



CERTIFICADO EN INTERVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Guía de estudio para el examen

Este proyecto cuenta con el apoyo de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (*CDC*) bajo el Acuerdo Cooperativo N.º NU50CK000612 otorgado a la Asociación de Escuelas y Programas de Salud Pública (*ASPPH*) y subadjudicado a la Junta Nacional de Examinadores de Salud Pública (*NBPHE*) bajo la oportunidad de financiamiento CDC-RFA-CK20-2003. Los contenidos son responsabilidad del autor o los autores y no representan necesariamente las opiniones oficiales ni un respaldo por parte de los *CDC/HHS* o del Gobierno de los Estados Unidos.

Esta guía de estudio es un recurso educativo financiado con fondos públicos y está destinada a un uso no comercial por parte de profesionales y agencias de salud pública. Aunque *NBPHE* conserva el crédito de autoría, el contenido no es una publicación oficial de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (*CDC*). El uso de este material debe cumplir con los requisitos pertinentes de subvenciones de los *CDC* y *ASPPH*, incluida la integridad científica, la accesibilidad y la atribución adecuada.

Contenido

Introducción.....	1
Cómo usar esta guía.....	2
Esquema de contenido del examen del Certificado en intervención de enfermedades (CDI).....	3
Área de competencia 1: Planificación y análisis de casos.....	3
Área de competencia 2: Entrevistas y manejo de caso.....	4
Área de competencia 3: Servicios de campo y alcance.....	5
Área de competencia 4: Vigilancia y recolección de datos.....	6
Área de competencia 5: Colaboración.....	6
Área de competencia 6: Respuesta a brotes y preparación para emergencias.....	7
Glosario de términos y definiciones del CDI.....	8
Capítulo 1 Planificación y análisis de casos.....	17
Introducción.....	17
Contenido del área de competencia.....	18
Sección 1: Recolección inicial, análisis y priorización de los datos del caso.....	18
Sección 2: Análisis e interpretación de caso para la investigación e intervención de enfermedades.....	22
Sección 3: Uso de herramientas de investigación para apoyar la localización de individuos y recursos.....	27
Sección 4: Principios y ética de la salud pública en la gestión de enfermedades infecciosas ...	30
Conclusión.....	32
Palabras clave del Capítulo 1.....	33
Preguntas de práctica del Capítulo 1.....	34
Referencias del Capítulo 1.....	36
Capítulo 2 Entrevistas y manejo de caso.....	38
Introducción.....	38
Contenido del área de competencia.....	39
Sección 1: Resumen de Entrevistas y manejo de caso.....	39
Sección 2: Entrevistas a personas con enfermedades infecciosas.....	41
Sección 3: Identificación de personas expuestas a enfermedades infecciosas.....	44
Sección 4: Fomento de la participación en los servicios de intervención de enfermedades y entrevistas.....	52
Sección 5: Comprensión de la enfermedad y elaboración del historial.....	58
Sección 6: Análisis de necesidades y obstáculos.....	62
Sección 7: Guías clave en la investigación de enfermedades.....	65

Conclusión.....	69
Palabras clave del Capítulo 2	70
Preguntas de práctica del Capítulo 2.....	72
Referencias del Capítulo 2	74
Capítulo 3 Servicios de campo y actividades de alcance.....	76
Introducción	76
Contenido del área de competencia	77
Sección 1: Preparación para la investigación de campo.....	77
Sección 2: Realización de investigaciones de campo.....	81
Sección 3: Comunicación con personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa	84
Sección 4: Pruebas de campo/tratamiento y precauciones universales	87
Conclusión.....	92
Palabras clave del Capítulo 3	93
Preguntas de práctica del Capítulo 3.....	94
Referencias del Capítulo 3	96
Capítulo 4 Vigilancia y recolección de datos	97
Introducción	97
Contenido del área de competencia	98
Sección 1: Fundamentos de la vigilancia y recolección de datos	98
Sección 2: Recolección de datos	101
Sección 3: Documentación y uso de datos	106
Sección 4: Interpretación y gestión de datos para la respuesta de salud pública	108
Conclusión.....	113
Palabras clave del Capítulo 4	114
Preguntas de práctica del Capítulo 4.....	115
Referencias del Capítulo 4	117
Capítulo 5 Colaboración.....	119
Introducción	119
Contenido del área de competencia	119
Sección 1: Aplicación de los principios de salud pública y ética durante la colaboración	119
Sección 2: Educación y capacitación de los proveedores.....	122
Sección 3: Recurso local para proveedores y la comunidad.....	124
Sección 4: Alianzas y colaboración para una atención de calidad	126
Sección 5: Revisión colaborativa de casos para el mejoramiento de la calidad	128
Conclusión.....	131

Palabras clave del Capítulo 5	132
Preguntas de práctica del Capítulo 5.....	133
Referencias del Capítulo 5	135
Capítulo 6 Brotes de enfermedades y preparación para emergencias	138
Introducción	138
Contenido del área de competencia	138
Sección 1: Participación en capacitación para la preparación	138
Sección 2: Uso de técnicas de intervención de enfermedades	143
Sección 3: Asistencia a diversos funcionarios gubernamentales y de salud pública en el desempeño de las tareas requeridas	147
Sección 4: Participación en un informe postacción (AAR)	150
Sección 5: Cumplimiento de los principios de salud pública	152
Conclusión.....	154
Palabras clave del Capítulo 6	155
Preguntas de práctica del Capítulo 6.....	156
Referencias del Capítulo 6	159

Introducción

Le damos la bienvenida a la guía de estudio para el examen del Certificado en intervención de enfermedades (*CDI*).

La guía de estudio del *CDI* fue creada para apoyar su preparación para el examen del Certificado en intervención de enfermedades (*CDI*). Tanto si cuenta con años de experiencia como si desea adquirir conocimientos en áreas de competencia específicas, esta guía le ayudará a mejorar su confianza y preparación.

El examen del *CDI* se basa en un esquema de contenido que actúa como marco de referencia para la prueba. Este esquema se desarrolla mediante un análisis formal del puesto, en el cual expertos en la materia identifican los conocimientos, las habilidades y las capacidades esenciales para la práctica competente en el campo. El esquema especifica las áreas de competencia (áreas amplias de especialización), las tareas dentro de cada y el porcentaje del examen dedicado a ellas. Esto indica en qué medida se evaluará cada ámbito.

Esta guía de estudio sigue la estructura del esquema de contenido. Cada capítulo se centra en uno de las seis áreas de competencia evaluados en el examen del *CDI*:

- Planificación y análisis de casos
- Entrevistas y manejo de caso
- Servicios de campo y alcance
- Vigilancia y recolección de datos
- Colaboración
- Respuesta a brotes y preparación para emergencias

Dentro de cada capítulo, encontrará un resumen del área de competencia y sus tareas relacionadas, junto con una cobertura detallada de los conocimientos y las habilidades que se necesitan para una práctica efectiva. Las palabras clave están en negrita y sus definiciones figuran en el Glosario. Se proporcionan ejemplos y explicaciones para ilustrar cómo los conceptos pueden aplicarse de manera diferente según la jurisdicción, los protocolos del programa o el entorno laboral. Cada capítulo también incluye preguntas de práctica para ayudarle a evaluar y reforzar su comprensión a medida que avanza.

La guía de estudio fue desarrollada mediante un proceso colaborativo que incluyó la revisión de las directrices de los *CDC*, consultas con expertos en la materia y la incorporación de comentarios de profesionales de *DI* experimentados. Es importante señalar que el examen y la guía de estudio del *CDI* enfatizan los principios, los procesos y las habilidades fundamentales aplicables a diversas enfermedades y situaciones, en vez de detalles específicos de enfermedades, como los períodos de incubación, los períodos de entrevista, las tecnologías de prueba y los regímenes de tratamiento. La terminología en esta guía fue seleccionada para representar un lenguaje estandarizado a nivel nacional. Los profesionales de intervención de enfermedades pueden encontrar terminología diferente en la práctica regional y local. Esperamos que esta guía refuerce lo que ya sabe y le ofrezca nuevas perspectivas para profundizar su conocimiento. Gracias por su labor para proteger y promover la salud pública. ¡Mucha suerte en su camino hacia la certificación!

Cómo usar esta guía

Esta guía está diseñada para ser flexible, lo que le permite estudiar de la manera que mejor se ajuste a sus necesidades. Aquí tiene algunos consejos para aprovecharla al máximo:

- **Haga una revisión por área de competencia** – Puede avanzar por los capítulos en secuencia o concentrarse en las áreas que considere que necesita repasar más.
- **Aprenda las palabras clave** – El glosario y los términos en negrita resaltan conceptos y vocabulario esenciales que debe conocer para el examen.
- **Aplice lo aprendido a situaciones reales** – Al leer, considere cómo abordaría situaciones similares en su propio entorno laboral o jurisdicción.
- **Use las preguntas de práctica** – Cada capítulo incluye preguntas para ayudarle a verificar su comprensión. Considérelas herramientas de aprendizaje, no solo cuestionarios.
- **Enfóquese en habilidades y procesos** – Dado que el examen *CDI* no incluirá contenido específico de enfermedades, concéntrese en los métodos, las estrategias y las prácticas profesionales que se describen.
- **Tome notas** – Mantenga una lista actualizada de conceptos que desee revisar o discutir con sus compañeros de trabajo.
- **Avance a su propio ritmo** – Divida sus sesiones de estudio en partes manejables y repase las secciones que le resulten difíciles con el tiempo.

Al seguir estas estrategias, puede convertir esta guía en un recurso de estudio activo.

Esquema de contenido del examen del Certificado en intervención de enfermedades (CDI)

El esquema de contenido del examen del Certificado en intervención de enfermedades (CDI) fue desarrollado mediante la creación de un análisis de trabajo estructurado, durante el cual profesionales experimentados identificaron los conocimientos, las habilidades y las capacidades esenciales requeridos para una práctica competente. Describe las principales áreas de competencia de especialización, detalla las tareas específicas dentro de cada área de competencia y asigna un porcentaje para indicar el peso relativo de cada uno en el examen. Esta sección presenta las áreas de competencia, las tareas y los porcentajes correspondientes para el examen del CDI.

Área de competencia 1: Planificación y análisis de casos

Porcentaje del examen: 20 %

Esta área de competencia aborda los pasos que deben tomarse antes de iniciar el proceso de entrevista. La planificación y el análisis de casos implican la verificación de la información reportada y el uso de las fuentes de datos disponibles para obtener información adicional sobre una persona diagnosticada con una infección, con el fin de asegurar una entrevista oportuna y el referido a los servicios médicos y de apoyo necesarios. Los profesionales de intervención de enfermedades (DI) usan protocolos locales para priorizar los casos y maximizar la oportunidad de intervención de enfermedades.

Tareas:

1. Recolectar y verificar información relevante para fundamentar la planificación y el análisis de casos de personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa.
2. Evaluar y priorizar la carga de casos para maximizar el impacto de la intervención.
3. Usar tecnologías digitales para identificar y localizar a personas diagnosticadas con o potencialmente expuestas a una enfermedad infecciosa.
4. Identificar recursos comunitarios para conectar a las personas con atención y servicios (es decir, proveedores médicos, servicios de Medicare/Medicaid, salud mental, salud conductual, asistencia financiera y para el pago de servicios públicos, bancos de alimentos, albergues para personas sin hogar).
5. Calcular los períodos de intervención de la enfermedad (por ejemplo, período de entrevista, período de incubación, período ventana) para determinar las necesidades de investigación de la enfermedad.
6. Realizar un análisis continuo de casos para identificar brechas y discrepancias que sirvan de base para los pasos adicionales de la intervención.
7. Cumplir con los principios de salud pública durante la planificación y el análisis de casos.

Área de competencia 2: Entrevistas y manejo de caso

Porcentaje del examen: 20 %

Entrevistar a personas diagnosticadas con una enfermedad infecciosa es una actividad crítica de intervención de enfermedades. Esta área de competencia abarca los aspectos clave del proceso de entrevista y las habilidades críticas de comunicación necesarias para identificar con éxito a las personas expuestas a una enfermedad infecciosa para su notificación y referido a servicios médicos y de apoyo. Los profesionales de intervención de enfermedades (*DI*) aseguran que las personas afectadas por enfermedades infecciosas tengan la información necesaria para acceder a los servicios de prevención y tratamiento que necesitan con el fin de evitar una mayor transmisión y complicaciones. Mantener la confidencialidad y priorizar la comunicación centrada en las personas, así como prestar atención a las necesidades únicas de las poblaciones atendidas, son fundamentales para generar confianza con las personas diagnosticadas con o expuestas a enfermedades infecciosas.

Tareas:

1. Recolectar y verificar información relevante para determinar las necesidades de investigación de personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa.
2. Definir la confidencialidad y llevar a cabo la investigación de manera confidencial.
3. Discutir los propósitos de la investigación de la enfermedad (por ejemplo, entrevista, resultados de pruebas, exposición a enfermedades y riesgo ambiental).
4. Motivar a las personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa a participar en los servicios de intervención de enfermedades (por ejemplo, pruebas, tratamiento, aislamiento o cuarentena, identificación de parejas).
5. Realizar entrevistas integrales usando habilidades de comunicación efectivas.
6. Realizar una evaluación detallada de las personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa (por ejemplo, historial de riesgos, historial sexual, consumo de drogas, encarcelamiento, datos demográficos).
7. Obtener información demográfica y de localización sobre personas expuestas a o en riesgo de contraer la enfermedad (por ejemplo, contactos, parejas sexuales, miembros de la red social) para la prevención e intervención.
8. Recabar información sobre establecimientos o entornos sociales donde las personas puedan haber estado expuestas a la enfermedad, para apoyar la prevención y mitigación.
9. Determinar las necesidades y los obstáculos relacionados con la intervención de enfermedades para personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa.
10. Dirigir a las personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa a los servicios de apoyo adecuados (por ejemplo, hospitales, clínicas, albergues, centros de salud mental).
11. Colaborar con personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa para desarrollar e implementar un plan de acción (por ejemplo, pruebas, tratamiento, servicios de apoyo, negociación de métodos de notificación a parejas/contactos para una intervención oportuna).

12. Verificar si las personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa siguieron un plan de acción (por ejemplo, pruebas, tratamiento, servicios de apoyo y notificación a parejas/contactos).
13. Realizar una búsqueda de récords de información sobre personas expuestas a o en riesgo de contraer la enfermedad (por ejemplo, contactos, parejas sexuales, miembros de la red social, otras personas que puedan beneficiarse de las pruebas) para obtener y documentar cualquier información relevante sobre localización, pruebas y tratamiento.
14. Localizar y comunicarse con personas expuestas a o en riesgo de contraer la enfermedad (por ejemplo, contactos, parejas sexuales, miembros de la red social) por teléfono, mensajes de texto, cartas de referido, correos electrónicos y tecnologías digitales (por ejemplo, aplicaciones, sitios web).
15. Llevar a cabo un seguimiento con las personas expuestas a o en riesgo de contraer la enfermedad (por ejemplo, contactos, parejas sexuales, miembros de la red social, otras personas que puedan beneficiarse de la realización de pruebas) para asegurar pruebas, tratamiento u otros referidos.
16. Cumplir con los principios de salud pública durante la entrevista y el manejo de caso.

Área de competencia 3: Servicios de campo y alcance

Porcentaje del examen: 20 %

Para realizar investigaciones de campo en la comunidad se requiere una planificación minuciosa. Esta área de competencia describe los pasos que el profesional de intervención de enfermedades (*DI*) debe seguir para prepararse y asegurar actividades de investigación de campo eficientes y oportunas. Preparar los suministros para pruebas y tratamientos, realizar búsquedas de récords y planificar las visitas de campo con anticipación mejorará el impacto de las actividades de investigación de campo. Mientras se encuentra en el campo, el profesional de *DI* debe poner en práctica habilidades de comunicación efectivas y una observación aguda para asegurar su seguridad mientras localiza a personas infectadas con o en riesgo de contraer una enfermedad infecciosa.

Tareas:

1. Planificar los servicios de campo (por ejemplo, visitas domiciliarias, eventos de alcance, pruebas de detección) para mantener la confidencialidad, seguridad y protección.
2. Tener suministros para estar preparados para los servicios de campo.
3. Realizar investigaciones de campo en residencias u otros lugares comunitarios para informar a las personas sobre una posible exposición a enfermedades o resultados positivos de pruebas.
4. Comunicarse en persona con individuos diagnosticados con o posiblemente expuestos a una enfermedad infecciosa.
5. Mantener la seguridad y confidencialidad de la información sensible y de la información de salud protegida de las personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa.
6. Cuando no se pueda contactar con un individuo, comunicarse con un contacto de terceros (por ejemplo, contactos mutuos, organizaciones de apoyo comunitario, negocios locales) para obtener información adicional.
7. Aplicar precauciones universales y procedimientos de control de infecciones.

8. Apoyar las actividades de pruebas de campo, tratamiento y alcance para personas que experimentan un impacto desproporcionado de enfermedades transmisibles.
9. Administrar y observar el tratamiento (por ejemplo, terapia observada directamente [DOT], terapia acelerada de pareja [EPT], terapia administrada en campo) en entornos no clínicos para asegurar la adherencia al régimen de tratamiento y la educación del paciente.
10. Identificar y responder adecuadamente a situaciones inseguras (por ejemplo, lenguaje corporal, amenaza de daño físico, señales ambientales, tono).
11. Cumplir con los principios de salud pública durante los servicios de campo y el alcance.

Área de competencia 4: Vigilancia y recolección de datos

Porcentaje del examen: 20 %

Los profesionales de intervención de enfermedades (*DI*) desempeñan un rol fundamental en la verificación de la información obtenida a través de informes confidenciales de casos y la recolección de información complementaria durante el proceso de investigación. Esta área de competencia describe las fuentes que los profesionales de *DI* usan para obtener datos clave y la importancia de trabajar con los proveedores y las instalaciones de cuidado de la salud para asegurar una recolección de datos oportuna y completa para las condiciones reportables.

Tareas:

1. Verificar y recolectar datos usando fuentes formales e informales (por ejemplo, proveedores, sistemas de información, búsquedas en Internet).
2. Durante entrevistas exhaustivas a personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa, verificar y recolectar información de vigilancia (por ejemplo, información sobre riesgos, información sociodemográfica).
3. Actualizar la documentación según sea necesario para asegurar que los datos de vigilancia sean precisos y completos.
4. Identificar tendencias en investigaciones y notificar sobre tendencias emergentes o preocupaciones.
5. Cumplir con los principios de salud pública durante la vigilancia y recolección de datos.

Área de competencia 5: Colaboración

Porcentaje del examen: 15 %

Esta área de competencia aborda el rol de la colaboración entre el profesional de intervención de enfermedades (*DI*), los proveedores de cuidado de la salud y las organizaciones comunitarias. La colaboración es vital para el éxito de la intervención de enfermedades infecciosas. Los profesionales de *DI* son un recurso para comprender e implementar las recomendaciones de salud pública y los requisitos de reporte.

Tareas:

1. Colaborar con proveedores de cuidado de la salud y otros servicios (por ejemplo, centros penitenciarios, escuelas, departamentos de salud) para asegurar una atención adecuada.

2. Educar a los proveedores de cuidado de la salud (por ejemplo, médicos, laboratoristas) sobre los requisitos jurisdiccionales o el cumplimiento de los reportes.
3. Actuar como un recurso local para transmitir información de salud pública y las recomendaciones de los CDC a la comunidad y a los proveedores (por ejemplo, centros penitenciarios, escuelas, departamentos de salud, personal médico).
4. Participar en la revisión colaborativa de casos para identificar y discutir oportunidades para mejorar las estrategias de manejo de caso e intervención.
5. Cumplir con los principios de salud pública durante la colaboración.

Área de competencia 6: Respuesta a brotes y preparación para emergencias

Porcentaje del examen: 5 %

Esta área de competencia describe el rol del profesional de intervención de enfermedades (*DI*) durante un brote o una emergencia de salud pública. Comprender los conceptos de preparación para emergencias asegurará que los profesionales de DI estén preparados para actuar durante un brote o una respuesta ante emergencias. Participar en iniciativas de preparación para emergencias de salud pública permite al profesional de DI comprender las funciones críticas y su rol, de modo que esté preparado para actuar durante una emergencia activa de salud pública.

Tareas:

1. Participar en capacitación de preparación (por ejemplo, ejercicios de mesa, aprendizaje de temas relevantes para un brote de emergencia, capacitación justo a tiempo, planificación para emergencias, conocimiento de un plan de respuesta a brotes, capacitación en la estructura de comando de incidentes [*ICS*]).
2. Aplicar técnicas de intervención de enfermedades (por ejemplo, directrices operativas del programa [*POG*], capacitación cruzada en el conocimiento de otras morbilidades) para participar en emergencias de salud pública e iniciativas de respuesta a brotes.
3. Asistir a diversos funcionarios gubernamentales y de salud pública en la realización de las tareas requeridas (por ejemplo, recolección de datos, identificación de contactos, recomendaciones de cuarentena y aislamiento, evaluación rápida de necesidades, consulta con epidemiólogos, alcance comunitario, promoción de la concienciación incluyendo la red de alerta de salud [*HAN*]).
4. Participar en informes postacción (*AAR*) para aportar lecciones aprendidas y recomendaciones que mejoren las actividades de respuesta futuras.
5. Cumplir con los principios de salud pública durante la respuesta a brotes y preparación para emergencias.

Glosario de términos y definiciones del *CDI*

Este glosario proporciona definiciones para palabras clave usadas en toda la Guía de estudio del *CDI*. Use esta sección como referencia rápida para reforzar la comprensión de conceptos y terminología importantes.

Acción – Paso específico que se toma para llevar a cabo un plan o lograr un objetivo en el ámbito de la salud pública o de la intervención de enfermedades.

Plan de acción – Estrategia detallada que describe los pasos, las responsabilidades y los plazos para lograr una meta o un objetivo específico de salud pública.

Escuchar activamente – Enfoque de comunicación en el que el oyente se concentra plenamente, entiende, responde y recuerda lo que se dice, usando señales verbales y no verbales para mostrar su participación. Esto incluye técnicas específicas como parafrasear, asentir, hacer preguntas aclaratorias y repetir lo que la persona ha dicho.

Vigilancia activa – Método de vigilancia mediante el cual el personal de salud pública busca activamente información sobre casos contactando a proveedores de cuidado de la salud, laboratorios o instalaciones, y vigilancia pasiva, que depende de que los proveedores de cuidado de la salud, laboratorios y otras entidades reporten casos a las autoridades de salud pública.

Afirmaciones – Declaraciones positivas que reconocen las fortalezas, los esfuerzos o los valores de una persona, usadas para alentar y apoyar en el cambio de comportamiento o la toma de decisiones.

Informe postacción (AAR) – Herramienta usada para proporcionar retroalimentación después de un incidente que resume lo que sucedió durante el evento, analiza las acciones tomadas por los participantes y proporciona áreas que necesitan mejoramiento.

Comunicación agresiva – Estilo de interacción en el que una persona expresa necesidades u opiniones de manera enérgica, hostil o dominante, a menudo a expensas de los demás.

Asertividad – Capacidad de expresar los propios pensamientos, sentimientos y necesidades con claridad y respeto, teniendo también en cuenta los derechos y las necesidades de los demás.

Asociado – Persona relacionada con un caso o un contacto, a menudo a través de una red social o de riesgo compartida, que puede requerir seguimiento en la investigación de enfermedades. Los asociados se nombran durante una entrevista con una persona que no está diagnosticada con una enfermedad infecciosa.

Aislamiento de sustancias corporales – Conjunto de prácticas de control de infecciones que asume que todos los fluidos corporales son potencialmente infecciosos y requiere el uso de barreras protectoras (por ejemplo, guantes o mascarillas) para prevenir la transmisión.

Análisis de casos – Revisión detallada de la información de los casos, que incluye datos epidemiológicos, hallazgos de entrevistas y resultados de laboratorio, para guiar la intervención en salud pública.



Investigación de caso – Parte del proceso de apoyo a personas con infección sospechada o confirmada, en el que el personal de salud pública trabaja con la persona afectada para ayudarla a identificar y recordar a todas las personas con las que tuvo contacto cercano durante el período en que pudo haber sido infecciosa.

Manejo de caso – Proceso coordinado de planificación, implementación, monitoreo y evaluación de los servicios y las intervenciones que se necesitan para que una persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa recupere la salud y prevenga una mayor transmisión.

Informe de caso – Narrativa estructurada o formulario que resume los detalles de una investigación de caso, incluidos los datos demográficos, el historial de exposición, los contactos y los resultados.

Contacto cercano – Alguien que estuvo físicamente cerca de una persona que podría transmitir una enfermedad infecciosa.

Entrevista de clúster – Entrevista con una persona diagnosticada con o expuesta a una infección para identificar a otros individuos en su red social o de riesgo que puedan haber estado expuestos.

Técnicas de clúster – Ocurrencia o identificación de casos o contactos que están conectados a través de exposiciones, ubicaciones o redes sociales comunes.

Ambiente confidencial – Lugar privado y seguro que asegura la confidencialidad y protección de la información sensible durante actividades de salud pública, como entrevistas o consejería.

Confidencialidad – Obligación de mantener segura la información personal, como los récords médicos. La confidencialidad se refiere a cómo se usa la información y quién tiene acceso a ella.

Rastreo de contactos – Identificación, monitoreo y apoyo de una persona que ha estado expuesta a un agente infeccioso y posiblemente haya sido infectada por él, como alguien que tuvo contacto cercano con una persona con un diagnóstico confirmado o probable de la enfermedad.

Contactos – Individuos que han estado expuestos a una persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa y pueden estar en riesgo de infección.

Referido por contrato – Estrategia de notificación a las parejas en la que la persona infectada se compromete a notificar a sus contactos dentro de un plazo determinado; si no lo hace, el personal de salud pública los notificará.

Capacitación cruzada – Instruir a individuos para realizar tareas fuera de su rol principal, con el fin de que puedan ayudar en otras funciones durante las respuestas de salud pública.

Terapia observada directamente (DOT) – Práctica en la que un profesional de la salud o de salud pública observa a una persona tomar cada dosis de su medicamento recetado para asegurar la adherencia y el éxito del tratamiento.

Comprensión de la enfermedad – Grado en el que un individuo entiende la información sobre una enfermedad específica, incluidas sus causas, transmisión, prevención y tratamiento.

Exposición a enfermedades – Contacto con un agente infeccioso, una persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa o un ambiente contaminado que puede derivar en una enfermedad.

Intervención de enfermedades – Acciones tomadas para prevenir o reducir la propagación de enfermedades, como la investigación de caso, el rastreo de contactos, la educación y el tratamiento.

Distribución – Descripción del patrón de ocurrencia de enfermedades en una población por persona, lugar y tiempo.

Referido dual – Método de notificación a las parejas en el que tanto la persona diagnosticada con una infección como el personal de salud pública trabajan juntos para notificar a los contactos expuestos.

Planificación para emergencias – Proceso de desarrollo de estrategias, procedimientos y recursos para prepararse y responder ante emergencias de salud pública.

Empatía – Capacidad de entender y compartir los sentimientos de otra persona, que a menudo se demuestra escuchando activamente y estableciendo una comunicación de apoyo.

Endémico – Cantidad constante de una enfermedad específica que generalmente está presente en una ubicación geográfica, como un estado o un país.

Riesgo ambiental – Daño potencial a la salud humana derivado de factores físicos, químicos o biológicos presentes en el ambiente.

Epidemiología – Estudio de enfermedades y otros resultados de salud, su ocurrencia y causas en una población, y la aplicación de este estudio para controlar problemas de salud.

Ética – Principios que guían la toma de decisiones y el comportamiento, y se centran en lo que es correcto y justo en la práctica de la salud pública.

Terapia acelerada de pareja (EPT) – Práctica clínica que consiste en tratar a las parejas sexuales de personas diagnosticadas con clamidia o gonorrea mediante la entrega de recetas o medicamentos a la persona diagnosticada para que los proporcione directamente a su pareja, sin que esta sea evaluada previamente por un profesional del cuidado de la salud, con el objetivo de prevenir la reinfección y prevenir una mayor propagación de la infección de transmisión sexual (ITS).

Terapia administrada en campo (FDT) – Proporcionar medicamentos a una persona diagnosticada con o expuesta a una infección en campo (fuera del entorno clínico) para iniciar el tratamiento rápidamente y prevenir una mayor propagación de la enfermedad.

Pruebas de campo – Recolección de especímenes para pruebas de laboratorio en una ubicación fuera de una clínica, como en la casa de una persona, un sitio comunitario o el entorno de un evento.

Recolección de especímenes en campo – Proceso de recolectar muestras biológicas (por ejemplo, sangre, orina, hisopos) de personas diagnosticadas con o expuestas a una infección en entornos no clínicos para realizarles análisis de laboratorio.

Fuentes formales – Fuentes de información oficiales o estructuradas en una investigación, como récords médicos, informes de laboratorio o registros oficiales.

Frecuencia – Periodicidad con la que ocurre un evento, un síntoma o una exposición en una población durante un período específico.



Reducción de daños – Conjunto de estrategias e ideas prácticas destinadas a reducir las consecuencias negativas asociadas con ciertos comportamientos, sin la necesidad de que estos cesen.

Alerta de salud – Informes usados por los departamentos de salud para notificar a los proveedores de cuidado de la salud locales y a las entidades de salud pública sobre un aumento de una enfermedad dentro de su jurisdicción

Red de alerta de salud (HAN) – Sistema nacional de información y comunicación desarrollado por los CDC para asegurar una distribución rápida de la información sobre salud pública a los departamentos de salud estatales y locales, hospitales y otros grupos o partes interesadas.

Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) – Ley federal de EE. UU. que establece estándares nacionales para proteger la información de salud sensible de los pacientes y prevenir su divulgación sin el consentimiento o conocimiento de la persona.

Alfabetización en salud – Habilidad de encontrar, entender y usar información y servicios para tomar decisiones y acciones relacionadas con la salud para uno mismo y para los demás.

Alfabetización numérica en salud – Capacidad de entender y usar información numérica relacionada con la salud, como probabilidades de riesgo, resultados de pruebas o instrucciones de dosificación.

Impacto – Efectos a largo plazo, intencionales o no, producidos por un programa, política u organización.

Sistema de comando de incidentes (ICS) – Enfoque estandarizado para la gestión de incidentes, adoptado para todo tipo de incidentes por organizaciones de todo tipo y en todos los niveles de gobierno.

Período de incubación – Intervalo de tiempo entre la exposición de una persona a un agente infeccioso y cuando comienza a desarrollar síntomas.

Caso índice – Primer caso documentado de una enfermedad en un brote o población determinados que llega a la atención de las autoridades de salud.

Tasa de incidencia – Número de nuevos casos de una enfermedad que ocurren en una población específica durante un período de tiempo definido, a menudo expresado por un número determinado de personas.

Período infeccioso – Tiempo durante el cual una persona puede transmitir la infección a otras personas.

Fuentes informales – Canales de información no oficiales o no institucionales en una investigación, como autorreportes, avisos de miembros de la comunidad u observaciones durante el trabajo de campo.

Servicios para parejas por Internet (IPS) – Enfoque para ofrecer servicios para parejas (*partner services*) mediante el uso de tecnologías como Internet, sitios de redes sociales, correo electrónico, mensajería instantánea (*IM*), dispositivos móviles, aplicaciones móviles y mensajes de texto.

Entrevista – Conversación estructurada o semiestructurada usada para recolectar información de una persona diagnosticada con o expuesta a una infección, o de otra fuente para fines de investigación o prevención de enfermedades.

Período de entrevista – Lapso de tiempo durante el cual se obtienen exposiciones o contactos relevantes de una persona diagnosticada con una infección durante una entrevista.

Hoja de registro de entrevista (*interview record*) – Formulario estandarizado usado para documentar la información recolectada durante una entrevista, incluidos los datos demográficos, los factores de riesgo y los detalles de contacto.

Entrevista – Proceso de hacer preguntas y recolectar información de una persona diagnosticada con o expuesta a una infección con fines de intervención de enfermedades y acción en salud pública.

Aislamiento – Práctica usada para mantener alejada de otros a una persona que está diagnosticada con un agente infeccioso durante su período infeccioso para prevenir la transmisión de una enfermedad infecciosa.

Capacitación justo a tiempo (*JIT*) – Capacitación impartida inmediatamente antes o durante un evento o una respuesta con el fin de preparar a los individuos para tareas o procedimientos específicos.

Algoritmo de pruebas de laboratorio – Secuencia definida de pruebas de laboratorio realizadas en un orden específico para ayudar en el diagnóstico o en pruebas de confirmación.

Accesibilidad lingüística – Provisión de información de una manera que sea comprensible para los individuos, independientemente de su idioma primario, nivel de alfabetización o habilidades de comunicación.

Enlace a cuidado – Proceso de conectar a una persona diagnosticada con una infección a servicios médicos y de apoyo.

Medicaid – Programa conjunto federal y estatal en EE. UU. que ayuda con los costos médicos para algunas personas con ingresos y recursos limitados.

Medicare – Programa federal de seguro de salud de EE. UU. para personas de 65 años o más y para ciertas personas más jóvenes con discapacidades o enfermedades específicas.

Modo de transmisión – Proceso mediante el cual un agente pasa de su fuente o reservorio a un huésped susceptible, ya sea de forma directa o indirecta (por ejemplo, por gotas respiratorias, por vía aérea, por contacto directo, a través vehículos o mediante vectores).

Entrevista motivacional (*EM*) – Estilo de entrevista colaborativo destinado a fortalecer la motivación y el compromiso de la persona para el cambio.

Multimorbilidad – Presencia de dos o más enfermedades crónicas o condiciones de salud en un individuo.

Contactos mutuos – Personas nombradas por dos o más individuos durante entrevistas de pareja o de clúster como contactos o asociados.

Notificación – Acto de informar a una persona sobre una posible exposición a una enfermedad infecciosa o sobre resultados de pruebas que requieren seguimiento.



Preguntas abiertas – Preguntas que no se pueden responder con un simple “sí” o “no” y que animan a la persona que responde a proporcionar más detalles.

Entrevista original – Primera entrevista realizada con una persona diagnosticada con una infección para una investigación de caso específica.

Sesión de entrevista original – Reunión inicial entre un profesional de intervención de enfermedades y una persona diagnosticada con una infección para obtener información sobre el caso, las exposiciones y los contactos.

Brote – Número de casos mayor de lo esperado en un área dentro de un período de tiempo determinado.

Plan de respuesta a brotes (ORP) – Documento escrito preparado para delinear qué acciones tomará la entidad responsable y quiénes estarán involucrados en la respuesta a un brote de una enfermedad.

Pareja – Persona que ha tenido contacto sexual con una persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa y puede requerir notificación, pruebas o tratamiento.

Identificación de parejas – Proceso de identificar y documentar las parejas sexuales o las personas con quienes se compartieron agujas durante una entrevista.

Servicios para parejas (partner services) – Amplia variedad de servicios ofrecidos a personas con infección de VIH, sífilis, gonorrea o clamidia y a sus parejas, incluida la notificación a las parejas sobre su exposición.

Comunicación pasiva – Estilo de comunicación en el que una persona evita expresar sus pensamientos, sentimientos o necesidades de manera directa, a menudo para evitar conflictos.

Vigilancia pasiva – Método de vigilancia que depende de proveedores de cuidado de la salud, laboratorios y otras entidades para reportar los casos a las autoridades de salud pública.

Información de identificación personal (PII) – Cualquier dato que pueda usarse para identificar a un individuo específico, como nombre, dirección, número de teléfono o fecha de nacimiento.

Enfoque centrado en la persona – Enfoque basado en prácticas que promueven la comunicación, la individualidad, la autonomía y la dignidad de las personas que reciben cuidado, con servicios respetuosos y no coercitivos dirigidos por personal capacitado.

Lenguaje claro – Comunicación (escrita o hablada) diseñada para ser clara, concisa y fácil de entender por la audiencia prevista desde la primera vez que la leen o escuchan.

Pruebas en el lugar de cuidado (point-of-care) (POC) – Pruebas diagnósticas realizadas en el sitio de cuidado al paciente o cerca de este, que proporcionan resultados rápidos para orientar decisiones clínicas inmediatas.

Imperativo cortés – Técnica de comunicación que usa un lenguaje directo pero cortés para fomentar la acción; a menudo se formula como una sugerencia en vez de una orden.

Análisis posentrevista – Revisión y evaluación de la información recolectada durante una entrevista para identificar hallazgos clave, brechas y próximos pasos para la investigación.



Maletín – Recipiente o sobre seguro usado para transportar documentos confidenciales de casos o muestras biológicas.

Análisis preentrevista – Revisión de la información de caso disponible antes de realizar una entrevista, para planificar preguntas y estrategias.

Estrategias de prevención – Acciones que reducen la propagación de enfermedades.

Prevención primaria – Actividades para prevenir una enfermedad antes de que ocurra, como la vacunación o la educación en salud.

Prioridades para la preparación de respuesta (PRR) – Tareas y capacidades clave necesarias para asegurar que una agencia de salud pública esté preparada para responder de manera efectiva a un brote o una emergencia.

Privacidad – Deber de proteger la sensación de control de una persona respecto al acceso que terceros puedan tener a sus experiencias, comportamientos o pensamientos. La privacidad se centra en las personas; por ejemplo, el personal de cuidado de la salud no debe divulgar el nombre ni la ubicación del caso índice a un contacto cercano sin su autorización y consentimiento.

Resolución de problemas – Proceso que consiste en identificar un problema, analizar sus posibles causas, generar soluciones alternativas y seleccionar e implementar la acción más adecuada.

Tratamiento profiláctico – Administración de un tratamiento curativo, en ausencia de resultados de pruebas, a personas expuestas a una infección de transmisión sexual (ITS) para detener la infección en incubación.

Información de salud protegida (PHI) – Cualquier dato en un récord médico o un conjunto de récords designados que puede usarse para identificar a un individuo y que fue creado, usado o divulgado durante la prestación de servicios de cuidado de la salud.

Referido por el proveedor – Estrategia de notificación donde el proveedor (por ejemplo, un miembro del personal del departamento de salud) tiene la responsabilidad de notificar de manera confidencial a las parejas sobre su exposición a una infección.

Cuarentena – Práctica de separar de los demás a las personas que han estado expuestas a un agente infeccioso pero que aún no muestran síntomas para prevenir la posible propagación de la enfermedad.

Formulación de preguntas – Forma en la que se estructura una pregunta para obtener ciertos tipos de respuestas, fomentar la apertura y evitar sesgos durante una entrevista.

Búsqueda de récords – Revisión de los récords existentes (por ejemplo, datos del departamento de salud, informes de laboratorio, registros de instalaciones correccionales) para obtener información sobre la localización de personas, el historial de pruebas o los antecedentes de tratamientos relevantes para un caso.

Referido – Dirigir a una persona diagnosticada con o expuesta a una infección a otra persona, agencia o servicio para recibir cuidado, apoyo o intervención adicionales.

Cartas de referido – Avisos escritos enviados a individuos para informarles sobre una posible exposición a una enfermedad infecciosa y proporcionar instrucciones para el seguimiento.



Escucha reflexiva – Estrategia de comunicación donde el entrevistador repite o parafrasea lo que la persona entrevistada ha dicho para confirmar la comprensión y fomentar un mayor intercambio.

Reentrevista – Entrevista posterior realizada para recolectar información adicional o aclarar respuestas de una entrevista anterior.

Historial de riesgo – Información recolectada sobre los comportamientos, las exposiciones o las condiciones anteriores de un individuo que pueden influir en su probabilidad de tener o transmitir una infección.

Mitigación de riesgos – Acciones tomadas para reducir la probabilidad o las consecuencias de un riesgo, como estrategias de reducción de daños o el uso de medidas de protección.

Prevención secundaria – Actividades para detectar y tratar una enfermedad en sus etapas tempranas con el fin de detener o ralentizar su progresión.

Autoeficacia – Creencia de una persona en su capacidad para exhibir un comportamiento o llevar a cabo una tarea específica satisfactoriamente.

Autorreferido – Búsqueda independiente de servicios por parte de una persona diagnosticada con una infección o expuesta a ella, sin indicación de un proveedor, investigador o del proceso de notificación a parejas.

Vigilancia centinela – Método de vigilancia que se centra en sitios o grupos específicos para hacer seguimiento de las tendencias de las enfermedades.

Historial sexual – Conjunto de preguntas realizadas para recolectar información sobre las prácticas sexuales de una persona, sus parejas y los factores de riesgo relevantes para la prevención y la intervención de enfermedades.

Contactos sociales – Personas dentro de la red social de un individuo con una infección que pueden estar en riesgo de exposición a la enfermedad a través de entornos o actividades en común.

Fuente – Origen de un agente infeccioso o exposición en un caso o brote específico.

Poblaciones especiales – Grupos que pueden tener necesidades o vulnerabilidades específicas en el contexto de la salud pública, como personas con un dominio limitado del inglés, que experimentan la falta de hogar o individuos con discapacidades.

Propagadores – Personas (es decir, parejas, contactos) que están infectadas con una enfermedad infecciosa a partir de un caso índice.

Modelo de etapas de cambio – Modelo que describe el proceso por el cual los individuos pasan por etapas al cambiar de comportamiento: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

Resumen – Técnica de comunicación usada durante las entrevistas en la que el entrevistador repite periódicamente los puntos principales compartidos por la persona entrevistada para confirmar que los ha comprendido.

Vigilancia – La continua y sistemática recolección, interpretación, análisis y difusión de datos de salud para orientar las acciones relativas a la salud pública.



Ejercicios de mesa (TTX) – Sesiones basadas en la discusión donde los miembros del equipo se reúnen para discutir sus roles y respuestas a un escenario de emergencia simulado.

Prevención terciaria – Actividades, como la rehabilitación o los servicios de apoyo, para reducir el impacto de una enfermedad o lesión en curso que tiene efectos duraderos.

Contacto de terceros – Alguien que puede conocer la ubicación de una persona diagnosticada con o expuesta a una infección, pero que no está en riesgo de contraer la infección.

Tratamiento – Uso de medicamentos, terapias u otras intervenciones para curar, manejar o aliviar los síntomas de una enfermedad.

Precauciones universales – Conjunto de prácticas de control de infecciones para prevenir la transmisión de enfermedades que pueden contagiarse por contacto con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos.

Venopunción – Punción de una vena para extraer sangre o administrar terapia intravenosa.

Rastreo de contactos basado en el entorno – Estrategia de investigación de enfermedades que consiste en identificar y contactar a personas que pueden haber estado expuestas a una enfermedad en una ubicación o evento específicos.

Transferencia asistida – Acto de transferir a una persona que recibe servicios directamente de un proveedor a otro, a menudo en persona, para asegurar la continuidad del cuidado.

Período ventana – Tiempo que transcurre entre la posible exposición a una infección y el momento en el que una prueba puede detectarla de manera confiable.

Capítulo 1 Planificación y análisis de casos

Loriann Stanislawski, MS

Introducción

La planificación y el análisis de casos abarca varios aspectos, incluyendo la recolección de información y la toma de decisiones, para ayudar al profesional de intervención de enfermedades (DI) a seleccionar las acciones más adecuadas para un caso determinado. Estas tareas están integradas en un caso de enfermedad infecciosa reportable y son fundamentales para su manejo. En resumen, la planificación y el análisis de casos apoyan un proceso de investigación exhaustivo y completo. Las actividades de planificación y análisis de casos están incluidas en los pasos del manejo de caso¹:

1. Análisis preentrevista
2. Sesión de entrevista original (ver Capítulo 2)
3. Análisis posentrevista
4. Referido de personas que estuvieron expuestas (ver Capítulo 2)
5. Entrevista de clúster/reentrevista (ver Capítulo 2)
6. Cierre del caso

Las actividades de planificación y **análisis de casos** comienzan en el momento en que se asigna un caso y continúan a lo largo de la investigación. La información recolectada durante el proceso de entrevista ayuda a determinar el enfoque de los esfuerzos de intervención, el momento y el ritmo de estos esfuerzos y acciones, así como la resolución de los casos de enfermedades infecciosas. El **análisis posentrevista** se realiza después de que la entrevista ha concluido e indica si se requieren acciones de seguimiento para obtener información adicional de la persona diagnosticada con una infección. Además de aplicar la planificación y el análisis de casos durante una entrevista con una persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa, el análisis de casos a veces puede incluir una entrevista presuntiva con una persona que puede estar en riesgo de contraer una infección, pero que no ha dado positivo en la prueba de una enfermedad infecciosa. Puede tratarse de personas con factores de riesgo similares a los de la persona con la infección o aquellas que forman parte de su red social o sexual.

