

Programa PRASS/DAR en el contexto de la vigilancia y gestión integral del riesgo por COVID-19 en Bogotá (2020-2021)

Inés María Galindo Henríquez¹,
Elkin Osorio Saldarriaga¹,
Eliana Pinzón Niño¹,
Natalia Rodríguez Moreno²

1. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública.
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C.
2. Observatorio de Salud de Bogotá (Saludata).
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C.

Resumen

El programa Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible (PRASS) fue normado mediante el Decreto 1109 de agosto de 2020 y actualizado con el Decreto 1374 del 19 de octubre del mismo año en Colombia. Para su adopción, adaptación e implementación, Bogotá incluyó estrategias innovadoras que se integraron a las ya implementadas en el Distrito capital. El objetivo del programa fue disminuir la velocidad de propagación de SARS CoV-2 entre individuos, familias, colectivos, entornos y territorios, rompiendo cadenas de transmisión mediante el monitoreo, seguimiento masivo y sistemático de casos y contactos de COVID-19, realización de pruebas para identificación de los infectados y el aislamiento selectivo y sostenible. Para su formulación se conformó un equipo técnico multidisciplinario de profesionales de las diferentes dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, de las agencias responsables de su implementación como las EAPB y referentes de instancias nacionales y distritales quienes, con base en los lineamientos nacionales, la evidencia disponible, la información local y las reuniones de discusión-

producción, diseñaron el programa PRASS y la estrategia llamada *Detecto, aísla, reporta* (DAR). Este artículo presenta las características del diseño y los resultados preliminares de la implementación del programa Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible (PRASS), en el contexto de la vigilancia y gestión integral del riesgo por COVID-19, sus revisiones y actualizaciones hasta el 30 de abril de 2021.

Palabras clave: COVID-19, programa de salud, vigilancia en salud pública.

Introducción

El 6 de marzo de 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia confirmó el primer caso de COVID-19 en el país en una paciente colombiana de 19 años con antecedente de viaje internacional procedente de Milán, Italia, lo cual incrementó el nivel de alerta y alistamiento frente a una inminente epidemia por un virus nuevo altamente contagioso y virulento. Se trataba de una emergencia sin precedentes en la historia reciente del país que amenazaba de manera particular a su capital, dadas las complejas y robustas dinámicas sociales, económicas y sanitarias de la ciudad.

El virus SARS-CoV-2 que causa la COVID-19 se caracteriza por una gran capacidad de transmisión y una afectación más alta de las personas con multimorbilidad, especialmente en los adultos mayores. La infección no conduce siempre a enfermedad por lo que se presentan casos asintomáticos, subclínicos y sintomáticos, desde leves a severos, y puede ser letal. Los casos asintomáticos y subclínicos son contagiosos y los sintomáticos lo son desde días antes de iniciar el cuadro clínico (presintomáticos), por lo que la detección y diagnóstico de la infección es un desafío para evitar la transmisión silenciosa de la epidemia.

Después de la estrategia de aislamiento gene-

ral para reducir los contagios, Colombia pasó a una fase de mitigación acompañada de una gradual apertura social y económica, en la que se buscaba migrar de un confinamiento general de territorios a un aislamiento selectivo de los casos y de los contactos de las personas potencialmente contagiadas. Para ello formuló el programa Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible (PRASS), cuya definición y lineamientos fueron formalizados mediante el Decreto 1109 del 10 de agosto del 2020 y actualizados en el Decreto 1374 del 19 de octubre del mismo año.

En el Distrito Capital, el programa se incluyó en el Plan de Respuesta del Sector Salud a la Pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) Bogotá D. C., y partió de los avances en las estrategias epidemiológicas ya desarrolladas en la ciudad, como mecanismo para cortar las cadenas de transmisión viral en territorios, conglomerados, instituciones y poblaciones especiales, mediante el aislamiento temprano de la mayor cantidad posible de positivos. Para ello, el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SVSP) combinó varias estrategias; el componente rutinario de monitoreo de eventos e intervención en brotes establecido por el nivel nacional fue complementado con un componente activo en territorios, conglomerados y poblaciones selectas, para obtener información de diferentes fuentes sobre los casos asintomáticos, presintomáticos, sintomáticos y sus contactos, y la dinámica de la población que se desplaza por la ciudad, con tres grandes ventanas:

- 1) Identificación de casos¹, contactos y cadenas de transmisión de propagación de COVID-19.
- 2) Caracterización de las dinámicas de infección en territorios, entornos y conglomerados.
- 3) Caracterización de dinámicas de transmisión en poblaciones selectas que por sus actividades sociales y económicas estaban más expuestas o generaban riesgos de transmisión.

La combinación, simultaneidad y cooperación de las diferentes estrategias de vigilancia en salud pública (VSP) logró mejorar la eficiencia del sistema para reconocer tempranamente el avance de la epidemia y orientar las intervenciones relacionadas con la gestión colectiva e individual del riesgo desarrolladas por la Secretaría Distrital de Salud y Empresas Administradoras de los Planes de Beneficios (EAPB). El fortalecimiento temprano de la Red Distrital de Laboratorios para ofrecer resultados válidos y oportunos fue determinante para el logro de los resultados.

El programa PRASS fue implementado con la estrategia Detecto, aísla y reporto (DAR), desde el 17 de septiembre de 2020, a través de tres acciones concretas que invitaban a la ciudadanía a actuar de manera consciente, solidaria y responsable para reducir los niveles de transmisión del virus. La autogestión para la detección y el aislamiento temprano se consolidó como la herramienta más eficaz para cortar las cadenas de contagio en las familias y comunidades.

A continuación, se presenta el programa PRASS/DAR, en el contexto de la vigilancia y gestión integral del riesgo por COVID-19 en Bogotá, que incluye estrategias innovadoras que se fundamentaron en la nueva evidencia publicada y se integraron y complementaron con los avances ya logrados en el Distrito Capital.

