS) para todos: Guía de implementación en los países para el Plan Nacional de Acción para la Seguridad Sanitaria (PNAHS), 2.ª edición. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/380231/9789240104983-eng.pdf?sequence=1>



<https://www.observatoirevh-haiti.org>
<https://www.odelpa.org/>
<https://www.clawconsortium.org>



<https://www.facebook.com/ODELPA>

DERECHOS DE AUTOR
COBRE, ODELPA, GARRA
SEPTIEMBRE DE 2025

Todas las fotos son cortesía de
ODELPA/CLAW

Esta guía fue desarrollada por el Grupo de Trabajo de Rendición de Cuentas Liderada por la Comunidad (CLAW), WACI Health y Coalition Plus, con el apoyo del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, en el marco del Programa de Inversión Limitada de Gestión Centralizada y Monitoreo Liderado por la Comunidad. Mecanismo de Respuesta a la COVID-19 del Fondo Mundial (C19RM).