Las siguientes tareas forman parte del área de competencia de planificación y análisis de casos y se cubrirán en este capítulo²:

- Tarea 1: Recolectar y verificar información relevante para fundamentar la planificación y el análisis de casos de personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa.
- Tarea 2: Evaluar y priorizar la carga de casos para maximizar el impacto de la intervención.
- Tarea 3: Usar tecnologías digitales para identificar y localizar a personas diagnosticadas con o potencialmente expuestas a una enfermedad infecciosa.
- Tarea 4: Identificar recursos comunitarios para conectar a las personas con atención y servicios (es decir, proveedores médicos, servicios de Medicare/Medicaid, salud mental,

salud conductual, asistencia financiera y para el pago de servicios públicos, bancos de alimentos, albergues).

- Tarea 5: Calcular los períodos de intervención de la enfermedad (por ejemplo, período de entrevista, período de incubación, período ventana) para determinar las necesidades de investigación de la enfermedad.
- Tarea 6: Realizar un análisis continuo de casos para identificar brechas y discrepancias que sirvan de base para los pasos adicionales de la intervención.
- Tarea 7: Cumplir con los principios de salud pública durante la planificación y el análisis de casos.

Contenido del área de competencia

Sección 1: Recolección inicial, análisis y priorización de los datos del caso

El profesional de *DI* realiza un **análisis preentrevista** de cada caso asignado.³ El análisis preentrevista incluye la recolección inicial de datos, el análisis y la priorización. La recolección inicial de datos del caso será determinada por el tamaño y tipo de la agencia, los protocolos locales para la asignación de casos y el manejo de caso. Dicho esto, varios procedimientos generales son comunes en la mayoría de las agencias de salud pública. Los médicos y laboratorios reportan información demográfica y diagnóstica sobre enfermedades infecciosas reportables. La agencia de salud pública estatal, tribal, local o territorial decide, bajo la dirección de los *CDC*, qué informes de casos se priorizan para entrevistas e investigación, para asegurar el tratamiento sin entrevista o para el cierre administrativo.

Cuando a una persona se le diagnostica una enfermedad infecciosa reportable por ley, el proveedor de cuidado de la salud y el laboratorio están obligados a reportar la infección a una autoridad de salud pública.⁴ Puede tratarse de un departamento o agencia de salud estatal, tribal, local, territorial o militar. La mayoría de los estados cuentan con sistemas de reporte electrónico que permiten a los médicos y laboratorios enviar informes a una base de datos accesible para el personal de los departamentos de salud estatales, municipales y del condado. Se debe reportar información relevante sobre el caso, incluyendo datos demográficos de la persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa, tales como⁵:

- Nombre
- Dirección
- Número de teléfono
- Fecha de nacimiento
- Sexo/género
- Nombre y dirección del centro médico/laboratorio
- Prueba realizada, tipo de prueba
- Sitio de la prueba
- Resultado de la prueba
- Fecha de la prueba
- Información sobre el tratamiento (por ejemplo, medicamento, administración, dosificación)
- Fecha del tratamiento
- Persona/agencia que reporta la información
- Fecha del reporte

La información básica reportada a la entidad de salud pública es el primer paso para determinar si el caso reportado se asignará a un profesional de *DI* para una **sesión de entrevista original**. La entrevista original es la primera entrevista realizada con una persona diagnosticada con una infección. Se aportan más detalles sobre cómo realizar una entrevista original en el Capítulo 2.

Las agencias estatales están obligadas, en última instancia, a reportar datos menos detallados (desidentificados) a los *CDC* de manera rutinaria. Estos datos incluyen las variables epidemiológicas fundamentales de edad, sexo, condado, tipo de instalación diagnóstica, fecha de recolección de la muestra y sitio(s) anatómico(s) de la infección.⁶ El profesional de *DI* desempeña un rol importante para asegurar que se recolecten y reporten datos completos y precisos, por lo que debe contar con la capacitación y el acceso autorizado al sistema de base de datos de enfermedades de su agencia y al sistema de base de datos estatal. Esto permite al profesional de *DI* verificar la integridad de los datos reportados y documentar los pasos a lo largo del proceso de manejo de caso. Un adagio ampliamente conocido en el control de enfermedades infecciosas es: "Si no está documentado, no se hizo". Este adagio tiene dos significados:

1. El caso no está completo, y el registro de la entrevista o el **informe de caso** no puede ser debidamente gestionado y cerrado, a menos que se haya completado toda la documentación.
2. Si el trabajo, como llamadas telefónicas y mensajes de texto para localizar a una persona diagnosticada con una infección o alguien que ha estado expuesto a una infección, no está documentado, entonces no se puede demostrar que se realizó.

Esto podría resultar en retrasos, duplicación de trabajo o reprimendas debido a la omisión de información pertinente.

Las bases de datos internas, aparte de la base de datos principal de reporte de enfermedades (laboratorio y reporte de morbilidad mencionados anteriormente), pueden estar disponibles para un profesional de *DI*. Incluyen sistemas de récords médicos electrónicos (*EMR*), sistemas estatales compilados de récords médicos y la autoridad legal para contactar con centros médicos para obtener la información médica requerida o información que contribuya al avance de la **investigación de caso**. La **Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA)**, que establece normas federales para la protección de información de salud sensible, incluye una exención que permite a los profesionales de *DI* acceder a los récords de salud sin el consentimiento de la persona para actividades de investigación en salud pública.⁷

Durante la etapa de la preentrevista, el profesional de *DI* revisa los casos reportados antes de iniciar el proceso de entrevista. En algunas jurisdicciones, los profesionales de *DI* pueden contar con el apoyo de un coordinador de vigilancia, mientras que en otras, pueden revisar los casos de manera independiente. Después de examinar un caso reportado, el profesional de *DI* trabaja de inmediato para completar una búsqueda de récords, revisar el informe requerido, contactar con la oficina del proveedor de cuidado de la salud o el laboratorio para obtener información no incluida y adicional, y prepararse para comunicarse con la persona diagnosticada con una infección (también llamada el **caso índice** o caso original) o las personas expuestas a una infección (parejas/contactos) para asegurar que se ofrezcan y proporcionen pruebas, tratamientos y otros cuidados adecuados.

En la medida de lo posible, para que ocurra y se documente una **intervención de enfermedades**, se debe entrevistar a cada persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa para determinar la fuente de la infección, identificar los factores de riesgo y determinar si otras personas pueden haber estado expuestas. Existen una amplia variedad de lugares en los que las personas pueden



recibir atención clínica para su infección, tales como clínicas de salud sexual o reproductiva, centros penitenciarios y clínicas comunitarias donde los profesionales de *DI* brindan servicios en el lugar. La entidad de salud pública tiene la responsabilidad de proporcionar a los profesionales de *DI* herramientas, capacitación, recursos, protocolos de manejo de caso y un espacio tranquilo y confidencial para llevar a cabo las entrevistas. El profesional de *DI* recibirá detalles sobre el reporte de una infección. El caso le será asignado por un coordinador de vigilancia o, si se asigna a sí mismo, mediante la revisión de los reportes de casos recibidos por una agencia de salud pública. Según el pasaporte a los servicios para parejas (*partner services*) de los *CDC*, tres factores principales determinan si a las personas diagnosticadas con una enfermedad infecciosa se les realiza una entrevista en una jurisdicción particular⁸:

- Capacidad del personal
- Financiamiento
- Niveles de morbilidad

La capacidad del personal se refiere a la disponibilidad de personal calificado que pueda trabajar en un informe de caso. El personal debe estar debidamente educado y capacitado, y contar con experiencia. El financiamiento se asigna a través de una combinación de procesos gubernamentales federales, estatales, locales y, en ocasiones, tribales y territoriales. Incluyen distribuciones basadas en fórmulas (por ejemplo, tamaño de la población o carga de la enfermedad), programas de subvenciones competitivas y asignaciones legislativas. La disponibilidad de recursos para la dotación de personal y la investigación de caso está determinada por estos mecanismos de financiamiento estructurados, que están diseñados para apoyar intervenciones de salud pública oportunas y justas en comunidades únicas.

Las condiciones sociales y económicas pueden contribuir a la salud y se consideran factores no médicos que afectan los resultados de salud.⁹ Incluyen las condiciones en las que las personas nacen, trabajan, viven y envejecen, así como las fuerzas y sistemas más amplios que influyen en la vida cotidiana. Debido a que no siempre es factible entrevistar a todas las personas con una enfermedad infecciosa, las jurisdicciones establecen una base de prioridad para determinar a qué personas diagnosticadas con una enfermedad infecciosa se entrevistará. La medida en que los profesionales de *DI* pueden investigar un caso para proporcionar **referidos** para exámenes y tratamiento (según corresponda) a las parejas de la persona, **contactos sociales** (personas identificadas por una persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa como alguien que se beneficiaría de la realización de pruebas) y **asociados** (personas identificadas por una persona no infectada como alguien que se beneficiaría de la realización de pruebas), también se determinan mediante un sistema de prioridades y la capacidad de la jurisdicción local.¹⁰ Los factores que se consideran para priorizar un caso para entrevista e investigación incluyen^{11,12}:

- Morbilidad específica de la infección
- Riesgo de contagio de la enfermedad o etapa de la enfermedad
- Costo de salud pública
- Carga de infecciones y sus complicaciones
- Susceptibilidad de la enfermedad a la intervención
- Perfil de contactos y otros individuos en riesgo (por ejemplo, adolescentes, personas que están embarazadas, personas con anatomía reproductiva femenina intacta)
- Recursos disponibles del programa (por ejemplo, capacidad de personal, nivel de financiamiento)²¹

Las agencias de salud pública también reevalúan periódicamente las prioridades de investigación de caso, incluyendo entrevistas, notificaciones y referidos de contactos, contactos sociales y asociados. Los ejemplos de priorización de informes de caso de enfermedades infecciosas pueden incluir^{11, 13}:

- Personas que están embarazadas
- Personas que dan positivo en la prueba de VIH
- Personas con otras condiciones de salud
- Personas en riesgo de consecuencias de salud graves
- Personas con resultados positivos provenientes de un área de alta morbilidad (*HMA*) o de un área geográfica de alto riesgo.
- Personas que viven en viviendas multifamiliares o que trabajan/viven en lugares con hacinamiento
- Personas con acceso insuficiente al cuidado de la salud
- Personas con altos niveles de participación en redes sociales
- Personas que enfrentan obstáculos para recibir atención

Un profesional de *DI* debe ser capaz de completar rápidamente las actividades de entrevista e investigación al trabajar en campo o en una clínica. Después de que se asigna un caso, la entrevista original con respecto a un caso reportado de infección debe realizarse lo antes posible. Se trata de la primera entrevista con la persona diagnosticada con una infección. Si un profesional de *DI* está trabajando en una clínica donde se diagnosticó y reportó el caso, la entrevista puede realizarse justo después de que la persona reciba el tratamiento. En una clínica especializada, esto puede ocurrir cuando el personal incluye suficientes profesionales de *DI* capacitados y calificados. Realizar las entrevistas en el mismo centro donde se lleva a cabo el examen y el tratamiento asegura que la entrevista se realice lo antes posible y ayuda a proteger la privacidad de la persona. Cuando los profesionales de *DI* están disponibles de inmediato, la entrevista es oportuna y el individuo con una enfermedad infecciosa puede percibir la urgencia de hablar del diagnóstico. Para las entrevistas e investigaciones de casos prioritarios, las entrevistas oportunas después del diagnóstico ayudan a establecer una relación de confianza con el profesional de *DI* y crean un momento propicio para la enseñanza para la persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa. Cuando una agencia que no cuenta con personal profesional de *DI* identifica y reporta un caso de infección, se debe asignar la entrevista a un profesional de *DI* que usará actividades de investigación de campo para localizar y entrevistar lo antes posible a la persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa. Cada programa establece sus propios plazos para asegurar que los casos prioritarios se entrevisten rápidamente, generalmente dentro de los 3 a 7 días desde su inicio.¹⁴

Después de que la sesión de entrevista original haya finalizado y se hayan documentado los hallazgos clave, el profesional de *DI* puede proceder al análisis posentrevista, que se lleva a cabo usando la información recolectada durante la entrevista.¹⁵ Se completa un récord de la entrevista, incluyendo un informe de caso. Esto debe hacerse inmediatamente después de la entrevista (o tan pronto como sea posible) para asegurar que los datos se reflejen con precisión. La información de la entrevista puede verificarse y respaldarse mediante la investigación con fuentes internas y externas.

Preparar y organizar llamadas telefónicas, mensajes de texto, otros mensajes, cartas enviadas por correo y visitas de campo por parte del profesional de *DI* requiere una gestión eficaz del tiempo. La gestión de los plazos para el cuidado de personas diagnosticadas con enfermedades infecciosas y

otras en riesgo comienza cuando el profesional de *DI* crea un plan para contactar con individuos expuestos a infecciones lo antes posible después de completar la hoja de registro de entrevista (*interview record*).¹⁵

La **hoja de registro de entrevista (*interview record*)** abarca todas las partes de la asignación del caso. Todas las secciones de la hoja que se deben completar incluyen los datos siguientes, entre otros: datos demográficos originales de la persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa; datos de las pruebas y el tratamiento; información sobre la(s) pareja(s), contacto(s) social(es) y asociado(s) involucrados en el caso, con sus datos demográficos, localización, examen, pruebas y resultados del tratamiento; un informe de caso que resume el caso desde el inicio hasta el final, junto con las notas de la entrevista del profesional de *DI*; y una solicitud al supervisor de *DI* para el cierre y la disposición del caso asignado.

Estos pasos también ayudan a asegurar que se notifique a las personas diagnosticadas con enfermedades infecciosas y sus parejas, contactos sociales y asociados lo antes posible. La rapidez y eficiencia con la que los profesionales de *DI* desempeñan sus funciones aseguran que se cumplan los plazos en el manejo de caso.^{10,16} Al prepararse con anticipación (por ejemplo, el día anterior o temprano en la mañana de las investigaciones de campo), el profesional de *DI* puede trabajar de manera más eficiente y cumplir con los objetivos establecidos por sus programas. Para obtener más información sobre los servicios de campo y las actividades de alcance, ver el Capítulo 3.

El cumplimiento de plazos y la gestión del tiempo proporcionan tres claves esenciales de intervención de enfermedades para reducir las infecciones durante el manejo de caso¹⁴:

1. Reducir la transmisión de persona a persona.
2. Minimizar las complicaciones médicas de las infecciones.
3. Mejorar los resultados generales de la salud pública.

Sección 2: Análisis e interpretación de caso para la investigación e intervención de enfermedades

Se requiere mucha preparación para el análisis preentrevista al recibir un nuevo caso. La mayoría de las veces, aunque no siempre, el profesional de *DI* dispone de información variada para formar una imagen general del caso y puede usarla para prepararse para la entrevista original.

Aquí hay parte de la información que un profesional de *DI* podría tener, especialmente si trabaja en un entorno clínico:

- Nombre
- Apellido(s)
- Apodo
- Fecha de nacimiento
- Edad
- Dirección
- Número de teléfono
- Descripción física
- Tipo(s) de prueba(s)
- Fecha de la(s) prueba(s)
- Resultados de las pruebas preliminares

- Fecha estimada de exposición a una infección
- Signos y síntomas reportados, junto con las fechas de ocurrencia
- Diagnóstico
- Fecha de diagnóstico
- Tratamiento proporcionado
- Etapa de la enfermedad, si es relevante

El profesional de *DI* puede usar esta información para prepararse para la entrevista, verificar la información existente, elaborar las preguntas que hará durante la entrevista y crear un plan de acción al hablar con la persona diagnosticada con la infección.

Períodos de incubación

El **período de incubación** de una infección es algo que el profesional de *DI* conoce de antemano en función de su capacitación específica sobre la enfermedad. El período de incubación se refiere al lapso de tiempo que comienza en la fecha en la que el paciente índice estuvo expuesto por primera vez a una infección y termina con la aparición de signos o síntomas de la infección. El tiempo que tarda en desarrollarse una infección después de la exposición (por ejemplo, días, semanas, etc.) varía. El profesional de *DI* debe estar familiarizado con el período de incubación promedio y el rango para la enfermedad específica (por ejemplo, el período de incubación promedio para el sarampión es de 10 a 12 días, pero puede abarcar de 7 a 21 días). Calcular el período de incubación es un desafío cuando el caso índice no desarrolla síntomas.

Inicio y duración de los signos y síntomas

Los signos de enfermedad a veces pueden ser evidentes y reconocibles para otros, especialmente para los médicos capacitados. Para algunas infecciones, la fecha de aparición de los síntomas puede ayudar a determinar el período más probable de exposición, lo que puede contribuir a identificar la fuente de la infección. Basándose en la aparición de los síntomas, el profesional de *DI* puede elaborar un conjunto de preguntas para obtener más información sobre la probable exposición. Por ejemplo:

- “¿Qué le sucedía hace aproximadamente 3 meses?”
- “¿Con quién estuvo teniendo relaciones sexuales entre enero y marzo?”
- “¿Dónde viajó durante las vacaciones?”

El período de incubación, así como la aparición y la duración de cualquier signo y síntoma, o incluso la ausencia de síntomas (asintomático), son elementos clave para identificar el **período de entrevista**. El período de entrevista es el lapso de tiempo durante el cual se obtienen exposiciones o contactos relevantes de una persona diagnosticada con una infección durante una entrevista. Cubre el período desde la fecha más temprana en que la persona pudo haber sido infectada hasta la fecha del tratamiento, o la fecha de la entrevista si aún no se le ha administrado un tratamiento a la persona índice.¹⁷ Es importante que el profesional de *DI* calcule el período de la entrevista antes de la entrevista original, para que pueda establecerse una relación fluida y conversacional. Este enfoque aumenta la probabilidad de que la persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa esté dispuesta a proporcionar información, al reconocer que un individuo competente, experto y empático desea ayudarle a evitar una reinfección. Otros objetivos relacionados con la determinación del período de entrevista incluyen prevenir complicaciones, reducir una mayor transmisión por parte de otras personas involucradas en el caso y asegurar que las personas expuestas a la enfermedad infecciosa reciban las pruebas o el tratamiento adecuados según la(s) fecha(s) de la exposición.

Identificar a las personas que tuvieron contacto que podría transmitir la enfermedad con el caso índice durante su período infeccioso es fundamental para la entrevista original. Encontrar a otros individuos que también puedan estar en riesgo o que muestren signos de la enfermedad observados por el caso índice es también una parte importante de la entrevista y el análisis de caso. Las formas comunes en que las infecciones pueden propagarse incluyen:

- contacto de persona a persona (por ejemplo, transmisión aérea, respiratoria, contacto directo o sexual);
- de animales o insectos a humanos (por ejemplo, zoonosis o transmisión por vectores);
- de objetos a personas (por ejemplo, alimentos, agua o instrumentos quirúrgicos contaminados).

El profesional de *DI* debe comprender cómo se transmite la enfermedad y adaptar las preguntas de la entrevista para identificar contactos basándose en las vías de exposición relevantes.

Importancia de obtener los nombres de parejas o contactos

El objetivo principal de la salud pública siempre es la prevención. Se logra mediante diversas intervenciones poblacionales e individuales.¹⁸ La prevención de enfermedades infecciosas generalmente comprende investigaciones de salud pública y también **notificaciones** y referidos de contactos. Ser consciente de su exposición es crucial para que los contactos reconozcan la necesidad de someterse a exámenes, pruebas y tratamiento con intervención médica adecuada. Durante la notificación y el referido, los profesionales de *DI* también tienen la oportunidad de discutir estrategias futuras de prevención y técnicas para la reducción de riesgos conductuales.

La intervención de enfermedades ocurre en tres niveles: primario, secundario y terciario.¹⁹ Estos niveles se abordan con más detalle en el Capítulo 2: Entrevistas y manejo de caso. La intervención de enfermedades se produce cuando se le realizan pruebas y se trata rápidamente a una persona expuesta a una enfermedad infecciosa para prevenir que la enfermedad se desarrolle, se propague más o cause efectos negativos en la salud. También implica tratar adecuadamente a los individuos infectados para evitar que la infección avance y cause una enfermedad más grave con posibles complicaciones que podrían ser perjudiciales o mortales. Esto se aplica tanto si se trata de la persona original diagnosticada con la enfermedad infecciosa como de una pareja o contacto expuesto que fue tratado adecuadamente y luego diagnosticado con la infección.

Durante el período de entrevista, los profesionales de *DI* establecen el marco temporal anterior a la entrevista original y preguntan sobre cualquier individuo con el que la persona haya tenido tipos de contacto relevantes. La obtención de contactos cercanos, parejas y otros individuos en riesgo de infección implica recolectar nombres, direcciones, fechas de nacimiento o edad, descripciones físicas, información precisa de la localización y fechas de exposición—incluyendo la primera y la última— y la frecuencia de la exposición, para todos los individuos expuestos durante el período de la entrevista.

Análisis posentrevista

El análisis posentrevista es esencial para sintetizar toda la información recolectada a través del informe de caso médico/epidemiológico, que incluye las búsquedas iniciales de récords, la entrevista original y el informe de caso, para determinar los próximos pasos.¹⁸ El profesional de *DI* emplea habilidades organizativas para documentar los resultados de la entrevista de manera concisa. El profesional de *DI* debe revisar toda la información recolectada durante la entrevista

original y otros pasos investigativos realizados hasta el momento. Los posibles escenarios para explorar incluyen⁸:

- identificación de parejas/contactos sexuales durante el período crítico;
- registro de búsquedas de información sobre parejas/contactos sexuales para determinar récords médicos o de intervenciones de enfermedades anteriores que sean relevantes para el caso actual;
- revisión de los recursos investigativos estándar para confirmar la ubicación de información sobre todas las parejas sexuales nombradas;
- análisis de la información de intervención de enfermedades sobre las parejas/contactos sexuales nombrados, determinación exacta de las relaciones probables y posibles omisiones fácticas, establecimiento de prioridades para las investigaciones de campo e identificación de vías potenciales para llevar a cabo futuras intervenciones de enfermedades.

El análisis posentrevista debe investigar las brechas de exposición no explicadas para la persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa con el fin de identificar información no incluida y determinar si se requiere una reentrevista, entrevistas de clúster o la suspensión de actividades adicionales. En general, una reentrevista es necesaria porque el análisis posentrevista a menudo revela que la persona original ha evitado hablar de o mencionar a todas las parejas/contactos sexuales durante la entrevista original. Cada reentrevista debe estar cuidadosamente justificada por el profesional de *DI* y el supervisor inmediato.

Otro aspecto del manejo de caso es el análisis posentrevista, donde se examina la información recolectada durante cada uno de los tipos de entrevista (presuntiva, original, reentrevista y clúster). Diferentes tipos de entrevistas pueden proporcionar información variada que contribuye a comprender el caso y su relación con otros casos. El análisis posentrevista debe realizarse inmediatamente después de la entrevista, mientras la información sigue siendo reciente en la memoria de un profesional de *DI*.

Un informe de caso incluye notas breves y objetivas que evitan juicios sobre los individuos involucrados. También puede incluir información que no sea evidente durante la entrevista con la persona diagnosticada originalmente con una enfermedad infecciosa. Al revisar y documentar el caso para sus supervisores, los profesionales de *DI* podrían identificar datos pasados por alto y establecer conexiones entre casos y comportamientos. A veces, es necesaria una reentrevista inmediatamente después de la original para recolectar información no incluida o resolver inconsistencias. Programar esta reentrevista durante la entrevista original ahorra tiempo y demuestra que el profesional de *DI* se preocupa y dará seguimiento en un momento específico.

Redes de clúster

A veces, las redes de clúster, también conocidas como redes sociales, pueden identificarse durante el análisis posentrevista. Cuando un grupo de personas infectadas está vinculado por plazos similares de la enfermedad, ubicación geográfica, tipo de exposición u otros factores identificativos, esto se considera una red de clúster. Por ejemplo, un profesional de *DI* puede encontrar varios casos de una enfermedad entre personas que viven en el mismo motel. Comprender cómo y cuándo las personas están conectadas puede revelar un grupo que de otro modo podría parecer casos separados e independientes. Los profesionales de *DI* también pueden recolectar información sobre la red social de una persona, incluidos los lugares que visita, comportamientos de riesgo y dónde conoció a sus contactos, para ayudar a planificar iniciativas adicionales de prevención, como

eventos de alcance y detección.²⁰ La red de clúster ofrece otra forma de promover la prevención comunitaria fomentando la concienciación sobre la infección y cómo se propaga dentro de la comunidad.

Fuente y propagadores

El período de entrevista para infecciones varía dependiendo del tipo y la etapa de la enfermedad. La entrevista no solo es útil para impulsar los hallazgos de casos y contactos, sino también para estimar qué contactos/parejas tienen más probabilidades de haber sido la fuente de infección para la persona originalmente diagnosticada con la enfermedad infecciosa. Identificar la **fuentes** de infección es crucial para vincular casos y comprender con mayor profundidad los patrones de transmisión de la enfermedad. También puede ayudar a determinar qué parejas/contactos, contactos sociales y asociados son los que probablemente la persona haya infectado con la enfermedad (es decir, **propagadores**). La información sobre la fuente y los propagadores ayuda a definir la epidemiología de la infección y puede usarse para identificar la red de clúster. En cierta medida, se puede estimar la fuente y los propagadores de ciertas infecciones que tal vez no tengan un curso oportuno del proceso de la enfermedad o cuando la persona original es asintomática. Un profesional de *DI* experimentado puede establecer relaciones entre la fuente y los propagadores principalmente a través de entrevistas y confirmarlos luego mediante la evaluación de resultados clínicos, como resultados de pruebas y síntomas reportados por las parejas/contactos nombrados.¹

Reentrevista

En la **reentrevista** de una persona original diagnosticada con una enfermedad infecciosa generalmente se hacen preguntas más específicas para llenar los vacíos que fueron omitidos de manera intencional o involuntaria por el individuo o que no fueron examinados a fondo por el profesional de *DI*. Esta reentrevista típicamente se concentra en problemas específicos relacionados con la ubicación y referido de parejas/contactos sexuales, contactos sociales clave y asociados vinculados al caso. Una preparación adecuada asegura el enfoque más efectivo durante una reentrevista. Debe llevarse a cabo lo antes posible para resaltar su importancia, seguir una agenda bien planificada y estar organizada con tacto para fomentar la cooperación voluntaria del individuo en el proceso de intervención de enfermedades. En cuanto a los objetivos, una reentrevista debe⁸:

- realizarse razonablemente pronto después de la entrevista original;
- abordarse con planificación y propósito;
- llevarse a cabo con tacto;
- plantear de manera positiva y asertiva cualquier comportamiento evasivo preocupante mostrado por la persona original diagnosticada con una enfermedad infecciosa en relación con el referido de parejas/contactos sexuales o el tratamiento o seguimiento de su propia infección.

Regímenes de tratamiento y guías de los CDC

Los *CDC* desarrollan y publican guías para regímenes de tratamiento efectivos de enfermedades infecciosas con el fin de asegurar el tratamiento adecuado de las personas diagnosticadas con enfermedades infecciosas. Las guías son desarrolladas por el personal de los *CDC* y expertos en la materia, médicos, laboratoristas y otras agencias a nivel mundial para prevenir eficazmente las enfermedades. Cuando las personas con una enfermedad infecciosa no reciben el tratamiento

apropiado, aunque presenten pocos signos y síntomas pueden propagar la infección o desarrollar complicaciones.

Las guías de los *CDC* no solo incluyen regímenes de tratamiento, sino también características sociológicas, conductuales y del desarrollo de los individuos infectados, y proporcionan al público información sobre los riesgos de contraer infecciones y cómo prevenirlas.²¹ Las guías incluyen orientación clínica para la prevención, evaluación de riesgos conductuales, tratamientos de primera línea y alternativos, recomendaciones para pruebas diagnósticas y de detección, técnicas de consejería para la prevención, métodos de prevención primaria específicos para la enfermedad, pasos para los servicios para parejas (*partner services*) y requisitos de reporte y confidencialidad para trabajar con poblaciones infectadas o en riesgo.

Sección 3: Uso de herramientas de investigación para apoyar la localización de individuos y recursos

Mientras se lleva a cabo una investigación, el profesional de *DI* también puede usar bases de datos y otras plataformas en Internet para complementar la información disponible en la base de datos interna de su agencia, como un sistema estatal de vigilancia de casos. Muchos, pero no todos, los departamentos de salud usan motores de búsqueda y plataformas basadas en Internet durante las investigaciones de casos.²² Estos servicios de Internet incluyen, entre otros, motores de búsqueda, sitios para encontrar personas como LexisNexis, redes sociales, aplicaciones de citas, bases de datos con licencia, cooperativas estatales de récords médicos y mensajería instantánea. Antes de usar tecnologías digitales, la agencia de salud pública debe obtener una licencia para el servicio, si es necesario. Por ejemplo, LexisNexis es una empresa privada y requiere que cada miembro del personal que use el sistema tenga una licencia. Algunas agencias designan a algunos individuos que pueden realizar búsquedas de récords para profesionales de *DI*, mientras que otros pueden adquirir una licencia para cada profesional de *DI*. Las agencias de salud pública bien equipadas proporcionan herramientas de búsqueda actualizadas, como una cuenta básica de motor de búsqueda para profesionales de *DI*. Una consulta en un motor de búsqueda puede ayudar a identificar la ubicación, edad, ocupación, escuela, fotografías y otra información relevante de un individuo, lo que puede ayudar a verificar la identidad correcta y proporcionar nuevos conocimientos. Cuando una agencia usa cuentas de redes sociales para investigaciones de enfermedades, debe asegurarse de que su entidad de salud pública ya tenga una cuenta en esa plataforma.

Algunos programas de intervención de enfermedades también llevan a cabo actividades de **servicios para parejas por Internet (IPS)** usando plataformas digitales para localizar y notificar a personas diagnosticadas con o expuestas a una infección. Los profesionales de *DI* pueden depender de los *IPS* para comunicarse usando mensajes de texto, correo electrónico o aplicaciones seguras, para notificar a las parejas sobre una posible exposición a una enfermedad infecciosa, en especial una ITS o VIH. Por ejemplo, el uso de Facebook o Messenger es común en las agencias de salud pública que realizan búsquedas de *IPS*. Los profesionales de *DI* deben hacer el máximo uso posible de las herramientas tecnológicas actuales que proporcionan seguridad y confidencialidad para la gestión de récords y los materiales de manejo de caso. Para más detalles sobre los Servicios para parejas por Internet (*IPS*), ver el Capítulo 2.

Mejores prácticas en redes sociales

Aunque algunas entidades de salud pública implementaron restricciones sobre el uso de las redes sociales para localizar a individuos relacionados con un caso, cuando estas herramientas se gestionan de manera correcta y confidencial, pueden proporcionar información vital para encontrar a individuos en riesgo de contraer una infección. Las cuentas de la plataforma Meta permiten buscar personas, verificar información para confirmar sus identidades y enviarles mensajes. Es esencial señalar que la persona puede no recibir una notificación de un mensaje enviado desde un perfil fuera de su red de "amigos", lo que puede dar lugar a retrasos significativos en la comunicación. Una solución a este problema es enviar una solicitud de amistad a la persona, para que sea más probable que vea el mensaje. La cuenta de redes sociales debe tener un nombre relacionado con la agencia de salud pública, como uno similar al nombre de la clínica, pero sin mencionarlo explícitamente. Esto ayuda a mantener la confidencialidad de la persona con la que un profesional de *DI* está intentando contactar. Una vez que la comunicación haya concluido, el individuo debe ser «eliminado de la lista de amigos» o excluido. Una forma adicional de asegurar la confidencialidad de los individuos es designar a un profesional de *DI* para gestionar todas las consultas y búsquedas relacionadas con las cuentas de redes sociales.

Independientemente de la metodología aplicada para realizar los servicios para parejas (*partner services*), se deben seguir estándares comunes. Todos los servicios para parejas (*partner services*), incluidos los *IPS*, deben cumplir con los estándares de confidencialidad y ética. Al comunicarse, ya sea mediante una carta, dejando una tarjeta de referido, mensajes de texto, mensajería instantánea o mensajes a través de un perfil en una aplicación de citas, la discreción es esencial. El mensaje no debe incluir el nombre de la infección ni de la agencia. En una organización de salud pública, se debe hacer referencia a la entidad de mayor jerarquía para la que trabaja el profesional de *DI*, como el departamento de salud del condado o la ciudad o el gobierno estatal, en lugar de la unidad de investigación de enfermedades infecciosas. Se pueden usar términos generales como "asunto urgente" o "asunto urgente de salud" en vez de nombres específicos de infecciones, diagnósticos o tipos de exposición. Se debe evitar el uso de puestos específicos; en su lugar, opte por una designación más genérica, como "educador" o "navegador de pacientes".

Riesgos y prácticas de confidencialidad

Una parte esencial de las actividades de intervención de enfermedades, independientemente de su forma, es cumplir con la confidencialidad y las prácticas éticas. Todo el personal debe actuar bajo el principio de "necesidad de saber" al manejar datos de entrevistas e investigaciones de casos. Estos estándares también se aplican durante las actividades de *IPS*. El acuerdo de seguridad y confidencialidad de la agencia que firman los empleados debe incluir *IPS*, abarcando todas las formas de acceso a Internet y estableciendo claramente las consecuencias en caso de violación de la confidencialidad o si las bases de datos e Internet se usan para fines personales. Los profesionales de *DI* no deben usar dispositivos de trabajo ni credenciales para obtener información personal, y tampoco deben aprovechar el acceso a la agencia con el fin de realizar investigaciones para su propio beneficio.

Siempre que un profesional de *DI* detecte información de identificación personal (por ejemplo, nombres de usuario, direcciones de correo electrónico, datos personales, información médica, nombres, direcciones, ubicaciones, lugares de trabajo u otras parejas, como el/la esposo/a), debe resguardar el mismo nivel de privacidad y confidencialidad que un nombre y fecha de nacimiento en un récord oficial de salud pública. Los profesionales de *DI* deben estar capacitados en las políticas



de *IPS*, seguridad, confidencialidad y los tipos de información que pueden o no pueden compartirse con personas diagnosticadas con una enfermedad infecciosa, parejas o contactos. Muchas agencias requieren un aviso legal en los correos electrónicos salientes, junto con la información de contacto adecuada que incluya el nombre del empleado, un puesto no específico y el nombre general de la agencia (por ejemplo, departamento de salud en lugar de programa de enfermedades infecciosas) y no un nombre de programa que revele la enfermedad (por ejemplo, VIH/ITS). Las agencias deben trabajar con su personal de TI para permitir que el personal necesario acceda a sitios web que típicamente están restringidos en el trabajo, incluidos aquellos relacionados con redes, citas e información específica sobre enfermedades. No se deben usar cuentas personales para realizar actividades de *IPS*.

Información sobre clínicas locales conocidas/confiables para pruebas/tratamiento

Los profesionales de *DI* deben mantener una lista de clínicas que proporcionen servicios confiables para exámenes, diagnóstico y tratamiento de personas diagnosticadas con una enfermedad infecciosa, en especial aquellas en poblaciones prioritarias.²³ Muchos estados tienen leyes que establecen que las jurisdicciones de salud pública deben proporcionar sitios confidenciales gratuitos o de muy bajo costo a los que se pueda referir a las personas, particularmente en áreas con altas tasas de morbilidad. Esto asegura que las áreas geográficas con mayor incidencia y prevalencia de la enfermedad cuenten con sitios clínicos que sean económicos y accesibles para la población única de esa zona. Los departamentos de salud pública deben analizar la morbilidad en sus jurisdicciones y, en las áreas con alta morbilidad, asignar suficiente personal para implementar el referido por el proveedor y la notificación a parejas. **Referido por el proveedor** es una estrategia de notificación donde el proveedor (por ejemplo, un miembro del personal del departamento de salud) tiene la responsabilidad de notificar de manera confidencial a las parejas sobre su exposición a una infección. Cuando un proveedor fuera de la jurisdicción del departamento de salud evalúa a un contacto o pareja, la agencia debe contar con protocolos establecidos para comunicarse con el proveedor de cuidado de la salud y asegurar que el individuo reciba las pruebas, el tratamiento y las recomendaciones que aconsejan los *CDC* para reducir la propagación de la infección y minimizar las complicaciones.²⁴

Capacidad para explicar la importancia del enlace a cuidado

Los servicios para parejas (*partner services*) y el manejo de caso implican la identificación de personas que han sido diagnosticadas con una enfermedad infecciosa mediante la detección adecuada y la identificación de nuevos casos de infecciones, incluidas las infecciones comórbidas que ocurren junto con ellas. Se pueden descubrir durante la detección inicial y el tratamiento de la primera enfermedad infecciosa identificada. La detección, las pruebas diagnósticas y los servicios para parejas (*partner services*) son estrategias cruciales para diagnosticar infecciones y conectar rápidamente a las personas afectadas y a sus parejas expuestas con el cuidado de la salud. El propósito de la detección no es solo hallar nuevas infecciones, sino también identificar a las personas que previamente han recibido un diagnóstico pero que no están, o no han estado, recibiendo cuidado de la salud para su infección. El **enlace a cuidado** es vital para asegurar que los individuos reciban el cuidado de la salud necesario en una clínica adecuada.²⁵

Sección 4: Principios y ética de la salud pública en la gestión de enfermedades infecciosas

Conducta ética y profesional

Los profesionales de *DI* representan a su agencia u organización y deben mantener la ética y profesionalismo que aseguran los mejores resultados durante sus investigaciones. Deben estar capacitados para demostrar confianza, competencia, confiabilidad, preparación, integridad y la seriedad adecuada al realizar entrevistas con personas diagnosticadas con enfermedades infecciosas y otras partes relevantes. Su experiencia, conocimiento, capacitación y dedicación deben ser evidentes mientras trabajan en una clínica u oficina e interactúan con personas diagnosticadas con una enfermedad infecciosa, aquellas en riesgo o profesionales médicos.

Alfabetización en salud

Las características de las personas con una enfermedad infecciosa y sus circunstancias pueden influir en el proceso de intervención de la enfermedad. Características como la salud mental y las habilidades para la toma de decisiones inciden en la forma en que se investigan sus casos. La **alfabetización en salud** depende del conocimiento, la capacidad de aprendizaje, el acceso a la información de salud y la autoeficacia, que en conjunto pueden determinar el éxito de los esfuerzos de intervención de enfermedades. Incluso si las personas pueden leer un folleto o una infografía sobre una infección y saben qué pasos seguir para mantenerse saludables, aún pueden carecer de comprensión debido a:

- desconocimiento de los términos de salud y medicina o del funcionamiento del cuerpo;
- incapacidad para interpretar estadísticas y evaluar los riesgos y beneficios de su propia salud y seguridad;
- diagnóstico de una enfermedad percibida como grave que da lugar a miedo y confusión;
- otras condiciones de salud complicadas para las que se requiere un cuidado personal complejo.

Las agencias de salud pública reconocen estos posibles factores y se esfuerzan por ofrecer comunicaciones en **lenguaje claro**, haciéndolas lo más comprensibles posible. Los profesionales de *DI* pueden aplicar técnicas como modelar la terminología empleada por la persona que recibe los servicios, formular preguntas aclaratorias cuando los términos no estén claros y presentar la información en forma escrita simplificada o pictórica para abordar las deficiencias en la alfabetización en salud y asegurar que las personas comprendan suficientemente la infección para tomar medidas que les permitan acceder a la atención y a los servicios que necesitan.

Comunicación respetuosa y adaptativa

Algunas comunidades pueden verse afectadas de manera desproporcionada por enfermedades infecciosas debido a factores sociales, estructurales y ambientales. Los profesionales de *DI* desempeñan un rol crucial en la atención de estas disparidades al ofrecer servicios que sean respetuosos, accesibles y adaptados a las necesidades únicas de las poblaciones a las que brindan servicio. Incluso cuando no son miembros de una comunidad en particular, los profesionales de *DI* pueden generar confianza comprendiendo el contexto **centrado en la persona** donde ocurre un brote y aplicando estrategias que respondan a ese entorno. La comunicación efectiva en la intervención de enfermedades depende de la capacidad del profesional de *DI* para reconocer sus propios valores, supuestos y sesgos, y para involucrar a los demás con apertura y respeto. En lugar



de asumir experiencia en todas las culturas, se anima a los profesionales de *DI* a practicar la autorreflexión, el aprendizaje y la adaptación continuos. Este enfoque ayuda a proporcionar una atención centrada en la persona al encontrarse con los individuos donde están y reconocer las creencias, identidades y experiencias vividas que influyen en sus comportamientos de salud y en la toma de decisiones.

Epidemiología básica

La **epidemiología** es el estudio de la distribución y causas de enfermedades y otros resultados de salud en las poblaciones, así como la aplicación de ese conocimiento para prevenir y controlar problemas de salud. Para los profesionales de *DI*, un conocimiento básico de epidemiología proporciona la base para comprender cómo se propagan las enfermedades infecciosas, interpretar las tendencias de los casos y priorizar las acciones que reducen la transmisión y protegen la salud pública.

Factores económicos y sociales que contribuyen a la salud

La salud no solo está determinada por la biología y el comportamiento individual. Factores como la educación, el empleo, la vivienda, el transporte y el acceso a alimentos nutritivos influyen en la capacidad de una persona para prevenir enfermedades, buscar atención médica y mantener el bienestar. Los profesionales de *DI* pueden observar que los individuos y comunidades con recursos limitados a menudo enfrentan mayores desafíos para lograr resultados positivos en salud, incluyendo una mayor exposición al riesgo y un acceso reducido a servicios oportunos.

Los profesionales de *DI* desempeñan un rol clave en el reconocimiento y la respuesta a estas realidades. Al colaborar con organizaciones comunitarias centradas en áreas como la seguridad alimentaria, la estabilidad de la vivienda, el apoyo al empleo y el acceso a la educación, los profesionales de *DI* pueden ayudar a abordar las barreras para la atención y apoyar estrategias coordinadas de alcance.¹⁴ Basados en la conciencia de estas condiciones más amplias, su trabajo se vuelve más receptivo, accesible y efectivo para llegar a quienes están en mayor riesgo.¹³

Confidencialidad

La **confidencialidad** es un principio fundamental de la práctica de la salud pública. Los profesionales de *DI* tienen la responsabilidad legal y ética de proteger la **información de salud protegida (PHI)** de una persona, que incluye cualquier detalle identificable relacionado con la salud, diagnóstico o tratamiento de dicha persona. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (*HIPAA*) es una ley federal que establece estándares nacionales para proteger la *PHI*. Generalmente, la *HIPAA* prohíbe la divulgación de esta información sin consentimiento por escrito, aunque se hacen excepciones para la notificación de salud pública y la coordinación de la atención.

Los profesionales de *DI* también deben cumplir con cualquier ley adicional de privacidad establecida por los departamentos de salud estatales o locales. Ya sea al trabajar en clínicas, en campo o por teléfono, mantener la confidencialidad ayuda a generar confianza y fomenta que los individuos participen plenamente en los servicios de intervención de enfermedades. Explicar cómo se usará y protegerá la información es fundamental para preservar prácticas de salud pública respetuosas y éticas.

Conclusión

Los conceptos y técnicas relacionados con los pasos de planificación y análisis de casos en el proceso de investigación están guiados por los *CDC*. Por lo general, son consistentes en las agencias de salud pública financiadas en los estados, las grandes ciudades y los territorios de los Estados Unidos. Las políticas y procedimientos específicos para desempeñar funciones como profesional de *DI* varían según la ubicación. Esta variación típicamente está influenciada por factores en el área geográfica, la capacidad de personal, la carga de casos, las regulaciones/leyes estatales o locales, y las necesidades de la comunidad.