¹ Tipificados como confirmados, probables y sospechosos por el sistema de Vigilancia en Salud Pública y el programa PRASS nacional, con criterios establecidos en las normas emanadas en los diferentes momentos de la pandemia.

Métodos

Se conformó un equipo técnico multidisciplinario de profesionales de las diferentes dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, de las agencias responsables de su implementación, como las EAPB y referentes de instancias nacionales y distritales. Este equipo, con base en los lineamientos nacionales, la evidencia disponible, información local y reuniones de discusión-producción, adaptó el programa PRASS y diseñó la estrategia DAR.

En un primer momento se hizo la revisión y análisis de documentos normativos del Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud y los propios del Plan de Respuesta Distrital, teniendo en cuenta una secuencia lógica para su búsqueda, obtención, consulta y extracción. Esta información se complementó con una búsqueda rápida de literatura indexada en los motores Medline, Google Scholar y Cochrane. También se consultaron documentos técnicos, informes y boletines en los portales web de las diferentes instituciones del orden nacional e internacional, como ministerios de salud, universidades, centros de control de enfermedades y organizaciones relacionadas con la salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En un segundo momento, se elaboró un primer documento técnico denominado *Pruebas, rastreo y aislamiento selectivo sostenible (PRASS) en el contexto de la vigilancia y gestión integral del riesgo por COVID-19*, que fue puesto en consideración de la mesa interinstitucional dispuesta para tal efecto en la que participaron la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, EAPB, Subredes Integradas de Servicios de Salud y agencias internacionales invitadas, como USAID. Finalmente, se concertó y validó en varios espacios con funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y los representantes de la Mesa Distrital para la imple-

mentación del programa. Revisiones, ajustes y actualizaciones fueron realizadas y aprobadas de acuerdo con la evolución de la epidemia y el Plan de Respuesta Distrital.

Resultados del diseño

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá adoptó y adaptó el PRASS nacional junto con la estrategia DAR distrital (PRASS/DAR), partiendo de los avances y desarrollos que se tenían desde el momento en que se declaró la pandemia. El programa en la ciudad combinó las intervenciones individuales en salud en los ámbitos domiciliario y hospitalario que adelantan las EAPB y su red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), con los colectivos y poblacionales de dominio de la epidemiología, ciencias sociales y la salud pública.

Objetivo general

Disminuir la velocidad de propagación de COVID-19 entre individuos, familias, colectivos, entornos y territorios, rompiendo cadenas de transmisión mediante el monitoreo, seguimiento masivo y sistemático de casos y contactos de COVID-19, realización de pruebas para identificación de los infectados y el aislamiento selectivo y sostenible.

Objetivos específicos

- 1) Caracterizar, poner en aislamiento y realizar pruebas diagnósticas a los casos y sus contactos, identificados en las diferentes puertas de entrada al sistema de salud, como los servicios de urgencias, hospitalización, consulta externa, atención domiciliar y extramural, líneas de atención telefónica, aplicaciones u otro medio manual o tecnológico.

- 2) Aplicar el programa PRASS-DAR en barrios, sectores urbanos o microterritorios que se consideren con alto riesgo de transmisión activa y silenciosa de la infección por SARS-COV-2, captados mediante diferentes fuentes.
- 3) Ampliar el programa PRASS-DAR a conglomerados en poblaciones selectas en los que se identifican grupos de personas de alto riesgo de infección y transmisión por COVID-19, asociada a la ocupación, actividades económicas o de alta movilidad.
- 4) Identificar, caracterizar e intervenir conglomerados con el programa PRASS-DAR en entornos institucionales como: centros de protección y atención social, centros de reclusión, plazas de mercado, entornos laborales informales, como tenderos, e incluso formales de alto riesgo.
- 5) Articular intervenciones entre los sectores y la Administración Pública Distrital para la gestión integral de las intervenciones en las personas, familias y comunidades en el contexto del PRASS/DAR.

Alcance

El PRASS/DAR en Bogotá D. C. involucra a la Secretaría Distrital de Salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las aseguradoras en sus actividades de salud, las administradoras de riesgos laborales en sus actividades de salud, las entidades que administran los regímenes especial y de excepción y a los prestadores de servicios de salud públicos y privados, así como al Fondo Financiero Distrital. Se inserta en el Plan de Respuesta del Sector Salud a la Pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19), Bogotá D. C. También incluye a otras instancias del gobierno Distrital como la Secretarías de Hacienda, Planeación Distrital e Integración Social que aportan al programa en general y al aislamiento sostenible en particular.

Componentes del programa PRASS/DAR

El PRASS/DAR en el Distrito Capital tiene tres grandes componentes:

- 1) Búsqueda y rastreo de los casos sospechosos, probables y sus contactos, provenientes de las redes de servicios de salud, de la búsqueda activa en conglomerados, poblaciones selectas y medios electrónicos, con oportunidad, continuidad y cobertura.
- 2) Realización sostenida de pruebas.
- 3) Promoción y favorecimiento del aislamiento selectivo y sostenible a la totalidad de casos resultantes, de manera que corte las cadenas de transmisión.

Estos componentes son sinérgicos e interactuantes, por lo que es necesaria la armonización y articulación de acciones entre actores del sistema; implica la sumatoria de esfuerzos y la gestión adelantada por:

- » Los laboratorios autorizados en la ciudad para la realización de las pruebas moleculares y la incorporación de otras pruebas en el arsenal diagnóstico para ser aplicadas en las IPS.
- » El rastreo usual de las acciones por investigación epidemiológica de campo indicadas por parte del Instituto Nacional de Salud, las propias de seguimiento normadas por el Ministerio de Salud y Protección Social para las aseguradoras del país, y la estrategia de búsquedas activas de casos y contactos con eficacia y oportunidad de la Secretaría Distrital de Salud.
- » Las estrategias de ayuda social y económica para las poblaciones que lo requieran.

En todo caso, el PRASS-DAR es complementario a las estrategias vigilancia en salud pública que se realizan para este y otros eventos relacionados con las infecciones respiratorias agudas (IRA).