Los profesionales de *DI* deben comprender y aplicar los componentes de la entrevista para analizar la información recolectada e intervenir en la propagación de enfermedades infecciosas. Los profesionales de *DI* desarrollan competencia en habilidades de entrevista y manejo de caso mediante la experiencia en la gestión de casos y la recepción de retroalimentación de supervisión.

La competencia en el manejo de caso (incluida la planificación y análisis de casos), entrevistas, políticas y procedimientos, localización y referido para exámenes médicos o tratamiento, e investigaciones de campo se desarrolla mediante la práctica, la participación en actividades de capacitación y la mentoría profesional.

El manejo de caso efectivo y eficiente contribuye al éxito de la intervención de enfermedades. La intervención de enfermedades implica prevenir la propagación de infecciones mediante el tratamiento de individuos expuestos a una enfermedad infecciosa, impidiendo así una mayor transmisión. Esto también se logra mediante la identificación de individuos expuestos y la provisión de tratamiento, lo que detiene el ciclo de transmisión. En última instancia, la intervención de enfermedades ocurre cuando los individuos tratados adecuadamente se recuperan, reduciendo o eliminando complicaciones como el desarrollo completo de la enfermedad, resultados médicos adversos y enfermedades sistémicas.

Palabras clave del Capítulo 1

Asociado
Análisis de caso
Investigación de caso
Informe de caso
Confidencialidad
Intervención de enfermedades
Epidemiología
Período de incubación
Caso índice
Servicios para parejas por Internet (*IPS*)
Período de entrevista
Hoja de registro de entrevista (*interview record*)
Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (*HIPAA*)
Alfabetización en salud
Enlace a cuidado
Sesión de entrevista original
Centrado en la persona
Lenguaje claro
Análisis posentrevista
Análisis preentrevista
Información de salud protegida (*PHI*)
Referido por el proveedor
Referido
Reentrevista
Contactos sociales
Fuente
Propagadores

Preguntas de práctica del Capítulo 1

1. ¿Cuál de las siguientes opciones iniciaría con mayor frecuencia una investigación de caso por parte de un profesional de *DI*?
 - a. Un informe de morbilidad
 - b. Un resultado positivo de laboratorio
 - c. Una persona que podría haber estado expuesta

Respuesta: b

Fundamento: Una nueva investigación típicamente comienza cuando un laboratorio confirma un resultado positivo para una enfermedad reportable. Los informes de morbilidad o las exposiciones sospechosas pueden alertar sobre la situación, pero un resultado de laboratorio confirmado da lugar a una investigación oficial del caso.

2. ¿Cuál de las siguientes opciones debe priorizarse para visitas de campo?
 - a. Ubicación geográfica más cercana
 - b. Personas que viven en hogares comunitarios
 - c. Personas con el mayor riesgo de infección

Respuesta: c

Fundamento: Las visitas de campo deben priorizarse en función del riesgo para la salud pública. Aunque la proximidad geográfica y las condiciones de vivienda pueden influir, se da prioridad a quienes tienen mayor riesgo de contraer la infección o de transmitir la enfermedad para reducir su propagación.

3. ¿Cuál de las siguientes acciones debe realizar un profesional de *DI* después de que finalice la visita de campo?
 - a. Documentar la visita
 - b. Planificar la ruta de salida
 - c. Programar reuniones por la mañana

Respuesta: a

Fundamento: La documentación precisa y oportuna es fundamental para el manejo de caso, la continuidad de la atención y los récords de salud pública. La planificación de rutas o la programación de reuniones puede formar parte de la logística, pero no son tareas esenciales de *DI*.

4. ¿Cuál de las siguientes opciones es una preocupación principal al usar los servicios para parejas (*partner services*) por Internet?
 - a. La notificación por Internet requiere más recursos que la notificación tradicional.
 - b. Las parejas tienen acceso limitado a las aplicaciones de mensajería por Internet.
 - c. Es posible que se realice una notificación maliciosa a las parejas.

Respuesta: c

Fundamento: Puede hacerse un mal uso de las notificaciones basadas en Internet si alguien reporta falsamente a otra persona como una exposición. Aunque el uso de recursos y el acceso a las aplicaciones pueden representar obstáculos, la notificación maliciosa es un riesgo único con este método.

5. ¿Por qué el enlace a cuidado es un paso fundamental para las personas diagnosticadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa?
- Se centra principalmente en reducir los costos del sistema de cuidado de la salud.
 - Permite a los individuos explorar los servicios clínicos por sí mismos.
 - Asegura el acceso oportuno al cuidado de la salud necesario.

Respuesta: c

Fundamento: El objetivo principal del enlace a cuidado es conectar a los pacientes con los servicios de tratamiento y prevención lo más rápido posible, limitando las complicaciones y una mayor transmisión.

6. ¿Por qué es importante la entrevista de clúster como estrategia de intervención de enfermedades?
- Ayuda a identificar a personas fuera de la red sexual y de consumo compartido de drogas que estuvieron expuestas a la enfermedad en cuestión para prevenir una transmisión rápida y continua.
 - Beneficia el tratamiento de los casos índice al aumentar el acceso al medicamento para el tratamiento.
 - Ayuda en la identificación de recursos comunitarios para ampliar las redes sexuales.

Respuesta: a

Fundamento: La entrevista de clúster amplía el alcance de una investigación al identificar contactos adicionales y posibles exposiciones más allá de las parejas directas, lo que ayuda a interrumpir las cadenas de transmisión.

7. ¿Durante qué etapa de una investigación de caso calcularía un profesional de *DI* el período de entrevista si se le asignara un caso de una clínica designada?
- Entrevista original
 - Análisis preentrevista
 - Reentrevista

Respuesta: b

Fundamento: El período de entrevista, el lapso de tiempo durante el cual pudo haberse producido la transmisión, se calcula durante el análisis preentrevista para que el profesional de *DI* cuente con información precisa antes de hablar con el caso.

Referencias del Capítulo 1

1. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Stacks. *Program Operations Guidelines for STD Prevention: Partner Services*. 2001 (archived). Accessed October 20, 2025. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/40225>
2. National Board of Public Health Examiners. *Certified in Disease Intervention Content Outline*. 2025. Accessed October 20, 2025. <https://www.nbphe.org/wp-content/uploads/2025/08/CDI-Exam-Content-Outline-2025.pdf>
3. Rutgers Global Tuberculosis Institute. *Tuberculosis Interviewing for Contact Investigation: A Practical Resource for the Healthcare Worker*. 2015. Accessed October 20, 2025. <https://globaltb.njms.rutgers.edu/downloads/products/tbinterviewing.pdf>
4. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. STI Informatics. *National Notifiable Diseases Surveillance System*. 2024. Accessed October 20, 2025. <https://www.cdc.gov/sti-informatics/php/training/nndss.html>
5. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Stacks. *Program Operations Guidelines – Leadership and Program Management*. 2001 (archived). Accessed October 20, 2025. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/149836>
6. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Stacks. *Program Operations Guidelines for STD Prevention: Surveillance and Data Management*. 2001 (archived). Accessed October 20, 2025. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/149843>
7. U.S. Department of Health and Human Services. *Health Information Privacy. Summary of HIPAA Privacy Rule*. Accessed October 20, 2025. <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/privacy/laws-regulations/index.html>
8. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. CDC TRAIN. *Passport to Partner Services, Introduction to Partner Services for Partner Services Providers*. Accessed October 20, 2025. <https://courses.cdc.train.org/WEDU/PartnerServicesforPSProviders/Intro-to-PS-Summary.pdf>
9. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Public Health Professionals Gateway. *Social Determinants of Health*. 2024. Accessed October 20, 2025. <https://www.cdc.gov/public-health-gateway/php/about/social-determinants-of-health.html>
10. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Field Investigation Topic Details Guide*. Accessed October 20, 2025. [Field-Investigation-Topic-Details-Guide.pdf](https://www.cdc.gov/field-investigation/topic-details-guide.pdf)
11. Association of State and Territorial Health Officials. *Prioritizing Cases and Contacts: Considerations for STI Programs During Emergency Response*. 2025. Accessed October 20, 2025. <https://www.astho.org/topic/brief/prioritizing-cases-and-contacts/>
12. Dooley SW, Dubose OT, Fletcher JF. Recommendations for partner services programs for HIV infection, syphilis, gonorrhea, and chlamydial infection. *MMWR*. 2008;57(RR09):1-63. Accessed October 20, 2025. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5709a1.htm>
13. National Academy of Medicine. *The Future of the Public's Health in the 21st Century*. The National Academies Press; 2003. Accessed October 20, 2025. <https://nap.nationalacademies.org/catalog/10548/the-future-of-the-publics-health-in-the-21st-century>
14. National Academy of Medicine. *The Hidden Epidemic: Confronting Sexually Transmitted Diseases*. National Academies Press; 1997. Accessed October 20, 2025. <https://nap.nationalacademies.org/read/5284/chapter/1>
15. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. CDC TRAIN. *Interviewing Unit 4: Post-Interview Analysis*. 2025. Accessed October 20, 2025. <https://www.train.org/cdctrain/course/1089363/details>

16. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. CDC TRAIN. *Field Investigation, and Notification*. 2025. Accessed October 20, 2025. <https://www.train.org/cdctrain/course/1089331/details>
17. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Stacks. *Partner Services Providers Quick Guide*. 2014 (archived). Accessed October 20, 2025. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/23562>
18. Birkhead GS, Morrow CB, Pirani S. *Turnock's Public Health: What It Is and How It Works*. 7th ed. Jones & Bartlett Learning; 2020.
19. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Picture of America: Prevention*. 2016 (archived). Accessed October 20, 2025. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/142637>
20. Marrazzo JM, Cates W. Interventions to prevent sexually transmitted infections, including HIV infection. *Clin Infect Dis*. 2011;53(Suppl3):S64-S78. Accessed October 20, 2025. <https://doi.org/10.1093/cid/cir695>
21. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021*. Accessed October 20, 2025. <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/default.htm>
22. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *The Toolkit for Technology-based Partner Services. Internet Partner Services (IPS) Components*. Accessed October 20, 2025. <https://www.cdc.gov/std-ips/php/about/internet-partner-services-ips-components.html>
23. Jeffries WL IV, Dailey AF, Jin C, Carter JW Jr, Scales L. Trends in diagnosis of HIV infection, linkage to medical care, and viral suppression among men who have sex with men, by race/ethnicity and age — 33 jurisdictions, United States, 2014-2018. *MMWR*. 2020;69:1337-1342. Accessed October 20, 2025. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6938a1>
24. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Stacks. *Program Operations Guidelines for STD Prevention: Medical and Laboratory Services*. 2001 (archived). Accessed October 20, 2025. [Program Operations Guidelines for STD Prevention: Medical and Laboratory Services](https://stacks.cdc.gov/view/cdc/142637)
25. Health Resources and Services Administration (HRSA). *National HIV Curriculum. Linkage to HIV Care*. 2025. Accessed October 20, 2025. <https://www.hiv.uw.edu/go/screening-diagnosis/linkage-care/core-concept/all>

Capítulo 2 Entrevistas y manejo de caso

Lisa C. Papa, MSES
Melissa Boyette, CPH
Loriann Stanislawski, MHA, MCHES

Introducción

En este capítulo, examinamos los componentes clave de las entrevistas y el manejo de caso para personas diagnosticadas con enfermedades infecciosas o potencialmente expuestas a ellas. Las entrevistas efectivas y el manejo de caso desempeñan un rol crucial en la intervención de enfermedades, ya que aseguran que los individuos afectados por la enfermedad reciban el apoyo, las pruebas, el tratamiento y los servicios de prevención adecuados.

Se tratarán las siguientes tareas del esquema de contenido del área de competencia "Entrevistas y manejo de caso". Estas tareas contribuyen al éxito de las entrevistas, la investigación de enfermedades y el manejo de caso¹:

- Tarea 1: Recolectar y verificar información relevante para determinar las necesidades de investigación de personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa.
- Tarea 2: Definir la confidencialidad y llevar a cabo la investigación de manera confidencial.
- Tarea 3: Discutir los propósitos de la investigación de la enfermedad (por ejemplo, entrevista, resultados de pruebas, exposición a enfermedades y riesgo ambiental).
- Tarea 4: Motivar a las personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa a participar en los servicios de intervención de enfermedades (por ejemplo, pruebas, tratamiento, aislamiento o cuarentena, identificación de parejas).
- Tarea 5: Realizar entrevistas integrales usando habilidades de comunicación efectivas.
- Tarea 6: Realizar una evaluación detallada de las personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa (por ejemplo, historial de riesgos, historial sexual, consumo de drogas, encarcelamiento, datos demográficos).
- Tarea 7: Obtener información demográfica y de localización sobre personas expuestas a o en riesgo de contraer la enfermedad (por ejemplo, contactos, parejas sexuales, miembros de la red social) para la prevención e intervención.
- Tarea 8: Recabar información sobre establecimientos o entornos sociales donde las personas puedan haber estado expuestas a la enfermedad para apoyar la prevención y mitigación.
- Tarea 9: Determinar las necesidades y los obstáculos relacionados con la intervención de enfermedades para personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa.
- Tarea 10: Dirigir a las personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa a los servicios de apoyo adecuados (por ejemplo, hospitales, clínicas, albergues, centros de salud mental).

- Tarea 11: Colaborar con personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa para desarrollar e implementar un plan de acción (por ejemplo, pruebas, tratamiento, servicios de apoyo, negociación de métodos de notificación a parejas/contactos para una intervención oportuna).
- Tarea 12: Verificar si las personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa siguieron un plan de acción (por ejemplo, pruebas, tratamiento, servicios de apoyo y notificación a parejas/contactos).
- Tarea 13: Realizar una búsqueda de récords de información sobre personas expuestas a o en riesgo de contraer la enfermedad (por ejemplo, contactos, parejas sexuales, miembros de la red social, otras personas que puedan beneficiarse de las pruebas) para obtener y documentar cualquier información relevante sobre localización, pruebas y tratamiento.
- Tarea 14: Localizar y comunicarse con personas expuestas a o en riesgo de contraer la enfermedad (por ejemplo, contactos, parejas sexuales, miembros de la red social) por teléfono, mensajes de texto, cartas de referido, correos electrónicos y tecnologías digitales (por ejemplo, aplicaciones, sitios web).
- Tarea 15: Llevar a cabo un seguimiento con las personas expuestas a o en riesgo de contraer la enfermedad (por ejemplo, contactos, parejas sexuales, miembros de la red social, otras personas que puedan beneficiarse de las pruebas) para asegurar que se realicen pruebas, tratamientos u otros referidos.
- Tarea 16: Cumplir con los principios de salud pública durante la entrevista y el manejo de caso.

Al dominar estas tareas, los profesionales de intervención de enfermedades (*DI*) pueden reforzar su capacidad para prevenir la propagación de enfermedades infecciosas y brindar una atención humana y eficaz a individuos y comunidades. Este capítulo proporciona los conocimientos y las habilidades que se requieren para llevar a cabo entrevistas e investigaciones exhaustivas, y apoyar a las personas afectadas por enfermedades infecciosas de manera profesional y ética.

Contenido del área de competencia

Sección 1: Resumen de Entrevistas y manejo de caso

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (*CDC*) definen el **manejo de caso** como la búsqueda sistemática, la documentación y el análisis de la información médica y epidemiológica de un caso, con el fin de desarrollar un plan de intervención u otras medidas de tratamiento y prevención, según el tipo, la etapa y la gravedad de la infección o enfermedad.² Los pasos del proceso de manejo de caso incluyen actividades de entrevista (original, clúster, reentrevista), así como el referido de personas identificadas como parejas o contactos.

Pasos del manejo de caso:

1. Análisis preentrevista (ver Capítulo 1)
2. Sesión de entrevista original
3. Análisis posentrevista (ver Capítulo 1)
4. Referido de personas que estuvieron expuestas o están en riesgo (tales como contactos, parejas sexuales o que comparten agujas, y contactos sociales).

5. Clúster/reentrevista (según sea necesario)
6. Cierre del caso

La **investigación de caso** consiste en entrevistar a personas con diagnósticos confirmados y probables de una enfermedad infecciosa y trabajar con ellas para³:

- asegurarse de que estén informadas sobre su resultado positivo o diagnóstico;
- discutir información de salud, incluidos síntomas, historial de tratamiento y otras condiciones de salud relacionadas;
- fomentar el monitoreo de los síntomas y referir para el tratamiento médico pertinente, según sea apropiado;
- identificar a las personas que puedan haber estado expuestas a la enfermedad infecciosa según su **modo de transmisión**;
- reconocer la **fuentes** de infección para guiar las investigaciones de clústeres y brotes;
- referir a las personas a otros servicios médicos u otros servicios de apoyo.

El **rastreo de contactos** es una práctica fundamental de salud pública que se usa para identificar y apoyar a los individuos que pueden haber estado expuestos a una enfermedad infecciosa.³ En el caso de las ITS y el VIH, un enfoque especializado conocido como **servicios para parejas (partner services)** se centra en las personas expuestas por contacto sexual o por el uso compartido de agujas, así como en asegurar el acceso a otros servicios de apoyo para parejas y contactos.⁴ Ambos están definidos en el glosario y, en cualquier caso, los profesionales de *DI* trabajan con los individuos para:

- notificarles posibles exposiciones;
- discutir información de salud, incluidos el historial de síntomas potenciales y otras condiciones de salud relacionadas;
- referirlas a pruebas, vacunación o tratamiento adecuados, según corresponda;
- destacar la importancia de seguir las recomendaciones de salud pública para prevenir la transmisión mientras se esperan los resultados de las pruebas;
- fomentar el monitoreo de los síntomas y establecer un plan para buscar servicios médicos si se desarrollan síntomas (para enfermedades infecciosas sin tratamiento profiláctico);
- proporcionar servicios de manejo de caso con el fin de evaluar las necesidades y referir a los individuos a otros servicios de apoyo, como alimentación, vivienda, transporte, cuidado de la salud primario, servicios de salud mental y tratamiento por abuso de sustancias;
- identificar a otras personas con factores de riesgo o historial de exposición similares que podrían beneficiarse de las pruebas.

Propósito de la investigación de enfermedades

La investigación de enfermedades infecciosas es una parte fundamental de la salud pública, ya que ayuda a detectar, controlar y prevenir la propagación de infecciones desde sus etapas iniciales.⁵ Para apoyar este proceso, se puede realizar una entrevista de investigación de caso de enfermedades de interés con el fin de comprender cómo se propagan, identificar sus fuentes y tomar acciones para proteger a las personas. Asegurar que las personas infectadas o expuestas a una infección comprendan el propósito de la entrevista es fundamental para lograr una participación efectiva. Ayudar a la persona a comprender que, al participar en el proceso de entrevista, está contribuyendo a detener la propagación de la enfermedad dentro de su red y comunidad puede motivarla a participar.

El proceso de entrevista comienza conversando con personas a las que se les ha diagnosticado una enfermedad infecciosa o que han estado expuestas a ella. Al indagar sobre su historial de



salud, sus interacciones sociales y sus posibles exposiciones, los profesionales de *DI* pueden rastrear cómo se está propagando la enfermedad y trabajar para prevenir una mayor transmisión identificando a otras personas potencialmente expuestas. Las pruebas de laboratorio y las evaluaciones clínicas, como los análisis de sangre o los exámenes físicos, ayudan a confirmar los diagnósticos y a descartar otras posibles condiciones. Los factores ambientales también tienen un rol importante; el agua contaminada, la calidad del aire o el contacto cercano con individuos infectados pueden contribuir a la propagación.

En general, la investigación de enfermedades permite a los profesionales de la salud detectar brotes de manera oportuna, contener las infecciones y proporcionar el cuidado adecuado para minimizar el daño. Este proceso mantiene a las comunidades más seguras y reduce la carga general de la enfermedad.

Sección 2: Entrevistas a personas con enfermedades infecciosas

Cuando a una persona se le diagnostica una enfermedad infecciosa incluida en la lista nacional de condiciones de notificación obligatoria, el proveedor de cuidado de la salud y el laboratorio están obligados a reportar la infección a la autoridad de salud pública competente.⁶ Puede tratarse de una entidad de salud pública estatal, tribal, local, territorial o militar, como la Agencia de Salud de Defensa o un comando médico específico de cada servicio. El informe debe incluir información relevante como:

- Nombre
- Dirección
- Número de teléfono
- Fecha de nacimiento
- Sexo/género
- Nombre y dirección del centro médico/laboratorio
- Prueba realizada
- Tipo de prueba
- Sitio de la prueba
- Resultado de la prueba
- Fecha de la prueba
- Información sobre el tratamiento (medicamento, administración, dosificación)
- Fecha del tratamiento
- Persona/agencia que reporta la información
- Fecha del reporte

Esta información se usa para determinar si el caso reportado se asignará a un profesional de *DI* para una entrevista de investigación de la enfermedad según las prioridades locales. El objetivo de la entrevista es prevenir una mayor propagación de la enfermedad mediante la identificación y el examen oportunos de todas las personas que estuvieron expuestas a la enfermedad infecciosa, incluidos los **contactos** o parejas, y **contactos sociales**. La entrevista está diseñada para asegurar que la persona entrevistada comprenda la gravedad de la enfermedad y para motivarla a cooperar con los esfuerzos de control de enfermedades infecciosas. Su objetivo también es aumentar la probabilidad de que se identifique a todas las personas en riesgo, de modo que se les pueda notificar su exposición y referirlas para que reciban los exámenes, las pruebas y las intervenciones médicas pertinentes, incluido el tratamiento. Los profesionales de *DI* deben enfocar la entrevista y

las comunicaciones posteriores usando técnicas de consejería centradas en la persona para desarrollar un plan personalizado de reducción de riesgos adaptado a las necesidades de cada individuo.

Tipos de entrevistas

Existen tres tipos de entrevistas para obtener información de personas diagnosticadas con una enfermedad infecciosa⁷:

- **Entrevista original** — Primera entrevista realizada a una persona con una infección (a veces se denomina paciente original o **caso índice**). La entrevista original debe realizarse de manera inmediata para comenzar el proceso de identificación de personas con posibles exposiciones. Otros elementos de datos críticos, como factores de riesgo, tratamiento e historial de viajes, también se recolectan durante la entrevista original.
- **Entrevista de clúster** — Entrevista a una persona no infectada realizada para recolectar información sobre parejas no nombradas previamente de personas con una enfermedad infecciosa e individuos que pueden estar en riesgo de infección y que podrían beneficiarse de las pruebas. **Técnicas de clúster** es también una técnica que se puede aplicar durante una entrevista con una persona diagnosticada con una infección para identificar a otras que puedan beneficiarse de una intervención (que no sean contactos ni parejas) basándose en comportamientos de riesgo compartidos o posibles exposiciones.
- **Reentrevista** — Entrevista posterior a la persona con una enfermedad infecciosa para recolectar información adicional necesaria para el análisis de casos y para identificar u obtener más información de localización sobre las parejas, contactos o contactos sociales mencionados.

Una entrevista exitosa permite la recolección de información crítica sobre una persona con una enfermedad infecciosa y sobre otras personas que pueden haber estado expuestas; asimismo, brinda apoyo y referidos, y responde preguntas. Los objetivos de la entrevista de caso son:

- referir a la persona con una enfermedad infecciosa para el tratamiento necesario, según corresponda;
- recolectar datos importantes sobre su historial de exposición y sus factores de riesgo para comprender cómo se están propagando las enfermedades infecciosas en la comunidad;
- evaluar su historial de síntomas y cualquier tratamiento previo;
- enfatizar la importancia de tomar precauciones para prevenir una mayor transmisión a otras personas;
- obtener los nombres e información de localización de otras personas que puedan haber estado expuestas, así como de lugares, eventos y reuniones donde pudo haberse producido la transmisión, además de trabajar para descubrir la fuente potencial de infección;
- identificar oportunidades para ofrecer servicios de pruebas y prevención a los individuos y comunidades con mayor riesgo.

Es fundamental comunicar con claridad cómo funciona la investigación de enfermedades. Establecer una buena relación y generar confianza mediante el uso de preguntas abiertas, escuchar activamente y una entrevista motivacional es esencial para atender inquietudes, brindar apoyo y recolectar información precisa que permita fundamentar los siguientes pasos en la investigación de la enfermedad. Esto puede ayudar a atender las preocupaciones de la persona que está siendo entrevistada (por ejemplo, privacidad y confidencialidad, próximos pasos en el manejo del diagnóstico, obstáculos para acceder a los servicios) y fomenta la cooperación.

Cálculo del período de entrevista

Antes de realizar una entrevista, el profesional de *DI* debe calcular el período de entrevista para establecer una línea de tiempo.⁸ El **período de entrevista** incluye el período de incubación y el **período infeccioso**, y ayuda a identificar tanto la fuente de la infección como a las personas potencialmente expuestas:

- **Período de incubación** – Tiempo desde la exposición inicial hasta el desarrollo de la enfermedad. El período de incubación varía dependiendo de la enfermedad infecciosa en cuestión. El profesional de *DI* debe estar al tanto del período de incubación de todas las enfermedades que investigue.
- **Período infeccioso** – Lapso de tiempo durante el cual una persona con una enfermedad infecciosa podría haber expuesto potencialmente a otros. El lapso de tiempo varía en función de la enfermedad. El profesional de *DI* debe estar al tanto del período infeccioso de todas las enfermedades que investigue.

Una evaluación de los síntomas de la persona y su historial de pruebas ayuda a identificar las fechas de su período infeccioso, lo que permite identificar a personas que pueden haber estado expuestas, así como el período de incubación, que puede ayudar a identificar la fuente potencial de la infección.

Formato de entrevista

Puede ser beneficioso para los profesionales de *DI* seguir un formato estándar al realizar entrevistas con personas a las que se les ha diagnosticado una enfermedad infecciosa o que han estado expuestas a ella. El formato de entrevista que se presenta a continuación es un ejemplo de un marco general que permite a la persona entrevistada comprender su diagnóstico y que se aborden sus inquietudes, al mismo tiempo que se enfoca en los pasos importantes para obtener información sobre parejas/contactos.⁸

- I. Introducción
 - Indicar el propósito/rol
 - Asegurar la confidencialidad
- II. Evaluación de una persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa
 - Dar respuesta a las inquietudes de la persona
 - Obtener el historial social
 - Obtener el historial médico
 - Asegurar la comprensión de la enfermedad
- III. Intervención de enfermedades
 - Recabar información sobre parejas/contactos
 - Discutir cómo prevenir la transmisión a otras personas/desarrollar un plan de reducción de riesgos
- IV. Conclusión
 - Reafirmar compromisos
 - Prepararse para la reentrevista
 - Concluir y resumir

Sección 3: Identificación de personas expuestas a enfermedades infecciosas

Una estrategia clave para reducir la transmisión de enfermedades infecciosas es realizar entrevistas con personas diagnosticadas para identificar individuos, ubicaciones, eventos y actividades donde pudo haberse dado la exposición, facilitando así una intervención rápida para quienes puedan haber estado expuestos.⁹ Dependiendo de la enfermedad en cuestión, pueden influir varios factores en el riesgo de exposición, incluyendo: tipo, proximidad y duración de la exposición; factores ambientales; estado de vacunación; e historial de infecciones previas.

Importancia de identificar a las personas expuestas a una enfermedad infecciosa

La prevención de enfermedades infecciosas es fundamental en la investigación en salud pública y, por lo general, implica entrevistas, notificaciones y el referido de personas expuestas a una enfermedad infecciosa. Ser consciente de su exposición es fundamental para que la persona tome conciencia de su situación y comprenda la necesidad de someterse a evaluaciones, pruebas y tratamiento con la intervención médica adecuada. Durante la notificación y el referido, los profesionales de *DI* también tienen la oportunidad de discutir las técnicas futuras de prevención y reducción de riesgos conductuales de los individuos.⁷

La entrevista también está diseñada para aumentar la probabilidad de que todas las personas potencialmente expuestas (por ejemplo, parejas sexuales o que compartieron agujas, contactos y contactos sociales) sean identificadas para que puedan ser referidas para realizar exámenes o pruebas y recibir tratamiento, según sea necesario. El profesional de *DI* también debe proporcionar consejería centrada en la persona para desarrollar un plan personalizado de reducción de riesgos.

La intervención en enfermedades ocurre cuando una persona que ha estado expuesta a una enfermedad infecciosa se somete a pruebas y, cuando corresponde, recibe tratamiento oportuno — independientemente de los resultados— para prevenir el desarrollo de la enfermedad, su transmisión posterior y posibles complicaciones.

El tratamiento profiláctico (preventivo) puede iniciarse en individuos que han estado expuestos a una infección bacteriana mientras se encuentra en período de incubación dentro de su cuerpo. Un proveedor de cuidado de la salud puede administrar el **tratamiento profiláctico** en combinación con el examen y las pruebas, o mediante **terapia acelerada de pareja (EPT)**. La *EPT* es la práctica de tratar a las parejas sexuales de personas diagnosticadas con gonorrea o clamidia, por ejemplo, proporcionando medicamentos o una receta a la persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa para que los entregue a su(s) pareja(s) sin necesidad de una consulta clínica.¹⁰

La intervención de enfermedades también tiene lugar cuando las personas diagnosticadas con una enfermedad infecciosa reciben el tratamiento adecuado, lo que previene que la infección progrese a un estado de enfermedad con complicaciones que pueden ser perjudiciales o incluso mortales. Esto ocurre cuando una persona que estuvo expuesta y recibió el tratamiento adecuado da positivo.

La intervención de enfermedades se logra en tres niveles de prevención¹¹:

- **Prevención primaria** — Prevención del desarrollo de la enfermedad en las parejas expuestas mediante la administración de tratamiento preventivo
- **Prevención secundaria** — Administración de tratamiento a las personas infectadas, deteniendo así la propagación a otros, incluida la reinfección de la persona originalmente diagnosticada con la enfermedad infecciosa

- **Prevención terciaria** — Prevención del desarrollo de complicaciones graves en personas diagnosticadas con una enfermedad infecciosa

La identificación de personas expuestas a una infección es el proceso de obtener elementos clave de datos que ayudan a identificar y localizar a las personas que necesitan servicios de intervención, como pruebas, tratamiento o vacunación. Entre los detalles importantes que se deben recolectar se incluyen:

- información identificativa, incluido el nombre, apodo o alias, y nombre de usuario en redes sociales o aplicaciones de citas;
- fecha de nacimiento (completa o parcial) o edad;
- dirección, dirección alternativa o ubicación donde se hospedan, lugares que frecuentan, lugar de trabajo, dirección de correo electrónico, identificadores en redes sociales;
- descripción física, como altura, peso, complexión, color de cabello/ojos, tono de piel, tatuajes, perforaciones, peinado y forma de vestir;
- fechas de exposición (primera, última y frecuencia de exposición).

Existen varios términos que se emplean para describir a las personas que han estado expuestas a una enfermedad infecciosa. En el control de ITS, los contactos directos se denominan parejas sexuales. En las investigaciones de tuberculosis (*TB*) o sarampión, el término empleado es **contactos cercanos**. Y para una infección de VIH o hepatitis C, el término podría referirse a una pareja sexual o a una pareja con la que se comparten agujas.

En el control de ITS, existen tres categorías de contactos identificados⁷:

- **Pareja** (pareja sexual o contacto cercano) — Persona mencionada en una entrevista por alguien que está infectado. Las parejas se dividen en tres grupos:
 - La persona ha tenido relaciones sexuales o contacto cercano con una persona que padece una enfermedad infecciosa.
 - La persona ha compartido agujas con una persona que tiene una enfermedad infecciosa.
 - La persona ha participado tanto en actividades sexuales/contacto cercano como en el uso compartido de agujas.
- **Contactos sociales** (anteriormente denominados sospechosos) — Persona mencionada en una entrevista por alguien que está infectado y que no es una pareja sexual ni comparte agujas. Se dividen en tres grupos:
 - El contacto social presenta síntomas sugestivos de la enfermedad.
 - El contacto social es una pareja sexual o un contacto cercano de otra persona que se sabe que está infectada.
 - El contacto social requiere un examen y no encaja en ninguna de las dos categorías mencionadas anteriormente.
- **Asociado** — Persona mencionada en una entrevista por alguien que no está infectado, también dividida en tres grupos:
 - El asociado presenta síntomas sugestivos de enfermedad.
 - El asociado es una pareja sexual de una persona conocida por estar infectada.
 - El asociado necesita un examen y no se ajusta a ninguna de las dos categorías mencionadas anteriormente.

Mecanismos de referidos

Durante la entrevista, el profesional de *DI* trabaja con la persona con una infección para determinar el mejor método de referido para sus contactos. Existen tres tipos básicos de referidos para personas identificadas como contacto/pareja expuesta a una infección¹²:

- **Referido por el proveedor** — Cuando el personal del departamento de salud notifica a las personas expuestas a una enfermedad infecciosa —incluidos contactos, parejas y contactos sociales—, y los refiere para que realicen exámenes o pruebas y reciban tratamiento, según corresponda. Con el consentimiento de la persona entrevistada, el profesional de *DI* asume la plena responsabilidad de localizar, notificar y referir confidencialmente a las personas expuestas al centro de cuidado de la salud que mejor satisfaga sus necesidades. Un referido por el proveedor asegura que la persona con una infección pueda mantener su confidencialidad mientras se asegura de que se notifique a las personas expuestas. La investigación demuestra que el referido por el proveedor es un método altamente efectivo para notificar a los contactos.
- **Autorreferido** (es decir, referido por la persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa) — Cuando la persona con una infección asume la plena responsabilidad de notificar a sus parejas/contactos sobre su exposición y los refiere para que se realicen exámenes o pruebas y reciban tratamiento, según corresponda. El profesional de *DI* debe brindar orientación sobre cómo notificar a las parejas/contactos, dónde puede recibir servicios de pruebas y tratamiento la persona expuesta, y qué tipo de examen, prueba y tratamiento es apropiado. Es necesario brindar a la persona con la infección los recursos y el apoyo necesarios para que pueda notificar y referir con éxito a sus parejas/contactos, así como ayudarla a entender que hacerlo podría comprometer su privacidad. Si la persona con la infección no desea revelar el diagnóstico durante el proceso de notificación, se pueden usar algunos sitios web para realizar una autonotificación confidencial o anónima de parejas/contactos.
- **Referido por contrato** — Método híbrido en el que el proveedor/profesional de *DI* negocia un plazo (generalmente de 24 a 48 horas) para que la persona con una infección informe a sus parejas/contactos sobre su exposición y les proporcione recursos. El profesional de *DI* aún recolecta información para localizar e identificar a las personas expuestas, pero no se pone en contacto con ellas a menos que no acedan al seguimiento de los servicios. Este método funciona bien ya que el profesional de *DI* sigue disponiendo de información para localizar e identificar a las parejas/contactos, en caso de que la persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa cambie de opinión o no haya notificado a las parejas/contactos por su cuenta.

Localización de parejas, contactos y contactos sociales

Identificar, localizar e informar a las personas en riesgo de enfermedades infecciosas es clave para reducir la transmisión, prevenir complicaciones y evitar brotes. Los profesionales de *DI* identifican contactos, parejas sexuales, parejas con quienes se comparten drogas y contactos sociales para brindar pruebas, tratamiento y referidos oportunos a los servicios médicos y de apoyo adecuados.⁷ La notificación oportuna a las personas expuestas a una infección reduce la transmisión y previene complicaciones.

Los profesionales aplican diversos métodos para llegar a los individuos, tales como:

- herramientas digitales (aplicaciones, mensajes de texto, sitios web, redes sociales) para una comunicación rápida;
- métodos basados en el campo (visitas de campo, alcance) para casos prioritarios y personas de difícil acceso (ver el Capítulo 3 para más detalles sobre la investigación de campo);
- métodos tradicionales (por ejemplo, correos electrónicos, cartas, llamadas telefónicas) para aquellos con acceso limitado a la tecnología.

Por ejemplo, si una persona da positivo en VIH, un profesional de *DI* puede comunicarse de manera confidencial con las parejas previamente identificadas para promover la realización de pruebas, el inicio temprano del tratamiento y el acceso a opciones de prevención. Los proveedores de salud pública deben establecer una buena relación y generar confianza en las personas afectadas para asegurar que estén receptivas al manejo médico. Es importante respetar las diferencias contextuales centradas en la persona y tener en cuenta los distintos niveles de alfabetización en salud y en el uso de tecnologías digitales. Las instrucciones simplificadas aseguran que todas las personas comprendan cómo acceder a la atención. El uso de imágenes e infografías puede ayudar a transmitir información importante sobre la salud a individuos con barreras lingüísticas o baja alfabetización en salud.

Al adaptar los métodos de comunicación y personalizar el alcance, los profesionales pueden asegurar que las intervenciones sean efectivas, inclusivas y accesibles, contribuyendo así a reducir la propagación de enfermedades y a mejorar la salud comunitaria.

Búsquedas de récords

Una vez que se identifica a una persona como contacto/pareja, el profesional de *DI* debe realizar una **búsqueda de récords** para determinar si existe documentación previa o historial de casos para ese individuo.^{7,13} La búsqueda de récords debe incluir una revisión de informes de laboratorio anteriores, investigaciones de caso y entrevistas o notificaciones previas. Este paso es esencial, ya que el individuo puede no requerir notificación si ya se ha realizado pruebas previamente y/o ha recibido tratamiento.

De manera similar, cuando se proporciona información parcial sobre una persona expuesta, el profesional de *DI* puede necesitar realizar una búsqueda de récords para identificar o localizar a la persona. Las búsquedas de récords pueden incluir el acceso a varios sistemas de datos, incluidos, entre otros:

- Internet
- Motores de búsqueda
- Organizaciones regionales de información en salud
- Plataformas de redes sociales
- Bases de datos de registros públicos
- Verificación en la oficina de correos
- Registros locales de inscripción escolar
- Listas de reclusos o censos de personas privadas de libertad
- Localizador de reclusos de la Oficina Federal de Prisiones
- Otros programas y fuentes del departamento de salud
- Sitos para localizar personas como LexisNexis

Las búsquedas de récords pueden proporcionar datos adicionales sobre la información demográfica de un individuo, su historial médico y social, su estado civil, sus condiciones de vida y otros factores que afectan el acceso al cuidado de la salud. Obtener esta información antes de una entrevista o notificación puede mejorar la estrategia del profesional de *DI* para la entrevista o notificación. Además, la búsqueda de récords puede preparar al profesional de *DI* para lo que pueda encontrar durante una visita de campo, como un contacto de terceros (por ejemplo, esposo/a, padre/madre o compañero de habitación), mascotas u otras posibles inquietudes sobre la seguridad. Los resultados de la búsqueda de récords deben estar completamente documentados en la entrevista o en el récord de campo, o en otros sistemas de datos.

Servicios para parejas por Internet (*IPS*)/Rastreo de contactos

Servicios para parejas por Internet (*IPS*) es la práctica que consiste en usar tecnologías como Internet, sitios de redes sociales, correo electrónico, mensajería instantánea (*IM*), dispositivos móviles, aplicaciones móviles y mensajes de texto para localizar a personas identificadas como pareja/contacto.¹⁴ Aunque los *IPS* se usan con mayor frecuencia y se asocian con el manejo de caso de ITS/VIH relacionado con sitios o aplicaciones de citas, también pueden adaptarse para su uso en otros brotes de enfermedades infecciosas o en una pandemia. A menudo, los *IPS* son beneficiosos después de que se hayan agotado o hayan fallado métodos como llamadas telefónicas, cartas y visitas de campo. Cuando la única información identificativa y de localización que la persona original diagnosticada con una enfermedad infecciosa tiene o está dispuesta a compartir es un nombre de usuario o una dirección de correo electrónico de una pareja o contacto, entonces los *IPS* se convierten en la herramienta más útil para el profesional de *DI* que investiga. Existen tres tipos de notificación en los *IPS*:

- Notificación a través de profesionales de *DI*
- Notificación de la persona original – *IPS* personales
- Notificación a través de sitios de terceros usados por la persona original

La notificación a través de un profesional de *DI* permite que este asuma la responsabilidad de notificar a las parejas para las cuales dispone de una dirección de correo electrónico, nombre de usuario o cuenta en redes sociales. Este método asegura que se haya intentado la notificación y que haya quedado documentada. La desventaja de la notificación por parte del proveedor es que la agencia debe emplear más recursos que en la notificación tradicional, ya que es necesario contar previamente con sistemas, políticas y protocolos establecidos. La notificación por parte de la persona diagnosticada originalmente con una enfermedad infecciosa, cuando prefiere que el profesional de *DI* no se comuniquen con sus contactos, presenta algunas desventajas, entre las que se incluye la notificación malintencionada de parejas (es decir, el uso inapropiado del proceso de notificación, por ejemplo, para asustar a una persona que en realidad no ha estado expuesta). La segunda desventaja es que existe un anonimato limitado para las personas que usan Internet para contactar a parejas expuestas, lo que podría comprometer su confidencialidad. Por último, las parejas o contactos notificados por la persona original pueden no contar con el apoyo o la información necesaria para acceder a pruebas o tratamientos adecuados.

Los *IPS* pueden aumentar la probabilidad de obtener una respuesta, pero el profesional de *DI* debe ejercer precaución al usarlos. El personal y la dirección del programa de la agencia deben cumplir con las leyes, regulaciones y estatutos estatales y locales aplicables que rigen el uso de los *IPS*. Un profesional de *DI* también debe observar las políticas y procedimientos de su agencia, los cuales deben estar centrados en la persona y asegurar la confidencialidad. Los *IPS* deben realizarse desde



cuentas y perfiles de correo electrónico designados por la agencia y nunca desde cuentas o perfiles de correo electrónico personales.

Los *IPS* presentan riesgos únicos, incluyendo notificaciones maliciosas (es decir, el envío intencional de avisos falsos de exposición) y preocupaciones sobre la privacidad¹⁴.

Para mitigar estos riesgos, los *CDC* recomiendan:

- usar herramientas seguras y aprobadas por la jurisdicción (por ejemplo, plataformas SendSS, SPNS IPS);
- verificar la información de la pareja antes de enviar notificaciones;
- asegurar que las notificaciones no sean específicas y proteger la identidad del paciente índice;
- documentar el uso de *IPS* de acuerdo con los protocolos locales;
- proporcionar vías de seguimiento para que los individuos notificados puedan acceder a pruebas y tratamiento.

La notificación iniciada por la pareja (por ejemplo, a través de servicios de terceros como TellYourPartner.org o inSPOT) también puede ser útil, pero debe ir acompañada de consejería sobre el uso respetuoso y la privacidad.

Procesos de verificación

Las agencias de salud pública que usan *IPS* deben informar e involucrar a las agencias comunitarias clave asociadas donde se diagnostica y trata a las personas. Las mejores prácticas para la verificación incluyen tener una buena descripción física para comparar con las fotos disponibles y pedir a la persona original diagnosticada con una enfermedad infecciosa que comparta la foto de perfil en línea de un contacto y proporcione su nombre de usuario. Después de que se contacta a personas con una enfermedad infecciosa a través de las redes sociales, estas suelen comunicarse con la agencia donde fueron examinadas/diagnosticadas/tratadas para verificar la legitimidad del personal de salud pública que las contactó por medios no tradicionales. Buscan una confirmación para verificar que el intento de contacto fue válido y urgente. Informar a las parejas y a las agencias clínicas sobre las prácticas de los *IPS* en el departamento de salud puede disminuir el tiempo de respuesta de una persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa, o de su pareja, a una notificación por mensaje instantáneo o correo electrónico. Los profesionales de *DI* deben emplear el lenguaje aprobado por su programa para las notificaciones digitales e incluir la siguiente información:

- Nombre del profesional de *DI* que intenta comunicarse con la persona
- Afiliación a programa o agencia
- Información de contacto para el profesional de *DI*
- Breve mensaje que anima a la persona a contactar al profesional de *DI* lo antes posible.

Para ver mensajes de muestra, consultar el [Apéndice D](#) de la guía [Componentes de servicios para parejas\) por Internet](#) de los *CDC*.

Notificación a personas expuestas a una infección

Una vez que el profesional de *DI* localice a la persona identificada como pareja o contacto, debe notificarle su posible exposición y referirla a los servicios adecuados de pruebas y tratamiento. Cada

vez que un profesional de *DI* proporcione servicios de notificación, debe esforzarse por asegurar que la persona identificada como pareja/contacto¹³:

- conozca la enfermedad a la que estuvo expuesta;
- sepa que la información es válida y que el riesgo es real;
- sea consciente de que la información es confidencial;
- tenga la información que necesita para actuar rápidamente.

Antes de informar a una persona sobre su exposición, el profesional de *DI* debe verificar su identidad pidiéndole que confirme su fecha de nacimiento. Corroborar la ortografía correcta de su nombre y apellido es otra forma de verificar la identidad (ver la sección de Confidencialidad de este capítulo para más información).

Al notificar a una persona nombrada como pareja/contacto, el profesional de *DI* debe proporcionar información clara y concisa sobre la infección, incluyendo el nombre de la infección, las posibles consecuencias y las opciones disponibles de prevención, pruebas o tratamiento. Es fundamental que el profesional de *DI* responda cualquier pregunta y aborde las inquietudes sin revelar ninguna información que pueda identificar al caso índice o a la persona original diagnosticada con una enfermedad infecciosa. Evaluar el conocimiento de la persona sobre la enfermedad puede ser útil para motivarla a buscar la atención adecuada. Es un equilibrio delicado entre evitar el uso de “tácticas de miedo” y proporcionar suficiente información basada en hechos sobre las posibles consecuencias de la enfermedad para la salud, con el fin de motivar a la persona a buscar la atención que necesita. El profesional de *DI* también puede preguntarle a la persona si alguna vez ha sido diagnosticada con la infección o si se ha realizado pruebas previamente, para ayudar a determinar los siguientes pasos adecuados.

Desarrollo de un plan de acción

Una vez que se ha notificado a una persona expuesta a una infección, los profesionales de *DI* deben establecer un **plan de acción** con ella para asegurar que reciba oportunamente servicios de pruebas, tratamiento o vacunación, según corresponda. El plan de acción debe ser específico en cuanto al tiempo e incluir referidos activos para servicios que consideren cualquier obstáculo potencial identificado durante el proceso de referido, como transporte, localización, horarios o acceso. Los profesionales de *DI* deben establecer relaciones con el personal de clínicas confiables u organizaciones comunitarias para que sirvan como sitios de referido y aseguren que la persona reciba los servicios apropiados. También deben hacer un seguimiento con las personas expuestas a una enfermedad infecciosa si no completan los servicios médicos recomendados. La persona debe entender que si los profesionales de *DI* no pueden confirmar que han completado sus servicios de seguimiento, es posible que se la contacte nuevamente para resolver la situación.

Colaborar con individuos diagnosticados con enfermedades infecciosas genera confianza y fomenta la adherencia a los planes de prevención y tratamiento. Con un enfoque centrado en la persona, los profesionales pueden ayudar a los individuos a crear planes de acción realistas que estén dispuestos a seguir y puedan cumplir. Estos planes tienen como objetivo prevenir la infección o manejar condiciones existentes, reduciendo así el riesgo de transmisión.

Asegurar el seguimiento es igual de importante. Esto puede lograrse mediante seguimientos periódicos, el monitoreo del progreso y la coordinación con proveedores de cuidado de la salud, ya sea a través de conversaciones directas o mediante la revisión de récords médicos.

Rastreo de contactos basado en el entorno

En algunos casos, una persona con una infección puede tener dificultades para identificar contactos o parejas específicas durante una entrevista, especialmente si la exposición ocurrió en un evento multitudinario o fue anónima. El **rastreo de contactos basado en el entorno** es una herramienta valiosa para identificar a personas adicionales que pueden haber estado expuestas a una enfermedad infecciosa.⁹ Los entornos comunes donde pueden propagarse enfermedades infecciosas incluyen, entre otros:

- lugares con aglomeración de personas, como centros penitenciarios o de cuidado a largo plazo;
- albergues;
- escuelas de nivel inicial, primario y secundario (K-12) e instituciones de educación superior;
- instalaciones de cuidado infantil;
- lugares de viaje y transporte (por ejemplo, aviones, aeropuertos, autobuses y trenes);
- entornos sociales, como conciertos, conferencias, clubes, bares, gimnasios y restaurantes.

Los beneficios del rastreo de contactos basado en el entorno incluyen:

- Facilita el recuerdo al enumerar las actividades diarias de las últimas semanas (por ejemplo, usando un calendario para identificar entornos/localizaciones/lugares).
- Para algunas personas, es más aceptable mencionar un lugar o entorno que a una persona específica.
- Es ventajoso cuando los individuos que estuvieron expuestos son anónimos o desconocidos para la persona diagnosticada con la enfermedad (por ejemplo, contactos sexuales anónimos en un baño público o contactos con sarampión en un vuelo reciente).
- Puede ayudar a identificar la fuente de infección y la transmisión entre grupos sociales en eventos y reuniones. Esto permite identificar a otras personas que asistieron al mismo evento o reunión, notificarlas sobre su posible exposición y evaluar sus necesidades de servicios.
- Puede ayudar a identificar oportunidades para ampliar el acceso a los servicios en la comunidad. Los profesionales de *DI* y los programas de salud pública pueden colaborar con organizaciones comunitarias para facilitar la participación de la comunidad y ofrecer información, comunicación, así como eventos y servicios de pruebas y vacunación adaptados en el lugar, dirigidos a grupos de personas en riesgo y vinculados a entornos específicos (por ejemplo, lugares de trabajo, escuelas, programas de vivienda de apoyo, alojamientos de emergencia o transitorios, organizaciones comunitarias y unidades móviles de reducción de daños).

Sección 4: Fomento de la participación en los servicios de intervención de enfermedades y entrevistas

Un enfoque centrado en la persona, los principios de la entrevista motivacional (EM) y habilidades de comunicación efectivas son fundamentales para motivar a las personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa a aceptar la relevancia e importancia de los servicios de intervención y a participar en una discusión o entrevista integral. Las estrategias enumeradas a continuación desempeñan un rol vital y pueden usarse en combinación para motivar eficazmente a las personas a aceptar las pruebas, el tratamiento y los servicios para parejas (*partner services*).

Enfoque centrado en la persona

Un **enfoque centrado en la persona** prioriza al individuo, y toma en consideración sus valores, preferencias y experiencias como el centro de la discusión. Esto crea un espacio seguro y de apoyo donde la persona es escuchada, respetada y empoderada para tomar sus propias decisiones. Esto genera confianza, lo cual es especialmente importante para quienes pueden mostrarse reacios a compartir información sensible sobre su infección, experiencias personales y otras personas que podrían haber estado expuestas. Valorar la autonomía y las experiencias personales propias les ayuda a sentirse más cómodos, comprender la necesidad de la intervención y participar activamente en las discusiones o entrevistas con el profesional de *DI*. Para lograr esto, el profesional de *DI* debe procurar que la interacción sea conversacional, evitar el uso de guiones o formularios y permitir que la persona entrevistada guíe la conversación. Si bien los profesionales de *DI* tienen la tarea de recolectar una serie de datos, este proceso no debe tener prioridad sobre poner a la persona que recibe los servicios en el centro de la interacción ni sobre la necesidad de usar un enfoque centrado en la persona. Un entrevistador capacitado puede obtener la información requerida mientras mantiene un tono conversacional y adapta la interacción a las circunstancias específicas de cada persona a la que entrevista. Durante las emergencias de salud pública declaradas, las protecciones de autonomía siguen siendo esenciales, pero pueden operar dentro de los requisitos legales jurisdiccionales para el reporte, el aislamiento o la cuarentena.

Principios de la entrevista motivacional (EM)

El **modelo de etapas de cambio**, desarrollado por Prochaska y DiClemente, ayuda a adaptar las intervenciones según la disposición de una persona para el cambio.¹⁵ Las cinco etapas de cambio en este modelo son precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

En la etapa de precontemplación o contemplación, un enfoque delicado usando la escucha reflexiva y la empatía ayuda a los individuos a reconocer la importancia de la intervención. Durante estas etapas, el profesional de *DI* puede hacer preguntas como “¿Cómo sería diferente su vida si este comportamiento cambiara?” o “¿Qué tan importante es para usted [hacer xyz]?” para ayudar a la persona a reflexionar sobre su disposición para el cambio.

A medida que avanzan, las estrategias de intervención pueden volverse más orientadas a la acción para apoyar su compromiso con el cambio. El profesional de *DI* puede ayudar a guiar a la persona en el desarrollo de un plan de acción usando indicaciones adaptadas a su situación. Por ejemplo, el profesional de *DI* podría preguntar: “¿Qué pequeña acción podría realizar para comenzar a efectuar este cambio?”



Durante la etapa de mantenimiento, la persona puede necesitar apoyo para mantener el nuevo comportamiento, lo que podría incluir unirse a grupos de apoyo, conectarse con personas en una situación similar o tener conversaciones ocasionales con su proveedor de cuidado de la salud o con el profesional de *DI* para discutir su progreso y darle ánimos.

La entrevista motivacional (EM) es un enfoque colaborativo y orientado a objetivos que ayuda a los individuos a explorar y fortalecer su motivación para el cambio.¹⁶ Al explorar y abordar la incertidumbre y el conflicto interno, la entrevista motivacional (EM) apoya la toma de decisiones y elecciones significativas.

Estrategias de comunicación efectiva: preguntas abiertas, afirmaciones y escucha reflexiva y resumen (OARS)

Los profesionales de *DI* desempeñan un rol clave en la creación de un ambiente de apoyo. La manera en que se estructuran las preguntas, como al indagar por qué alguien realizó una acción específica, puede dar lugar de forma involuntaria a actitudes defensivas y resistencia. Usar habilidades de comunicación efectivas ayuda a las personas que están siendo entrevistadas a reflexionar sobre los beneficios de la intervención, lo que favorece una participación más activa en la intervención de enfermedades.¹⁷

Las técnicas clave incluyen el uso de:

- preguntas abiertas que fomentan respuestas reflexivas;
- afirmaciones que validan las fortalezas y el progreso;
- escucha reflexiva que demuestra comprensión y genera confianza.
- la técnica de resumen que refuerza los puntos clave y aporta claridad.

El acrónimo OARS suele usarse en entornos de capacitación para ayudar a los profesionales de *DI* a recordar estas habilidades clave de comunicación.

Preguntas abiertas

Las **preguntas abiertas** fomentan un ambiente de respeto, aceptación y confianza al animar a los individuos a expresarse con mayor profundidad. Usar preguntas que comiencen con “¿Quién/Qué/Dónde/Cuándo/Cómo?” durante una entrevista puede establecer una relación de confianza y resultar en la obtención de información más detallada. Las preguntas abiertas permiten a los individuos compartir sus historias elaborando y proporcionando respuestas más detalladas.

Ejemplos:

- “¿Con quién ha tenido relaciones sexuales más recientemente?”
- “¿Qué síntomas ha tenido durante los últimos 3 meses?”
- “¿Dónde suele conocer a sus parejas?”
- “¿Cuándo fue la última vez que tomó antibióticos por algún tipo de problema de salud?”
- “¿Con qué frecuencia usa preservativos con sus parejas?”

En cambio, las preguntas cerradas a menudo dan lugar a respuestas limitadas, como “Sí” o “No,” lo que puede reducir la participación. Las preguntas cerradas generalmente comienzan con “¿Puede usted/¿Hace usted/¿Está usted/¿Usted ha?” Hacer preguntas como “¿Experimentó dolor?” o

“¿Puede usted recordar cuándo fue eso?” suele dar resultados mínimos o desfavorables. En cambio, el profesional de *DI* puede preguntar *“¿Qué tan doloroso fue?”* o *“¿Cuándo ocurrió eso?”* para replantear la indagación mediante preguntas abiertas.

Aunque las preguntas que comienzan con *“¿Por qué?”* son técnicamente abiertas, deben usarse con precaución. Cuando un profesional de *DI* que realiza una entrevista pregunta a un individuo (persona entrevistada) por qué hizo algo, este puede percibirlo como una crítica, aunque no sea esa la intención del profesional, lo que puede generar una actitud defensiva y resistencia. Por ejemplo, preguntas como *“¿Por qué no usa preservativos?”* o *“¿Por qué no se ha hecho la prueba antes si sabía que estaba en riesgo?”* pueden parecer acusatorias para el individuo. Más bien, puede usar preguntas de *“¿Por qué?”* con moderación y solo cuando sea necesario para aclarar algo. Por ejemplo, puede que necesite preguntar, *“¿Por qué su pareja fue al médico la semana pasada?”* o *“¿Por qué se está quedando con su hermana en este momento?”* para comprender mejor la situación de la persona.

En la misma línea que las preguntas abiertas, el profesional de *DI* puede usar **imperativos corteses** para obtener información detallada. Son afirmaciones (en vez de preguntas) que animan a la persona a proporcionar información.

Ejemplos:

- *“Cuénteme un poco sobre su consumo de alcohol...”*
- *“Ayúdeme a comprender mejor su relación con el padre de su bebé...”*
- *“Hablemos un poco de su diagnóstico...”*

Afirmaciones

Las **afirmaciones** son declaraciones positivas, alentadoras y de apoyo que comunican comprensión, aprecio y validación. Ayudan a fortalecer los lazos emocionales y a desarrollar la confianza.

Ejemplos:

- Elogios: *“Usó el equipo de protección personal de manera excelente”.*
- Ánimo: *“Creo en usted y en sus habilidades”.*
- Gratitud: *“Aprecio mucho que comparta esta información”.*
- Apoyo: *“Estoy a su disposición”.*

Usar afirmaciones fomenta un ambiente de apoyo y promueve la autoestima y la confianza en las relaciones. Las afirmaciones son una técnica importante para establecer una relación de confianza, lo que puede ayudar a la persona a participar de manera más efectiva en el proceso de entrevista.

Escucha reflexiva

La **escucha reflexiva** implica prestar atención activamente tanto a las palabras como a las emociones que expresa una persona. Permite asegurar una comprensión clara al interpretar con precisión su mensaje y responder de forma que demuestre que se ha comprendido.



Los profesionales de *DI* suelen repetir los puntos clave, lo que permite a los individuos escuchar sus propios pensamientos reflejados, fortaleciendo así la comunicación y evitando malentendidos. Estas son algunas frases comunes:

- *"Entonces, usted siente..."*
- *"Parece que usted..."*
- *"Se está preguntando si..."*

Tipos de escucha reflexiva:

- Repetir o parafrasear — Reiteración de lo que la persona dijo de una manera ligeramente diferente
- Paráfrasis — Resumen de su mensaje para aclarar la comprensión
- Reflexión del sentimiento — Énfasis en los aspectos emocionales para mostrar empatía

En conjunto, estas estrategias de comunicación crean conexiones significativas, fomentan la participación y generan confianza.

Resumen

Resumir ayuda a mantener las conversaciones claras y es especialmente útil en puntos de transición, como cuando alguien comparte una experiencia personal o termina de discutir un tema, o cuando la conversación está llegando a su fin. Asegura que ambos participantes estén alineados, lo que ayuda a guiar la discusión hacia los próximos pasos o un cambio significativo.

El **resumen** se usa de manera efectiva y comienza con enunciados claros:

- *"Déjeme ver si he entendido todo lo que ha dicho hasta ahora..."*
- *"Esto es lo que he entendido — corrijame si omití algo".*

Este enfoque mantiene una comunicación abierta y fomenta la comprensión entre ambas partes.

Resolución de problemas

La **resolución de problemas** es otra estrategia eficaz que permite al profesional de *DI* y a la persona que recibe servicios colaborar para identificar desafíos, analizar soluciones y desarrollar un plan de acción. Este enfoque ayuda a los individuos a superar obstáculos como el miedo al estigma o las dudas sobre el tratamiento, facilitando su participación en la atención. Fomentar la responsabilidad en sus decisiones de salud los empodera para tomar medidas significativas en pos de mejores resultados. Abordar los problemas tan pronto como surjan durante una entrevista puede ayudar a mantener la entrevista encaminada. Por ejemplo, si la persona entrevistada parece distraída y mira el reloj con frecuencia, el profesional de *DI* debe pausar la entrevista y verificar la situación preguntando algo como: *"He notado que mira el reloj con frecuencia; ¿hay algo que le preocupe y en lo que pueda ayudarle?"* Podría ser algo tan simple como que debe hacer una llamada telefónica rápida para comprobar cómo está su hijo o poner más monedas en un parquímetro. Al atender las preocupaciones de la persona, el profesional de *DI* mantiene una relación de confianza y crea un ambiente de apoyo para que la entrevista continúe.

Escuchar activamente

El profesional de *DI* puede **escuchar activamente** para transmitir que está completamente comprometido con el proceso de la entrevista.¹⁸ Es importante mantener el contacto visual (si es contextualmente apropiado y centrado en la persona), evitar distracciones y brindar retroalimentación. Enfocarse en la persona que está siendo entrevistada y proporcionar ocasionalmente afirmaciones verbales durante la conversación hace que la persona se sienta escuchada y comprendida.

Ejemplos de escuchar activamente:

- *“Eso es interesante”.*
- *“Mmmhmmm...”*
- *“Continúe...”*
- *“Ya veo”.*
- *“Entiendo”.*

Escuchar activamente también puede incluir técnicas no verbales, como asentir con la cabeza, sonreír, inclinarse hacia adelante y mantener contacto visual con la persona.

Habilidades de comunicación efectiva (asertividad, empatía y comunicación respetuosa y adaptativa)

La **asertividad** es la capacidad de expresar los propios pensamientos, sentimientos y creencias de manera clara, así como las propias necesidades, con confianza y respeto, sin mostrar excesiva pasividad o agresividad. Implica defender la propia postura mientras también se consideran las perspectivas de los demás. La comunicación asertiva ayuda a establecer límites, defender necesidades personales o profesionales y fomentar relaciones saludables mediante una expresión clara y directa.¹⁷ Ayuda a transmitir la importancia de la conversación y asegura que los sentimientos de la persona sean escuchados y comprendidos.

Los profesionales de *DI* deben comunicarse de manera clara, directa y respetuosa para asegurar que los individuos comprendan la importancia de una intervención. Un enfoque asertivo promueve la colaboración y la confianza, lo que logra que las conversaciones sean más efectivas. La **comunicación agresiva** (es decir, presionar demasiado) puede causar resistencia, actitudes defensivas o miedo, lo que hace que las personas sean menos propensas a participar en la atención. La **comunicación pasiva** (es decir, mensajes poco claros o vacilantes) puede dar lugar a confusión, poca participación o rechazo de la intervención, lo que en última instancia disminuye su efectividad.

Ejemplos de comunicación asertiva:

- Clara y directa — *“Quiero asegurarme de que tenga la información correcta sobre sus opciones de tratamiento”.*
- Respetuosa y sin prejuicios — *“Entiendo que tal vez esto sea difícil, pero estos pasos pueden ayudar a proteger su salud”.*
- Sin agresión — En lugar de *“¡Necesita hacer esto ahora!”*, diga: *“Le explicaré por qué esta intervención es importante para su salud”.*

- Sin pasividad — En lugar de *"Podría considerar el tratamiento, si desea..."*, diga *"Recomiendo este tratamiento porque puede ayudar a prevenir complicaciones"*.

Usar una comunicación asertiva asegura que los individuos se sientan escuchados, comprendan sus opciones y tengan más probabilidades de participar en la atención, al mismo tiempo que fortalece los esfuerzos de salud pública.

La **empatía** demuestra comprensión y consideración por los sentimientos y la situación de una persona, lo que fomenta la confianza y la cooperación, especialmente durante discusiones sensibles sobre la salud. Reconocer y respetar los contextos centrados en la persona es crucial (por ejemplo, usar un lenguaje respetuoso, mantener el contacto visual y emplear un lenguaje corporal apropiado). Las creencias moldean las actitudes hacia la enfermedad, las pruebas, el tratamiento, el cuidado de la salud y la gestión médica. Es importante dedicar tiempo durante la entrevista para demostrar empatía. Esto transmite que el profesional de *DI* se preocupa por la persona y reconoce que la situación puede ser estresante para ella.

Ejemplos:

- *"Entiendo lo difícil que es compartir tanta información privada y realmente aprecio que haya hablado conmigo"*.
- *"Me imagino lo difícil que debe ser escuchar que le han diagnosticado esta infección"*.
- *"Lamento mucho que esté pasando por esto en este momento y haré todo lo que esté a mi alcance para apoyarle"*.

Comunicación respetuosa y adaptativa

Los profesionales de *DI* mejoran su eficacia teniendo en cuenta los diferentes contextos y estilos de comunicación de las personas. Aunque es imposible comprender todos los matices en su totalidad, los profesionales pueden comprometerse a reflexionar continuamente, mantener una actitud de humildad y aprender de forma activa para identificar sus propias lagunas de conocimiento. Al practicar la atención tanto a las señales verbales como no verbales, los profesionales pueden reconocer cuándo ciertos enfoques pueden no estar alineados con las preferencias centradas en la persona. Por ejemplo, reconocer comportamientos como evitar el contacto visual directo, que en algunas culturas señala respeto en vez de evasión, permite a los profesionales adaptar sus estrategias en consecuencia. Enfatizar la flexibilidad, la apertura y la capacidad de respuesta centrada en la persona asegura que los servicios de intervención sean receptivos, solidarios y adaptados a las necesidades únicas de cada individuo.

Creación de un entorno seguro y de apoyo

Usar un enfoque centrado en la persona, técnicas de entrevista motivacional y habilidades de comunicación efectivas, como la asertividad y la empatía, ayuda a que los individuos se sientan respetados y motivados para participar en los servicios de intervención. Las personas necesitan sentirse seguras y respetadas para estar dispuestas a compartir detalles muy personales sobre sí mismas. Si el profesional de *DI* no dedica el tiempo y el esfuerzo necesarios para crear un ambiente seguro y de apoyo, no será fácil establecer la relación de confianza necesaria para completar con éxito el proceso de entrevista.

Al evitar la agresividad o la pasividad, centrarse en una comunicación asertiva y clara, y enfatizar la confidencialidad, los profesionales de *DI* pueden fomentar el diálogo abierto, la confianza y mejores resultados de salud para las personas afectadas por la infección o la enfermedad.

Sección 5: Comprensión de la enfermedad y elaboración del historial

Los profesionales de *DI* deben adquirir un conocimiento integral de las enfermedades infecciosas, evaluar el riesgo y aplicar estrategias basadas en evidencia para proteger a las comunidades. La intervención efectiva se basa en la evaluación del historial médico, factores sociales, consumo de sustancias, pruebas diagnósticas y guías de tratamiento. Al realizar evaluaciones exhaustivas de personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a enfermedades infecciosas, los profesionales de *DI* pueden responder con prontitud, reducir la transmisión y prevenir complicaciones de salud.

Es igualmente importante asegurar que las personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a enfermedades infecciosas comprendan los aspectos clave de la infección, como la transmisión, las posibles complicaciones, la prevención y el tratamiento. En vez de simplemente educar a la persona, el profesional de *DI* puede emplear un enfoque centrado en la persona para evaluar la **comprensión de la enfermedad**. Por ejemplo, el profesional de *DI* puede preguntarle a la persona: “¿Qué sabe sobre esta infección y cómo se transmite de una persona a otra?” Esto le brinda a la persona la oportunidad de comunicar al profesional de *DI* lo que ya sabe, lo que la hace sentir empoderada. Esta técnica también puede ayudar a identificar cualquier falta de comprensión de la enfermedad o información incorrecta, y servir como punto de partida para recolectar información específica sobre la exposición al riesgo.

Al elaborar un historial, es fundamental normalizar el proceso, explicando a la persona que las preguntas que se le formulan ayudan a obtener una visión completa de cómo pudo haber adquirido la infección y que estas mismas preguntas se hacen a todas las personas. Usar las técnicas de comunicación efectiva mencionadas anteriormente puede ayudar a mantener esta parte de la entrevista conversacional y centrada en la persona.

Obtención del historial con el uso de las 5 P

Las 5 P, según lo descrito en la Guía de los CDC para conseguir el **historial sexual**, pueden ser una forma útil de recordar los elementos clave para obtener un historial completo de una persona diagnosticada con o expuesta a una infección. Esta técnica es especialmente útil al obtener el historial de una persona diagnosticada con una infección de transmisión sexual o VIH. Sin embargo, los componentes de este modelo pueden ser útiles para todas las enfermedades infecciosas.¹⁹

Las 5 P:

1. Parejas/contactos
2. Prácticas/comportamientos
3. Protección contra ITS y otras infecciones
4. Pasado: historial de ITS u otras enfermedades infecciosas
5. Planes de embarazo

Parejas/contactos

Durante la entrevista, es importante determinar el número y el género de las parejas sexuales o de otros contactos de la persona. Usar preguntas abiertas es una buena manera de obtener información sobre las parejas, incluyendo la fecha de la primera y última exposición, datos demográficos (por ejemplo, nombre, dirección, teléfono, correo electrónico, trabajo, apodo, nombre de usuario, descripción física y lugares frecuentados).

Ejemplos:

- *“¿Con cuántas personas ha tenido algún tipo de contacto sexual en los últimos 12 meses?”*
- *“¿Cuándo fue la última vez que estuvo en un grupo grande de personas, como en una clase o concierto?”*
- *“Hablemos más sobre su pareja más reciente: ¿cómo se llama?” “¿Cómo es físicamente?”*
- *“¿Qué lugares frecuenta [nombre de la pareja/contacto] cuando no está en el trabajo?”*
- *“¿Cuándo fue la última vez que salió con [nombre de la pareja/contacto]?”*
- *“¿Cuál es la mejor manera de comunicarme con [nombre de la pareja/contacto]?” “¿En qué otro lugar puedo encontrarlo si eso no funciona?”*
- *“¿Quién más conoce usted que haya tenido síntomas similares a los que está experimentando?”*

Prácticas/comportamientos de riesgo

Tener más información sobre el sexo específico de la persona u otras prácticas conductuales puede ayudar a guiar las recomendaciones para la realización de pruebas en sitios anatómicos expuestos, identificar estrategias de reducción de riesgos y determinar la fuente de la infección. Al obtener información sobre una ITS o el VIH, el profesional de *DI* debe preguntar sobre los tipos de sexo, las partes del cuerpo usadas para el sexo y las prácticas de reducción de riesgos para cada tipo de sexo. Para otras enfermedades infecciosas, el profesional de *DI* puede querer preguntar sobre el consumo de sustancias, comportamientos sociales y lugares donde pudo haberse producido la transmisión. Esta parte de la discusión puede iniciarse diciendo: *"Ahora debemos discutir más detalles sobre las cosas que usted hace que pueden haberlo puesto en riesgo, para asegurarme de que reciba las pruebas y el tratamiento necesarios"*.

Ejemplos:

- *“¿Qué partes del cuerpo usa para el sexo?”*
- *“¿Qué tipos de sexo ha tenido con sus parejas: oral, anal o vaginal?”*
- *“¿Cuándo fue la última vez que alguien introdujo el pene en su trasero?”*
- *“Cuando tiene sexo anal, ¿suele ser activo, pasivo o ambos?”*
- *“¿Cuándo fue la última vez que puso su boca en el pene/vagina/ano de alguien?”*
- *“¿Con qué frecuencia acompaña usted el sexo con alcohol o drogas?”*
- *“¿Dónde suele ir a pasar el rato con sus amigos?”*
- *“¿Con qué frecuencia va a lugares donde hay muchas personas, como el albergue o el centro comercial?”*
- *“¿Cuándo fue la última vez que alguien le dio dinero o algo que necesitaba a cambio de sexo?”*
- *“¿Qué tipos de drogas ha consumido?”*

- *“¿Cuándo fue la última vez que estuvo en la cárcel o pasó la noche en un hospital o albergue?”*
- *“¿Con qué frecuencia usa aplicaciones móviles para conocer a sus parejas?” “¿Qué aplicaciones usa?”*

Protección contra ITS y otras enfermedades infecciosas

Comprender cómo actúan las personas para prevenir una infección es crucial, ya que permite a los profesionales de *DI* realizar referidos adecuados a los servicios de prevención y colaborar con los individuos para desarrollar planes personalizados de reducción de riesgos. No suponga que la persona no adopta medidas para prevenir una infección únicamente porque dio positivo o estuvo expuesta. Podría estar implementando estrategias que pueden servir como base para una mayor reducción del riesgo y estar motivada a realizar cambios adicionales debido a su infección o exposición actual.

Ejemplos:

- *“¿Qué medidas toma para evitar contraer infecciones?”*
- *“Cuando viaja, ¿qué hace para evitar contraer una infección?”*
- *“¿Qué conocimientos tiene sobre la prevención de infecciones?”*
- *“¿Qué sabe sobre la PrEP y la DoxyPEP para la prevención?”*
- *“¿Con qué frecuencia usa preservativos y para qué tipos de relaciones sexuales?”*
- *“¿Qué tan cómodo se siente al hablar con sus parejas del riesgo de contraer ITS y VIH?”*

Pasado: historial de ITS u otras enfermedades infecciosas

Indagar sobre una infección previa puede ayudar a determinar si la persona tiene una infección nueva, ha recibido tratamiento previo o está en mayor riesgo debido a un historial de múltiples infecciones repetidas.

Ejemplos:

- *“¿Cuándo fue la última vez que se realizó una prueba para [infección]?”*
- *“¿Qué infecciones de transmisión sexual ha tenido hasta ahora?”*
- *“¿Cuándo fue la última vez que le recetaron antibióticos por alguna razón?”*
- *“Hábleme de su historial de vacunación...”*
- *“¿Cuándo fue la última vez que vio a un médico porque no se sentía bien?”*
- *“¿En qué clínica le realizaron su última extracción de sangre?”*
- *“¿Cuál de sus parejas le ha dicho que tenía una ITS o VIH?”*

Planes de embarazo

Comprender si una persona está embarazada o tiene la intención de quedar embarazada tiene importantes implicaciones para el tratamiento de enfermedades infecciosas. Algunos medicamentos no son seguros durante el embarazo y deben usarse regímenes alternativos. Para la sífilis, se prioriza el uso de penicilina G benzatina en mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis o expuestas a la enfermedad. Algunas infecciones pueden transmitirse al feto durante el embarazo (por ejemplo, sífilis y VIH), lo que puede aumentar la necesidad de cuidado de la salud inmediato e

intervención tanto para la persona con la infección como para cualquier pareja potencialmente embarazada.

Ejemplos:

- “¿Cuándo fue la última vez que estuvo embarazada o tuvo un bebé?”
- “¿Qué probabilidad hay de que usted o su pareja pueda estar embarazada en este momento?”
- “¿Qué está haciendo para evitar quedar embarazada?”
- “¿Qué le preocupa sobre cómo esta infección podría afectar a su bebé?”

Herramientas y técnicas para una evaluación y participación efectivas

Los profesionales de *DI* usan diversas herramientas interpersonales y analíticas durante las entrevistas e investigaciones. La entrevista motivacional, el escuchar activamente y la resolución estructurada de problemas se encuentran entre las técnicas más esenciales para una comunicación efectiva. Usar estas técnicas, junto con las técnicas de comunicación efectiva mencionadas anteriormente, proporciona una base para obtener información. Las preguntas formuladas hábilmente y la incorporación de la información recolectada durante las entrevistas e investigaciones aseguran la obtención de los detalles esenciales de manera integral; esto se denomina **formulación de preguntas**. Mediante el uso de la entrevista motivacional, los profesionales de la investigación de enfermedades pueden ayudar a los individuos a reconocer su rol en la mitigación de riesgos y en el cumplimiento de las medidas preventivas, además de promover un cambio de comportamiento.

Más allá de la entrevista en sí, integrar revisiones de historiales médicos y consultas con proveedores de cuidado de la salud agrega profundidad al proceso de evaluación. Estos pasos ayudan a corroborar los datos autoinformados, identificar factores de riesgo adicionales y confirmar la adherencia al tratamiento o a las acciones preventivas. Contar con información precisa y actualizada permite a los profesionales de *DI* personalizar las intervenciones según las necesidades únicas de cada persona.

Importancia de la documentación en la salud pública

La documentación es una parte vital de la salud pública. Mantener documentación detallada facilita la continuidad del manejo de caso y es útil como referencia en investigaciones futuras.¹³ Es fundamental documentar los elementos clave de la investigación, incluyendo:

- fechas clave en las que se tomaron acciones;
- acciones tomadas (por ejemplo, llamadas telefónicas, mensajes de texto, búsquedas en Internet, encuentros y resultados de visitas de campo, búsquedas de récords, revisiones de récords médicos);
- referidos, servicios prestados y seguimiento.

El mantenimiento de récords exhaustivos permite a los profesionales de *DI* monitorear la condición de una persona, evaluar pruebas y tratamientos, dar seguimiento a la progresión de la enfermedad, valorar la eficacia de las intervenciones e identificar patrones de continuidad de la atención, rendición de cuentas y evaluación que pueden orientar estrategias futuras. También asegura el cumplimiento de las normativas legales y respalda el control de calidad.



En el control de enfermedades infecciosas, la integración de datos médicos, sociales y conductuales ayuda a crear planes efectivos. Por ejemplo, al investigar un brote, los profesionales de *DI* documentan los síntomas, el historial de exposición y los factores sociales, como las condiciones ambientales y de vivienda, para comprender cómo se propaga una enfermedad. El uso de la entrevista motivacional y escuchar activamente fomenta que los individuos sigan las intervenciones recomendadas, como la vacunación o la cuarentena, lo que favorece el cumplimiento de estas guías.

Los profesionales de *DI* usan la documentación para abordar obstáculos, fomentar la colaboración y promover un acceso justo a los servicios. Al colaborar con organizaciones comunitarias y emplear enfoques culturalmente sensibles y centrados en la persona, aseguran que las intervenciones sean tanto inclusivas como efectivas. Es esencial simplificar el lenguaje empleado, transmitir claramente los puntos clave y comunicar eficazmente los conceptos a las personas diagnosticadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa.

Los seguimientos posteriores a la infección o exposición desempeñan un rol clave en los esfuerzos de salud pública:

- Monitoreo de la salud — La realización de chequeos permite a los profesionales evaluar si la condición de una persona está mejorando, empeorando o permaneciendo estable. Por ejemplo, una persona que se está recuperando de la tuberculosis necesita seguimiento para asegurar que los síntomas no regresen.
- Adherencia al tratamiento — La documentación ayuda a verificar que las personas sigan los tratamientos prescritos, como tomar los antibióticos de manera correcta y completa, lo que previene el desarrollo de resistencia a los medicamentos.
- Prevención de la propagación de enfermedades — Si una persona está expuesta a una enfermedad infecciosa, las confirmaciones de seguimiento determinan si es necesaria la cuarentena o precauciones adicionales. Por ejemplo, hacer seguimiento a los contactos recientes de una persona diagnosticada con sarampión ayuda a prevenir brotes.
- Identificación de efectos a largo plazo — Ciertas infecciones pueden provocar complicaciones duraderas, como el síndrome posterior a la enfermedad de Lyme o el COVID prolongado. El monitoreo continuo ayuda a detectar y manejar estos efectos de manera temprana.
- Educar y empoderar a las comunidades — La documentación apoya la recolección de datos de salud pública, ayudando a los funcionarios de salud pública a rastrear tendencias y educar a los individuos sobre la prevención, los síntomas y las medidas de protección. Por ejemplo, si una comunidad experimenta brotes recurrentes de influenza, la documentación puede revelar tendencias como bajas tasas de vacunación o condiciones de hacinamiento en la vivienda, lo que permite a los equipos de salud pública usar los datos para diseñar estrategias de prevención dirigidas a áreas de alto riesgo.

Sección 6: Análisis de necesidades y obstáculos

Comprender los contextos centrados en la persona y las condiciones sociales y económicas que afectan la vida diaria es fundamental para asegurar un acceso justo y consistente a los servicios. Los profesionales de *DI* deben respetar la diversidad de contextos centrados en la persona y tener en cuenta factores sociales y económicos clave que contribuyen a la salud. Las personas en riesgo de contraer enfermedades infecciosas a menudo enfrentan obstáculos como el estigma, el acceso limitado al cuidado de la salud, preocupaciones sobre la confidencialidad, miedo al juicio de los demás, desconfianza y dificultades financieras. Estos obstáculos pueden ser prácticos (por ejemplo,

problemas de transporte) o sistémicos (por ejemplo, desconfianza en el cuidado de la salud o malentendidos contextuales centrados en la persona).

Para asegurar que las intervenciones sean accesibles y efectivas, los profesionales de *DI* pueden:

- usar una comunicación culturalmente sensible (centrada en la persona) para involucrar a las comunidades;
- establecer una relación de confianza abordando las preocupaciones;
- mostrar los beneficios reales de las intervenciones para fomentar la participación.

El profesional de *DI* puede preguntar a la persona sobre los obstáculos que pueda enfrentar para obtener la atención que necesita. Por ejemplo, el profesional de *DI* podría preguntar: “¿Qué podría dificultarle acudir a la clínica para realizarse pruebas y recibir tratamiento?” o “¿Qué está sucediendo en su vida que podría impedir que esto sea una prioridad?” Una vez que se identifica un obstáculo, el profesional de *DI* puede usar habilidades de resolución de problemas para ayudar a encontrar una solución y facilitar el acceso a los servicios necesarios.

Algunas objeciones u obstáculos comunes que el profesional de *DI* puede encontrar incluyen:

- falta de acceso al cuidado de la salud (por ejemplo, falta de seguro, falta de acceso a un proveedor de cuidado de la salud primario, barreras lingüísticas, desconfianza en el sistema de salud, preocupaciones sobre el costo e imposibilidad de asistir durante el horario laboral);
- inquietudes sobre la confidencialidad;
- falta de confianza en la validez del diagnóstico o la exposición;
- preocupaciones sobre el estigma o el juicio relacionado con comportamientos sexuales u otros comportamientos de riesgo (por ejemplo, consumo de drogas o alcohol);
- falta de vivienda estable o transporte;
- abuso activo de sustancias o condiciones de salud mental.

Al identificar y hacer frente a estos desafíos, los profesionales de *DI* pueden asegurar que las personas infectadas con enfermedades infecciosas o expuestas a ellas tengan acceso a los servicios médicos y de apoyo que necesitan para prevenir resultados negativos en su salud. Estos esfuerzos de salud pública pueden reducir tanto la propagación de enfermedades como la exposición, asegurar resultados de salud justos y efectivos, y mejorar la salud general de la comunidad.

Las alianzas comunitarias sólidas mejoran las intervenciones de salud pública al asegurar atención y apoyo integrales. Conectarse con proveedores locales, servicios de apoyo y organizaciones ayuda a atender una amplia variedad de necesidades (por ejemplo, colaborar con albergues, centros penitenciarios, servicios de salud mental y centros de rehabilitación) para asegurar que las poblaciones vulnerables reciban apoyo adaptado a sus necesidades.

Consideraciones para poblaciones especiales

Las **poblaciones especiales** requieren una atención particular al evaluar necesidades y obstáculos.^{7,9,20} Por ejemplo, las personas que consumen drogas pueden necesitar una reducción de daños, servicios de intercambio de agujas, acceso a Narcan y tratamiento para el abuso de sustancias o la salud mental. Las personas que experimentan inestabilidad en la vivienda a menudo enfrentan dificultades para mantener la continuidad en la atención y requieren asistencia para acceder a recursos de vivienda y transporte. Las víctimas de violencia por parte de su pareja íntima



pueden enfrentar preocupaciones de seguridad únicas que afectan su capacidad para participar en la atención y su acceso a referidos y servicios. Las mujeres embarazadas requieren intervenciones especializadas para proteger tanto la salud materna como la del bebé. Las personas que experimentan crisis de salud mental pueden necesitar una atención integrada que atienda tanto la salud mental como la física. Los refugiados, inmigrantes y migrantes enfrentan desafíos relacionados con el acceso al cuidado de la salud, barreras lingüísticas, desconfianza hacia los sistemas y obstáculos contextuales centrados en la persona que pueden impedirles acceder a los servicios necesarios. Al atender las necesidades específicas de estos grupos, los profesionales de *DI* pueden diseñar intervenciones más efectivas y compasivas que respondan a dichas necesidades.

Explicación de los resultados de laboratorio

Interpretar y explicar claramente los resultados de laboratorio es una parte fundamental de la investigación de caso.^{7,9} Estos resultados ayudan a confirmar diagnósticos, descartar condiciones e identificar agentes causantes de enfermedades. Un profesional de *DI* puede necesitar explicar los resultados a una persona con una infección, a una persona expuesta a una infección o a un proveedor de cuidado de la salud. El profesional de *DI* debe adaptar su enfoque y asegurarse de que está comunicándose al nivel de comprensión y **alfabetización en salud** de la persona. Por ejemplo, el profesional de *DI* puede necesitar simplificar la explicación para una persona que da positivo en una infección, pero puede emplear un lenguaje más técnico al hablar con un proveedor de cuidado de la salud.

Para asegurar la comprensión:

- Emplee lenguaje claro (es decir, evite la jerga médica).
- Interprete los resultados — Aclare qué significan y qué no significan los resultados (por ejemplo, una prueba positiva de VIH no indica SIDA).
- Evalúe la comprensión — Haga preguntas de seguimiento para asegurar que la persona entienda el material.
- Evite dar consejos médicos — Siempre refiera a los individuos a su proveedor de cuidado de la salud.

La comunicación efectiva ayuda a guiar las decisiones de tratamiento, las respuestas de salud pública y la prestación de servicios de cuidado de la salud. Por ejemplo, un resultado positivo de infección bacteriana puede requerir el inicio de antibióticos, mientras que un resultado negativo puede llevar a reevaluar los síntomas o realizar pruebas adicionales.

Explicaciones claras y sencillas empoderan a las personas para que tomen decisiones informadas sobre su salud, asegurando al mismo tiempo que reciban la orientación médica adecuada.

Comprensión y explicación de las guías (diagnóstico, tratamiento, transmisión)

El éxito de las actividades de investigación de enfermedades, incluidas las entrevistas, depende de tener un entendimiento cabal de las últimas guías de diagnóstico, tratamiento y transmisión, así como de la capacidad para comunicarlas de manera clara y efectiva a diversas poblaciones. Las guías de transmisión, especialmente durante brotes de enfermedades infecciosas, describen cómo se propagan las enfermedades (por ejemplo, por vía aérea, por vectores) y qué medidas de salud pública se deben tomar (por ejemplo, cuarentena, aislamiento, vacunación). Definen cómo deben operar los establecimientos de cuidado de la salud para asegurar servicios de alta calidad. Cubren



las pruebas en el lugar, los protocolos de tratamiento, el manejo de enfermedades y los recursos de salud pública disponibles. Estas guías también ayudan a determinar cuándo consultar a especialistas o referir a las personas que reciben servicios para atención adicional; asimismo, proporcionan orientación sobre las recomendaciones según los departamentos de salud estatales y locales y los *CDC*.

Los profesionales de *DI* deben poder interpretar estas guías y comunicarlas en términos sencillos, usando un lenguaje claro que evite jerga y abreviaturas, para asegurar que los individuos y comunidades comprendan las medidas de salud necesarias para prevenir la propagación de enfermedades y complicaciones, al mismo tiempo que se promueve una acción de salud pública efectiva.

Sección 7: Guías clave en la investigación de enfermedades

Los profesionales de *DI* usan diferentes guías según su área de especialidad en enfermedades infecciosas (es decir, ITS, TB, VIH, enfermedades transmisibles). Las guías están adaptadas a la enfermedad en cuestión, pero generalmente tratan tres áreas clave de manejo: diagnóstico, tratamiento y transmisión.

- Las guías de diagnóstico — especifican las pruebas correctas que se deben usar para el diagnóstico, el orden en que deben realizarse dichas pruebas y los criterios para su uso. Las guías de diagnóstico son una herramienta crucial para identificar enfermedades infecciosas y prevenir su transmisión. Estas guías contienen **algoritmos de pruebas de laboratorio** que describen una secuencia de pruebas usadas en combinación para el diagnóstico de una enfermedad infecciosa.
- Guías de tratamiento — emitidas por expertos en salud de organizaciones como los departamentos de salud, los Institutos Nacionales de Salud y los *CDC*. Ofrecen recomendaciones para el manejo de enfermedades infecciosas, incluidos los regímenes de tratamiento apropiados y las consideraciones para poblaciones especiales.
- Las guías de transmisión — explican cómo se propagan las enfermedades (por ejemplo, por vía aérea, por vectores) y describen estrategias de prevención como el uso de mascarillas, tratamiento preventivo, cuarentena, aislamiento o vacunación.