Búsqueda (detección) y rastreo de casos y contactos

Se realiza la identificación pasiva de casos en las diferentes puertas de entrada de los servicios de salud del Distrito, a partir de los registros previamente establecidos por el Sivigila y la búsqueda activa en conglomerados previamente identificados en el análisis geoespacial, que se hace a través de un índice de transmisibilidad desarrollado por la Secretaría Distrital de Salud. También se identifican los grupos de personas de alto riesgo de infección y transmisión por COVID-19 asociada a la ocupación, actividades económicas o de alta movilidad, tales como: vigilantes o guardias privados, servicios de aseo, taxistas, servicio de entregas a domicilio, coteros y zorreros, asentamientos de migrantes, poblaciones indígenas (en resguardos o no), personas en situación de calle y en entornos institucionales con población cautiva, en protección, aglomeración en condiciones de vulnerabilidad por alto riesgo de infección o gravedad de la COVID-19, como instituciones de protección integral y centros día para personas mayores, albergues con poblaciones institucionalizadas como migrantes, indígenas, desplazados o centros de reclusión de personas privadas de la libertad.

Identificado el caso sospechoso/probable, se buscan los potenciales casos producto de su contacto (se estima un promedio de 10 contactos en total por persona) para aislarlos de inmediato de tal forma que se limite la transmisión del virus.

El rastreo masivo y sistemático de casos y contactos es entendido principalmente como la

identificación de los contactos de los casos de contagio de coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19), confirmados, probables y sospechosos, y su caracterización, orientación y seguimiento. Implica consecuentemente poner en aislamiento y hacer pruebas a los potenciales integrantes de la cadena de transmisión: casos (captados por los servicios de salud, medios electrónicos y búsqueda activa) y sus contactos. Para ello se dispone de tres herramientas:

- 1) Manual: la persona posiblemente contagiada habla con el rastreador y da información detallada sobre las personas con quienes estuvo cerca físicamente.
- 2) Tecnológica: ampliación del mapa de contactos de un posible caso positivo con herramientas tecnológicas y seguimiento al estado de salud del caso.
- 3) Mixto: esquema alternante de acciones entre salud pública, aseguradora y el uso de herramientas tecnológicas. Esta estrategia implica el compartir la información generada por cada fuente en la forma más rápida posible, de tal manera que todos tengan la posibilidad de conocer la información de los seguimientos realizados a casos positivos y contactos estrechos en forma alternante y sin interrupciones.

El rastreo para el alistamiento selectivo se inicia desde el mismo momento en que se identifica un posible caso de COVID-19 (sospechoso o probable), según las definiciones del Decreto 1374, sus desarrollos y actualizaciones, y son el foco del programa PRASS-DAR. Aunque el propósito es seguir a todos los casos y contactos, hay prelación para aquellas personas con condiciones de riesgo, como comorbilidades, gestantes, edades extremas y mortalidades, teniendo en cuenta los siguientes principios:

- » Los seguimientos al paciente en internación en casa y hospitalaria son seguidos mayoritariamente por la EAPB.

- » Los seguimientos a los casos en albergues, comunidades y asintomáticos están mayoritariamente a cargo de los equipos de salud pública de la Secretaría Distrital de Salud.
- » Las herramientas tecnológicas están principalmente destinadas al seguimiento de casos leves y contactos estrechos mientras se mantienen asintomáticos.
- » La atención de pacientes con comorbilidades se articula con el seguimiento de pacientes crónicos.

El rastreo también incluye:

- » La observación de condiciones y prácticas poblacionales de manejo del riesgo colectivo de la transmisión de la COVID-19.
- » Las investigaciones epidemiológicas de campo (IEC) caracterizan en persona, tiempo y lugar los riesgos individuales y colectivos por exposición al COVID-19 o con alto riesgo de infección o vulnerabilidad a enfermedad grave, a partir de una encuesta simple y estructurada. De manera especial y prioritaria, se identifican casos probables, sospechosos y sus contactos; se realiza la búsqueda activa en las instituciones o comunidades, se monitorea las actividades sociales y económicas de riesgo en el entorno, y se toman medidas de control como los cercos epidemiológicos. Las investigaciones de campo pueden ser telefónicas o presenciales, y existen condiciones para su priorización por parte de los equipos de salud pública.
- » Un grupo adicional de rastreadores de campo complementa el rastreo telefónico realizado por el Centro de Contacto Nacional y Rastreo (CCNR). Hacen seguimiento principalmente domiciliario a: viajeros internacionales, personas sin datos para el contacto

telefónico del CCNR y los no asegurados según el primer dato de reporte.

Realización sostenida de pruebas

Estrategia que maximiza la probabilidad de identificación de positivos entre los casos sospechosos, probables y los contactos que provienen de las diferentes puertas de entrada, en el contexto de la gestión individual y familiar del riesgo y las búsquedas activas en territorios, conglomerados, poblaciones selectas. Son realizadas en los laboratorios habilitados para tal fin, por el Laboratorio de Salud Pública (LSP).

Se les realizan pruebas a los sospechosos/probables atendidos por cualquier servicio de salud y aquellos que se comuniquen con las líneas de atención telefónica o aplicaciones para reportar síntomas de COVID-19. También a los contactos estrechos y en aquellos contactos clasificados como de *alto riesgo epidemiológico*, siguiendo los lineamientos técnicos sobre muestras y pruebas diagnósticas y sus actualizaciones, establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dado que, los protocolos y lineamientos para el uso de pruebas son cambiantes según evoluciona la epidemia, se acogen los lineamientos establecidos para tal fin en:

- » Lineamientos para la gestión de muestras durante la pandemia del SARS-CoV-2 (COVID-19) en Colombia.
- » Lineamientos para el uso de pruebas en el LSP en el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19 en Colombia.

Para la atención de la tercera onda de la epidemia por COVID-19, la ciudad intensificó la realización de muestras RT-PCR y antígenos en forma masiva en los territorios y poblacio-

nes con mayor transmisibilidad, con el fin de identificar prontamente casos positivos asintomáticos o presintomáticos para adoptar el aislamiento en forma temprana. Esta decisión de ciudad se conoce como MegaPrass e inició el 10 de abril de 2021.