Los algoritmos de pruebas de laboratorio agilizan el proceso diagnóstico, lo que asegura una identificación precisa y oportuna de los patógenos. Los profesionales de *DI* deben estar familiarizados con los algoritmos de prueba para su(s) enfermedad(es) de interés y asistir en la interpretación cuando sea necesario. La comunicación clara de los resultados de laboratorio ayuda a las personas en riesgo de contraer o diagnosticadas con una enfermedad, así como a quienes participan en el cuidado de la salud y el seguimiento, a comprender la naturaleza y las implicaciones de la enfermedad.

Seguir de manera constante las guías relevantes de diagnóstico, tratamiento y transmisión genera confianza entre los proveedores de cuidado de la salud, las personas diagnosticadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa y las comunidades a las que están dirigidas. Con un enfoque estructurado en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades, los profesionales de *DI* pueden responder eficazmente a los brotes, proteger a los individuos y contribuir a mejorar los resultados de salud a nivel mundial.

Estas guías también inciden en el funcionamiento de las clínicas, orientando la prestación del cuidado de la salud, el tratamiento en el lugar y los referidos a especialistas cuando sea necesario.



Además, la adherencia a las guías asegura la consistencia en el manejo de la enfermedad y el control de la transmisión, promoviendo la confianza y la colaboración entre los proveedores de cuidado de la salud y los individuos afectados.

Al combinar estrategias de pruebas, explicaciones de resultados de laboratorio y el cumplimiento de las guías relevantes, los equipos de salud pública pueden enfrentar eficazmente los brotes de enfermedades. Una comunicación clara ayuda a las personas afectadas por una situación de salud a comprender su condición, mientras que los enfoques estandarizados generan confianza entre los proveedores de cuidado de la salud y la comunidad. Una respuesta bien estructurada a los desafíos de las enfermedades fortalece los esfuerzos de salud pública, protege a las comunidades y asegura un acceso equitativo al cuidado de la salud para todos.

Confidencialidad y recolección de información

La confidencialidad es un requisito legal, regulado por leyes como la **Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA)** y regulaciones estatales o locales que rigen la confidencialidad de los récords de salud pública.²¹ La confidencialidad es un componente clave de la comunicación efectiva y la práctica ética en la salud pública, particularmente al discutir información personal relacionada con temas sensibles como las enfermedades infecciosas.^{6,11} Asegura que la **información de salud protegida (PHI)** compartida en confianza permanezca confidencial, fomentando la credibilidad y la apertura.

La *PHI* es cualquier información en el récord médico u otros récords que pueda usarse para identificar a un individuo, incluyendo nombre, información de localización, fecha de nacimiento, número de teléfono, correo electrónico, número de seguro social, etc. La *PHI* también incluye información altamente sensible sobre síntomas, pruebas, diagnóstico, tratamiento, factores de riesgo y otros datos. Se debe proteger la *PHI* para asegurar el cumplimiento de la *HIPAA* y mantener la privacidad individual. Proteger la privacidad de un individuo es vital debido al estigma social potencial, las implicaciones legales y las preocupaciones de privacidad relacionadas con una infección y diagnóstico.

La información sobre una infección o condición de salud solo se comparte con personas autorizadas por la persona o legalmente autorizadas para recibirla, típicamente con su consentimiento informado. Cualquier información divulgada debe ser cuidadosamente protegida tanto en términos de almacenamiento como de uso. Para asegurar esto, los programas deben establecer políticas y procedimientos claros para la protección de datos y proporcionar capacitación a los profesionales de la salud sobre cómo manejar adecuadamente la información sensible.⁵ Esto no solo crea una base para una comunicación efectiva, sino que también respalda una atención individualizada centrada en la persona, manteniendo en última instancia los objetivos de la investigación, las metas de salud pública y el bienestar propio.

Para proteger la *PHI* contra el acceso no autorizado, los profesionales de *DI* toman varias precauciones clave que incluyen:

- mantener los récords personales y médicos en entornos de oficina seguros y con control de acceso;
- llevar únicamente el nivel necesario de información identificativa durante las actividades de campo;
- asegurar que las entrevistas y notificaciones se realicen en un **ambiente confidencial** donde ninguna persona no autorizada pueda escuchar información confidencial;

- divulgación o limitación de la información necesaria para el manejo médico.

En el contexto de la recolección de información sensible y el respeto por la privacidad de un individuo, es esencial crear un entorno seguro donde los individuos se sientan cómodos al compartir información personal, privada y, a menudo, sensible. Este compromiso no solo mejora las experiencias individuales, sino que también fortalece los esfuerzos de salud pública al asegurar la recolección de información precisa y confiable de una manera que respeta y valora las necesidades y circunstancias únicas de cada uno. Esto requiere un compromiso con el empleo de estrategias de comunicación centradas en la persona, demostrar conciencia de las diferentes culturas y perspectivas, y atender los distintos niveles de alfabetización en salud. Además, el cumplimiento de los principios de los servicios cultural y lingüísticamente apropiados (CLAS) asegura que las interacciones respondan a las necesidades individuales y a las preferencias lingüísticas, lo que a su vez mejora la confianza y la comprensión.

Confidencialidad durante las entrevistas de salud pública

La confidencialidad es esencial en las conversaciones relacionadas con la salud, al asegurar la privacidad, confianza y dignidad de los individuos que discuten información sensible, como su estado de salud. Esta información solo debe ser compartida con profesionales médicos autorizados.^{7, 12}

La confidencialidad es importante porque:

- Fomenta la honestidad — Cuando las personas confían en que su información se mantendrá privada, es más probable que compartan detalles precisos, lo cual es fundamental para la intervención de enfermedades.
- Reduce el miedo y el estigma — La confidencialidad evita que los individuos se preocupen por el juicio de los demás o las repercusiones, lo que los hace más propensos a participar en la atención.
- Mejora el apoyo personalizado — Con información completa y abierta, los profesionales de *DI* pueden ofrecer mejores intervenciones.

Al comunicar información confidencial a una persona diagnosticada con o expuesta a una infección, es esencial asegurarse de que la información se comparta con la persona adecuada. Antes de discutir información específica sobre la enfermedad, el profesional de *DI* debe verificar la identidad de la persona pidiéndole que confirme su fecha de nacimiento.

Al inicio de una entrevista, explique claramente:

- las razones para verificar la identidad;
- qué se mantendrá privado (por ejemplo, datos personales de salud);
- los límites legales de la confidencialidad (por ejemplo, notificación obligatoria de enfermedades);
- quién tiene acceso a la información (por ejemplo, proveedores médicos).

Por ejemplo, para verificar la identidad de la persona, el profesional de *DI* puede comenzar la interacción diciendo: *“Tengo información importante de salud para discutir con usted, pero antes de que podamos continuar, necesito confirmar su fecha de nacimiento para asegurarme de que estoy hablando con la persona correcta. Esto ayuda a proteger su privacidad”*. A veces, un profesional de *DI* puede contar con información identificativa incompleta, como solo un nombre de pila, edad o



apodo/nombre de usuario. En este caso, sigue siendo importante solicitar la fecha de nacimiento, y un profesional de *DI* puede obtener información más completa pidiendo que la persona delete su apellido.

Entregue este mensaje con empatía y transparencia para generar confianza y fomentar la participación.

Al realizar entrevistas, el entorno físico debe ser seguro para evitar que terceros no autorizados escuchen información de salud protegida. A veces, el profesional de *DI* puede realizar la entrevista en un entorno controlado, como una sala de una clínica, una oficina con puerta o incluso en un vehículo.

Cuando se encuentra con una persona diagnosticada con o expuesta a una infección en un entorno de campo, puede ser más difícil encontrar un ambiente seguro. Si un profesional de *DI* localiza a la persona que necesita entrevistar en un entorno de campo donde hay otras personas cerca, debe hacer todo lo posible por encontrar un lugar seguro. Esto puede incluir técnicas como pedir a la persona que salga para hablar si hay otras personas en el edificio, usar el vehículo del profesional de *DI*, acompañar a la persona a un lugar privado cercano o solicitar usar un espacio privado (por ejemplo, un dormitorio, una oficina dentro de un albergue o una habitación en una clínica).

Los profesionales de *DI* siempre deben observar las precauciones adecuadas de seguridad y control de infecciones al seleccionar o ingresar a estos espacios. Del mismo modo, al llevar a cabo entrevistas telefónicas, el profesional de *DI* no debe suponer que la persona está en un espacio privado. Es esencial evaluar la confidencialidad antes de iniciar el proceso de entrevista. Esto se puede hacer preguntando a la persona, “¿Se encuentra en un lugar donde pueda hablar en privado en este momento?” Si no lo está, el profesional de *DI* puede animarla a que se tome unos minutos para encontrar un lugar más privado donde hablar.

Conclusión

En conclusión, una intervención de enfermedades efectiva requiere un enfoque integral y bien estructurado que combine varios componentes clave. La confidencialidad en las conversaciones y la recolección de información durante las entrevistas e investigaciones asegura que se genere confianza y protege la dignidad de los individuos, al tiempo que facilita la divulgación de información sensible. Fomentar la participación en los servicios de intervención de enfermedades es clave para que los individuos asuman un rol activo en sus resultados de salud, apoyándose en su motivación intrínseca para modificar conductas.

Realizar entrevistas y recolectar datos demográficos, además de evaluar la comprensión de la enfermedad y el historial, proporciona la base para entender la exposición a enfermedades y desarrollar planes de acción. Obtener información de manera precisa de las personas diagnosticadas con y expuestas a una infección (por ejemplo, contactos, parejas y contactos sociales) es esencial para identificar y localizar a las personas de manera confidencial, asegurando la privacidad mientras se atienden las preocupaciones de salud pública. Abordar las necesidades y obstáculos para la intervención de enfermedades implica proporcionar referidos adecuados a los servicios de apoyo, enfatizando la capacidad de respuesta a las necesidades individuales y la accesibilidad para asegurar un apoyo efectivo.

El seguimiento de los individuos durante y después de la infección, a través de reentrevistas, la revisión de planes de acción y la documentación, favorece la participación continua y la rendición de cuentas. La localización de personas identificadas como parejas sexuales, personas con quienes se comparten drogas o contactos sociales pone de relieve la importancia de la notificación a parejas, el aprovechamiento de la tecnología y los servicios adaptados a las necesidades individuales para manejar estas interacciones de forma eficaz.

Al integrar estas habilidades y enfoques, los profesionales de *DI* pueden mejorar el manejo de caso, promover una intervención de enfermedades exitosa y contribuir a resultados más amplios en la salud pública, fomentando un ambiente colaborativo y respetuoso para todos los involucrados.

Palabras clave del Capítulo 2

Plan de acción
Escuchar activamente
Afirmaciones
Comunicación agresiva
Asertividad
Asociado
Investigación de caso
Manejo de caso
Contacto cercano
Entrevista de clúster
Técnicas de clúster
Ambiente confidencial
Contactos
Rastreo de contactos
Referido por contrato
Comprensión de la enfermedad
Empatía
Terapia acelerada de pareja (*EPT*)
Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (*HIPAA*)
Alfabetización en salud
Período de incubación
Caso índice
Período infeccioso
Servicios para parejas por Internet (*IPS*)
Período de entrevista
Algoritmo de pruebas de laboratorio
Modo de transmisión
Notificación
Preguntas abiertas
Entrevista original
Pareja
Servicios para parejas (*partner services*)
Comunicación pasiva
Enfoque centrado en la persona
Imperativo cortés
Prevención primaria
Resolución de problemas
Tratamiento profiláctico
Información de salud protegida (*PHI*)
Referido por el proveedor
Formulación de preguntas
Búsqueda de récords
Referido



Escucha reflexiva
Reentrevista
Prevención secundaria
Autorreferido
Historial sexual
Contactos sociales
Fuente
Poblaciones especiales
Modelo de etapas de cambio
Resumen
Prevención terciaria
Rastreo de contactos basado en el entorno

Preguntas de práctica del Capítulo 2

1. ¿Qué es lo primero que debe hacer un profesional de *DI* cuando recibe un nuevo caso?
 - a. Buscar récords en todos los recursos disponibles
 - b. Llamar a la persona y verificar su identidad.
 - c. Realizar una visita de campo

Respuesta: a

Fundamento: Antes de contactar a un paciente o realizar una visita de campo, el profesional de *DI* debe revisar toda la información disponible (informes de laboratorio, récords médicos, registros) para prepararse para la investigación de caso y evitar contactos duplicados o innecesarios.

2. ¿Qué principio se practica al notificar a las parejas sobre la exposición sin revelar la identidad de la persona que las nombró?
 - a. Cumplimiento
 - b. Confidencialidad
 - c. Garantía

Respuesta: b

Fundamento: La confidencialidad es un componente clave de los servicios para parejas (*partner services*). Se notifica una posible exposición a las parejas sin llegar a saber quién las nombró, generando la confianza y protegiendo la privacidad.

3. ¿Quién estaría autorizado para participar en una entrevista de servicios para parejas (*partner services*) sin violar la confidencialidad de la persona entrevistada?
 - a. Un asistente médico que está extrayendo sangre
 - b. Un amigo o uno de los padres que quiere unirse a la entrevista
 - c. Un supervisor de control de calidad o un intérprete

Respuesta: c

Fundamento: Los supervisores pueden estar presentes con fines de capacitación o control de calidad, y los intérpretes pueden incluirse para asegurar una comunicación clara. Los amigos, padres o el personal médico fuera del proceso de la entrevista vulnerarían la confidencialidad.

4. ¿Qué técnicas debe emplear un profesional de *DI* para obtener una evaluación detallada de riesgos al realizar una entrevista?
 - a. Búsqueda de récords e identificación de parejas
 - b. Educación para la salud y consejería sobre tratamiento
 - c. Preguntas abiertas y escuchar activamente

Respuesta: c

Fundamento: Las preguntas abiertas permiten a los clientes compartir información detallada y con matices, mientras que escuchar activamente genera confianza y asegura una comprensión precisa de los riesgos.

5. ¿Qué información debería intentar obtener el profesional de *DI* para cada persona identificada como pareja sexual o contacto?
 - a. Nombre, fechas de exposición, información de localización y descripción
 - b. Número de parejas, nombre, información de contacto e historial social

- c. Nombre, localización, descripción y evaluación de riesgos

Respuesta: a

Fundamento: Estos detalles son esenciales para identificar y localizar con precisión a las parejas, determinar el período de exposición y planificar el seguimiento para la notificación y atención.

6. ¿Cómo se denomina el proceso mediante el cual un profesional de *DI* evalúa lo que una persona diagnosticada con una infección sabe sobre la enfermedad?
- a. Entrevista
 - b. Historial médico
 - c. Comprensión de la enfermedad

Respuesta: c

Fundamento: La evaluación de la comprensión de la enfermedad permite al profesional de *DI* conocer el nivel de conocimiento inicial de la persona y ajustar la educación según corresponda.

7. ¿En qué consiste la terapia acelerada de pareja (*EPT*)?
- a. En proporcionar recetas a una persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa para que las entregue a sus parejas sexuales
 - b. En permitir que el profesional de *DI* lleve recetas al campo para entregarlas en mano a las parejas sexuales
 - c. En reservar bloques de citas en la clínica únicamente para aquellos identificados como parejas sexuales

Respuesta: a

Fundamento: La *EPT* permite a los pacientes entregar medicamentos o recetas a sus parejas sin que estas necesiten una visita clínica previa, reduciendo así los retrasos en el tratamiento.

8. Al entrevistar a una persona diagnosticada con una infección, ¿cuál es la mejor manera de obtener información sobre las personas que estuvieron expuestas?
- a. *"¿Ha tenido contacto sexual con alguien recientemente?"*
 - b. *"Cuénteme sobre la última persona con la que tuvo relaciones sexuales o compartió drogas".*
 - c. *"Le han diagnosticado una infección de transmisión sexual (ITS). Me tiene que decir quiénes han sido sus parejas".*

Respuesta: b

Fundamento: Este enfoque abierto y conversacional es menos intimidante, evita emitir juicios y facilita el recuerdo, por lo que resulta más eficaz que los enfoques directos o autoritarios.

Referencias del Capítulo 2

1. National Board of Public Health Examiners. *CDI Exam Content Outline*. 2025. Accessed October 20, 2025. <https://www.nbphe.org/wp-content/uploads/2025/08/CDI-Exam-Content-Outline-2025.pdf>
2. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Stacks. *Program Operations Guidelines for STD Prevention: Partner Services*. 2001 (archived). Accessed October 20, 2025. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/40225>
3. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Stacks. *COVID-19 Case Investigation and Contact Tracing CDC's Role and Approach* (archived). Accessed January 14, 2026. https://stacks.cdc.gov/view/cdc/107305/cdc_107305_DS1.pdf
4. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021; *Partner Services*. Available at: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/clinical-partnerServices.htm>
5. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Field Epidemiology Manual. Conducting a Field Investigation*. 2025. Accessed October 20, 2025. <https://www.cdc.gov/field-epi-manual/php/chapters/field-investigation.html>
6. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *2025 National Notifiable Conditions*. Accessed October 20, 2025. <https://ndc.services.cdc.gov/search-results-year/>
7. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for partner services programs for HIV infection, syphilis, gonorrhea, and chlamydial infection. *MMWR*. 2008;57(No. RR-9). Accessed October 20, 2025. <https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5709.pdf>
8. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Partner Services Providers U.S. Quick Guide, 2014* (archived). Accessed October 20, 2025. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/23562>
9. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Interim Guidance on Developing a COVID-19 Case Investigation & Contact Tracing Plan* (archived). Accessed October 20, 2025. <https://archive.cdc.gov/#/details?url=https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/contact-tracing/contact-tracing-plan/overview.html>
10. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Expedited Partner Therapy, 2024*. Accessed October 20, 2025. <https://www.cdc.gov/sti/hcp/clinical-guidance/expedited-partner-therapy.html>
11. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Picture of America: Prevention*. 2016 (archived). Accessed October 20, 2025. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/142637>
12. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Passport to Partner Services. Introduction to Partner Services for Partner Services Providers*. Accessed October 20, 2025. <https://courses.cdc.train.org/WEDU/PartnerServicesforPSProviders/Intro-to-PS-Summary.pdf>
13. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Passport to Partner Services. Field Investigation & Notification*. Accessed October 20, 2025. https://courses.cdc.train.org/WEDU/Field_Investigation/Field-Inv-Notification-Summary.pdf
14. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Internet Partner Services (IPS) Components*. 2025. Accessed October 20, 2025. <https://www.cdc.gov/std-ips/php/about/internet-partner-services-ips-components.html>
15. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Conversation Starter: Clinicians, Motivational Interviewing to Help Your Patients Seek Treatment*. Accessed October 20, 2025. <https://www.cdc.gov/overdose-prevention/media/pdfs/2024/07/Conversation-Starter-Motivational-Interviewing.pdf>

16. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Advisory: Using Motivational Interviewing in Substance Use Disorder Treatment*. Accessed October 20, 2025. <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/PEP20-02-02-014.pdf>
17. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Passport to Partner Services, Communication Skills*. Accessed October 20, 2025. https://courses.cdc.train.org/WEDU/Communication_Skills/Communication-Summary.pdf
18. Agency for Toxic Substances and Disease Registry. *A Guide to Active Listening*. Accessed October 20, 2025. <https://www.atsdr.cdc.gov/community-engagement-playbook/media/pdfs/2024/07/active-listening-guide-508.pdf>
19. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Guide to Taking a Sexual History*. 2024. Accessed October 20, 2025. <https://www.cdc.gov/sti/hcp/clinical-guidance/taking-a-sexual-history.html>
20. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021*. Accessed October 20, 2025. <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/toc.htm>
21. U.S. Department of Health and Human Services. *HIPAA for Professionals*. Accessed October 20, 2025. <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/index.html>

Capítulo 3 Servicios de campo y actividades de alcance

Katherine R. DiBenedetto, MPA, MSEd

Introducción

A medida que el rol del profesional de intervención de enfermedades (*DI*) continúa evolucionando, también lo hace la manera en que planifica, prepara y lleva a cabo los servicios de campo y las actividades de alcance para enfermedades infecciosas, enfermedades prevenibles por vacunación, infecciones emergentes y enfermedades transmitidas por los alimentos. La realización de investigaciones de campo es una función fundamental de los programas de intervención de enfermedades al asegurar que las personas diagnosticadas con infecciones reciban un tratamiento oportuno y adecuado. Las investigaciones de campo también aseguran que las personas potencialmente expuestas a una enfermedad infecciosa reciban las pruebas, exámenes y tratamientos adecuados, cuando sea necesario, para interrumpir la transmisión de la enfermedad y prevenir complicaciones adicionales.

Este capítulo describe el proceso de planificación y preparación para una investigación de campo, examina los principios de salud pública que se siguen durante el trabajo de campo, detalla cómo se llevan a cabo las investigaciones de campo en residencias y otros entornos comunitarios manteniendo la confidencialidad y la seguridad de todas las personas involucradas, identifica estrategias de seguridad en el campo y revisa las precauciones estándar y universales al realizar pruebas y proporcionar tratamiento en campo a personas diagnosticadas con o potencialmente expuestas a enfermedades infecciosas.

Las siguientes tareas de servicio de campo y alcance están incluidas en este capítulo¹:

- Tarea 1: Planificar los servicios de campo (por ejemplo, visitas domiciliarias, eventos de alcance, pruebas de detección) para mantener la confidencialidad, seguridad y protección.
- Tarea 2: Tener suministros para estar preparados para los servicios de campo.
- Tarea 3: Realizar investigaciones de campo en residencias u otros lugares comunitarios para informar a las personas sobre una posible exposición a enfermedades o resultados positivos de pruebas.
- Tarea 4: Comunicarse en persona con individuos diagnosticados con o posiblemente expuestos a una enfermedad infecciosa.
- Tarea 5: Mantener la seguridad y confidencialidad de la información sensible y de la información de salud protegida de las personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa.
- Tarea 6: Cuando no se pueda contactar con un individuo, comunicarse con un contacto de terceros (por ejemplo, contactos mutuos, organizaciones de apoyo comunitario, negocios locales) para obtener información adicional.
- Tarea 7: Aplicar precauciones universales y procedimientos de control de infecciones.
- Tarea 8: Apoyar las actividades de pruebas de campo, tratamiento y alcance para personas que experimentan un impacto desproporcionado de enfermedades transmisibles.

- Tarea 9: Administrar y observar el tratamiento (por ejemplo, terapia observada directamente [DOT], terapia acelerada de pareja [EPT], terapia administrada en campo) en entornos no clínicos para asegurar la adherencia al régimen de tratamiento y la educación del paciente.
- Tarea 10: Identificar y responder adecuadamente a situaciones inseguras (por ejemplo, lenguaje corporal, amenaza de daño físico, señales ambientales, tono).
- Tarea 11: Cumplir con los principios de salud pública durante los servicios de campo y el alcance.

Contenido del área de competencia

Sección 1: Preparación para la investigación de campo

Los profesionales de *DI* deben planificar y prepararse cuidadosamente para asegurar que las investigaciones sean seguras, confidenciales y efectivas. Los profesionales de *DI* deben proteger la confidencialidad y seguridad de la **información de identificación personal (PII)** y la **información de salud protegida (PHI)** de las personas diagnosticadas con o potencialmente expuestas a enfermedades infecciosas. La *PII* incluye datos que pueden identificar, localizar o contactar a una persona, como nombre, fecha de nacimiento, dirección y número de teléfono, y también puede incluir detalles como raza, edad, ocupación o fecha de exposición. La combinación de estos identificadores podría revelar la identidad de un individuo. La *PHI* se refiere al estado de salud de una persona, sus condiciones de salud o diagnósticos, así como a la prestación o el pago de servicios de cuidado de la salud. Mantener la **confidencialidad** al buscar a una persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa significa que se comparte *PHI*, como el diagnóstico, únicamente con la persona infectada.

Durante una investigación, los profesionales de *DI* pueden necesitar contactar la oficina de un médico privado u otro proveedor de cuidado de la salud para:

- referir para examen;
- hacer recomendaciones para pruebas o tratamiento;
- confirmar el examen o tratamiento;
- dar seguimiento a los informes de laboratorio positivos;
- proporcionar a los médicos un diagnóstico o aviso de exposición a una enfermedad infecciosa;
- discutir los requisitos de reporte de la vigilancia.

Durante estos encuentros, bajo una exención de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (*HIPAA*), los proveedores pueden compartir *PHI* con profesionales de *DI* para fines de salud pública. Esto permite a los profesionales de *DI* recolectar información sobre el examen y tratamiento de enfermedades infecciosas. Sin embargo, cuando los profesionales de *DI* refieren a parejas o contactos para examen y tratamiento, no deben discutir ninguna información confidencial o médica sobre el individuo diagnosticado con una enfermedad infecciosa con el personal de la oficina del médico. Los profesionales de *DI* deben seguir las normativas y protocolos locales al determinar qué información puede compartirse con los proveedores de cuidado de la salud. Cualquier posible violación de la confidencialidad debe reportarse a los supervisores de inmediato.

Preparación del campo

Una parte clave de esta preparación implica asegurar todos los récords y materiales antes de salir para una visita. Al prepararse para el trabajo de campo, todos los récords deben asegurarse para transportar *PHI*. Los récords de campo investigativos pueden mantenerse en un maletín físico o dispositivo electrónico (por ejemplo, tabletas). Un **maletín** es un pequeño archivador que se asegura con una cremallera o cerradura para proteger los récords físicos y prevenir violaciones o accesos no autorizados a información confidencial.

Antes de salir al campo, los profesionales de *DI* deben realizar una exhaustiva **búsqueda de récords** para investigar y maximizar su tiempo en el campo.² Los profesionales de *DI* primero deben buscar en los récords del departamento de salud local o estatal para ver si la persona involucrada en la investigación tiene un récord previo. La búsqueda de récords debe incluir la revisión de informes de laboratorio anteriores, investigaciones de caso y entrevistas o notificaciones previas. Este paso es crucial porque el individuo podría no necesitar una visita de campo, lo que puede ahorrar tiempo de investigación al personal de intervención de enfermedades. Las búsquedas de récords adicionales pueden incluir, entre otros, lo siguiente:

- motores de búsqueda en Internet;
- organizaciones regionales de información en salud (*RHIO*);
- Plataformas de redes sociales
- Bases de datos de registros públicos
- Verificación en la oficina de correos
- Registros locales de inscripción escolar
- Listas de reclusos o censos de personas privadas de libertad
- Localizador de reclusos de la Oficina Federal de Prisiones
- Otros programas y fuentes del departamento de salud
- Sitos para localizar personas como LexisNexis

Las búsquedas de récords pueden proporcionar detalles adicionales sobre la información demográfica de un individuo, su historial médico y social, estado civil, condiciones de vivienda y otros factores que contribuyen a su salud. Recolectar esta información antes de una entrevista o notificación puede mejorar la estrategia de un profesional de *DI* para la entrevista o notificación. Además, la búsqueda de récords puede ayudar a un profesional de *DI* a prepararse para lo que podría encontrar durante una visita de campo, como un contacto de terceros (por ejemplo, esposo/a, padre/madre, compañero de habitación u otro que pueda conocer la ubicación de la persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa pero que no esté en riesgo), mascotas u otras preocupaciones de seguridad. Una búsqueda de récords también podría evitar una visita de campo si existen riesgos para la confidencialidad, violencia doméstica, problemas graves de salud mental o preocupaciones serias de seguridad.

Los resultados de la búsqueda de récords deben documentarse minuciosamente en el récord de la entrevista, el récord de campo u otro sistema de datos. La documentación debe seguir los protocolos locales. Debe incluir la fecha y la hora del día, el tipo de actividad y los resultados obtenidos de la investigación.

Por ejemplo: 15/08/2025 9:30 a. m. Búsqueda de récords RHIO, persona diagnosticada con enfermedad infecciosa tratada con ceftriaxona 500 mg por vía intramuscular en el Hospital Memorial el 13/08/2025.



Si se usan récords en papel, el maletín de investigación debe mantener los récords de campo organizados y divididos según las actividades a realizar, tales como llamadas telefónicas, visitas de campo, reentrevistas y tareas que requieran seguimiento. También debe incluir los suministros necesarios para llevar a cabo investigaciones de campo. Antes de ingresar al campo, los profesionales de *DI* deben planificar una ruta y organizar los récords de campo en la parte delantera del maletín en un orden basado en la prioridad investigativa. Si los récords se mantienen electrónicamente, los profesionales de *DI* deben revisar su lista de tareas y priorizar las asignaciones de casos antes de salir al campo. Los dispositivos electrónicos deben estar protegidos con contraseña; el trabajador debe llevarlos consigo durante la visita. No se deben dejar dispositivos electrónicos en el vehículo.

Coordinación comunitaria

Las investigaciones deben priorizarse para asegurar que se contacte o entreviste primero a las personas que permanecen sin tratamiento y los contactos con mayor riesgo. Por ejemplo, en el caso de una infección de sífilis, esto puede incluir a personas en edad fértil, personas embarazadas, personas que reportan síntomas y aquellas expuestas a una lesión primaria que podrían estar incubando la infección. También se podría dar prioridad a las entrevistas o récords de campo que hayan estado abiertos durante un período más largo, con el fin de contactar a personas que no han sido localizadas mediante otros métodos (por ejemplo, teléfono, carta).

Las visitas de campo y las rutas deben intentar abordar la mayor cantidad posible de asignaciones prioritarias en una secuencia eficiente. Agrupar las visitas de campo por sitio geográfico puede ayudar a mejorar la eficiencia y maximizar el tiempo en el campo. Esto puede significar que el profesional de *DI* realice actividades de campo de menor prioridad ubicadas cerca de investigaciones de mayor prioridad.³ Las investigaciones de menor prioridad que requieran una visita de campo deben llevarse a cabo para ahorrar tiempo, dinero y recursos, y pueden prevenir un trabajo disperso.² Las visitas de campo también pueden agruparse o realizarse en grupos entre los trabajadores en un día determinado. Los profesionales de *DI* deben consultar con sus supervisores al visitar residencias u otros lugares comunitarios en áreas distantes.² Esencialmente, los profesionales de *DI* deben intentar abordar la mayor cantidad de prioridades investigativas en la ruta más eficiente y seguir las guías y políticas del área del programa local.⁵

Antes de salir al campo, los profesionales de *DI* deben preparar materiales y suministros estándar, que incluyen, entre otros²:

- maletín de investigación o dispositivo electrónico;
- teléfono móvil;
- mapas o acceso a un sistema de posicionamiento global (*GPS*);
- bloc de notas y bolígrafo;
- cartas preparadas del departamento de salud en sobres;
- tarjetas de presentación;
- tarjeta de identificación;
- tarjetas ilustrativas o ayudas visuales para ITS;
- volantes relacionados con enfermedades o materiales educativos;
- preservativos, lubricante u otros suministros para la reducción de daños;
- formularios de autorización para la divulgación de información de salud (si son necesarios);
- formularios de registro de millaje (si se requieren);

- fondos para estacionamiento o peajes (si son necesarios);
- kit para pruebas de campo (cuando sea aplicable);

Los profesionales de *DI* deben preparar un kit para pruebas de campo con el equipo y los suministros necesarios para el tipo de prueba que se va a realizar, incluyendo, entre otros:

- almohadillas absorbentes;
- guantes;
- toallitas con alcohol;
- compresas de gasa;
- vendajes;
- lancetas;
- bolsas para desechos biopeligrosos;
- bolsas para especímenes médicos;
- agujas;
- tubos de sangre;
- soporte para Vacutainer;
- contenedor para objetos punzantes;
- desinfectante de manos;
- torniquete;
- bolsa de basura con cierre hermético Ziplock;
- tarjetas de gota de sangre seca (*DBS*) y caja de transporte;
- hoja de papel glassine;
- temporizador;
- termómetro;
- kits de dispositivos de prueba (verificar fechas de vencimiento);
- vasos para la recolección de orina;
- formulario de pruebas;
- dosis correctas de medicamentos, si se proporciona tratamiento en el campo.

Seguridad en el campo

Así como los profesionales de *DI* son responsables de proteger la información sensible, también deben estar preparados para salvaguardar su seguridad personal mientras están en el campo. Los profesionales de *DI* deben tener un conocimiento básico de los protocolos de seguridad en el campo. Debido a que los profesionales de *DI* a menudo realizan trabajo de campo en diferentes lugares comunitarios, es importante que estén familiarizados con el entorno local, sigan los protocolos de seguridad en el campo de la agencia y usen la conciencia situacional para asegurar la seguridad personal y de los participantes.²

Los profesionales de *DI* siguen los protocolos jurisdiccionales y priorizan la seguridad personal. Generalmente, hay ciertas precauciones que los profesionales de *DI* deben comprender y seguir al realizar trabajo de campo para planificar el alcance de manera adecuada y asegurar la seguridad.² Estos son algunos ejemplos:

- Use ropa cómoda y profesional, incluyendo calzado de tacón bajo.

- Evite llevar o portar objetos que parezcan valiosos; el dinero no debe mostrarse ni entregarse. Los objetos de valor deben guardarse en el maletero del automóvil antes de partir hacia el campo.
- Regrese en otro momento si encuentra congregaciones inesperadas de personas.
- Mientras se encuentre en el lugar de la visita de campo, evite documentar dentro del automóvil o permanecer sentado inactivo en él. Aléjese y estacione en un sitio seguro, como el estacionamiento de una escuela u otro lugar público.
- Nunca deje las llaves u otros objetos de valor a la vista dentro del automóvil y asegúrese siempre de que las puertas estén cerradas con llave.
- Las rutas de la visita de campo deben planificarse antes de la salida y compartirse con un supervisor.
- Al estacionar el automóvil, colóquelo en la dirección necesaria para salir del lugar.
- Observe el área circundante antes de entrar. Si surge alguna preocupación de seguridad, interrumpa la visita y notifique a un supervisor para recibir orientación. Un compañero de trabajo o supervisor puede acompañar al profesional de *DI* en una visita futura. Familiarícese con los lugares donde pueden ocurrir actividades de alto riesgo, como el consumo de sustancias o el sexo transaccional u otros entornos relevantes para la transmisión de enfermedades. Esté atento a los perros del vecindario y verifique la presencia de perros sacudiendo las llaves del coche o silbando antes de entrar a las instalaciones.
- Lleve consigo la identificación del departamento de salud y tarjetas de presentación que no identifiquen el programa específico (por ejemplo, programa de VIH/ITS o de tuberculosis).

Sección 2: Realización de investigaciones de campo

Las investigaciones de campo generalmente se consideran el método más eficaz para asegurar que las personas diagnosticadas con o potencialmente expuestas a enfermedades infecciosas sean notificadas, evaluadas y tratadas, si es necesario.² Los profesionales de *DI* deben iniciar una investigación de campo cuando no se puede contactar por teléfono a una persona diagnosticada con o potencialmente expuesta a una enfermedad infecciosa, o cuando la persona no cumple con su compromiso de realizarse pruebas o recibir tratamiento.³ El contacto en el campo permite generar confianza y establecer una buena relación, lo que puede facilitar una entrevista o notificación más efectiva.

Esta sección cubre:

- la realización de investigaciones de campo en residencias u otros lugares comunitarios;
- el mantenimiento de la seguridad y confidencialidad de la información sensible y de la *PHI* de las personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa;
- la comunicación con personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa;
- la comunicación con contactos de terceros para obtener información adicional;
- la identificación y respuesta adecuada a situaciones inseguras durante las investigaciones de campo.

Al llegar a una parada de campo, los profesionales de *DI* deben considerar nuevamente tanto la seguridad como la confidencialidad. Como se mencionó anteriormente, la confidencialidad significa que no se divulga información que pueda identificar a la persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa a personas no autorizadas.² Por lo tanto, no se puede compartir *PHI* con individuos

posiblemente expuestos a una enfermedad infecciosa u otros **contactos de terceros** (por ejemplo, compañero de habitación, padre/madre, esposo/a, empleador, vecinos, hijos). Realizar actividades investigativas fuera de un entorno de oficina protegido y confidencial puede generar desafíos a la hora de mantener la confidencialidad. Así pues, los profesionales de *DI* deben anticipar estas situaciones y estar preparados para responder adecuadamente.²

Al usar un maletín físico, los profesionales de *DI* deben asegurarlo en el vehículo del trabajador durante las visitas de campo o dejarlo en su oficina. La única información física que debe llevarse a una residencia u otra ubicación en campo es una carta de referido o aviso del departamento de salud en un sobre sencillo, sellado y confidencial. La carta no debe mencionar el nombre de la enfermedad ni la naturaleza de la exposición. Por motivos de seguridad, estas **cartas de referido** deben prepararse antes de partir al campo, si es posible, ya que elaborar notas en el campo puede distraer la atención del trabajador de su entorno inmediato.²

Además, los dispositivos electrónicos pueden usarse para acceder a los registros de campo y de entrevistas, y permitir que el trabajador introduzca notas directamente en un sistema de manejo de casos desde el campo. Estos dispositivos electrónicos que contienen información confidencial no deben dejarse en un automóvil, y el trabajador debe llevarlos consigo durante la visita; sin embargo, deben estar protegidos con contraseña. Los profesionales de *DI* deben asegurarse de usar una conexión segura a Internet. Si no hay Internet disponible, se puede completar la documentación en la oficina al regresar. Los profesionales de *DI* deben seguir el protocolo local sobre la priorización de casos y la documentación en el campo con un dispositivo electrónico.

Las investigaciones de campo deben realizarse en vehículos sin identificación, si es posible.³ Antes de salir del vehículo, los profesionales de *DI* deben revisar el récord de campo y memorizar el nombre de la persona diagnosticada con o potencialmente expuesta a una enfermedad infecciosa, su fecha de nacimiento, descripción física y cualquier otra información pertinente. Los profesionales de *DI* deben estar atentos a su entorno, observar el ambiente y ocultar el maletín, junto con otros objetos de valor, en el vehículo.

En un hogar o residencia, un profesional de *DI* debe considerar quién puede estar presente y anticipar la posibilidad de encontrarse con terceros. Si hay otras personas presentes, hay que asegurarse de que el entorno sea privado para la entrevista o notificación, y de que los récords en papel no sean visibles ni estén expuestos.

Si nadie responde en la puerta principal, los profesionales de *DI* deben intentar localizar a la persona en las puertas o ventanas laterales o traseras únicamente si es seguro hacerlo.³ Si no se encuentra al individuo, deben usarse otras técnicas de investigación para confirmar su información de localización mediante la consulta de otros recursos, como los siguientes:

- nombres en los buzones;
- vecinos;
- compañeros de trabajo o gerentes;
- empleados del servicio postal;
- negocios locales;
- niños en el área.

Si la información parece ser incorrecta (por ejemplo, si la dirección no existe o la dirección proporcionada corresponde a un terreno baldío), el profesional de *DI* puede transponer los números de la casa y verificar residencias cercanas que sean similares a la descripción original.³



Si el profesional de *DI* no encuentra a la persona en su lugar de residencia confirmado, puede dejar un aviso de referido del departamento de salud en un sobre sellado marcado como "confidencial". Los avisos de referido pueden dejarse con otras personas que vivan en la residencia, gerentes del edificio o empleadores, o colocarse debajo de la puerta o en ella. Sin embargo, los avisos no deben colocarse ni adherirse a ningún buzón.⁴ Asimismo, un profesional de *DI* debe evitar dejar mensajes escritos para terceros que incluyan información confidencial o detalles específicos sobre enfermedades, como diagnósticos, información sobre exposiciones, resultados de pruebas o motivos de la visita.²

Si un profesional de *DI* visita un complejo de departamentos y no se proporciona un número de departamento junto con la dirección, debe revisar las etiquetas de los buzones para encontrar un nombre que coincida con la persona diagnosticada o potencialmente expuesta e identificar el número de apartamento asociado con ese nombre. Si no aparece el nombre de la persona, hay que buscar los nombres de familiares o asociados identificados durante el proceso de búsqueda de récords. El profesional de *DI* debe intentar localizar a la persona con el número de departamento asociado y dejar una carta del departamento de salud si no hay respuesta. La carta debe deslizarse por debajo de la puerta o colocarse de manera segura y discreta en la entrada. Los profesionales de *DI* también pueden solicitar la ayuda de terceros (por ejemplo, vecinos, niños o gerentes del edificio) para encontrar el departamento correcto. Si el profesional de *DI* no puede acceder al departamento, debe dejar la carta del departamento de salud cerca del buzón asociado con ese departamento. Por ley, los profesionales de *DI* tienen prohibido acceder a o manipular un buzón.⁴

Las visitas al lugar de trabajo deben realizarse únicamente como último recurso debido a posibles problemas de privacidad. Al ir a un lugar de trabajo u otra ubicación comunitaria, la visita debe realizarse de la manera más informal posible, y el profesional de *DI* debe solicitar hablar con la persona que está intentando localizar. Si la persona no está allí, el profesional de *DI* debe confirmar cuándo estará y luego coordinar una llamada o regresar al lugar de trabajo en ese momento.² El profesional de *DI* no debe proporcionar un número de teléfono de contacto que identifique el área específica del programa al que pertenece.

Si el profesional de *DI* se encuentra con un supervisor o compañero de trabajo durante la visita, simplemente debe decir: *"Se trata de un asunto importante y solo tomará unos minutos."* Si existe una política que prohíbe las llamadas personales en el lugar de trabajo, el profesional de *DI* debe dejar su nombre y número de teléfono.²

Si no es posible localizar a la persona en el lugar de trabajo, el profesional de *DI* podría esperar hasta la hora del almuerzo o un descanso para encontrarse con ella cuando salga. Si el profesional de *DI* tiene una descripción o el número de la matrícula del vehículo de la persona, podría intentar localizarla en el estacionamiento y dejar un mensaje.²

Después de completar una investigación de campo en una residencia u otro lugar comunitario, el profesional de *DI* debe retirarse inmediatamente y encontrar un lugar seguro para documentar sus esfuerzos investigativos.³ Los lugares con estacionamientos cerca de edificios públicos, como una biblioteca, un supermercado o una oficina de correos, suelen ser ubicaciones seguras para documentar las notas de campo. Si se usa transporte público, puede que sea necesario esperar hasta regresar a la oficina para completar la documentación, a fin de evitar que otros pasajeros vean información confidencial. Independientemente de la ubicación, todos los archivos deben mantenerse debidamente protegidos en todo momento.⁵



Al realizar investigaciones de campo, la seguridad es una prioridad. Los profesionales de *DI* pueden encontrarse con algunos lugares potencialmente inseguros y deben tener un conocimiento básico de los protocolos de seguridad en el campo y de cómo comportarse durante una investigación de campo. Los profesionales de *DI* deben estar siempre conscientes de su entorno, emplear un enfoque basado en el sentido común y confiar en sus instintos.

Durante las investigaciones de campo, los profesionales de *DI* deben prestar atención a:

- salidas y rutas de evacuación;
- escaleras y ascensores;
- calidad de la iluminación;
- señales de alarma de actividad relacionada con pandillas o drogas (por ejemplo, tránsito excesivo de personas hacia o desde una residencia, personas merodeando en o alrededor de una residencia, drogas o parafernalia de drogas en el área, u olores extraños provenientes de la propiedad);
- ventanas tapiadas o letreros de “prohibido invadir la propiedad”;
- perros ladrando o letreros de “cuidado con el perro”;
- personas comportándose de manera sospechosa (por ejemplo, actuando nerviosamente, evitando el contacto visual, exhibiendo signos de intoxicación).

Si hay un perro presente, el profesional de *DI* puede mantener las manos a los costados y evitar mirar al perro directamente a los ojos. Pedir al dueño que coloque al perro en otra habitación. Como alternativa, solicitar que el residente salga al exterior, siempre que pueda mantenerse la confidencialidad. Si la persona se niega a contener al perro y este muestra signos de comportamiento agresivo, puede ser momento de retirarse. Para obtener más información sobre la seguridad en el campo, consultar la sección “Planificación para la investigación de campo”.