Aislamiento selectivo y sostenible

Es entendido como la medida sanitaria de carácter individual que debe acatar todos los casos confirmados, probables y sospechosos, sus contactos estrechos, convivientes y aquellos contactos clasificados como de *alto riesgo epidemiológico*, durante el tiempo establecido por los protocolos nacionales vigentes. Para ello, los rastreadores, vigilantes y prestadores de servicios de salud buscan que se logre la mayor adherencia posible. Se hace preferiblemente en casa, extremando cuidados de bioseguridad con los convivientes (sin compartir cama, baño, utensilios). Al inicio de la pandemia, el Distrito Capital puso a disposición lugares para aislamiento como hoteles y otros sitios adaptados para las personas y familias que lo requerían, sin embargo, por su escaso uso fue desmontado. Se realiza seguimiento a todos los casos o contactos a quienes se les haya recomendado la medida, con base en criterios aplicados en la evaluación de riesgo epidemiológico y factores modificadores que incidan en el tiempo de aislamiento recomendado en cada caso, hasta cerrarlo al término del tiempo de observación sin que presente signos o síntomas de enfermedad, o antes si, excepcionalmente, el resultado de laboratorio es negativo para COVID-19 cuando se le hubiese tomado prueba para confirmación.

Cada institución responsable del seguimiento de casos y contactos en aislamiento registra los datos e información en SegCovid19² y acata

² SegCovid19 es una aplicación web en la que se registra el seguimiento en salud a personas residentes en Colombia en la pandemia de COVID-19. Es administrada por el Ministerio de Salud y

las indicaciones que la Secretaría Distrital de Salud establece, en su condición de autoridad sanitaria territorial, a partir de los resultados de la vigilancia y control del rastreo y seguimiento en su jurisdicción.

El componente sostenible del aislamiento hace referencia a diferentes incentivos dirigidos a las personas y familias para adherirse a esta medida sanitaria. Según lo dispuesto en el artículo 22 del Decreto 1374 del 2020, los afiliados cotizantes al Régimen Contributivo que son diagnosticados con COVID-19 cuentan con los recursos económicos derivados de la incapacidad por enfermedad general o por enfermedad laboral, según corresponda, que reconozcan las entidades promotoras de salud o las administradoras de riesgos laborales para garantizar el aislamiento de ellos y su núcleo familiar.

Los afiliados cotizantes al Régimen Contributivo, que son diagnosticados con COVID-19 y frente a los cuales el médico tratante considera que no es necesario generar una incapacidad por las condiciones físicas en las que se encuentra, son priorizados para realizar teletrabajo o trabajo en casa durante el término del aislamiento selectivo.

Los afiliados al Régimen Subsidiado de Salud que son diagnosticados con COVID-19 cuentan con el pago de la compensación económica temporal, que corresponde a siete (7) días de salario mínimo legal diario vigente (SMLDV) por una sola vez y por núcleo familiar, siempre y cuando se haya cumplido la medida de aislamiento selectivo.

Los trabajadores del sector salud, el personal administrativo, de aseo, vigilancia y de apoyo que preste servicios en las diferentes actividades de prevención, diagnóstico y

Protección Social, la cual se alimenta inicialmente de los reportes realizados en Sivigila del Instituto Nacional de Salud. <https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/SEGUIMIENTOCOVID19.aspx>

atención del SARS-COV-2/ COVID 19, y que tengan diagnóstico positivo con o sin síntomas para dicha enfermedad, cuentan con los recursos de la incapacidad pagada por la administradora de riesgos laborales.

Adicionalmente, el Distrito Capital de Bogotá tiene a disposición ayudas económicas³ para las poblaciones en mayores condiciones de pobreza y vulnerabilidad con transferencias

monetarias no condicionadas (en efectivo), bode de pobreza y vulnerabilidad con transferencias monetarias no condicionadas (en efectivo), bonos canjeables, canastas alimentarias, tarjetas monedero o similares, e insumos básicos de primera necesidad.

Seguimiento y evaluación

La eficacia del programa puede resumirse en:

1 ¿Cuántos contagiados se identifican y aíslan.



La mayor cantidad posible

2 ¿Cuántos contactos se rastrean y ponen en aislamiento?



Todos los contactos de los casos positivos. En promedio del rastreo de un positivo arroja entre 30 y 40 contactos.

3 ¿Qué tan rápido se logra hacer estas dos cosas?



Tan rápido como sea posible. De esta manera se controla el contagio exponencial que se da con el transcurrir del tiempo

Para ello, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció un tablero de control que ha sido actualizado en la medida que evoluciona la epidemia y se consolidaron los sistemas de

información. Los indicadores mínimos de seguimiento disponibles en los manuales de implementación del PRASS, al 30 de abril del 2021, son:

Acción	Indicador	Meta
Pruebas	Número de pruebas diarias procesadas	
	Tiempo promedio entre la solicitud de prueba y la toma de la muestra	Menor a 48 horas
	Tiempo promedio entre la toma de la muestra y la entrega del resultado	Menor a 92 horas
	Tasa de positividad (%)	Menor a 10 %

³ Los recursos se asignan a partir de la focalización definida en el manual operativo del Sistema Distrital Bogotá Solidaria que puede ser consultado en el siguiente enlace: <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/integracion-social/descarga-el-manual-operativo-del-sistema-distrital-bogota-solidaria>.

Acción	Indicador	Meta
Rastreo	Porcentaje de los casos rastreados en campo a los que se logra construir mapa de contactos	Igual o superior a 70 %
	Porcentaje de contactos identificados mediante rastreo en campo que se logra gestionar en las primeras 24 horas	Igual o superior a 70 %
Aislamiento selectivo sostenible	Porcentaje de los casos en aislamiento completo	Aislamiento completo > 75 % de los casos
	Porcentaje de los contactos en aislamiento completo	Aislamiento completo > 50 % de los contactos

Resultados preliminares de la implementación

Para la implementación y seguimiento del programa, la Secretaría de Salud Distrital dispuso dos niveles de gestión: un nivel estratégico o gerencial con representantes de las EAPB y otros agentes que hacen encuentros con periodicidad semanal en los que se definen lineamientos operativos, articulación de acciones y análisis de indicadores; y un nivel táctico y operativo, ejecutado por las subredes integradas de servicios de salud, en el que se monitorean las diferentes estrategias de vigilancia en salud pública (búsqueda activa de casos, investigación epidemiológica de campo, acciones de sanidad portuaria en puntos de entrada), así como el grupo de rastreadores asignado a la ciudad y bajo el control directo de la Secretaría de Salud.

El seguimiento a la implementación se hace mediante un tablero de indicadores con los componentes principales del programa (pruebas, rastreo y aislamiento), alimentado por un robusto sistema de información que integra diferentes fuentes oficiales nacionales, tales como el Sivigila, Sismuestras y Segcovid, con las propias del Distrito Capital: líneas de atención a la ciudadanía, aplicaciones de autorreporte, búsqueda activa en diferentes espacios, estudio de contactos y *call center* EAPB, y la base de

positivos que reúne diversas fuentes y contiene la totalidad de casos de la ciudad.

A continuación, se describen dichos indicadores por componente, con algunos resultados desde el inicio de su implementación hasta el 30 de abril de 2021.

Detección

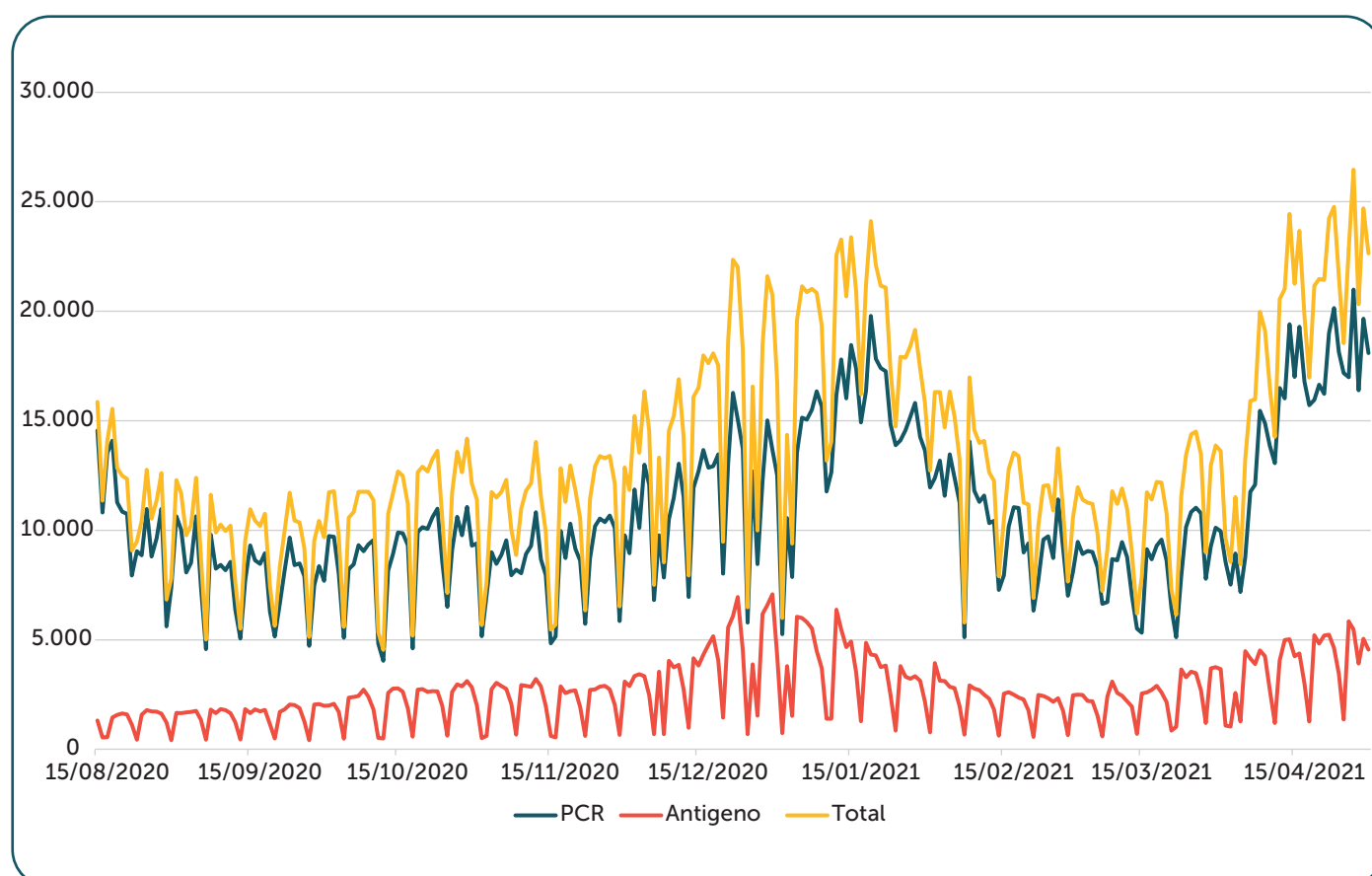
- 1) Total de casos y muestras procesadas diarias clasificados por:
 - » Casos sospechosos o probables y por casos positivos
 - » Por estrategias de captación de casos: búsqueda activa e investigaciones de campo, captación por vigilancia regular.
 - » Por EAPB.
 - » Por tipo de prueba: RT PCR y antigénica.
- 2) Tendencia de pruebas realizadas según clasificación por tipo de prueba.
- 3) Tasa de positividad (%).
- 4) Número de pruebas realizadas por cada millón de habitantes.