La autoridad legal para notificar y referir a individuos que puedan estar expuestos a enfermedades infecciosas recae en los estados. Las políticas y procedimientos del programa deben ajustarse a las leyes, los estatutos y las regulaciones estatales pertinentes.³

Sección 3: Comunicación con personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa

La confidencialidad y la privacidad son fundamentales para las investigaciones de campo. Los profesionales de *DI* deben asegurar que cada interacción y práctica de manejo de datos proteja la privacidad de las personas que han sido diagnosticadas con o que potencialmente han estado expuestas a una enfermedad infecciosa. Esta sección amplía esos principios fundamentales y pone énfasis en cómo aplicarlos de manera eficaz, especialmente en situaciones complejas o reguladas.

Durante el trabajo de campo, los profesionales deben evitar acciones que comprometan la confidencialidad. Esto incluye³:

- asegurar un entorno privado para la entrevista/notificación;
- intentar realizar una entrevista/notificación en persona;
- nunca revelar el nombre de la persona diagnosticada a los contactos o a terceros;
- no dejar mensajes verbales o escritos que incluyan el nombre de la enfermedad;
- no proporcionar información confidencial a terceros;
- no mostrar ni exhibir récords de campo.

Para obtener más información sobre el almacenamiento de récords, la seguridad de los dispositivos y los protocolos de visitas domiciliarias, consultar la sección "Preparación para investigaciones de campo".

Al comunicarse con personas diagnosticadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa, los profesionales de *DI* deben asegurarse de estar hablando con la persona correcta verificando su identidad, presentándose claramente, siendo concisos y usando un lenguaje corporal y un tono no confrontativos. El profesional de *DI* debe esforzarse por crear una relación de confianza y establecer una conexión con la persona. La entrevista o notificación debe realizarse en un entorno privado, pero en un lugar que sea fácilmente accesible a una salida.⁵ El profesional de *DI* debe posicionarse de manera que no haya ninguna persona entre él y la salida más cercana.

Al comunicarse en el campo con personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa, un profesional de *DI* debe primero:

- presentarse a sí mismo y explicar su rol;
- confirmar la identidad del individuo;
- asegurarse de estar en un entorno privado;
- discutir la confidencialidad.

Si parece que la conversación podría ser escuchada u observada, el profesional de *DI* debe usar preguntas abiertas para evaluar la privacidad, como “¿Dónde podemos hablar en privado?” o “¿Quién más puede escuchar lo que estamos diciendo?”.² La entrevista y la notificación de intervención de enfermedades son voluntarias, y los profesionales de *DI* deben atender las solicitudes para reunirse con los individuos en el lugar de su elección. No se debe realizar una entrevista ni una notificación con un tercero presente, incluso si la persona lo solicita. Las únicas excepciones son si el desempeño laboral del profesional de *DI* está siendo observado por una parte aprobada o para fines de interpretación/traducción de idiomas.³ Debido a que la persona no sabe qué preguntas pueden hacerse ni qué información puede compartirse durante la entrevista o notificación, no puede otorgar un consentimiento informado para que un tercero esté presente.

La información proporcionada debe ser clara y transmitir un sentido de urgencia. Los profesionales de *DI* deben comunicarse en el nivel de comprensión del individuo y evitar el uso de jerga médica y otros términos técnicos.³ Cuando el idioma sea una barrera, se deben hacer arreglos inmediatos con servicios de interpretación o traducción. Toda comunicación debe realizarse de manera respetuosa y sin prejuicios, adaptada a las necesidades individuales.

Los profesionales de *DI* deben adoptar un enfoque centrado en la persona, que implica reflexionar sobre sus propias perspectivas y valores, así como comprender las necesidades y preferencias de los demás. Usar este método ayuda a los profesionales de *DI* a establecer una buena relación y generar confianza, lo que anima a la persona que recibe los servicios a mostrarse más receptiva a la información y las recomendaciones proporcionadas. Para demostrar este enfoque, un profesional de *DI* debe:

- reconocer que puede no comprender plenamente la experiencia de esa persona o no tener conocimiento sobre ella;
- considerar a las personas como individuos y reconocer que su disposición y capacidad para realizar cambios pueden variar;
- demostrar empatía y la capacidad de comprender los sentimientos de los demás;

- contrarrestar los estereotipos y ser consciente de las ideas preconcebidas;
- reflexionar sobre cómo se sentiría si estuviera en una situación similar.

Los profesionales de *DI* deben practicar técnicas de **escuchar activamente** formulando preguntas abiertas, proporcionando afirmaciones positivas, reconociendo los sentimientos del individuo y resumiendo sus declaraciones y preocupaciones para verificar que las comprendan correctamente. Después de proporcionar información educativa, los profesionales de *DI* deben formular preguntas abiertas para determinar si la persona comprende la gravedad de la infección y se siente motivada a actuar. Por ejemplo, el profesional de *DI* podría preguntar: *“¿Qué tan importante es para usted acudir a la clínica, ahora que tiene conocimiento de este grave problema de salud?”* Todos los individuos deben poder hacer preguntas, expresar inquietudes y recibir consejería centrada en la persona para desarrollar un plan realista y viable de reducción de riesgos adaptado a sus necesidades específicas.³

Los profesionales de *DI* deben ser minuciosos y recolectar la mayor cantidad de información posible cuando contacten a la persona. Cada entrevista o notificación debe tratarse como si fuera la única oportunidad para proporcionar o confirmar información con la persona diagnosticada o expuesta a una infección, en caso de que la persona no pueda ser localizada para un seguimiento o se niegue a responder a intentos adicionales de contacto.

Cuando el profesional de *DI* no encuentra a la persona que está buscando durante una visita de campo, debe recolectar información adicional de localización a partir de otras fuentes, incluidos contactos de terceros, como padre/madre, esposo/a, compañeros de habitación, vecinos o niños.³ Los esfuerzos para comunicarse con contactos de terceros deben llevarse a cabo de manera que se preserve la confidencialidad de todas las partes involucradas.³ Consultar la sección “Preparación para la investigación de campo” para obtener más información sobre cómo mantener la confidencialidad en el campo.

Los contactos de terceros pueden ser útiles para obtener nueva información de localización o identificación, como:

- nombre completo y descripción física;
- dirección precisa o número de departamento;
- número de teléfono;
- lugar de empleo;
- lugares que frecuenta y personas asociadas;
- descripción del automóvil del individuo;
- ubicación donde se puede encontrar el individuo ahora.

Las interacciones con terceros tienen el potencial de volverse problemáticas y deben manejarse de manera profesional y hábil.² A veces, un tercero puede obstaculizar la comunicación con la persona buscada negando la entrada, negándose a confirmar si la persona está disponible o cuestionando al profesional de *DI* sobre su rol y propósito de la visita. Durante estas interacciones, el profesional de *DI* debe mantenerse respetuoso y asertivo. El profesional de *DI* debe amablemente evitar responder preguntas, pero reconocer las inquietudes de la persona e indicar que la información solo puede compartirse con la persona que se está buscando. Si es necesario proporcionar más información sobre el propósito de la visita o la afiliación, el profesional de *DI* debe usar la afiliación de agencia más amplia posible.² Por ejemplo, *“Soy Karina del condado. Por favor, dígame que necesito hablar con él/ella”*.

Si, durante un encuentro con un tercero, es evidente que dicha persona puede estar infectada o presenta síntomas visibles, el profesional de *DI* debe referirla discretamente para un examen. Si el referido pudiera poner en peligro la confidencialidad de la persona buscada, podría ser beneficioso comunicarse primero con la persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa y determinar su relación con el tercero.² Para proteger la confidencialidad de la persona originalmente entrevistada, el profesional de *DI* puede entregar el contacto potencial a otro miembro del personal para su seguimiento en otro momento.

Se considera una buena práctica evitar la presencia de terceros durante una notificación o entrevista, ya que la persona puede no estar al tanto de la naturaleza del encuentro y no puede otorgar un consentimiento informado. Se debe hacer todo lo posible por hablar con la persona en privado. Sin embargo, si la persona y el tercero se niegan a separarse, el profesional de *DI* puede hacer un **referido dual** mientras mantiene la confidencialidad del individuo.² El profesional de *DI* podría decir: *“Ambos han estado cerca de alguien que estaba infectado con sífilis. Es importante que ambos se realicen un chequeo lo antes posible”*.

Si, durante una investigación de campo, el profesional de *DI* se encuentra con alguien hostil o que le hace sentir incómodo, debe mantener la calma y tranquilizar a la persona, asegurándole que está allí para ayudar y evitando reaccionar de manera confrontativa. La seguridad de los profesionales de *DI* es sumamente importante, y no deben ponerse en riesgo para completar una visita de campo. Es posible que deban retirarse si la persona se lo solicita o si la situación se descontrola.⁵ Los profesionales de *DI* deben respetar las necesidades del individuo y agradecerle por su tiempo antes de retirarse.

Cuando estén detenidos en el tráfico, en los semáforos o en las señales de alto, los profesionales de *DI* deben mantener las puertas y ventanas del automóvil cerradas con seguro. Asimismo, los profesionales de *DI* deben mantener una distancia suficiente entre su vehículo y el vehículo que va delante para asegurarse de que pueden arrancar rápidamente, si es necesario. Si un individuo se enfrenta al vehículo e intenta apoderarse de él, el profesional de *DI* no debe resistirse y debe entregar el vehículo. El profesional de *DI* debe observar la descripción física del individuo, ir a un lugar seguro, reportar el incidente a la fuerza policíaca y luego notificar a un supervisor.²

Los profesionales de *DI* deben contar con un plan de respaldo en caso de que algo salga mal y saber a quién contactar en caso de emergencia.⁵ Si ocurre un incidente antes, durante o después de una visita de campo, debe contactarse a un supervisor para reportarlo. Hay que documentar cualquier problema que surja durante la entrevista en el récord de campo. La documentación detallada protege y ayuda a preparar a los profesionales de *DI* y a otros miembros del personal del programa que realicen investigaciones de campo en esta ubicación en el futuro.⁵

Sección 4: Pruebas de campo/tratamiento y precauciones universales

Las **pruebas de campo** permiten a los profesionales de *DI* realizar pruebas fuera de entornos clínicos, lo que facilita el diagnóstico oportuno de individuos que pueden no tener acceso a los servicios tradicionales de cuidado de la salud. Es especialmente valioso para llegar a poblaciones con mayor riesgo, como personas sin hogar, personas involucradas en el sexo transaccional o personas con trastornos por consumo de sustancias, así como para realizar pruebas de detección en lugares no tradicionales, como residencias, vehículos, bares, albergues, parques o cárceles. Al identificar infecciones no diagnosticadas en estos lugares, los profesionales de *DI* pueden conectar a los individuos con la atención y el tratamiento adecuados.³

La capacidad de los profesionales de *DI* para brindar tratamiento puede ofrecer más oportunidades para ampliar las pruebas y el tratamiento de personas diagnosticadas con o potencialmente expuestas a una enfermedad infecciosa, así como de individuos con acceso limitado a servicios médicos o sin seguro médico.

Esta sección describe la práctica de las precauciones universales y los procedimientos de control de infecciones, y apoya las actividades de pruebas de campo, tratamiento y alcance comunitario dirigidas a individuos afectados de manera desproporcionada por enfermedades transmisibles, así como la administración y observación del tratamiento en entornos no clínicos para asegurar la adherencia al tratamiento. Las precauciones estándar son un conjunto de protocolos diseñados para reducir el riesgo o prevenir la transmisión de patógenos.⁶ Incluyen las características principales de las **precauciones universales (sangre y fluidos corporales)** y el **aislamiento de sustancias corporales**. Bajo precauciones estándar, la sangre, los fluidos corporales y todas las sustancias corporales de los individuos se consideran potencialmente infecciosos. Todos los profesionales de *DI* deben observar estas precauciones al realizar pruebas de campo.

Los profesionales de *DI* deben practicar las precauciones universales, que incluyen:

- higiene de manos;
- Equipo de protección personal (*EPP*)
- higiene respiratoria;
- seguridad en el manejo de objetos punzocortantes;
- limpieza y desinfección;
- eliminación de residuos;
- manejo seguro de las personas que reciben servicios.

Según las Consideraciones Operativas del Programa para la Prevención de las ITS, las recomendaciones para reducir el riesgo de transmisión incluyen³:

- Usar barreras de protección, incluidos guantes de examen de látex o vinilo, batas, mascarillas y protección ocular, según corresponda en función del modo de transmisión.
- Las agujas y jeringas no deben volver a taparse ni retirarse de las jeringas desechables.
- Las jeringas desechables y otros objetos punzantes deben colocarse en un recipiente resistente a perforaciones en la zona inmediata.
- Se deben usar guantes durante la **venopunción** (es decir, una extracción de sangre) u otra recolección de especímenes (por ejemplo, orina, esputo) para las **pruebas en el lugar de cuidado (POC)**, y deben cambiarse entre los individuos examinados.
- La piel debe lavarse de inmediato y minuciosamente antes y después de realizar las pruebas.
- Los desechos infecciosos deben incinerarse o tratarse en autoclave antes de desecharse en un relleno sanitario.

Durante las investigaciones de campo, los profesionales de *DI* deben recomendar pruebas pertinentes y motivar a la persona a someterse a pruebas de seguimiento, según sea necesario. Si la persona rechaza las pruebas de campo o si estas no son una opción, hay que remitirla para la realización de pruebas o transportarla a la clínica o al proveedor de su elección (si está permitido).³ Los profesionales de *DI* deben proporcionar consejería sobre reducción de riesgos y aconsejar a las personas diagnosticadas con una enfermedad infecciosa que eviten conductas que puedan representar un riesgo para otras personas según el modo de transmisión de la enfermedad en

cuestión. A menudo se requiere que los profesionales de *DI* realicen la recolección de especímenes en el campo o pruebas *POC* en personas con mayor riesgo de enfermedades infecciosas y en personas potencialmente expuestas a ellas.³ Las pruebas *POC* pueden realizarse en el campo y permiten obtener resultados rápidos sin necesidad de enviar un espécimen al laboratorio.

La **recolección de especímenes en campo** se refiere al proceso mediante el cual un profesional de *DI* recolecta los especímenes de un individuo a través de venopunción, recolección de orina o hisopado y los transporta a un laboratorio para su análisis. Las pruebas *POC* proporcionan resultados rápidos mediante el uso de sangre total recolectada por punción digital. Sin embargo, se requieren pruebas adicionales para confirmar un diagnóstico. Los individuos con resultados positivos en la prueba rápida deben someterse a una prueba serológica confirmatoria mediante venopunción y el espécimen debe analizarse en un laboratorio.⁷ La venopunción se realiza para obtener un espécimen de sangre total para la prueba confirmatoria. La sangre debe recolectarse y transportarse a un laboratorio clínico para su procesamiento. Existen tecnologías *POC* emergentes para el diagnóstico de gonorrea y clamidia, que incluyen hisopos vaginales.

Todos los métodos de prueba de campo deben realizarse en un entorno privado y confidencial, y cumplir con las precauciones estándar y universales. Los profesionales de *DI* deben seguir el prospecto del fabricante para el almacenamiento y manejo adecuados de los dispositivos de prueba. Los controles de calidad del kit de prueba deben realizarse en los intervalos especificados por el fabricante para asegurar que los dispositivos de prueba funcionen correctamente y proporcionen resultados confiables.

Cuando los individuos reciben resultados reactivos en las pruebas, los profesionales de *DI* deben asegurarse de que comprendan el resultado y referirlos de inmediato para pruebas confirmatorias y tratamiento. Los individuos con un resultado reactivo rápido para el VIH deben someterse a pruebas confirmatorias y ser referidos a atención especializada en VIH lo antes posible para acceder al tratamiento y al manejo de caso, si es necesario.⁸

Al transportar especímenes, el profesional de *DI* debe³:

- etiquetar el espécimen con el nombre de la persona, la fecha de nacimiento y la fecha de recolección;
- mantener los especímenes de sangre en posición vertical en un soporte para especímenes o en un contenedor de cartón;
- entregar el espécimen al laboratorio para su procesamiento a la mayor brevedad posible;
- evitar dejarlo en un automóvil donde las temperaturas puedan volverse excesivamente altas o bajas;
- impedir que individuos no autorizados manipulen los especímenes;
- almacenar los especímenes en posición vertical en un refrigerador cuando los especímenes de sangre no puedan entregarse el mismo día en que se recolectan;
- mantener la temperatura adecuada según las especificaciones de prueba;
- evitar congelar el espécimen.

Tradicionalmente, los profesionales de *DI* han centrado sus esfuerzos en entrevistar a personas diagnosticadas con una enfermedad infecciosa y notificar a sus contactos sobre una posible exposición. En algunos programas, profesionales de *DI* han administrado directamente medicamentos a personas diagnosticadas con o potencialmente expuestas a una enfermedad infecciosa. Además, los profesionales de *DI* pueden necesitar entregar medicamentos, como la penicilina G benzatina, directamente a clínicas o consultorios médicos comunitarios cuando los

centros médicos tienen dificultades para conservar penicilina en sus instalaciones.⁹ Esto mejora las alianzas entre los centros médicos y el departamento de salud y permite a los profesionales de *DI* realizar entrevistas a los individuos diagnosticados en el sitio.

El alcance de las funciones que pueden desempeñar los profesionales de *DI* varía considerablemente según la jurisdicción local o estatal y depende de las regulaciones, incluidos los requisitos de licencia. En algunas jurisdicciones, los profesionales de *DI* pueden tratar a personas infectadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa proporcionando medicamentos orales recetados bajo una orden permanente directamente a las personas diagnosticadas con o expuestas a la infección. Esto puede ocurrir en el momento del diagnóstico o de la notificación y suele realizarse en combinación con las pruebas realizadas o recolectadas por el profesional de *DI*.

En algunos programas, profesionales de *DI* han administrado medicamentos orales como **terapia acelerada de pareja (EPT)** para individuos potencialmente expuestos a infecciones de gonorrea o clamidia. La *EPT* es una práctica que asegura el tratamiento entregando recetas o medicamentos a individuos potencialmente expuestos antes de que un proveedor de cuidado de la salud las evalúe. Esta estrategia se recomienda especialmente para el tratamiento de las parejas masculinas de mujeres con infección de clamidia o gonorrea.¹⁰ La *EPT* también puede administrarse en un entorno clínico o entregarse directamente a los contactos de una persona que tiene una infección. Es menos común que los profesionales de *DI* administren penicilina intramuscular para el tratamiento de la sífilis. Algunos programas pueden hacer colaborar a una enfermera de salud pública con un profesional de *DI* en el campo para administrar medicamentos por vía oral o parenteral. Por ejemplo, la clínica de ETS del condado de King en Seattle, Washington, permite que los profesionales de *DI* gestionen la clínica de profilaxis preexposición (*PrEP*) para personas en riesgo de contagiarse de VIH y coordinen la receta de medicamentos *PrEP*.⁹

La **terapia observada directamente (DOT)** se usa con mayor frecuencia para individuos diagnosticados con tuberculosis. Un profesional de *DI* observará a un individuo tragar cada dosis de su medicamento prescrito para la tuberculosis en persona para asegurar la adherencia al tratamiento. La entrega de *DOT* a menudo requiere una investigación de campo para localizar a la persona para la terapia diaria. La *DOT* electrónica es un método alternativo para observar de forma remota a individuos con un dispositivo habilitado con video, como un teléfono inteligente, tableta o computadora.¹¹

Algunos departamentos de salud han usado **terapia administrada en campo (FDT)** para personas diagnosticadas con o potencialmente expuestas a infecciones no complicadas por clamidia y gonococo. La *FDT* permite a los profesionales de *DI* tratar infecciones no complicadas de clamidia y gonorrea bajo la licencia médica de un controlador de ITS para individuos que no pueden, no desean o es poco probable que regresen para el tratamiento. Los profesionales de *DI* autorizados para realizar *FDT* deben preparar un kit de campo con los elementos necesarios para obtener el consentimiento para el tratamiento, administrar medicamentos y proporcionar educación y prevención sobre las ITS.⁴

El equipo de terapia administrada en campo debe incluir:

- paquetes de medicamentos de dosis única;
 - clamidia (azitromicina, 1 g);
 - gonorrea (cefixima, 800 mg);
- tarjeta del medicamento;
 - nombre del medicamento;

- número de lote;
- vencimiento;
- instrucciones para la toma de los medicamentos;
- vaso dosificador (para mezclar medicamentos);
- botella de agua de 8 onzas;
- formularios de consentimiento;
- hojas informativas sobre infecciones;
- preservativos;
- gafete de identificación para el personal de campo;
- artículos de papelería;
- teléfono celular.

Al realizar terapia administrada en campo, los profesionales de *DI* deben⁴:

- organizar hora/lugar para reunirse;
- confirmar la identidad;
- Asegurar la confidencialidad
- asesorar sobre infección de clamidia o gonococo;
- discutir la necesidad del tratamiento;
- evaluar para conocer:
 - alergias a los antibióticos
 - medicamentos actuales
 - condiciones médicas graves
 - síntomas de las ITS
 - indicaciones de consumo actual de sustancias
- obtener el consentimiento;
- administrar medicamentos;
- observar si se producen reacciones adversas (15 minutos);
- asesorar sobre la notificación a la pareja y la prevención de ITS;
- entregar hojas informativas sobre ITS y preservativos;
- referir al paciente a la clínica de ITS si el profesional de *DI* no puede realizar el tratamiento en el campo.

Los profesionales de *DI* autorizados para realizar *FDT* deben seguir el protocolo local y las guías de tratamiento de ITS de los *CDC* y sus recomendaciones.¹¹ Las personas tratadas por una enfermedad infecciosa deben recibir consejería sobre la posibilidad de reinfección si se vuelven a exponer a un contacto no tratado y se les debe aconsejar evitar la exposición hasta que todos los contactos hayan sido tratados.

Conclusión

Los profesionales de intervención de enfermedades (*DI*) desempeñan un rol fundamental en la protección de la salud pública al realizar investigaciones de campo exhaustivas, oportunas y sustentadas en principios éticos. En cada interacción, ya sea con una persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa, un contacto potencialmente expuesto o una fuente externa, se debe respetar la confidencialidad, mantener la privacidad y proteger la información sensible. Los profesionales de *DI* deben cumplir con los protocolos locales para priorizar los casos, responder con prontitud y asegurar que las acciones de seguimiento se completen de manera oportuna. La priorización tiene en cuenta factores como el tipo y la etapa de la infección, los síntomas, las comorbilidades, el estado de embarazo y otros factores de riesgo, y otorga la máxima prioridad a los casos agudos o de alto riesgo.

Las investigaciones de campo eficaces requieren una preparación meticulosa, que incluye el manejo seguro de los registros, el uso adecuado de dispositivos electrónicos, la planificación de rutas de campo eficientes y medidas para asegurar la seguridad personal. Los profesionales de *DI* deben usar una combinación de técnicas investigativas, incluyendo búsquedas de récords, contactos de terceros y visitas de campo directas, para localizar y comunicarse con los individuos, minimizando los riesgos tanto para la persona investigada como para ellos mismos.

La comunicación durante los servicios de campo debe ser clara y concisa, y estar centrada en la persona y adaptada a la comprensión y el contexto del individuo. Establecer una buena relación y generar confianza es fundamental para obtener información precisa, transmitir mensajes educativos y fomentar la adherencia a las pruebas, al tratamiento y a las estrategias de reducción de riesgos. Las precauciones universales y los procedimientos de control de infecciones deben observarse de manera constante durante las pruebas de campo, la recolección de especímenes y la administración del tratamiento para proteger tanto a los profesionales de *DI* como a las personas a las que atienden.

En última instancia, los profesionales de *DI* equilibran las responsabilidades éticas, legales y de salud pública con consideraciones prácticas de seguridad, confidencialidad y comunicación efectiva. Al observar los estándares profesionales, aplicar prácticas basadas en evidencia y afrontar cada interacción con empatía y una mentalidad centrada en la persona, los profesionales de *DI* aseguran que los servicios de campo y actividades de alcance reduzcan eficazmente la transmisión de enfermedades, mejoren el acceso a la atención y protejan la salud de la comunidad.

Palabras clave del Capítulo 3

Escuchar activamente
Aislamiento de sustancias corporales
Confidencialidad
Terapia observada directamente
Referido dual
Terapia acelerada de pareja (*EPT*)
Recolección de especímenes en campo
Terapia administrada en campo (*FDT*)
Pruebas de campo
Información de identificación personal (*PII*)
Información de salud protegida (*PHI*)
Pruebas en el lugar de cuidado (*point-of-care*) (*POC*)
Maletín
Búsqueda de récords
Cartas de referido
Contacto de terceros
Precauciones universales
Venopunción

Preguntas de práctica del Capítulo 3

1. Una actividad que identifica a individuos con una infección dentro de una red social y que participan en conductas que los ponen en mayor riesgo de infección se denomina:
 - a. Búsqueda en el campo
 - b. Detección dirigida
 - c. Pruebas condicionales

Respuesta: b

Fundamento: La detección dirigida se centra en poblaciones de mayor riesgo o redes sociales para identificar infecciones no diagnosticadas y así prevenir la transmisión continua.

2. Los profesionales de *DI* que realizan pruebas a personas diagnosticadas con una infección o potencialmente expuestas a enfermedades infecciosas en entornos no clínicos se denominan:
 - a. Pruebas de campo
 - b. Terapia acelerada de pareja (*EPT*)
 - c. Terapia observada directamente (*DOT*)

Respuesta: a

Fundamento: Las pruebas de campo ofrecen servicios de diagnóstico fuera de las clínicas, como en hogares, espacios comunitarios u otras ubicaciones, para mejorar la accesibilidad.

3. ¿Dónde debe estacionar un profesional de *DI* cuando identifica la dirección correcta para una visita de campo?
 - a. En el extremo opuesto de la cuadra para pasar desapercibido
 - b. Orientado en la dirección necesaria para salir del lugar
 - c. En la siguiente calle, para que el individuo o sus vecinos no vean el vehículo

Respuesta: b

Fundamento: La seguridad es importante para los programas en los departamentos de salud para los cuales trabaja el profesional de *DI*. Esto permite una salida segura y eficiente en caso de ser necesario. Estacionar demasiado lejos o intentar "pasar desapercibido" podría comprometer la seguridad o la puntualidad.

4. ¿Cómo deberían los profesionales de *DI* priorizar sus visitas de campo, suponiendo que no surjan problemas urgentes?
 - a. Visitando primero a los individuos más jóvenes
 - b. Visitando a las personas que tienen la fecha de asignación más temprana
 - c. Visitando a todos los individuos que residen en la misma región geográfica

Respuesta: c

Fundamento: Priorizar la carga de casos por región geográfica ahorra tiempo, dinero y recursos al evitar el trabajo disperso, y puede requerir realizar visitas de campo a asignaciones de menor prioridad ubicadas cerca de asignaciones de mayor prioridad, con el fin de atender la mayor cantidad posible de prioridades investigativas siguiendo una secuencia eficiente.

5. Cuando se realiza una visita de campo y la persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa no está en casa, ¿cuál es la respuesta adecuada si un compañero de habitación pregunta: "¿De qué se trata?"
 - a. Hay que proporcionar el cargo del profesional de *DI*, su lugar de trabajo y el motivo de la visita.
 - b. Abstenerse de responder las preguntas de manera amable, reconocer las inquietudes y reiterar la solicitud.

- c. Proporcionar información detallada al compañero de habitación sobre el diagnóstico y el tratamiento necesarios.

Respuesta: b

Fundamento: Se debe mantener la confidencialidad. El profesional de *DI* no puede revelar el diagnóstico ni los detalles, pero debe mantener una actitud respetuosa y reiterar la necesidad de contactar directamente con el individuo.

6. ¿Cómo pueden los profesionales de *DI* proteger los objetos de valor durante las investigaciones de campo?
- a. Guardando los objetos de valor en el maletero o la guantera antes de salir para las investigaciones de campo.
 - b. Colocando los objetos de valor en el maletero una vez que lleguen a la visita de campo.
 - c. Colocando los objetos de valor en una bolsa de trabajo usada para las investigaciones de campo.

Respuesta: a

Fundamento: Para minimizar el riesgo de robo, los objetos de valor deben guardarse fuera de la vista antes de llegar al sitio de la visita de campo. Hacerlo al llegar podría atraer atención no deseada.

7. Al realizar pruebas de campo, ¿dónde deben los profesionales de *DI* desechar las agujas o lancetas?
- a. En una bolsa de plástico sellada
 - b. En el contenedor de reciclaje más cercano
 - c. En un contenedor para objetos punzocortantes resistente a perforaciones

Respuesta: c

Fundamento: Las guías de *OSHA* y *CDC* establecen que los objetos punzocortantes deben desecharse en contenedores resistentes a perforaciones para prevenir lesiones e infecciones potenciales.

Referencias del Capítulo 3

1. National Board of Public Health Examiners. *Certified in Disease Intervention Content Outline*. 2025. Accessed October 20, 2025. <https://www.nbphe.org/wp-content/uploads/2025/08/CDI-Exam-Content-Outline-2025.pdf>
2. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. CDC TRAIN. *Passport to Partner Services Modules. Field Investigation and Notification Topic Details Guide*. Accessed May 24, 2025. https://www.train.org/cdctrain/training_plan/4299
3. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Program Operations Considerations for Sexually Transmitted Infection Prevention*. 2025. <https://www.cdc.gov/sti/media/pdfs/2025/06/Program-Operation-Considerations-for-STI-Prevention.pdf>
4. Steiner KC, Davila V, Kent CK, Chaw JK, Fischer L, and Klausner JD. Field-delivered therapy increases treatment for chlamydia and gonorrhea. *Am J Public Health*. 2003;93(6):882-884. Accessed October 20, 2025. <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.93.6.882>
5. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Data Sharing and Collection Principles and Standards*. Accessed January 12, 2025. <https://www.cdc.gov/program-collaboration-service-integration/php/data-security/principles.html>
6. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Infection Control. *Precautions to Prevent Transmission of Infectious Agents*. 2007. Accessed May 24, 2025. <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/isolation-precautions/precautions.html>
7. National Syphilis and Congenital Syphilis Syndemic Federal Task Force. *Considerations for the Implementation of Point of Care (POC) Tests for Syphilis*. 2024. Accessed May 24, 2025. <https://www.hhs.gov/sites/default/files/nscss-considerations-for-the-implementation-of-syphilis-poc-tests.pdf>
8. Dooley SW, Dubose OT, Fletcher JF. Recommendations for partner services programs for HIV infection, syphilis, gonorrhea, and chlamydial infection. *MMWR*. 2008;57(RR09);1-63. Accessed May 24, 2025. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5709a1.htm>
9. Bachmann LH, Kerani RP. Field services-facilitated treatment and prevention: Challenges and opportunities. *Sex Transm Dis*. 2022;50(8):S48-S52. Accessed October 20, 2025. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001757>
10. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Sexually Transmitted Infections. Expedited Partner Therapy*. Accessed May 24, 2025. <https://www.cdc.gov/sti/hcp/clinical-guidance/expedited-partner-therapy.html>
11. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Implementing an Electronic Directly Observed Therapy (eDOT) Program: A Toolkit for Tuberculosis (TB) Programs*. 2024. Accessed May 24, 2025. <https://www.cdc.gov/tb-programs/media/pdfs/2024/03/TBeDOTToolkit.pdf>
12. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines*. 2021. Accessed May 24, 2025. <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/default.htm>

Capítulo 4 Vigilancia y recolección de datos

Taran Haut, MPH, CHES®

Introducción

Para discutir eficazmente la vigilancia y recolección de datos, es fundamental contar con una base sólida de los conceptos epidemiológicos clave. La **epidemiología** desempeña un rol importante en la comprensión de la relación entre la salud y la enfermedad dentro de las poblaciones.¹ La epidemiología es el *estudio sistemático y científico* de la **distribución** (quién está afectado, dónde y cuándo) y los determinantes (causas y factores contribuyentes) que influyen en la ocurrencia de enfermedades y eventos relacionados con la salud en las poblaciones humanas.¹ La epidemiología se aplica para ayudar a prevenir y controlar eventos relacionados con la salud.¹

En pocas palabras, la epidemiología es un enfoque para resolver problemas que ayuda a los “detectives de enfermedades”, principalmente epidemiólogos, a comprender cómo se enferman las personas, quiénes tienen más probabilidades de enfermarse, qué consecuencias puede tener la enfermedad y cómo prevenir la enfermedad en primer término.¹

La vigilancia, un concepto fundamental de la epidemiología, es la recolección sistemática y continua, el análisis y la interpretación de datos de salud para monitorear los patrones de enfermedades e identificar posibles brotes.^{1,2} Para el profesional de intervención de enfermedades (*DI*), la vigilancia proporciona la información necesaria para responder rápida y eficazmente para prevenir y controlar la propagación de infecciones.^{1,2}

Comprender cómo se propagan las enfermedades es fundamental para el control eficaz de las enfermedades y la implementación de intervenciones efectivas. Factores como el modo de transmisión de la enfermedad, la densidad de población y las condiciones ambientales influyen en los patrones de la enfermedad.² La vigilancia ayuda a los profesionales de *DI* a rastrear las vías de las infecciones, identificar poblaciones en riesgo y evaluar el éxito de diferentes estrategias de intervención.^{1,2}

Además, las condiciones sociales y económicas, como los ingresos, la educación y el acceso al cuidado de la salud, desempeñan un rol significativo en la determinación de los resultados de salud y la distribución de enfermedades.³ Las diferencias en estas condiciones pueden afectar la vulnerabilidad de una persona a la infección. Los datos de vigilancia pueden revelar dónde existen estas diferencias y apoyar estrategias para mejorar los resultados de salud para todas las comunidades.³

En este capítulo se tratarán las siguientes tareas⁴:

- Tarea 1: Verificar y recolectar datos usando fuentes formales e informales (por ejemplo, proveedores, sistemas de información, búsquedas en Internet).
- Tarea 2: Durante entrevistas exhaustivas a personas diagnosticadas con o posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa, verificar y recolectar información de vigilancia (por ejemplo, información sobre riesgos, información sociodemográfica).
- Tarea 3: Actualizar la documentación según sea necesario para asegurar que los datos de vigilancia sean precisos y completos.

- Tarea 4: Identificar tendencias en investigaciones y notificar sobre tendencias emergentes o preocupaciones.
- Tarea 5: Cumplir con los principios de salud pública durante la vigilancia y recolección de datos.

Contenido del área de competencia

Sección 1: Fundamentos de la vigilancia y recolección de datos

La vigilancia es la recolección, el análisis y la interpretación de datos relacionados con la salud, que pueden incluir récords clínicos, muestras ambientales, datos conductuales (por ejemplo, consumo reciente de alimentos) y otra información relevante.² Sirve como base para el monitoreo de las tendencias de enfermedades, la identificación de brotes y la orientación de programas e intervenciones de salud pública. Los profesionales de *DI* dependen de la vigilancia para obtener información oportuna y accionable, lo que les permite proteger y mejorar eficazmente la salud de la comunidad.^{2,5}

La vigilancia de la salud pública se lleva a cabo bajo una autoridad legal explícita que permite la recolección de datos de salud identificables con fines de salud pública, incluida la excepción de *HIPAA* para el reporte de información a las autoridades de salud pública. Las leyes estatales, locales, territoriales y tribales determinan los requisitos específicos de reporte.

Definición de vigilancia

La **vigilancia** implica la recolección de información sobre enfermedades y condiciones de salud para determinar su **frecuencia**, distribución e **impacto** en las poblaciones.^{2,6} Este proceso es esencial para detectar enfermedades nuevas o reemergentes, monitorear la efectividad de las medidas de control y apoyar la toma de decisiones basada en evidencia. La frecuencia se refiere a la asiduidad con la que una enfermedad ocurre dentro de una población específica o un período de tiempo determinado.^{2,3} Ayuda a identificar patrones y tendencias, como brotes estacionales o un aumento repentino en los casos. La distribución describe cómo una enfermedad o infección se propaga entre diferentes poblaciones, áreas geográficas o grupos demográficos.^{2,3} Comprender la distribución permite identificar qué poblaciones se ven más afectadas y dónde existe una mayor necesidad de recursos. El impacto pone de manifiesto los efectos de una enfermedad en los individuos y las comunidades, incluidos los resultados de salud, los costos económicos y la carga que representa para el sistema de cuidado de la salud.^{2,3}

Los pasos en el proceso de vigilancia de la salud pública son recolección de datos > análisis de datos > interpretación de datos > difusión de datos > acción.⁶

Tabla 1. Introducción a la vigilancia - Tipos de vigilancia en salud pública

(Los ejemplos pueden variar según la jurisdicción, y los profesionales de DI deben seguir los requisitos de reporte de su estado, tribu, localidad o territorio).

La vigilancia puede ser pasiva, activa o centinela^{2,3,5,6}

Tipo de vigilancia	Descripción	Por ejemplo:	Nivel de recursos necesarios
Vigilancia pasiva	Se basa en el reporte rutinario por parte de los proveedores de cuidado de la salud, laboratorios y otras instituciones.	Un hospital informa todos los casos diagnosticados de influenza al departamento de salud local como parte de los requisitos estándar de reporte de enfermedades.	Bajo: depende de los mecanismos de reporte existentes; puede pasar por alto casos subreportados.
Vigilancia activa	Implica la recolección proactiva de datos por parte de profesionales de DI mediante el contacto con proveedores de cuidado de la salud, la revisión de récords o la realización de encuestas.	Los trabajadores de salud pública contactan diariamente a las clínicas para recolectar datos sobre nuevos casos de una enfermedad transmitida por los alimentos durante la investigación de un brote.	Alto: requiere recursos y personal dedicados para una recolección de datos exhaustiva.
Vigilancia centinela	Se centra en sitios o grupos específicos para hacer seguimiento de las tendencias de las enfermedades.	Una red de clínicas pediátricas monitorea los casos de virus respiratorio sincitial (RSV) durante la temporada de invierno para ayudar a planificar los recursos hospitalarios.	Moderado: apunta a sitios o grupos específicos, equilibrando el uso de recursos con una recolección de datos enfocada.

Comprensión del contexto más amplio de la salud y la propagación de enfermedades

Para entender cómo la enfermedad afecta a diferentes comunidades, es necesario prestar atención a las condiciones que influyen en la vida diaria y el bienestar de las personas. Factores como los ingresos, la educación, la estabilidad de la vivienda, el acceso a alimentos y transporte, y la seguridad en el hogar o el vecindario pueden incidir en la capacidad de una persona para buscar

atención, seguir las recomendaciones de tratamiento y proteger su salud.^{7,8} Estos desafíos también pueden contribuir a la propagación de la infección y variar ampliamente entre comunidades.⁷

Los profesionales de *DI* pueden ayudar a afrontar estos obstáculos recolectando datos con cuidado y sensibilidad, empleando estrategias que minimicen el sesgo y fomenten una participación respetuosa.⁵ Comunicar con claridad, tener en cuenta los distintos niveles de **alfabetización en salud** y prestar atención a la situación y la experiencia de cada persona son habilidades esenciales.^{5,7} Al comprender el contexto más amplio en el que viven las personas y aplicar prácticas éticas y profesionales en la recolección de datos y las actividades de alcance, los profesionales de *DI* pueden ofrecer servicios justos, receptivos y basados en la confianza.^{7,8}

Confidencialidad y consideraciones legales

Los profesionales de *DI* no solo protegen la privacidad de un individuo y generan confianza, sino que también aseguran el cumplimiento de la ley.^{5,9,10,11} Una vez establecida esta base, es posible centrarse en la recolección y el uso eficaz de la información. Mantener la **confidencialidad** y cumplir con los requisitos legales son pasos críticos de la vigilancia y recolección de datos. Los profesionales de *DI* deben conocer y cumplir lo siguiente¹²:

- Requisitos de confidencialidad y seguridad de los récords — La confidencialidad en salud pública se refiere al deber profesional y ético de proteger la información de salud protegida (*PHI*). Datos como nombres, direcciones y condiciones médicas (y mucho más) deben conservarse de forma segura. Toda la información del paciente debe almacenarse en sistemas seguros a los que solo el personal autorizado tenga acceso. La confidencialidad es crucial, y no mantenerla puede dar lugar a consecuencias legales y pérdida de confianza. Un número mínimo de miembros del personal debe tener acceso a los identificadores personales y a los programas donde se almacenan para asegurar la confidencialidad.^{2,9-11}
- Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (*HIPAA*) — Ley de los Estados Unidos que protege la información de salud de los pacientes contra su divulgación sin el consentimiento o conocimiento de la persona.² En el contexto de la vigilancia, los trabajadores de salud pública deben equilibrar la necesidad de reportar enfermedades con la protección de la privacidad de las personas diagnosticadas con una enfermedad infecciosa. Las actividades de vigilancia deben alinearse con los requisitos de *HIPAA*, asegurando que cualquier dato recolectado se use y divulgue de manera apropiada y conforme a las regulaciones. Además, aunque *HIPAA* protege la información del paciente, se hacen excepciones para el reporte de salud pública.^{2,9-11} Cuando una enfermedad representa un riesgo para el público, los proveedores de cuidado de la salud deben reportarla de acuerdo con las leyes aplicables y las políticas del programa.
- Legislación sobre enfermedades transmisibles — Cada jurisdicción tiene leyes específicas que regulan el reporte y el manejo de las enfermedades transmisibles. Los trabajadores de salud pública deben estar al tanto de qué enfermedades son reportables y bajo qué condiciones.^{2,13,14} Muy a menudo, las personas que han sido diagnosticadas con o expuestas a una infección, y a veces incluso sus proveedores, dudan o se niegan a compartir información o datos valiosos con un profesional de *DI*. Esto ocurre a menudo porque interpretan la ley *HIPAA* como una protección general para la privacidad, o porque

no se ha generado confianza o establecido una buena relación. Al hablar con los proveedores, corresponde al profesional de *DI* comunicar las excepciones en relación con la intervención de enfermedades en salud pública.^{9,11,12} Muchos programas han adoptado cartas para proveedores que pueden enviarse a la clínica o al hospital para explicar por qué ciertos datos esenciales pueden divulgarse con fines de intervención de enfermedades en salud pública. La generación de confianza se tratará en la siguiente sección.

Sección 2: Recolección de datos

Recolección de datos > análisis de datos > interpretación de datos > diseminación de datos > acción.⁶

Comprensión y manejo de las fuentes de datos

Al asegurar la confidencialidad y el cumplimiento de los requisitos legales, los profesionales de *DI* están sentando las bases para una vigilancia efectiva. El siguiente paso es identificar, acceder y usar diversas fuentes de datos para comprender las tendencias de enfermedades y los resultados de salud. Los profesionales de *DI* desempeñan un rol fundamental en la verificación y recolección de estos datos, y usan tanto fuentes formales como informales.

Las **fuentes formales** incluyen canales estructurados y oficiales, como los proveedores de cuidado de la salud, los récords médicos electrónicos (*EMR*), los informes de laboratorio, los registros de salud pública, las bases de datos del departamento de salud, los récords vitales y las encuestas nacionales.^{2,3}

Por ejemplo, uno de los principales componentes operativos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (*CDC*), da seguimiento a las enfermedades de notificación obligatoria y asegura la recolección estandarizada de datos a través del Sistema Nacional de Vigilancia de Enfermedades de Notificación Obligatoria (*NNDSS*).¹¹⁻¹³

Las definiciones de caso y las condiciones de notificación obligatoria pueden consultarse por año visitando el sitio web del *NNDSS* de los *CDC*: <https://ndc.services.cdc.gov/search-results-year/>.¹³

Las **fuentes informales** incluyen fuentes menos estructuradas, como los síntomas reportados por la persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa, búsquedas en Internet, foros comunitarios, entrevistas, el boca a boca y las redes sociales. Aunque son útiles, las fuentes informales requieren cotejo y verificación.^{2,9}

Los profesionales de *DI* deben saber cómo acceder y usar de manera eficiente tanto los sistemas de información formales como informales para confirmar diagnósticos, monitorear tendencias y localizar a las personas que han sido diagnosticadas con o expuestas a una infección. Por ejemplo, combinar los informes de los hospitales locales con la información comunitaria ayuda a crear una imagen más completa. Este proceso, conocido como cotejo, asegura la validez de los datos al comparar fuentes formales, como los récords de cuidado de la salud, con fuentes informales, como la información reportada por la persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa.³ Puede ser vital para recolectar datos completos y precisos. Usar estas fuentes de manera efectiva también implica identificar y acceder a bases de datos e informes, establecer relaciones con informantes



clave y proveedores de cuidado de la salud, y evaluar la veracidad y validez de los datos informales. Al discutir la verificación de datos, es importante recordar que, en el caso de constatar un diagnóstico, por ejemplo, los resultados de laboratorio son el único método definitivo.^{2,6} Verificar una infección bacteriana previamente tratada, por ejemplo, no se relaciona necesariamente con el diagnóstico actual. Los casos actuales deben verificarse a través de diversas fuentes.