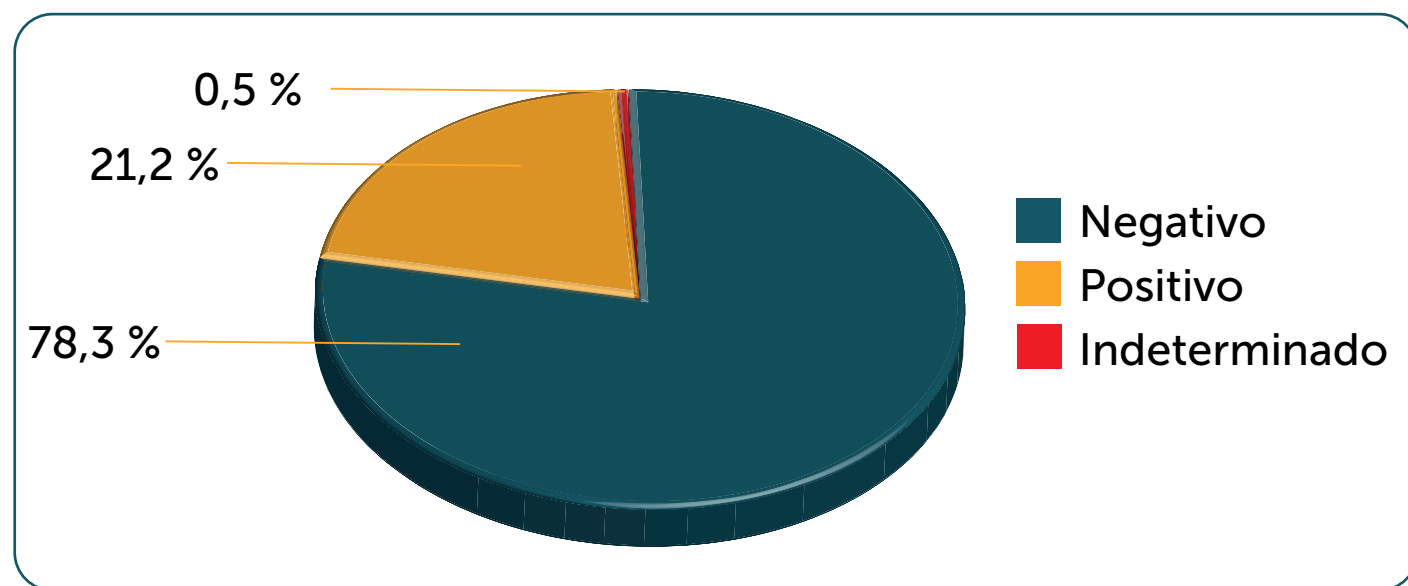
- 5) Positividad según fecha de resultado.
- 6) Positividad según fecha de toma de muestra.
- 7) Mediana de días entre fecha de inicio de síntomas y consulta; mediana entre fecha de consulta y toma de muestra; mediana entre toma de muestra y fecha de resultado.

32 laboratorios habían sido habilitados en el Distrito Capital al 30 de abril del 2021, quienes habían procesado 3 349 859 muestras; 2,7 millones correspondía a la técnica RT-PCR y 710.639 se habían reportado como positivas. El aumento en la tendencia del volumen de pruebas analizadas representadas en la gráfica correspondió con la

segunda y el inicio de la tercera ola epidémica que se evidenció en la ciudad. Para el 30 de abril, la proporción de positividad en la red de laboratorios fue del 23,31 %, de acuerdo con la fecha de toma de la muestra, que fluctuó entre el 10,15 % y el 29,86 % según el momento epidémico del periodo analizado. A medida que avanzó la pandemia, la oportunidad de la red de laboratorios mejoró de tal forma que la mediana entre el inicio de síntomas y la toma de la muestra fue tres (3) días, y entre la toma y la expedición del resultado de un día (1). Estas fluctuaciones relacionadas con la demanda en los picos epidémicos aumentaron estos indicadores hasta en seis (6) y dos (2) respectivamente.

Figura 1. Tendencia de muestras procesadas según tipo pruebas para COVID-19 y proporción de positividad del 15 de agosto al 30 de abril en Bogotá D. C.





Fuente: Observatorio de Salud de Bogotá (Saludata)⁴.

Rastreo

- 1) Número de personas con RT-PCR positivo que son rastreadas diariamente por EAPB y otros medios.
- 2) Contactos estrechos identificados diariamente por caso, por EAPB y otros medios.
- 3) Número de contactos efectivamente interrogados.
- 4) Oportunidad para la identificación de contactos: casos rastreados en campo a los que se logra construir un mapa de contactos en las primeras 24 horas.
- 5) Oportunidad para la toma de la muestra del contacto.
- 6) Oportunidad para obtener el resultado de la muestra de los contactos.

Un promedio de 2878 casos fue notificado en el periodo analizado al sistema de vigilancia