Cabe recordar que, al verificar y recolectar datos de fuentes tanto formales como informales, siempre se deben revisar y seguir las instrucciones del departamento de salud para proteger la privacidad y la confidencialidad. Guardar documentos y dispositivos electrónicos en un lugar seguro cuando no se estén utilizando es una manera eficaz de proteger la confidencialidad de las personas diagnosticadas con una enfermedad infecciosa.^{10,11} Nunca debe almacenarse información confidencial en dispositivos personales, y debe evitarse el uso de redes wifi públicas al trabajar con datos sensibles.^{10,11}

Puntos de datos esenciales que deben recolectarse

Los puntos de datos esenciales incluyen:

- datos demográficos (por ejemplo, edad, fecha de nacimiento, género, raza, ubicación geográfica, estado vital);
- factores de riesgo (por ejemplo, historial sexual, historial de consumo de drogas, historial de pruebas, historial de exposición);
- datos médicos (por ejemplo, inicio de síntomas, historial de exposición, diagnóstico, tratamiento, historial de pruebas previas);
- estado de embarazo (sí/no/desconocido; incluir la fecha estimada de parto si corresponde);
- historial social y ambiental (por ejemplo, vivienda, acceso al cuidado de la salud, necesidades sociales, viajes y riesgos ocupacionales);
- información de contacto (por ejemplo, dirección actual, lugar donde la persona se encuentra en ese momento, número de teléfono, cuentas en redes sociales, correo electrónico y métodos alternativos de comunicación, como el número de teléfono de un amigo o familiar).^{2,6-8,11}

Al usar todas estas fuentes y recolectar los datos pertinentes, los profesionales de *DI* aseguran una vigilancia integral y precisa, lo que permite implementar intervenciones más informadas y basadas en evidencia.^{2,3,11}

Ejemplos de puntos de datos esenciales para recolectar en diferentes contextos incluyen: la edad de la persona al momento del diagnóstico y la ubicación de los casos de influenza para hacer seguimiento de los patrones del brote; el monitoreo de síntomas y resultados para evaluar la eficacia del tratamiento; la recolección del historial de viajes para identificar fuentes de enfermedades transmitidas por alimentos o agua; y la evaluación del acceso al cuidado de la salud en áreas desatendidas para abordar los déficits de vacunación.^{2,3,6}

Los puntos de datos clave permiten a los funcionarios de salud pública identificar contactos cercanos y grupos vulnerables, lo que posibilita a los departamentos de salud locales implementar esfuerzos específicos para controlar la transmisión de enfermedades.^{3,6,11} Estos elementos esenciales de datos pueden servir de base para un análisis y una discusión más detallados. Cabe tener en cuenta que estos puntos de datos varían según la enfermedad, ya que dependen de la gravedad, el modo de transmisión y la infectividad.^{2,3} Los datos también deben actualizarse regularmente. Los datos de vigilancia están en cambio constante, por lo que los datos nuevos



deben reflejar las condiciones actuales y documentarse en consecuencia.^{3,6} Como se mencionó anteriormente, la vigilancia implica la recolección, análisis e interpretación continuos de datos relacionados con la salud. Los datos deben revisarse y actualizarse periódicamente para asegurar un análisis, una interpretación y una actuación eficaces.^{3,6,11}

Un método clave para recolectar estos puntos de datos es a través de entrevistas exhaustivas con personas que han sido diagnosticadas con o expuestas a enfermedades infecciosas. Las entrevistas ofrecen la oportunidad de verificar la información y recolectar datos adicionales directamente de los individuos afectados, asegurando así la precisión y la integridad de los datos de vigilancia.^{5,9,11}

Recolección de datos a través de entrevistas

Recolección de datos > análisis de datos > interpretación de datos > diseminación de datos > acción.⁶

Las entrevistas exhaustivas son un elemento vital de la vigilancia, ya que permiten a los profesionales de *DI* recolectar información precisa y detallada directamente de las personas diagnosticadas con o expuestas a enfermedades infecciosas. Posibilitan la verificación de datos y brindan la oportunidad para que el individuo amplíe esta información, asegurando así que los esfuerzos de vigilancia sean exhaustivos, precisos y útiles. También desempeñan un rol en la identificación de modos de transmisión, factores de riesgo, comportamientos y oportunidades para la reducción del riesgo.^{2,5,6,11} Mientras que muchos de estos temas se tratan en el Capítulo 2: Entrevistas y manejo de caso, se resumen aquí para resaltar el rol central de las entrevistas en la recolección efectiva de datos.

Explicación de la importancia de recolectar información

Para asegurarse de que las entrevistas sean tanto efectivas como respetuosas, es esencial comenzar por delinear claramente el propósito y la importancia de los datos que se están recolectando. Esta transparencia ayuda a generar confianza y fomentar la cooperación entre el profesional de la salud y la persona que está siendo entrevistada.^{2,5,9,11} Durante las entrevistas, es fundamental enfatizar la misión más amplia de salud pública detrás de esta recolección de datos. Las personas diagnosticadas con o expuestas a una infección deben comprender cómo su información contribuye a prevenir la propagación de enfermedades, proteger a las comunidades y mejorar su salud.^{2,5,6} Nuevamente, la transparencia es fundamental; se debe explicar claramente que se está recolectando información personal para hacer seguimiento de brotes de enfermedades, evaluar factores de riesgo y proporcionar recursos adicionales e información sobre el cuidado de su salud.^{2,5,11}

Los profesionales de *DI* también deben presentarse e identificar su rol dentro de la salud pública, una vez que hayan verificado que están hablando con la persona correcta.¹¹ La verificación es un paso importante en este proceso. Al comenzar a hablar con alguien por teléfono, mediante una videollamada o en persona, se debe confirmar la información demográfica del individuo para asegurarse de que se está hablando con la persona correcta.¹¹ Esto suele incluir la fecha de nacimiento, la fecha de una cita reciente, la dirección o el número de teléfono, con el fin de verificar que los datos que el profesional de *DI* está solicitando sean información que solo el individuo conocería.^{5,9,11}

Una vez establecida la importancia de la entrevista, el siguiente paso es centrarse en las estrategias de comunicación que colocan a la persona en el centro de la interacción. Aunque el objetivo de este



capítulo parte del supuesto de que el profesional de *DI* está realizando una entrevista, en la práctica, los profesionales suelen comenzar sin ninguna garantía de que la persona esté dispuesta a interactuar con ellos.¹¹ Es importante señalar que la participación en los servicios para parejas (*partner services*), el rastreo de contactos o la intervención de enfermedades es completamente voluntaria. Así pues, la empatía, el respeto, el escuchar activamente y la comunicación centrada en la persona no solo son útiles, sino también herramientas esenciales para una participación efectiva.¹¹ La cooperación del individuo es completamente voluntaria. Establecer una relación de confianza a través de la empatía, el respeto, escuchar activamente, el uso de preguntas abiertas y una comunicación centrada en la persona es fundamental para recolectar información precisa y detallada.^{5,9,11} Estas estrategias no solo facilitan la recolección de información precisa y detallada, sino que también constituyen la base para fomentar que la persona participe en la conversación desde un principio.

Técnicas de comunicación y entrevista

Las técnicas de entrevista y comunicación, como la comunicación verbal y no verbal centrada en la persona y la **entrevista motivacional**, son vitales para recolectar datos de vigilancia. Estas técnicas se tratan más a fondo en el Capítulo 2, "Entrevistas y manejo de caso". Al aplicar todas las técnicas centradas en la persona a su disposición, los profesionales de *DI* pueden generar relaciones más sólidas, reducir la resistencia y promover una participación activa durante las entrevistas para recolectar datos esenciales.^{11,15}

Estas técnicas de comunicación sirven como base para asegurar que las personas diagnosticadas con o expuestas a una infección no solo se sientan escuchadas, sino que también comprendan la información crítica de salud pública que se les está compartiendo. El siguiente elemento consiste en abordar la alfabetización en salud y la competencia numérica para asegurar que las personas puedan comprender la información y las recomendaciones proporcionadas y actuar en consecuencia.

Alfabetización en salud y alfabetización numérica en salud – Breve introducción a los servicios cultural y lingüísticamente apropiados (CLAS)

Los estándares de los servicios cultural y lingüísticamente apropiados (CLAS) promueven la atención a las necesidades únicas de las poblaciones atendidas al asegurar que los servicios de salud pública sean respetuosos y respondan a las necesidades lingüísticas y centradas en la persona.¹⁶ La sensibilidad cultural (**enfoque centrado en la persona**) implica respetar los valores y las creencias de cada individuo durante las interacciones.¹⁶ La **accesibilidad lingüística** se refiere a proporcionar materiales en el idioma preferido de la persona y ofrecer servicios de interpretación cuando sea necesario.¹⁶ Evitar el uso de jerga (terminología que solo entendería un compañero de trabajo u otra persona del ámbito de la salud pública) y usar la misma terminología que emplea la persona diagnosticada con o expuesta a una infección es fundamental para generar confianza de manera continua. Siempre es preferible usar un lenguaje claro, ya que la terminología médica puede resultar confusa y, en ocasiones, dificultar la comunicación.^{2,7,8,15,16}

La **alfabetización en salud** se refiere a la capacidad de un individuo para obtener, comprender y usar información de salud con el fin de tomar decisiones informadas sobre su salud.² La **alfabetización numérica en salud** es la capacidad de interpretar y aplicar conceptos numéricos relacionados con la salud, como entender las instrucciones de medicamentos, los intervalos de tiempo, la probabilidad de efectos secundarios o los resultados de laboratorio.² Ambos aspectos son fundamentales para los objetivos de CLAS, ya que influyen directamente en si las personas



pueden comprender y actuar en función de la información de salud que se les proporciona.¹⁶ Por ejemplo, una persona que no puede leer la etiqueta de una receta o que interpreta incorrectamente el horario de administración tiene un mayor riesgo de sufrir complicaciones. Apoyar la alfabetización en salud y la alfabetización numérica en salud empodera a las personas para tomar el control de su salud, participar más plenamente en su atención médica y tomar decisiones más seguras e informadas.^{2,7,8,16} Todo esto es relevante al discutir la salud sexual, los diagnósticos, las parejas y el tratamiento, porque inciden directamente en la capacidad de los individuos para comprender, procesar y actuar en función de esta información.¹¹

Por qué la alfabetización en salud es importante en la intervención de enfermedades

Muchas personas pueden no estar familiarizadas con términos como "asintomático", "período de incubación" o incluso los nombres de algunas infecciones.¹¹ Sin alfabetización en salud, los individuos pueden no comprender qué significa su diagnóstico, cómo afecta su salud o los riesgos de transmisión.^{2,16} Sin una adecuada alfabetización en salud, incluso pueden minimizar o malinterpretar la gravedad o seriedad de su enfermedad. Ya sea una infección de transmisión sexual (ITS) o una enfermedad transmitida por los alimentos como la Salmonella, los individuos deben comprender qué significa su diagnóstico, qué síntomas esperar, cómo se transmite y cuánto tiempo podrían ser contagiosas.¹¹ Es fundamental explicar la necesidad de notificar a las parejas sexuales, familiares u otras personas que estuvieron expuestas a través de comidas compartidas, agua o proximidad.² Una persona con hepatitis A, por ejemplo, puede que deba informar a los contactos del hogar.²

La alfabetización en salud ayuda a las personas a comprender las razones de las notificaciones de salud pública y cómo su cooperación apoya su salud, la salud de sus amigos o seres queridos, y la salud comunitaria.^{2,7,16} Los individuos necesitan entender cómo manejar su enfermedad en casa, por ejemplo, mediante la hidratación, el descanso o el aislamiento, así como cuándo y con qué frecuencia tomar los medicamentos y cuándo buscar atención de seguimiento. La baja alfabetización en salud aumenta el riesgo de malinterpretar las instrucciones, complicaciones, reinfección, transmisión prevenible o la interrupción prematura del tratamiento.^{2,7,16} Por último, los individuos deben comprender plenamente sus derechos durante estas conversaciones, el rol del profesional de *DI* y cómo se usará o protegerá su información. Esta es la única manera de interactuar éticamente con los individuos.¹⁶

Los profesionales de *DI* a menudo explican los regímenes de tratamiento que deben completarse según las indicaciones, como la necesidad de continuar tomando 100 mg de doxiciclina por vía oral dos veces al día durante siete días para la clamidia o la necesidad de continuar tomando 400 mg de aciclovir tres veces al día de siete a diez días para el herpes genital.^{2,11} La mala interpretación de las cifras puede provocar omisión de dosis o una sobredosis. Independientemente de la infección, los individuos deben seguir instrucciones específicas de dosificación. La mala interpretación de los números, como la necesidad de tomar el medicamento cada ocho horas, puede ocasionar que un tratamiento sea ineficaz o que se desarrolle resistencia a los antibióticos. Tanto en contextos de ITS como en contextos no relacionados con ITS, los trabajadores de salud pública suelen recomendar realizar pruebas en intervalos específicos. Por ejemplo, después de un brote transmitido por el agua, se puede solicitar a los residentes que analicen muestras de agua semanalmente o que monitoreen los síntomas durante un número determinado de días.² Además, explicar los tiempos de aislamiento, el monitoreo de síntomas o los criterios para que una persona regrese a su lugar de

trabajo requiere comprensión numérica.² Por ejemplo, entender la afirmación: “*Puede regresar 48 horas después de su último síntoma*”.

Las discusiones sobre la reducción de riesgos también requieren la consideración de la alfabetización en salud y la alfabetización numérica en salud. Discutir conceptos como la transmisión, la efectividad de los preservativos u otras formas de anticoncepción, o el período ventana para las pruebas requiere alfabetización numérica.² Por ejemplo, explicar a un individuo que puede obtener un resultado negativo hoy, pero que eso no significa que no esté infectado, por lo que debe realizarse la prueba nuevamente dentro de 10 días. O la eficacia del lavado de manos, que reduce el riesgo en un 40 %.¹⁷ La alfabetización numérica también es importante al comparar opciones. Si se presentan diversas estrategias de tratamiento o prevención a un individuo, la alfabetización numérica le ayuda a sopesar los beneficios y riesgos.²

En el trabajo de intervención de enfermedades, la alfabetización en salud y la alfabetización numérica en salud, junto con CLAS, son esenciales.^{2,7,8,15,16} Los profesionales de DI deben asegurarse de que los individuos comprendan el significado de su diagnóstico, cómo proteger a otros y cómo cumplir con las medidas de tratamiento o prevención. Sin una comunicación clara adaptada al nivel de alfabetización, alfabetización numérica, contexto cultural y necesidades lingüísticas del individuo, incluso la información más precisa puede no traducirse en la acción de salud pública adecuada.

Una vez que los datos han sido recolectados mediante entrevistas exhaustivas y otros métodos de vigilancia, deben documentarse cuidadosamente y emplearse estratégicamente para fundamentar las iniciativas de salud pública. La documentación precisa y oportuna asegura que la información recolectada pueda emplearse para tomar decisiones basadas en evidencia, hacer seguimiento de patrones de enfermedades e implementar intervenciones específicas. Aquí es cuando entran en juego las dos etapas siguientes de la vigilancia de la salud pública.

Sección 3: Documentación y uso de datos

Recolección de datos > **análisis de datos** > interpretación de datos > diseminación de datos > acción.⁶

Esta sección revisa los procesos y principios de la documentación de datos, enfatizando la importancia de la precisión y la puntualidad, así como las implicaciones éticas del manejo de datos. También examina cómo los datos documentados, a través del análisis, impulsan la toma de decisiones en salud pública, vinculándose con las dos primeras tareas para destacar el rol fundamental de los puntos de datos esenciales para el logro de los objetivos de salud pública.¹¹

El impacto de la recolección de datos

Los datos recolectados durante la vigilancia y las entrevistas trascienden los casos individuales, ya que contribuyen a orientar las políticas e intervenciones de salud pública a nivel poblacional. Cuando se documentan y analizan adecuadamente, estos datos orientan la toma de decisiones, respaldan los esfuerzos de intervención de enfermedades y ayudan a asegurar que las respuestas sean inclusivas y adaptadas a las necesidades de las comunidades desproporcionadamente afectadas por la enfermedad.^{8,11} Cuando los profesionales de DI y las autoridades cuentan con datos suficientes y confiables, pueden identificar tendencias, asignar recursos de manera eficaz e implementar intervenciones específicas y actividades de alcance segmentadas.¹¹ Los esfuerzos de



control de enfermedades se ven fortalecidos mediante mejoramientos en el rastreo de contactos, el manejo de brotes y la evaluación de intervenciones.^{6,9,11}

Por último, los datos pueden resaltar las diferencias en los resultados de salud y el acceso entre y dentro de las poblaciones, ayudando así a guiar iniciativas que eliminen obstáculos y amplíen los servicios para poblaciones geográfica o situacionalmente aisladas.^{8,11} Estos datos son esenciales para la planificación, implementación y evaluación de la práctica de salud pública. Además, los datos deben revisarse regularmente y actualizarse para asegurar su precisión. Debido a que los datos de vigilancia están en un estado de cambio constante, se modifican continuamente.^{2,11} Así pues, los datos nuevos deben ser relevantes para el cambio que está ocurriendo y deben documentarse en tal sentido. Por el contrario, los datos inexactos o incompletos pueden tener consecuencias significativas.

Detección tardía de un brote

No recolectar datos precisos u omitir información crítica puede ocasionar el reconocimiento tardío de los brotes de enfermedades.^{2,10} Por ejemplo, la falta de historiales de exposición o datos demográficos incompletos podrían ocultar patrones que señalen un clúster emergente de infecciones. Estos retrasos reducen la efectividad de las estrategias de contención y posibilitan una mayor propagación de las enfermedades.

Asignación inadecuada de recursos

Los datos incompletos o inexactos pueden distorsionar las evaluaciones de salud pública y generar una distribución incorrecta de los recursos.^{2,11} Por ejemplo, el subreporte de casos en ciertas áreas puede resultar en una distribución insuficiente de vacunas, mientras que otras áreas reciben un excedente que no necesitan. Estos errores agravan las disparidades en el acceso a y los resultados del cuidado de la salud.

Oportunidades perdidas para la prevención

Sin documentación exhaustiva, se pueden perder oportunidades para identificar y abordar factores clave de riesgo. Por ejemplo, no documentar las condiciones sociales y económicas que contribuyen a la salud, como la inestabilidad en la vivienda o el acceso limitado al cuidado de la salud, podría obstaculizar la implementación de programas de prevención personalizados.^{7,11} Además, algo tan simple como escribir incorrectamente el nombre de un individuo tiene consecuencias. Esto puede dificultar la localización de sus récords médicos y récords de salud pública.

Incapacidad para medir el éxito de la intervención

Los datos sirven como base para evaluar la efectividad de las intervenciones de salud pública. Los datos incompletos impiden realizar evaluaciones precisas y generan vacíos de información que dificultan comprender qué estrategias son eficaces y cuáles requieren mejoramiento.^{2,6}

Erosión de la confianza pública

Los errores repetidos o las inconsistencias en los datos de salud pública pueden debilitar la confianza en los sistemas de salud. El escepticismo del público puede socavar la adhesión a las recomendaciones, lo que dificulta el control de los brotes de enfermedades y la implementación de medidas preventivas. Esta erosión de la confianza pública se observó durante la pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19).^{2,11}

Cómo abordar las oportunidades perdidas

Para minimizar las oportunidades perdidas, los profesionales de *DI* deben priorizar la precisión, integridad y puntualidad de sus esfuerzos de recolección de datos.^{9,11} Los procesos de control de calidad deben estar completos, con revisiones regulares de los datos para asegurar la consistencia y exactitud, así como para identificar y afrontar las brechas de manera oportuna. La capacitación integral es otro componente crucial para abordar las oportunidades perdidas. Los profesionales de *DI* deben poseer las herramientas y habilidades necesarias para recolectar, verificar y documentar datos de manera efectiva, de modo que no se pasen por alto detalles.^{9,11} Al abordar las oportunidades perdidas, los trabajadores de salud pública fortalecen la veracidad de los sistemas de vigilancia y aseguran que los datos recolectados cumplan su propósito final — proteger la salud pública y mejorar los resultados de salud. Es esencial asegurar la integridad de todos los puntos de datos recolectados, incluidos los datos demográficos, los síntomas clínicos y los historiales de exposición.³ Todos estos datos se usan en el siguiente paso de la vigilancia de salud pública, que es la interpretación.³ Sin embargo, la necesidad de recolectar datos completos y precisos no debe ser un obstáculo para realizar entrevistas centradas en la persona que prioricen sus necesidades e inquietudes.^{9,11}

Es crucial recolectar y documentar datos para asegurar su análisis cuidadoso y preciso. Durante el análisis, los profesionales de *DI* deben decidir quién examinará los datos, qué metodología se usará y con qué frecuencia se analizarán. Los datos pueden analizarse por lugar, tiempo o persona. Esto significa que los datos pueden examinarse de manera conjunta en función de la ubicación geográfica, el tiempo (días, semanas o años) o los patrones demográficos según la edad, el sexo y la raza, todo ello en relación con la infección dentro de una población.

Sección 4: Interpretación y gestión de datos para la respuesta de salud pública

Recolección de datos > análisis de datos > **interpretación de datos > diseminación de datos > acción.**⁶

Una vez que se hayan recolectado y documentado los puntos de datos esenciales, los profesionales de *DI* deben centrarse en interpretar y manejar esta información para impulsar la acción de salud pública. La interpretación de datos es el tercer paso en la vigilancia de salud pública.^{3,6} El análisis e interpretación de datos típicamente se combinan. Los profesionales de *DI* analizan e interpretan los datos para identificar prioridades. Los datos recolectados se revisan para identificar tendencias, valores atípicos y clústeres de enfermedades o infecciones.^{3,11} Esto permite la priorización de recursos, ya sean monetarios o menos concretos, como tiempo, esfuerzo, trabajo y energía. Los



recursos deben asignarse a las áreas de alta incidencia o a las poblaciones con mayor riesgo de infección.

De manera similar a la recolección de datos, la precisión de los datos debe validarse a través de diversas fuentes, y cualquier discrepancia debe ser resuelta. Las brechas identificadas o los datos inconsistentes deben reconciliarse antes de su reporte. Por ejemplo, al revisar datos sobre un brote de un patógeno emergente, es fundamental contar con direcciones precisas de las personas diagnosticadas con una enfermedad infecciosa para describir con exactitud la distribución de la enfermedad en la población.^{2,10} Los hallazgos pueden traducirse en acciones concretas mediante la preparación de informes concisos y adaptados para agencias asociadas, comunidades afectadas, departamentos de salud locales, responsables de políticas públicas, grupos de mayor riesgo, y líderes y miembros de la comunidad.³ Las herramientas de visualización, como gráficos, tablas y mapas de calor, son formas eficaces de presentar y comunicar datos complejos de manera clara.³ Este componente de la vigilancia en salud pública requiere el uso de lenguaje claro para la población prioritaria.¹⁶ Posteriormente, los datos pueden usarse para planificar e implementar intervenciones específicas, asignar recursos y adaptar las respuestas de salud pública a las necesidades actuales y emergentes. Los profesionales de *DI* tienen la responsabilidad de asegurar que los datos se traduzcan en una acción significativa. Sin esta acción, los datos recolectados no pueden cumplir su propósito.

Identificación y comunicación de tendencias emergentes

La documentación precisa y actualizada es crucial para mantener datos de vigilancia confiables y asegurar que las tendencias de enfermedades se registren con exactitud. Una vez completada esta documentación, el enfoque puede dirigirse a identificar patrones en los datos recolectados para detectar problemas emergentes. Reconocer las tendencias de investigación y notificar a las agencias asociadas y a las comunidades afectadas sobre datos inusuales o preocupantes permite una respuesta oportuna y coordinada.^{1,2,11}

Esta sección del capítulo explora estrategias para analizar tendencias, detectar anomalías y comunicar eficazmente los hallazgos a los servicios para parejas (*partner services*) y a otros profesionales de enfermedades infecciosas para mejorar la investigación, notificación y mitigación en salud pública.^{1,3,11} Además, para los profesionales de enfermedades infecciosas y los profesionales de salud de los servicios para parejas (*partner services*), reconocer patrones en la ocurrencia de enfermedades es fundamental para la prevención y respuesta ante brotes. Los datos de vigilancia no solo son útiles para hacer seguimiento de infecciones conocidas, sino que también son importantes para detectar patrones inusuales o inesperados que podrían representar una amenaza emergente.^{5,11}

Los objetivos clave de este capítulo son establecer tendencias de vigilancia de referencia, definir qué se considera “normal” para una enfermedad, reconocer desviaciones e identificar y responder a aumentos inesperados de casos, cambios demográficos inusuales o variaciones en la transmisión de la enfermedad.⁹⁻¹¹ Igualmente importante es notificar a las autoridades de salud pública correspondientes, proveedores de cuidado de la salud y colaboradores comunitarios sobre estas tendencias emergentes.⁹⁻¹¹ Por último, estos datos pueden emplearse para orientar intervenciones y directrices que minimicen la transmisión y prevengan nuevos brotes.⁹⁻¹¹

Para comenzar, una tendencia de vigilancia de referencia es el nivel esperado de casos de enfermedad dentro de una población a lo largo del tiempo.^{3,11} Sirve como un punto de referencia



que permite a los profesionales de *DI* detectar cuándo algo está fuera de lo normal. Hay muchos factores que deben considerarse al establecer las tendencias de referencia.

Los datos históricos pueden revisarse a través de informes antiguos de vigilancia de enfermedades para ayudar a determinar los patrones estacionales y las fluctuaciones en el número de casos. Por ejemplo, los casos de gripe tienden a alcanzar su punto máximo en invierno, mientras que los casos de enfermedad de Lyme aumentan durante los meses de verano.² ¿Por qué es esto importante? Al reconocer los patrones estacionales previstos, los profesionales de *DI* pueden identificar mejor las desviaciones que pueden indicar un brote.² Dado que la gripe aumenta naturalmente en invierno, se prevé un aumento en los casos de gripe.² Sin embargo, si los datos muestran un aumento repentino de gripe en verano, esto requerirá una investigación. Además, dado que sabemos que la enfermedad de Lyme es más prevalente en el verano debido al aumento de la actividad de las garrapatas, reconocer este patrón nos permite planificar una educación dirigida a las comunidades sobre las estrategias de prevención.²

Los factores demográficos como la edad, el género, la raza y la orientación sexual también pueden afectar las tendencias de las enfermedades.^{1,3} Por ejemplo, los datos actuales muestran que las tasas de gonorrea son más altas entre los adultos jóvenes de 15 a 24 años.¹⁸ ¿Por qué es esto importante? Saber quiénes son los más vulnerables o los más afectados permite dirigir los recursos de salud pública hacia estos grupos.^{7,8} Reconocer los patrones demográficos contribuye a dirigir las actividades educativas hacia las poblaciones adecuadas y a mejorar el acceso a las medidas de prevención.³

La distribución geográfica implica comprender y cartografiar la ubicación de los casos para identificar áreas de alto riesgo. Algunas enfermedades son más comunes en regiones específicas debido al clima, la densidad de población o el acceso al cuidado de la salud.² El monitoreo de los patrones geográficos ayuda a identificar dónde es más probable que ocurran brotes y respalda intervenciones específicas.² Por ejemplo, en los Estados Unidos, el dengue es más común en Florida, Texas y Hawái debido a que sus climas cálidos favorecen las poblaciones de mosquitos.¹⁹ Estos datos también pueden ayudar a identificar casos relacionados con viajes o importados de otros países. Otro ejemplo es la malaria, que no es **endémica** de ciertas áreas, pero puede ocurrir debido a viajes, migración o comercio global.¹⁹ Los casos de malaria en los Estados Unidos generalmente se encuentran en viajeros que regresaron de regiones como el África subsahariana, América Central y del Sur, y el sur de Asia, donde la enfermedad es endémica.¹⁹

También es importante considerar los modos de propagación, ya que comprender cómo se propaga una enfermedad ayuda a monitorear los cambios en su transmisión.² Por ejemplo, si se observara un cambio en la transmisión del VIH, pasando del uso de drogas inyectables a la transmisión sexual, esto podría indicar cambios en los factores de riesgo.

También se debe considerar el tipo de vigilancia empleada; se trataron los tipos con mayor profundidad en secciones anteriores (es decir, pasiva, activa, centinela).^{2,3,5,6}

Sistema Nacional de Vigilancia de Enfermedades Reportables

El Sistema Nacional de Vigilancia de Enfermedades Reportables (*NNDSS*), brevemente tratado anteriormente, recolecta datos sobre enfermedades infecciosas de las autoridades de salud pública en todo Estados Unidos.^{13,14} Se trata de un componente clave de nuestra infraestructura de salud pública. Este sistema ha estandarizado la recolección, análisis y difusión de datos sobre enfermedades reportables en los estados y territorios. Usa definiciones específicas de casos y procedimientos estandarizados de reporte.^{11,13,14} Los departamentos de salud estatales y locales

tienen la responsabilidad de reportar los casos a los *CDC* usando el *NNDSS*, que luego compila y publica estos datos. Además, asegura la consistencia en el reporte de datos, permite la detección oportuna de brotes y respalda la toma de decisiones de salud pública basadas en evidencia.^{1,13,14} La notificación electrónica, la notificación de casos, la gestión de datos y el análisis pueden facilitar el acceso oportuno a toda la información correspondiente a cada caso notificado.¹⁴

Evaluación del rendimiento de la vigilancia

Comprender el rendimiento de un sistema de vigilancia es vital para asegurar la calidad de los datos. Estos indicadores de rendimiento incluyen puntualidad, sensibilidad, especificidad, representatividad y calidad de los datos^{1,2}:

- Puntualidad — rapidez entre la ocurrencia de un caso y su reporte. Si los datos se reportan en tiempo casi real, por ejemplo, un aumento rápido en los casos reportados de gripe puede desencadenar una alerta inmediata.^{3,11}
- Sensibilidad — capacidad del sistema para identificar correctamente los casos. Por ejemplo, los métodos de **vigilancia activa** pueden aumentar la sensibilidad al identificar casos que podrían pasarse por alto en el reporte rutinario.^{3,11}
- Especificidad — capacidad del sistema para excluir correctamente los no casos. Por esta razón, las definiciones precisas de casos son tan importantes; ayudan a asegurar que solo se reporten casos verdaderos de una enfermedad.^{1,3,11}
- Representatividad — ocurrencia de un evento de salud a lo largo del tiempo y su distribución en la población por lugar y persona. Se evalúa comparando los eventos reportados con todos los eventos reales.^{3,11}
- Calidad de los datos — parte importante de la representatividad. La integridad y precisión de la información reportada son fundamentales, ya que la falta de datos sobre la edad o ubicación de un individuo puede dificultar la identificación de poblaciones en riesgo.^{3,11}

Mejoramiento de los sistemas de vigilancia

Mejorar los sistemas de vigilancia asegura que los datos recolectados sean confiables, oportunos y útiles para la acción. Algunas estrategias se trataron anteriormente en el capítulo, incluyendo la combinación de diversas fuentes de datos, el mejoramiento continuo de la calidad y el uso de la **vigilancia centinela** activa.^{1,2,11} Correlacionar datos de diferentes recursos y récords puede ayudar a crear una imagen más completa; combinar la confirmación de laboratorio con un informe hospitalario y un informe de caso puede mejorar la precisión.^{1-3,11}

Vigilancia de casos

Llevar a cabo la vigilancia de casos implica recolectar, analizar e interpretar datos sobre casos individuales para fundamentar la toma de decisiones. Los *CDC* proporcionan guías completas para este proceso, y las mejores prácticas incluyen^{1-3,6,9,11}:

- Definiciones de casos estandarizadas que aseguran que todos los casos se reporten usando criterios uniformes, lo que mejora la comparabilidad entre regiones.^{11,13} Permiten que los profesionales de *DI* clasifiquen y contabilicen los casos de manera consistente. Estas definiciones de casos para condiciones actuales e históricas se pueden encontrar en el sitio web de los *CDC* para el *NNDSS* (<https://ndc.services.cdc.gov/>).¹³

- La definición de caso de un evento relacionado con la salud puede incluir manifestaciones clínicas (es decir, síntomas), resultados de laboratorio, información epidemiológica (por ejemplo, persona, lugar y tiempo), comportamientos especificados y clasificaciones de casos (por ejemplo, confirmado, probable o sospechoso).^{2,3,11}
- Los formularios y sistemas electrónicos también están estandarizados para asegurar que los datos esenciales se registren de manera adecuada.¹¹
- La comunicación entre los laboratorios y los proveedores de cuidado de la salud con las autoridades de salud pública debe ser inmediata.¹¹
- Se debe enfatizar la verificación, o la comprobación cruzada de los casos reportados con los resultados de laboratorio u otras fuentes de datos para confirmar la exactitud.^{2,3,11}

Identificación y comunicación de tendencias inusuales

Una vez que se establecen las tendencias de referencia, el siguiente paso es el monitoreo de desviaciones de la "norma" que podrían indicar amenazas emergentes para la salud.^{1-3,6,9-11} Estas desviaciones están vinculadas a los patrones de referencia tratados anteriormente. Hay muchos indicadores para tener en cuenta. El primero es un aumento repentino de casos que supera la referencia establecida.¹¹ Los cambios demográficos son otro ejemplo, como un incremento inesperado de una infección en un grupo de edad específico puede sugerir nuevos factores de riesgo o cambios en los ya existentes.^{1,11} Los clústeres geográficos son otra señal; se trata de áreas donde los casos se concentran en una ubicación específica, lo que indica un brote.^{9,11} También son importantes los cambios en la presentación clínica; las variaciones en los síntomas que difieren de las presentaciones tradicionales o conocidas deben considerarse relevantes.^{9,11} Por último, los cambios en las tendencias de referencia podrían indicar la aparición de patógenos o cepas resistentes que no responden a los tratamientos estándar o a las guías clínicas.^{9,11} Las tendencias inusuales deben comunicarse a través de los canales de reporte jurisdiccionales establecidos para asegurar una acción oportuna en salud pública.

Estrategias de comunicación

Las estrategias de comunicación rápida son vitales para una respuesta coordinada.^{1,2,11} Las alertas de salud y avisos, el alcance directo y los anuncios públicos son solo algunos ejemplos. Las alertas de salud pueden emitirse a través de redes establecidas, como la Red de Alertas de Salud (HAN) de los CDC o el Sistema de Alerta Temprana y Respuesta (EWARS) de la OMS.^{1,2,9-11} La divulgación directa (es decir, interactuar con proveedores de cuidado de la salud y organizaciones comunitarias para compartir actualizaciones y recomendaciones) es otra estrategia clave.^{2,11} Los anuncios públicos también han demostrado ser eficaces al utilizar los medios de comunicación y las redes sociales para informar al público sobre las recomendaciones de salud pública y las medidas preventivas.^{2,11}

Rol de la investigación en las enfermedades infecciosas emergentes

La revista *Emerging Infectious Diseases* es un recurso fundamental que publica investigaciones sobre infecciones nuevas y reemergentes.²⁰ Sirve como una fuente en tiempo real de hallazgos científicos, estudios de casos e informes de vigilancia que fundamentan las estrategias de salud pública al proporcionar pruebas de estas tendencias emergentes.^{1,2,9-11} Destaca la evolución de los patógenos y patrones de resistencia, además de ofrecer información sobre intervenciones exitosas en brotes que pueden adaptarse a nivel local (<https://wwwnc.cdc.gov/eid/>).²⁰

Conclusión

La vigilancia y recolección de datos parten de una base en salud pública y epidemiología. Comprender cómo se propagan las enfermedades y a quiénes afectan nos ayuda a determinar qué información recolectar, dónde encontrarla y cómo responder de manera efectiva.¹⁻³ Ya sea usando vigilancia pasiva, activa o centinela, los profesionales de *DI* deben entender no solo qué está ocurriendo, sino también el porqué y el cómo de todo ello. Estos procesos solamente son efectivos cuando se combinan con estándares éticos, conciencia legal y un enfoque centrado en las personas.¹¹ A lo largo del proceso de vigilancia, los profesionales de *DI* recurren tanto a fuentes formales como informales, desde informes de laboratorio y registros de casos hasta conversaciones comunitarias y entrevistas. Saber qué datos priorizar, cómo verificarlos y cómo mantener la confidencialidad en cumplimiento con leyes como *HIPAA* es fundamental.^{2,9-11}

La vigilancia y la recolección de datos son partes esenciales del trabajo en salud pública. Ayudan a los profesionales de *DI* a hacer un seguimiento de las enfermedades, encontrar patrones y responder rápidamente para proteger a las comunidades.^{2,3,11} Ya sea una ITS, una enfermedad transmitida por alimentos, agua o vectores, o la identificación de una amenaza emergente, el rol del profesional de *DI* es recolectar información precisa, comprender lo que está sucediendo y ayudar a guiar los siguientes pasos. La labor de los profesionales de *DI* va más allá de la simple recolección de datos; lo verdaderamente importante es *cómo* se recolectan. Con empatía, respeto y comunicación centrada en la persona se genera confianza, lo que hace más probable que alguien hable con nosotros, comparta información y participe en todo momento.^{1-3,11,15,16} Sin esa confianza, los elementos clave de datos no pueden recolectarse ni aprovecharse eficazmente.

A lo largo de este capítulo, exploramos cómo verificar y recolectar información de diversas fuentes, la importancia de realizar entrevistas con empatía, el rol de un enfoque centrado en la persona, y la alfabetización en salud y alfabetización numérica en salud en la comunicación de salud pública. También tratamos cómo documentar, interpretar y emplear esos datos de manera responsable para guiar intervenciones oportunas y prevenir una mayor propagación de infecciones. Establecer una relación de confianza, usar un lenguaje claro y respetuoso, y estar al tanto de las experiencias vividas por los individuos asegura que los esfuerzos de vigilancia sean exactos, completos y justos. La documentación precisa y oportuna respalda todo este trabajo. También permite a los profesionales de *DI* identificar tendencias, detectar brotes y notificar a los individuos adecuados cuando se requiere una acción. Además, mejora los esfuerzos de salud pública al ayudar a identificar variaciones en los resultados de salud y orientar respuestas que estén centradas en la comunidad y ajustadas a las condiciones locales. Cuando los sistemas de datos de salud pública son sólidos, pueden ayudar a planificar mejor, actuar con mayor rapidez y adaptarse a cualquier amenaza o cambio emergente.

En última instancia, la vigilancia no se trata solo de números y casos; se trata de las personas a las que sirve la salud pública, de quienes proporcionan la información, de quienes la interpretan y de las comunidades en las que todos vivimos. Cada paso del proceso es importante, desde las primeras preguntas formuladas en una entrevista hasta el informe final que guía la acción en salud pública. Cuanto mejor escuchen, documenten y establezcan vínculos los profesionales de *DI*, más eficaces serán a la hora de proteger la salud, prevenir complicaciones y salvar vidas.



Palabras clave del Capítulo 4

Vigilancia activa

Conversación sobre el cambio

Confidencialidad

Sensibilidad cultural (centrada en la persona)

Distribución

Epidemiología

Fuentes formales

Frecuencia

Alfabetización en salud

Alfabetización numérica en salud

Impacto

Fuentes informales

Accesibilidad lingüística

Entrevista motivacional

Vigilancia pasiva

Vigilancia centinela

Vigilancia

Conversación sobre la sostenibilidad

Preguntas de práctica del Capítulo 4

1. ¿Cuál de los siguientes es un punto de dato esencial para la recolección de datos de vigilancia?
 - a. Guías de *HIPAA*
 - b. Información demográfica
 - c. Documentación del proveedor

Respuesta: b

Fundamento: Los datos demográficos (como la edad, el sexo, la raza o el origen étnico y el lugar de residencia) son fundamentales para que los sistemas de vigilancia identifiquen tendencias de enfermedades, detecten poblaciones en riesgo y orienten las acciones de salud pública.

2. ¿Por qué es importante recolectar puntos de datos esenciales durante una entrevista con la persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa?
 - a. Los puntos de datos esenciales son fundamentales para establecer una relación de confianza y comprensión.
 - b. Los puntos de datos esenciales permanecen consistentes independientemente de la enfermedad.
 - c. Los puntos de datos esenciales permiten la detección oportuna de amenazas a la salud.

Respuesta: c

Fundamento: La recolección sistemática de datos esenciales permite identificar rápidamente clústeres inusuales, conglomerados o brotes, lo que favorece una respuesta oportuna de salud pública.

3. ¿Cómo verifica y recolecta un profesional de *DI* datos importantes de vigilancia al entrevistar a personas diagnosticadas con o identificadas como posiblemente expuestas a una enfermedad infecciosa?
 - a. Analiza la importancia de recolectar datos.
 - b. Aplica métodos centrados en la persona para extraer información demográfica esencial.
 - c. Comparte información sobre el rol de las autoridades de salud pública en la recolección de datos.

Respuesta: b

Fundamento: El uso de técnicas de entrevista respetuosas y centradas en la persona asegura la recolección precisa de datos demográficos y epidemiológicos esenciales, al tiempo que genera confianza y fomenta las buenas relaciones.

4. ¿Cuál es una consecuencia potencial de documentación inexacta o incompleta?
 - a. Un retraso en la detección de un brote
 - b. Una desaceleración de los programas informáticos
 - c. Una estimación mejorada de la carga de la enfermedad

Respuesta: a

Fundamento: Si los datos son incompletos o incorrectos, los funcionarios de salud pública pueden pasar por alto señales de alarma sobre la propagación de la enfermedad, lo que produce respuestas más lentas y un aumento en la transmisión.

5. ¿Por qué son esenciales la protección de la privacidad de la persona diagnosticada con la enfermedad infecciosa, la confidencialidad de los datos y la seguridad del sistema para mantener la credibilidad de cualquier sistema de vigilancia?
- Para proteger contra la divulgación o el uso inapropiado de esos datos
 - Para recolectar más información de fuentes informales
 - Para agilizar el proceso de recolección de datos

Respuesta: a

Fundamento: La confianza pública en los sistemas de vigilancia depende de la protección estricta de los datos personales de salud. Las violaciones pueden socavar la participación y comprometer la efectividad del sistema.

6. ¿Cuáles de las siguientes prácticas son importantes para asegurar datos de vigilancia precisos y completos al documentar?
- Cargar resultados negativos de pruebas y excluir resultados positivos de pruebas
 - Actualizar la documentación cuando se declara un nuevo brote
 - Revisar y actualizar periódicamente los datos médicos más recientes relacionados con enfermedades infecciosas

Respuesta: c

Fundamento: La revisión y actualización continua aseguran la precisión y consistencia de los datos, lo que ayuda a las agencias de salud pública a mantener récords de vigilancia confiables.

7. ¿Cuál es el propósito principal de realizar una vigilancia de referencia?
- Determinar la efectividad de los procedimientos de vigilancia
 - Recolectar e interpretar datos de salud
 - Desarrollar un punto de partida para el monitoreo de enfermedades

Respuesta: c

Fundamento: La vigilancia de referencia establece los niveles esperados de ocurrencia de enfermedades, lo que permite a los departamentos de salud detectar aumentos o disminuciones inusuales en la actividad de la enfermedad.