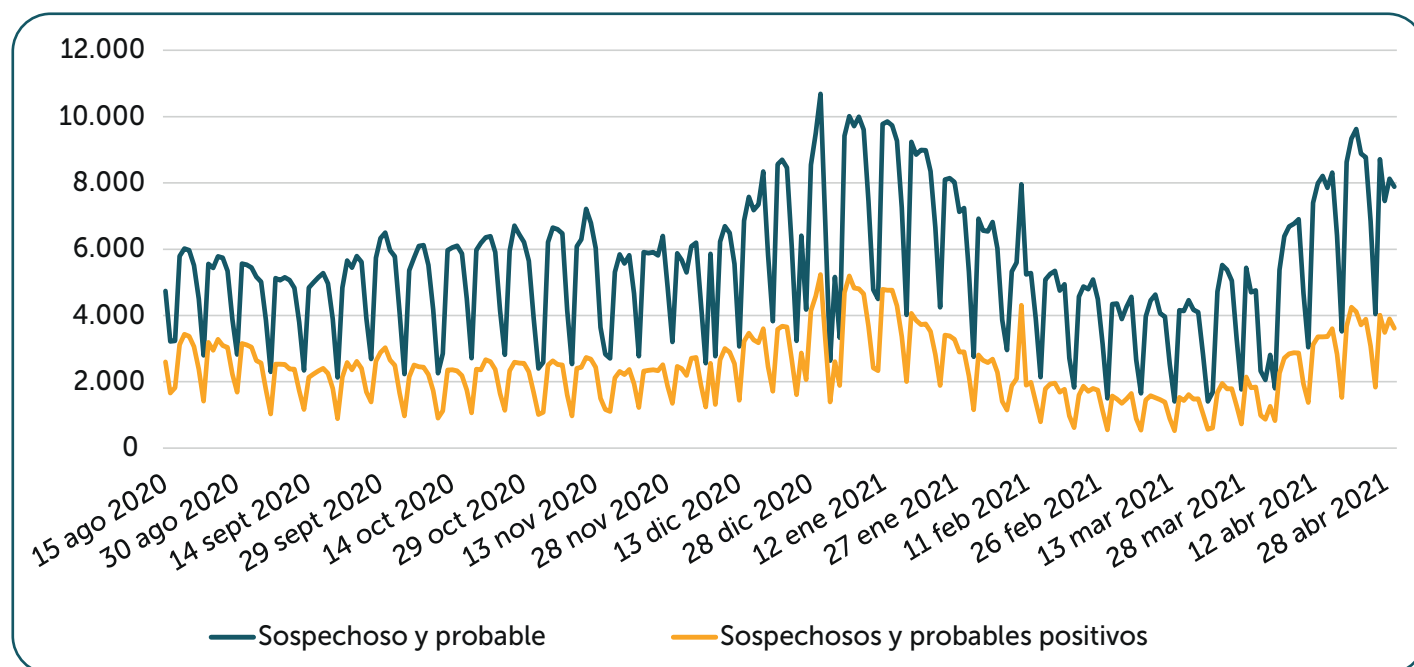
en salud pública del Distrito Capital, con una proporción de positividad que fluctuó entre el 35,88 % al 51,51 %. Según lo reportado al SegCovid19 en el periodo analizado, a los 116 373 casos sospechosos se les rastrearon 206 845 contactos, que correspondió una razón de 1,78; para los positivos la razón fue del 1,82, bastante lejos de la meta del indicador. La mediana entre la fecha de notificación de caso índice y fecha de primer seguimiento a contactos de caso índice fluctuó de 2 a 18 días, según el momento de la curva epidémica.

Aislamiento selectivo

- 1) Proporción de casos (sospechosos, probable y confirmados) en aislamiento completo por localidad, conglomerado y EAPB.
- 2) Proporción de contactos en aislamiento completo por localidad, conglomerado y EAPB.

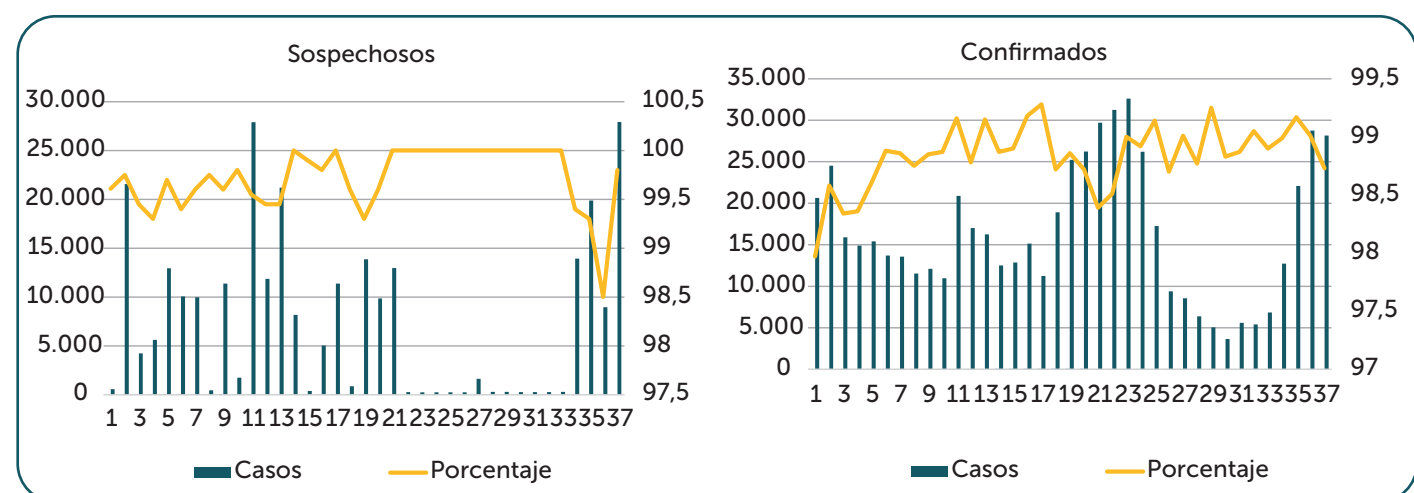
⁴ <https://datastudio.google.com/u/0/reporting/1fd4d4ae-d4aa-4203-87d9-37fa450b0fb3/page/JLqeB>

**Figura 2. Casos sospechosos o Probables, total y positivos para COVID-19
15 de agosto al 30 de abril en Bogotá D. C.**



Fuente: Sivigila y BD Positivos⁵.

Figura 3. Número y porcentaje de casos de COVID-19 en aislamiento según semana epidemiológica Semanas 34/2020 a 17/2021 Bogotá D. C.



Fuente: bodega de datos Sispro (SGD), SegCovid19⁶.

⁵ <https://datastudio.google.com/u/0/reporting/1fd4d4ae-d4aa-4203-87d9-37fa450b0fb3/page/wHLgB>

⁶ <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoieMDZjZjgzMGEtMzRhYS00ZWY0LWI4Y2EtZjk1ODUzNDk0ZDlmliwidCI6ImJmYjdIMTNhLTdmYjctNDAXNi04MzBjLWQzNzE2ZThkZDhiOCJ9>

El 94,33 % de los casos confirmados y el 85,45 % de los casos sospechosos fueron seguidos según los lineamientos establecidos por el programa en el Distrito Capital, indicador calificado como *adecuado* según las metas programáticas del PRASS. Iniciando el programa en la semana epidemiológica 34 del 2020, solo se habían reportado 265 casos sospechosos al SegCovid19, contra 20 934 casos confirmados. Para la semana 17 del 2021, los reportes fueron de 27 727 y 26 960 respectivamente quienes reportaron aislamiento mayor al 95 %. En la semana epidemiológica 06 del 2021, se reportó la mayor proporción de positividad en los contactos de la serie, con un 45,06 %.

Reflexiones preliminares de la implementación

El programa PRASS nacional y la estrategia de implementación DAR del Distrito Capital hacen parte del Plan de Respuesta Distrital a la Pandemia por COVID-19, por lo que se debe fortalecer su integración con los otros componentes de vigilancia, prevención y atención de la epidemia.

El cuidado y gestión individual, familiar y comunitaria de la ciudadanía, que promueva la identificación rápida de contactos y su aislamiento, es decisivo para cortar cadenas de transmisión y cumplir con los propósitos del PRASS/DAR.

Se requieren medios eficaces que favorezcan el aislamiento de los casos y contactos que, por razones socioeconómicas, no lo pueden hacer en sus domicilios. El compromiso de las empresas es fundamental en la reapertura de los establecimientos de comercio y el regreso a las actividades cotidianas suspendidas o reducidas con ocasión de las medidas de contención de la pandemia.

Se debe mantener la búsqueda activa en territorios y poblaciones selectas utilizando las cada vez más afinadas tecnologías que el Distrito ha diseñado para tal fin.

Se deben actualizar y fortalecer las estrategias de comunicación social del riesgo y motivación a la adherencia del programa a todos los agentes que garanticen su sostenibilidad y efectividad.

Incluir el síndrome poscovid-19 en las guías y rutas de atención relacionadas con la pandemia.

Referencias

1. Villela DAM. The value of mitigating epidemic peaks of COVID-19 for more effective public health responses. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2020 marzo;53:e20200135.
2. Rossman H, Keshet A, Shilo S, Gavrieli A, Bauman T, Cohen O, et al. A framework for identifying regional outbreak and spread of COVID-19 from one-minute population-wide surveys. *medRxiv.* 2020;2020.03.19.20038844.
3. Instituto Nacional de Salud. Anexo. Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19). GIPS21, versión 1.
4. Rossman H, Keshet A, Shilo S, Gavrieli A, Bauman T, Cohen O, Balicer R, Geiger B, Dor, Y, Segal E. A framework for identifying regional outbreak and spread of COVID-19 from one-minute population-wide surveys. *medRxiv preprint.* <https://doi.org/10.1101/2020.03.19.20038844>.
5. Development Finance Bureau at Ministry of Economy and Finance (MOEF) in col-

- laboration with Korea Centers for Disease Control & Prevention (KCDC) and Ministry of Health and Welfare (MOHW). "Tackling COVID-19: Health, Quarantine and Economic Measures of South Korea".
6. Joon-Young S, Jin-Gu Y, Ji-Yun N, Hee-Jin C, Woo-Joo K. Covid-19 in South Korea — Challenges of Subclinical Manifestations. NEJM.ORG. nejmc2001801.
7. Wycliffe E. Wei, Zongbin Li, Calvin J. Chiew, Sarah E. Yong, Matthias P. Toh, Vernon J. Lee. Presymptomatic Transmission of SARS-CoV-2 Singapore, January 23–March 2020. MMWR, 2020 April;69(14).
8. Roxby A, Greninger A, Hatfield K, Lynch J, Dellit T, James A, Taylor J, Page L, Kimball A, Arons M, Schieve L, Munanga A, Stone N, Jernigan J, Reddy S, Lewis J, Cohen S, Jerome K, Duchin J, Neme S. MMWR. 2020 April;69(14).
9. Chow N, Fleming-Dutra K, Gierke R, Hall A, Hughes M, Pilishvili T, Ritchey M, Roguski K, Skoff T, Ussery E. Preliminary Estimates of the Prevalence of Selected Underlying Health Conditions Among Patients with Coronavirus Disease 2019 United States, February 12–March 28, 2020. MMWR 2020 April;69(13).
10. OPS/OMS. Información y criterios para la priorización de pruebas diagnósticas del SARS-CoV-2 para dirigir las necesidades de adquisición por los sistemas de salud. 2020 abril.
11. Vargas Ulate G. Espacio y territorio en el análisis geográfico. Rev. Reflexiones; 91(1):313-326, ISSN: 1021-1209 / 2012.
12. Lipsitch M, Swerdlow D, Finelli L. Defining the Epidemiology of Covid-19 — Studies Needed. NEJM 2020 March; 382.
13. Instituto Nacional de Salud de Colombia. Orientaciones para la vigilancia en salud pública de la COVID-19. Versión 1. 2020.
14. Upegui S. ¿Cuál es la nueva estrategia del Gobierno en la pandemia?, la explica Andrés Villamizar. El País. 2020 julio. <https://www.elpais.com.co/cal/cual-es-la-nueva-estrategia-del-gobierno-en-la-pandemia-la-explica-andres-villamizar.html>
15. FERRETTI L, WYMANT C, KENDALL M, ZHAO L, NURTAY A, ABELER-DÖRNER L, PARKER M, BONSALE D, FRASER C. Quantifying SARS-CoV-2 transmission suggests epidemic control with digital contact tracing, Science 2020 May; 368(6491).
16. Pueyo T. Coronavirus: How to do Testing and Contact Tracing. 2020 April. <https://medium.com/@tomaspueto/coronavirus-how-to-do-testing-and-contact-tracing-bde85b64072e>
17. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Decreto 1109 de agosto 2020.
18. Presidencia de la República de Colombia. Manual de implementación PRASS: pruebas, rastreo y aislamiento selectivo sostenible. 2020 agosto.
19. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Decreto 1374 del 19 de octubre 2020. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=6289