Referencias del Capítulo 4

1. Birkhead GS, Morrow CB, Pirani S. *Turnock's Public Health: What It Is and How It Works*. 7th ed. Jones & Bartlett Learning; 2020.
2. American Public Health Association. *Control of Communicable Diseases Manual: An Official Report of the American Public Health Association*. 21st ed. American Public Health Association; 2022.
3. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems*. 2019. Accessed August 18, 2025. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm>
4. National Board of Public Health Examiners. *Certified in Disease Intervention Content Outline*. 2025. <https://www.nbphe.org/wp-content/uploads/2025/08/CDI-Exam-Content-Outline-2025.pdf>
5. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. CDC TRAIN. *Introduction to Partner Services for Partner Services Providers*. Accessed August 18, 2025. <https://www.train.org/cdctrain/course/1089355/details>
6. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Public Health 101 Series. *Introduction to Public Health Surveillance*. Accessed August 18, 2025. <https://www.cdc.gov/training-publichealth101/media/pdfs/introduction-to-surveillance.pdf>
7. U.S. Department of Health and Human Services. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Healthy People 2030. *Social Determinants of Health*. Accessed August 18, 2025. <https://odphp.health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health>
8. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(4):254-258. doi:10.1136/jech.57.4.254
9. Association of State and Territorial Health Officials. Making contact: A training for COVID-19 case investigators and contact tracers. *Infectious Disease*. 2025. Accessed August 18, 2025. <https://www.astho.org/topic/infectious-disease/covid-19/making-contact/>
10. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. CDC's Division of STD Prevention. *STI Outbreak Response Plan Guide*. 2020. Accessed August 18, 2025. <https://www.cdc.gov/sti/media/pdfs/2024/04/outbreak-response-plan-guide.pdf>
11. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Program Operation Considerations for STI Prevention*. 2025. Accessed August 18, 2025. <https://www.cdc.gov/sti/media/pdfs/2025/06/Program-Operation-Considerations-for-STI-Prevention.pdf>
12. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. CDC TRAIN. *Topic Details Guide*. Accessed August 18, 2025. https://courses.cdc.train.org/WEDU/Field_Investigation/Field-Investigation-Topic-Details-Guide.pdf
13. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. National Notifiable Diseases Surveillance System (NNDSS). *2025 National Notifiable Conditions (Historical)*. 2025. Accessed August 18, 2025. <https://ndc.services.cdc.gov/search-results-year/>
14. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *National Notifiable Diseases Surveillance System Overview Fact Sheet*. Accessed August 18, 2025. <https://www.cdc.gov/nndss/docs/NNDSS-Overview-Fact-Sheet-508.pdf>
15. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Helping People Change and Grow*. 4th ed. Guilford Press; 2023.

16. U.S. Department of Health and Human Services. National CLAS Standards: National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) in Health and Health Care. 2013. Accessed August 18, 2025. <https://thinkculturalhealth.hhs.gov/clas>
17. Freeman MC, Stocks ME, Cumming O, et al. Hygiene and health: Systematic review of handwashing practices worldwide and update of health effects. *Trop Med Int Health*. 2014;19(8):906-916. doi:10.1111/tmi.12339
18. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Sexually Transmitted Infections Surveillance*, 2023. 2024. Accessed August 18, 2025. https://www.cdc.gov/sti-statistics/media/pdfs/2025/09/2023_STI_Surveillance_Report_FINAL_508.pdfU.S. Centers for Disease Control and Prevention. Current Dengue Outbreak. 2025. Accessed August 18, 2025. <https://www.cdc.gov/dengue/outbreaks/2024/index.html>
19. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Emerging Infectious Diseases*. Accessed August 18, 2025. <https://wwwnc.cdc.gov/eid>

Capítulo 5 Colaboración

Kathleen Pfohl, MPH; Marlene Kincaid, Med

Introducción

Los roles y las responsabilidades de los profesionales de intervención de enfermedades (*DI*) son fundamentalmente de naturaleza colaborativa. Los individuos que se desempeñan como profesionales de *DI* tienen la tarea de educar, informar y comunicar información vital de salud pública tanto a las personas diagnosticadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa como a los proveedores de servicios dentro de su comunidad. En la base de este trabajo colaborativo se encuentran los principios de la salud pública, entre los cuales se incluye la atención a las necesidades de las poblaciones atendidas, la participación respetuosa, la conciencia de las distintas perspectivas, la comunicación centrada en las personas y los servicios adaptados a las necesidades individuales, los cuales respaldan la prestación de servicios consistentes y de alta calidad para todas las poblaciones.¹ Este capítulo analizará consideraciones clave para llevar a cabo el trabajo colaborativo, de modo que los profesionales de *DI* puedan aprovechar tanto su experiencia como el conocimiento institucional de los socios comunitarios para proporcionar los servicios adecuados a las personas diagnosticadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa. Este capítulo tratará las siguientes tareas²:

- Tarea 1: Colaborar con proveedores de cuidado de la salud y otros servicios (por ejemplo, centros penitenciarios, escuelas, departamentos de salud) para asegurar una atención adecuada.
- Tarea 2: Educar a los proveedores de cuidado de la salud (por ejemplo, médicos, laboratoristas) sobre los requisitos jurisdiccionales o el cumplimiento de los reportes.
- Tarea 3: Actuar como un recurso local para transmitir información de salud pública y las recomendaciones de los *CDC* a la comunidad y a los proveedores (por ejemplo, centros penitenciarios, escuelas, departamentos de salud, personal médico).
- Tarea 4: Participar en la revisión colaborativa de casos para identificar y discutir oportunidades para mejorar las estrategias de manejo de caso e intervención.
- Tarea 5: Cumplir con los principios de salud pública durante la colaboración.

Contenido del área de competencia

Sección 1: Aplicación de los principios de salud pública y ética durante la colaboración

El proceso de colaboración en el campo de la salud pública requiere una atención particular a la aplicación y al cumplimiento de los principios de salud pública y la **ética**. El cumplimiento de estos principios y la adhesión a la ética aseguran el acceso a una atención respetuosa y de calidad para las personas diagnosticadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa, así como para sus comunidades. Esta sección explorará los principios de salud pública, entre los cuales se incluye la alfabetización en salud, la participación respetuosa, la conciencia de las distintas perspectivas y la

atención a las necesidades de las poblaciones atendidas, los cuales deben incorporarse al trabajo de los profesionales de *DI* cuando colaboran con socios comunitarios.

Cumplimiento de los principios de salud pública

El principal conjunto de principios rectores sobre ética en el campo de la salud pública se describe en el informe de la Sociedad de Liderazgo en Salud Pública titulado “Principios de la práctica ética de la salud pública”. Este informe contiene 12 principios éticos para la salud pública que incluyen, entre otros,¹:

- alianzas para generar confianza y aumentar la eficacia;
- competencia profesional de los practicantes de salud pública;
- cumplimiento de plazos de los servicios de salud pública;
- participación de las comunidades en las intervenciones o políticas de salud pública;
- consentimiento informado de las personas diagnosticadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa y de las comunidades;
- conciencia de las distintas perspectivas;
- condiciones sociales y económicas que influyen en la salud;
- derechos individuales y **confidencialidad** de la información de salud.

Para complementar los *Principios de la práctica ética de la salud pública* de la Public Health Leadership Society, los profesionales de *DI* también pueden fundamentar su trabajo colaborativo en el resumen informativo de la APHA [Código de ética de la salud pública](#), que describe un conjunto de normas y expectativas profesionales para el personal de salud pública. En conjunto, estos marcos establecen las expectativas nacionales en materia de toma de decisiones éticas en los entornos de salud pública.

Estos principios rectores ayudan a los profesionales de la salud pública a asegurar que los servicios, las políticas y los programas de salud pública se mantengan éticos y respetuosos a nivel individual, comunitario y ambiental. Estos principios deben respetarse y comunicarse durante toda la colaboración con socios tanto del campo de la salud como de otros sectores.

Conducta ética y profesional

Al colaborar con la comunidad afectada, los profesionales de *DI* deben ser conscientes de su conducta en el trabajo para generar confianza entre quienes reciben los servicios, los proveedores y los socios externos.³ El empleador es quien suele establecer las expectativas sobre la conducta de los profesionales de *DI*. Dichas expectativas pueden incluir demostrar una conducta ética y profesional, proporcionar servicios centrados en la persona y libres de prejuicios, y mantener la confidencialidad.⁴ Además de las expectativas de su empleador, los profesionales de *DI* deben asegurarse de que todas las actividades del programa cumplan con las leyes, los estatutos y las regulaciones federales, estatales, tribales, locales y territoriales.

Alfabetización en salud

La alfabetización en salud, según la definición de los *CDC*, es un principio de salud pública que comprende la alfabetización personal en salud y la alfabetización organizacional en salud. La alfabetización personal en salud se refiere al grado en el que un *individuo* puede encontrar, comprender y usar información y servicios para tomar decisiones informadas sobre su propia salud.

⁵ La alfabetización organizacional en salud se refiere al grado en el que las *instituciones* empoderan



a los individuos para encontrar, comprender y usar información y servicios que orienten sus decisiones de salud.⁵ Los individuos con recursos limitados enfrentan mayores desafíos en cuanto a la alfabetización en salud, lo que pone de relieve la importancia de mejorar la comunicación y el acceso para diversas poblaciones con características particulares.⁶

Las mejores prácticas de alfabetización en salud pueden integrarse en los esfuerzos de colaboración mediante el⁷:

- uso de lenguaje claro;
- uso del idioma y de los canales de comunicación preferidos por el individuo;
- uso de lenguaje culturalmente (centrado en la persona) y lingüísticamente apropiado (según lo referido en *CLAS*).

Implementar las mejores prácticas de alfabetización en salud al colaborar con proveedores de cuidado de la salud y de otros servicios puede dar lugar a mejores resultados de salud y una mayor **autoeficacia** entre las personas diagnosticadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa. Según la Asociación Americana de Psicología, la autoeficacia se refiere a la confianza de un individuo en su capacidad para tomar decisiones relacionadas con comportamientos y resultados de salud.⁸ Las prácticas de alfabetización en salud deben seguir los requisitos de comunicación jurisdiccionales y las Guías de comunicación clara de los *CDC*, incluyendo el uso de lenguaje claro, formatos accesibles y materiales lingüísticamente apropiados para el público destinatario.

Comunicación respetuosa y adaptativa

Los profesionales de *DI* mejoran su capacidad para relacionarse eficazmente con individuos de diversos contextos al desarrollar las habilidades y la sensibilidad necesarias. Si bien los conocimientos técnicos y la formación profesional proporcionan una base sólida, no es posible conocer todos los aspectos del contexto centrado en la persona de las personas diagnosticadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa. Aun así, mediante un compromiso permanente con el aprendizaje, pueden desarrollar la humildad y la autorreflexión necesarias para trabajar con las comunidades.⁹ Este enfoque pone énfasis en la comunicación respetuosa, la flexibilidad y la atención a las necesidades particulares de cada persona.¹⁰ Al aplicar estos principios, los profesionales pueden fortalecer la confianza, establecer relaciones más eficaces y prestar servicios adecuados y adaptados a una amplia variedad de entornos y comunidades.

Epidemiología básica

Los *CDC* definen la **epidemiología** como “el estudio de la enfermedad y otros resultados de salud, su ocurrencia y causas en una población, y la aplicación de este estudio para controlar problemas de salud”.¹¹ La epidemiología es una ciencia fundamental en el campo de la salud pública que guía el trabajo de los profesionales de *DI*. En entornos colaborativos, los profesionales de *DI* pueden tener la tarea de comprender, comunicar y cumplir con las prácticas epidemiológicas básicas.¹¹

Factores económicos y sociales que contribuyen a la salud

Los profesionales de *DI* pueden observar que las diferencias individuales en educación o ingresos pueden estar asociadas con diferentes experiencias en el acceso a la atención o el mantenimiento de prácticas de salud consistentes. Comprender estos factores puede ayudar a los profesionales de *DI* a planificar y brindar servicios que sean prácticos y respondan a las necesidades de las comunidades a las que atienden.



Al colaborar con organizaciones centradas en la alimentación, la vivienda, el empleo y la educación, los profesionales de *DI* pueden apoyar el mejoramiento de los resultados de salud pública mediante un alcance y una prestación de servicios coordinados.

Confidencialidad

Un principio fundamental de la ética en salud pública es la protección de los derechos individuales y la confidencialidad. La confidencialidad en la salud pública se refiere al deber profesional y ético de salvaguardar la información de salud protegida (*PHI*), incluidos los récords médicos, asegurando su seguridad y **privacidad**.^{12,13} Este principio regula cómo se almacena, accede y comparte la información sensible de salud. La regla de privacidad de la **Ley de Portabilidad y**

Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) establece que la *PHI* no puede usarse ni divulgarse sin el consentimiento por escrito de la persona.¹⁴ Las excepciones a esto pueden incluir el reporte obligatorio de salud pública. Por ejemplo, los profesionales de *DI* pueden comunicar información relevante relacionada con la salud directamente a los proveedores de cuidado de la salud que intervienen en la atención de la persona. Los profesionales de *DI* deben estar informados sobre cualquier ley, regulación o estatuto adicional establecido por su gobierno estatal o local en relación con la privacidad y confidencialidad de la *PHI*.

Cuando sea necesario compartir información de salud protegida (*PHI*), los profesionales de *DI* deben seguir los protocolos locales para la divulgación de información, que por lo general establecen que solo debe divulgarse la información mínima necesaria para cumplir el objetivo de salud pública. Las expectativas de confidencialidad pueden variar en contextos estatales, tribales, locales y territoriales.

Mantener la confidencialidad a través de comunicaciones electrónicas, en papel o verbales es fundamental para proteger la privacidad de individuos y comunidades, dado que la naturaleza colaborativa de *DI* abarca diversas organizaciones y proveedores, además de socios de un ámbito distinto al de la salud.

Sección 2: Educación y capacitación de los proveedores

Una de las principales responsabilidades de los profesionales de *DI* en entornos colaborativos es proporcionar educación a los proveedores de cuidado de la salud y a los socios comunitarios. Esta educación puede requerir brindar capacitación sobre los requisitos jurisdiccionales, las medidas de cumplimiento de los reportes y la transmisión de recomendaciones o información de salud pública para asegurar una implementación efectiva. Esta sección tratará la información necesaria que los profesionales de *DI* deben comunicar para servir como recurso de referencia en salud pública, fortaleciendo así la capacidad de sus socios para atender mejor a sus comunidades.

Educación de los proveedores de cuidado de la salud

Los proveedores de cuidado de la salud, como los médicos y los profesionales de laboratorio, pueden apoyarse en la experiencia y los conocimientos de los profesionales de *DI* para comprender mejor ciertos requisitos o medidas de cumplimiento exigidos por su jurisdicción. Estos pueden incluir el reporte de enfermedades reportables, la elaboración de informes de casos, la comunicación con personas diagnosticadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa, y las tendencias observadas de las enfermedades actualmente en su jurisdicción.¹⁵

Enfermedades reportables, leyes, estatutos, HIPAA

Los CDC clasifican las enfermedades reportables como aquellas enfermedades que, al diagnosticarse, requieren que los proveedores de salud reporten el caso a las autoridades de salud estatales o locales debido a la contagiosidad, gravedad o frecuencia de las enfermedades.¹⁶ Los profesionales de *DI* pueden desempeñarse como educadores para los proveedores sobre las recomendaciones de tratamiento y medidas preventivas para las enfermedades reportables, como el uso de profilaxis preexposición (*PrEP*), profilaxis postexposición (*PEP*) o doxiciclina. La jurisdicción estatal del proveedor de cuidado de la salud determinará los factores para el reporte obligatorio, incluidos el plazo para el reporte, las agencias a las que se debe reportar y las condiciones específicas que deben notificarse.¹⁵ Por ejemplo, en Delaware, se pueden presentar los reportes de enfermedades reportables para afecciones como clamidia o gonorrea. Dicho reporte debe incluir información como nombre, raza, fecha de nacimiento y sexo de la persona. En Georgia, los reportes de enfermedades reportables se presentan mediante el Sistema electrónico estatal de vigilancia de enfermedades reportables (*SendSS*).¹⁸ Los profesionales de *DI* deben conocer los requisitos de reporte de su jurisdicción en relación con las enfermedades reportables y comunicar claramente estas expectativas a los socios comunitarios.

Consultar la sección anterior sobre confidencialidad para obtener información adicional relacionada con *HIPAA*.

Documentos de reporte de caso de área y requisitos de presentación

Los programas de prevención de ETS deben incentivar a los laboratorios a obtener y reportar electrónicamente todas las variables de datos esenciales para el reporte de casos.⁴ Los tipos de reportes de casos pueden incluir reportes de laboratorio, reportes de proveedores de cuidado de la salud, récords médicos (por ejemplo, récords electrónicos de salud o *EHR*), bases de datos de clínicas de salud pública y cualquier récord previo de *DI* o entrevista.¹⁹ El [sitio web](#) de los CDC contiene recursos útiles para el reporte de casos, como plantillas completas para récords de entrevistas y plantillas de alerta de salud. Las **alertas de salud** son reportes para que los departamentos de salud notifiquen a los proveedores de cuidado de la salud locales y a las entidades de salud pública sobre un aumento de una enfermedad dentro de su jurisdicción.²⁰ Si bien las alertas de salud son notificaciones públicas sobre tendencias de enfermedades, los reportes de casos son herramientas confidenciales de vigilancia para registrar la salud de un individuo. La información que suele incluirse en los informes de casos comprende el diagnóstico de la persona, los síntomas que presenta, el tratamiento que recibe, su información demográfica, sus datos de contacto y su historial sexual y/o social.²¹ Posteriormente, los departamentos de salud pública son responsables de reportar a los CDC los datos desidentificados de los informes de casos relacionados con enfermedades reportables a nivel nacional.

Habilidades y estrategias de comunicación

Al comunicarse con otras organizaciones, agencias y redes, se recomienda identificar y usar el canal de comunicación preferido por el público destinatario para difundir información de salud pública. Los *EHR* son una herramienta fundamental para la comunicación entre proveedores.⁷ Sin embargo, los socios de un ámbito distinto al de la salud pueden emplear otras formas de comunicación y reporte.

La comunicación con las personas que reciben servicios, los proveedores de cuidado de la salud y los socios comunitarios también requiere el uso de técnicas como escuchar activamente o la gestión

y resolución de conflictos.²² Escuchar activamente es una técnica de comunicación que se aplica para fortalecer la relación entre el proveedor y la persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa mediante una interacción y comunicación más profundas y conscientes.²³ Además, los profesionales de *DI* pueden apoyar a los proveedores de cuidado de la salud mediante la capacitación en técnicas de comunicación, tales como:

- comunicarse con las personas que reciben servicios y con la comunidad mediante un lenguaje centrado en la persona y que evite la estigmatización (por ejemplo, usar el término “personas que viven con VIH” en lugar de “personas infectadas por el VIH”);²⁴
- usar lenguaje claro y hablar con una voz clara y pausada ayuda a las personas que reciben servicios y a los miembros de la comunidad a comprender mejor la información que se les comparte;⁵
- entender que las preferencias de comunicación de una persona pueden variar según factores poblacionales como ingresos, raza/origen étnico y educación.²⁵

Tendencias de enfermedades

Los proveedores que buscan información sobre las tendencias de vigilancia de enfermedades que ocurren dentro de su jurisdicción pueden consultar con el epidemiólogo local o estatal. Los profesionales de *DI* pueden apoyar la educación de los proveedores facilitando conversaciones entre estos dos socios y suministrando reportes de datos relevantes publicados por el departamento de salud sobre brotes de enfermedades a los proveedores y socios externos.

Sección 3: Recurso local para proveedores y la comunidad

Los departamentos de salud estatales, tribales, locales y territoriales son responsables de actuar como recursos locales para la información de salud pública. Por consiguiente, estos programas de salud suelen asumir el rol de comunicar a sus comunidades y a los proveedores de cuidado de la salud las recomendaciones y orientaciones de salud emitidas por los *CDC*. Esta sección proporciona información sobre recursos clave, organizaciones y poblaciones especiales con las que los profesionales de *DI* pueden interactuar al desempeñarse como recursos locales para la salud pública.

Recursos clave

Los paquetes de recursos educativos que contienen hojas informativas, carteles informativos y documentos orientadores pueden ser herramientas útiles para comunicar recomendaciones y guías de salud pública a proveedores y miembros de la comunidad. Los elementos que se deben considerar para incluir en estos paquetes son recursos como guías de pruebas y tratamientos, volantes específicos de la enfermedad, publicaciones epidemiológicas recientes y copias de las normativas de reporte. Por ejemplo, en el caso de las ITS, los paquetes informativos pueden incluir recursos como las Guías de tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) de los *CDC*, un recurso diseñado para proporcionar orientación basada en evidencia sobre la prevención, el diagnóstico y el tratamiento para médicos.²⁶ Entre otros recursos clave se incluyen las Recomendaciones de detección de ITS de los *CDC*,²⁷ la Guía del plan de respuesta a brotes de ITS²⁸ y el documento Actividades de prevención y control de brotes de ITS.²⁹ Estos recursos pueden consultarse en el sitio web de los *CDC*. Al proporcionar recursos de los *CDC*, los profesionales de *DI* deben usar las versiones más recientes que estén en conformidad con la sección 508, y confirmar que la guía no se haya actualizado desde su publicación.

Organizaciones de apoyo en áreas clave

Se recomienda que los programas establezcan redes de socios con organizaciones de apoyo, tales como grupos de salud reproductiva, escuelas o universidades, centros penitenciarios y organizaciones religiosas. Más ejemplos de organizaciones clave de apoyo incluyen⁴:

- programas del departamento de salud;
- centros de salud calificados en el ámbito federal (*FQHC*);
- centros de tratamiento para el abuso de sustancias;
- clínicas de planificación familiar;
- servicios de salud mental;
- vivienda transitoria o apoyo habitacional;
- organizaciones basadas en la comunidad (*CBO*);
- clínicas Ryan White.

La creación y el mantenimiento de redes de socios con organizaciones de apoyo se ha promovido como un método para mejorar los resultados de salud. Agrupar las habilidades y recursos de cada organización permite a los proveedores de cuidado de la salud ofrecer servicios de salud de manera más eficiente y efectiva. Los profesionales de *DI* desempeñan un rol crucial en esta red como facilitadores del flujo de comunicación e información entre los socios de la red.

Poblaciones especiales y comunidades del área

Las **poblaciones especiales** son grupos que pueden verse afectados de manera desproporcionada por enfermedades debido a factores sociales o de la sociedad, como la competencia limitada en inglés o la falta de hogar.³⁰ Por lo tanto, se debe priorizar a las poblaciones especiales para iniciativas de prevención, detección y tratamiento. Por ejemplo, los adultos y jóvenes involucrados con el sistema de justicia tienen más probabilidades que la población general de padecer VIH, hepatitis viral, ITS y tuberculosis.³¹ Las poblaciones especiales también pueden incluir, entre otras³⁰:

- personas embarazadas y bebés que podrían presentar problemas de salud y complicaciones al nacer debido a la exposición a ITS;
- poblaciones que pueden enfrentar condiciones estructurales o sociales desiguales que influyen en la prevalencia de ITS (por ejemplo, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero, trabajadores(as) sexuales, ciertos grupos raciales o étnicos minoritarios, etc.);
- personas que viven con discapacidades;
- personas inmunocomprometidas;
- personas con experiencia militar.

Los profesionales de *DI* deben actuar como un recurso local para estas poblaciones informándolas sobre las amenazas actuales para la salud, conectando a los miembros de la población con la atención, educando a los proveedores sobre las necesidades de las poblaciones especiales y asociándose con organizaciones o centros que puedan estar relacionados con estas poblaciones. Por ejemplo, esto puede incluir establecer contacto con escuelas o centros penitenciarios para informarles sobre brotes de enfermedades y sobre las recomendaciones para su prevención o control.

Sección 4: Alianzas y colaboración para una atención de calidad

Los profesionales de *DI* y los proveedores, cuando están capacitados en materia de ética en salud pública y conocen los requisitos de su jurisdicción, pueden estar mejor preparados para colaborar en la prestación de servicios de salud adecuados a las personas diagnosticadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa, así como a sus comunidades. Esta sección explica el rol de un profesional de *DI* y cómo los individuos en estos roles pueden colaborar para brindar atención de calidad.

Colaboración con proveedores de cuidado de la salud y otros servicios

Esta sección describirá los servicios clave de salud pública que pueden brindarse a través de la colaboración. Los servicios de salud colaborativos, junto con las organizaciones clave de apoyo mencionadas anteriormente, pueden incluir el tratamiento de infecciones, el **referido** a otros proveedores de servicios, la motivación de las personas diagnosticadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa a la participación en la atención, y la educación en salud.⁴

Explicación del rol del profesional de *DI* al resto del personal

En entornos colaborativos, socios o proveedores pueden pedir a los profesionales de *DI* que aclaren su rol y las responsabilidades inherentes al puesto. Los profesionales de *DI* son, principalmente, profesionales de salud pública sin licencia, con experiencia aplicada en la prevención de la propagación de enfermedades infecciosas en el ámbito comunitario. Los profesionales de *DI* conectan a las personas diagnosticadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa con servicios de pruebas, tratamiento y recursos de prevención, poniendo en práctica sus competencias en manejo de casos, entrevistas, servicios de campo, rastreo de contactos, respuesta a brotes y análisis de casos.^{33,34} La función del profesional de *DI* puede clasificarse en distintos puestos, según lo determine la organización en la que el individuo esté empleado.

Recomendaciones de tratamiento

Una responsabilidad fundamental de los profesionales de *DI* es conectar a las personas diagnosticadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa con las pruebas y el tratamiento adecuados, en colaboración con los centros de cuidado de la salud y los laboratorios. La guía clínica para el tratamiento de enfermedades infecciosas se detalla en diversas guías publicadas por los *CDC*, el *NIH* y otros organismos nacionales. Los profesionales de *DI* pueden consultar estos recursos para verificar la idoneidad del tratamiento y para informar a las personas diagnosticadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa, así como a los médicos, sobre los tratamientos recomendados, elaborar el plan de tratamiento adecuado e identificar los referidos necesarios conforme a las guías. Estos son algunos ejemplos de guías de tratamiento relevantes:

- guías de tratamiento de ITS de los *CDC*;
- guías de los *CDC* para el tratamiento de la infección latente por tuberculosis;
- guías para el uso de agentes antirretrovirales en adultos y adolescentes con VIH;
- guías de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América (*ISDA*) sobre el tratamiento y manejo de diversas enfermedades infecciosas.

Proveedores de servicios del área

Los proveedores de servicios que trabajan junto con profesionales de *DI* para brindar una atención adecuada a las personas afectadas por enfermedades infecciosas pueden incluir clínicas de planificación familiar, clínicas de salud pública, clínicas de atención del VIH, departamentos de emergencia y oficinas privadas de médicos.

Estos socios pueden ser vitales para responder a los clústeres y brotes de enfermedades debido a sus vínculos con la comunidad. Por ejemplo, si los profesionales de *DI* han identificado casos que ocurren entre personas dentro de una comunidad sin hogar, proveedores de servicios del área, como clínicas para el consumo de sustancias, podrían ayudar a acceder a esta comunidad mediante la distribución de Narcan o programas de intercambio de jeringas. Trabajar con estos proveedores de servicios del área permite a los profesionales de *DI* generar confianza entre las personas que reciben servicios, aprovechando las relaciones existentes de los socios y los servicios que proporcionan.

Referidos apropiados

Los **referidos** se conocen comúnmente como el proceso mediante el cual una persona diagnosticada con o expuesta a una enfermedad infecciosa es dirigida o redirigida a un especialista o proveedor de cuidado de la salud para recibir tratamiento, o a otra organización para obtener servicios de apoyo.³⁶ Se recomienda que los programas de salud establezcan acuerdos y redes de referidos con los proveedores de servicios adecuados.²⁸ Los proveedores o servicios a los que se puede referir a las personas incluyen el enlace a cuidado por VIH, clínicas de planificación familiar, servicios de **reducción de daños**, asistencia con la vivienda o servicios de salud mental.

Las tareas realizadas por los profesionales de *DI* al desarrollar un referido pueden incluir identificar la necesidad de una persona de un referido, evaluar cuán receptiva puede ser al servicio de referido e identificar cualquier obstáculo potencial para recibir servicios adecuados.³⁵ Los directorios de recursos comunitarios para referidos pueden ser una forma eficaz de coordinar referidos apropiados. Estos directorios pueden incluir información como los datos de contacto de un recurso comunitario, horarios de atención, horarios de citas y elementos que pueden necesitarse durante la cita, como un documento de identidad. El proceso de referido puede requerir un enfoque más práctico para conectar a las personas con la atención, a menudo denominado “**transferencia asistida**” (*warm handoff*), que implica que los profesionales de *DI* realicen presentaciones formales entre la persona y los proveedores de servicios, o que los ayuden a programar la cita inicial. Por ejemplo, con el permiso de la persona, el profesional de *DI* podría usar su teléfono celular para llamar directamente a su contacto designado en una clínica u otro proveedor de servicios durante el encuentro para facilitar la realización oportuna del referido.

Fomento de la participación en la atención de las personas expuestas a o en riesgo de contraer una enfermedad

Los profesionales de *DI* suelen llamar “entrevista motivacional” al proceso de fomentar la participación en la atención de las personas expuestas a o en riesgo de contraer una enfermedad. La **entrevista motivacional (EM)** implica comunicarse con personas diagnosticadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa de manera que fomente elecciones de comportamiento saludables.³⁶

La entrevista motivacional requiere que los profesionales de *DI* adquieran habilidades de comunicación como escuchar activamente, emplear lenguaje no estigmatizante y guiar la toma de



decisiones que se alineen con el empoderamiento, la autoeficacia y el respeto. El lenguaje no estigmatizante es una práctica recomendada en el estilo de comunicación que los profesionales de *DI* y los proveedores deben adoptar para crear diálogos centrados en la persona, libres de juicios e inclusivos con personas diagnosticadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa, fomentando así relaciones de confianza.²⁴ Algunos ejemplos son términos como “persona con un trastorno por consumo de sustancias” o “persona con consumo activo”. La toma de decisiones guiada, o toma de decisiones compartida, son términos que se refieren a la manera en la que las personas son diagnosticadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa y los proveedores colaboran para tomar decisiones que promuevan un cambio de comportamiento.³⁷ Esto puede incluir discutir pruebas, tratamiento o planes de manejo de la enfermedad que la persona tal vez prefiera basándose en la orientación de un profesional de la salud.²¹

Centrarse en técnicas exitosas de entrevista motivacional puede ayudar a fomentar relaciones de confianza que guíen a las personas diagnosticadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa hacia resultados positivos en su salud.

Educación y recursos

Para asegurar que las personas reciban una atención adecuada por parte de los proveedores de servicios de salud, los profesionales de *DI* pueden ayudar a compilar recursos educativos tanto para los proveedores como para las personas diagnosticadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa. Educar a los proveedores y a las personas diagnosticadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa sobre enfermedades infecciosas, opciones de tratamiento y medidas preventivas puede ayudar a las comunidades a detener la propagación de enfermedades infecciosas, además de proporcionar atención de calidad. Los materiales educativos deben adaptarse al nivel de alfabetización en salud de cada público destinatario.

En algunos programas, los profesionales de *DI* son responsables de reunir los paquetes y materiales del programa al realizar visitas a proveedores de salud. Los profesionales de *DI* pueden realizar visitas a los proveedores de cuidado de la salud con el propósito de comunicar información valiosa sobre pruebas, tratamiento, normas de reporte o servicios para parejas (*partner services*). Los paquetes de visita para proveedores pueden incluir guías de reporte y tratamiento (consultar la sección de Educación y capacitación para proveedores de este capítulo), tarjetas de presentación y materiales educativos. Al proporcionar estos recursos y materiales educativos a personas diagnosticadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa y los proveedores, los profesionales de *DI* pueden contribuir al mejoramiento de la alfabetización en salud organizacional y personal, asegurando al mismo tiempo que los proveedores estén actualizados con información crítica sobre los servicios de salud.

Sección 5: Revisión colaborativa de casos para el mejoramiento de la calidad

La *NBPHE* reconoce el manejo de caso como una de las seis áreas de competencia para los profesionales de *DI*.³² Con el fin de fortalecer las estrategias de manejo de caso, los profesionales de *DI* deben colaborar en el proceso de revisión de casos. Esto se puede lograr identificando y discutiendo oportunidades de mejoramiento de la calidad con socios y organizaciones de apoyo. Esta sección tratará áreas de oportunidad para la evaluación y el mejoramiento del proceso de revisión de casos.

Proceso de revisión de casos

El **manejo de caso** implica la documentación y análisis de la información de salud del paciente para planificar y ejecutar iniciativas de intervención de enfermedades.¹⁹ El manejo de caso de una enfermedad infecciosa incluye siete pasos integrales³⁸:

- Análisis preentrevista
- Entrevista original
- Análisis posentrevista
- referido de individuos nombrados en la red social o sexual;
- entrevistas con personas que pueden beneficiarse de las pruebas o los contactos sociales;
- reentrevistas;
- cierre del caso.

La revisión de casos se realiza como resultado de la información recolectada a través del proceso de entrevista; se trata de un esfuerzo conjunto entre los profesionales de *DI*, el(los) supervisor(es) del profesional de *DI* y el equipo clínico de la persona diagnosticada con o expuesta a una enfermedad infecciosa. La revisión de casos puede brindar una oportunidad para identificar áreas de mejoramiento de la calidad. Las áreas dentro del manejo de caso que se pueden revisar para el mejoramiento incluyen tratamientos recomendados, elementos clave del caso obtenidos, estrategias de comunicación aplicadas, mejores prácticas que podrían haberse incorporado y oportunidades perdidas dentro del caso en general. Consultar a proveedores de servicios adicionales, como servicios para trastornos por consumo de sustancias o clínicas de planificación familiar, durante el proceso de revisión de casos puede revelar otras áreas para el mejoramiento y una colaboración exitosa.

Recomendaciones de tratamiento

A partir de la información obtenida en las entrevistas con personas diagnosticadas con una enfermedad infecciosa, los profesionales de *DI* pueden recomendar pruebas adicionales para las personas diagnosticadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa, recolectando muestras con su consentimiento para su análisis en un laboratorio.¹⁹ Los profesionales de *DI* comunicarán los resultados a las personas diagnosticadas con o expuestas a una enfermedad infecciosa, lo que podría dar lugar a la recomendación de un tratamiento. Las recomendaciones de tratamiento proporcionadas por profesionales de *DI* son un elemento fundamental del caso que puede revisarse en conjunto con socios de laboratorio y proveedores para asegurar la precisión y dar las recomendaciones y referidos adecuados. El proceso de revisión de casos ofrece a los profesionales de *DI* la oportunidad de verificar que la persona, así como otras personas que estuvieron expuestas, hayan recibido el tratamiento adecuado recomendado en las guías clínicas pertinentes para la enfermedad en cuestión, como las Guías de tratamiento de ITS de los *CDC* y el Tratamiento de la tuberculosis sensible y resistente a los medicamentos.²⁶ Si no se proporcionó el tratamiento adecuado, los profesionales de *DI* deben referir a la persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa o a las personas expuestas a una enfermedad infecciosa a planes de tratamiento adicionales.

Revisión de los elementos clave del caso

Revisar los elementos del caso en entornos colaborativos puede ayudar a los profesionales de *DI* a mejorar las estrategias de manejo de caso al resaltar información clave, como oportunidades de alianzas que podrían haberse pasado por alto. Los elementos clave de un caso pueden incluir

información como el grupo de edad, el género, el historial sexual o la ocupación, así como información sobre la ubicación de la persona, como una escuela o un centro penitenciario.¹⁷

Comunicación efectiva en un entorno grupal

Como se mencionó anteriormente, la revisión colaborativa de casos requiere el apoyo de organizaciones clave, agencias y proveedores de servicios. Sin embargo, la comunicación entre estos grupos puede representar una posible barrera para la revisión y el manejo eficaces de los casos. Identificar y crear estrategias de comunicación claras puede prevenir problemas de comunicación que afecten la calidad de la atención. Las estrategias para una comunicación efectiva pueden incluir acordar roles y responsabilidades claros, establecer canales de comunicación para actualizar o compartir información con los socios, definir la frecuencia de la comunicación y documentar claramente cualquier expectativa o política.

Mejores prácticas

Al colaborar en iniciativas de revisión de casos, establecer las mejores prácticas entre los socios colaboradores puede asegurar un proceso de revisión eficiente y efectivo. Las mejores prácticas pueden incluir³⁹:

- establecer y acordar un propósito o visión compartido para el proceso;
- identificar una estrategia o enfoque para el proceso que ayude a determinar los roles y las responsabilidades de cada participante;
- asegurar que el proceso de revisión responda a las necesidades de la población atendida y destaque perspectivas alternativas de las personas que recibieron servicios o de los proveedores;
- mantener las estrategias de comunicación descritas anteriormente para una comunicación clara y eficaz;
- esbozar las acciones acordadas derivadas del proceso colaborativo, que pueden incluir los próximos pasos después de haber realizado una revisión;
- implementar prácticas de confidencialidad para proteger la información sensible durante todo el proceso de colaboración y comunicar estas prácticas (por ejemplo, desidentificar los datos o dar a conocer la información mínima requerida a los proveedores adecuados) a las personas que reciben servicios.

Estas mejores prácticas pueden aplicarse en casi todos los entornos de colaboración. Sin embargo, pueden ser particularmente útiles para fortalecer las estrategias de manejo de caso entre todas las partes involucradas.

Identificación de oportunidades perdidas

Distinguir oportunidades perdidas a lo largo del proceso de revisión de casos permite a los profesionales de *DI* señalar elementos del caso que pueden mejorarse o áreas en las que se puede ofrecer más apoyo. Recolectar información adicional en entrevistas, colaborar con otros proveedores para obtener apoyo o referir a una persona diagnosticada con o expuesta a una enfermedad infecciosa a servicios complementarios son ejemplos de oportunidades perdidas que podrían mejorar los resultados generales de salud de las personas que reciben servicios. La información adicional puede incluir detalles de contacto que faltan, nombres o información de contacto de otras personas expuestas a una enfermedad infecciosa, ubicaciones o entornos relevantes para la exposición, o fechas de exposición a la infección. El proceso de identificación de



oportunidades perdidas requiere que los profesionales de *DI* presten mucha atención a los detalles del caso, empleen habilidades de pensamiento crítico y apliquen técnicas de resolución de problemas.

Mejoramiento de la calidad

Los programas de salud pública deben someterse a una evaluación adecuada y rutinaria para el mejoramiento de la calidad, que abarca las actividades de manejo de caso.²⁸ Revisar y analizar casos con socios colaboradores puede ser una iniciativa inclusiva de mejoramiento de la calidad que debe tener en cuenta los conceptos expuestos anteriormente. Áreas adicionales para el análisis de casos y mejoramiento de la calidad pueden incluir la recolección y el reporte de datos a través del sistema *EHR*, así como enfoques de alcance e intervención.²⁸ Enfatizar la importancia de iniciativas rutinarias y estratégicas de mejoramiento de la calidad que incorporen estos elementos puede derivar en una mejor prestación de servicios de salud.

Conclusión

La colaboración entre profesionales de *DI* y socios comunitarios es fundamental para proporcionar atención y servicios que sean accesibles y justos, y que satisfagan adecuadamente las necesidades de las poblaciones atendidas. La colaboración efectiva requiere que los profesionales de *DI* observen los principios y la ética de la salud pública, eduquen a los proveedores, como su recurso local, sobre información de salud pública y creen alianzas con las partes clave. Este capítulo describió consideraciones clave esenciales para los entornos colaborativos a través de las cinco tareas identificadas al inicio de esta sección. Estas consideraciones proporcionan a los profesionales de *DI* una guía para usar al colaborar con socios comunitarios. Esta guía establece los principios éticos fundamentales que sirven de base para las alianzas e identifica cómo equipar adecuadamente a los socios con la información necesaria para brindar servicios de calidad a las personas diagnosticadas con y expuestas a una enfermedad infecciosa. Los profesionales de *DI* pueden aplicar la información de este capítulo para crear alianzas más efectivas que mejoren la salud en las comunidades a las que atienden.



Palabras clave del Capítulo 5

Manejo de caso
Confidencialidad
Epidemiología
Ética
Reducción de daños
Alerta de salud
Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (*HIPAA*)
Alfabetización en salud
Entrevista motivacional (EM)
Privacidad
Referido
Autoeficacia
Poblaciones especiales
Transferencia asistida

Preguntas de práctica del Capítulo 5

1. Si los médicos no están seguros de los requisitos de reporte para su estado, ¿dónde deberían buscar asesoramiento?
 - a. Foros médicos en línea
 - b. Departamentos de salud estatales/locales
 - c. Colegas en su departamento u otro proveedor

Respuesta: b

Fundamento: Los departamentos de salud estatales y locales establecen y hacen cumplir los requisitos de reporte de enfermedades transmisibles. Ellos son el recurso autorizado para preguntas sobre reportes.

2. ¿Cuál de las siguientes comunicaciones de información de salud estaría prohibida por *HIPAA*?
 - a. Una oficina médica que comparte el diagnóstico de una persona con su contacto de emergencia
 - b. Un centro de cuidado infantil que comparte un clúster de casos de una enfermedad transmisible con su departamento local de salud
 - c. Un hospital que notifica a un centro de enfermería especializada la enfermedad transmisible de una persona en el momento de su traslado

Respuesta: a

Fundamento: *HIPAA* protege la confidencialidad del paciente. Compartir diagnósticos con los contactos de emergencia requiere la autorización del paciente, a menos que la persona esté incapacitada. Los demás escenarios se relacionan con actividades de salud pública o con la continuidad de la atención, ambas permitidas por la *HIPAA*.

3. ¿Qué agencias comunican principalmente las recomendaciones de salud pública a una comunidad?
 - a. Oficinas del proveedor
 - b. Departamentos de salud
 - c. Redes sociales

Respuesta: b

Fundamento: Los departamentos de salud locales, estatales y federales tienen la responsabilidad de emitir guías de salud pública a las comunidades. Los proveedores y las redes sociales pueden compartir información, pero los departamentos de salud son la fuente autorizada.

4. ¿Cuál de las siguientes actividades implica trabajar con escuelas o centros penitenciarios?
 - a. Seguir las guías de los *CDC* para las estrategias de mitigación de un posible brote de enfermedad en instalaciones públicas
 - b. Llamar a cada miembro del personal empleado en las instalaciones para notificarles la existencia de una enfermedad transmisible
 - c. Solicitar anualmente el historial médico de cada estudiante o individuo que se encuentra encarcelado

Respuesta: a

Fundamento: Los profesionales de *DI* colaboran con instituciones como escuelas y centros penitenciarios durante los brotes para aplicar estrategias de mitigación y proteger a las poblaciones. Las otras opciones no son tareas de *DI* apropiadas ni realistas.

- 
5. ¿Qué tipos de recursos proporcionaría con mayor probabilidad un profesional de *DI* a un proveedor médico?
- a. Hojas informativas y carteles sobre enfermedades transmisibles
 - b. Servicios de interpretación mediante teléfono o tableta
 - c. Mascarillas y guantes

Respuesta: a

Fundamento: Los profesionales de *DI* apoyan a los proveedores con recursos educativos, asistencia técnica e información actualizada. Los equipos de protección personal y los servicios de interpretación pueden ser importantes, pero típicamente no los proporciona el personal de *DI*.

6. ¿Qué información adicional sobre enfermedades infecciosas debe reportarse con todos los casos presuntivos y confirmados?
- a. Etapa de la enfermedad, historial y tratamiento, si lo hubiera
 - b. No se necesita información adicional después del tratamiento
 - c. Síntomas identificados, tratamiento e información de contacto

Respuesta: c

Fundamento: La vigilancia va más allá de la simple identificación de casos. La etapa de la enfermedad, los antecedentes clínicos y el estado del tratamiento permiten evaluar la carga de enfermedad, el riesgo de transmisión y las necesidades de recursos.

Referencias del Capítulo 5

1. Public Health Leadership Society. *Principles of the Ethical Practice of Public Health*. 2002. Accessed October 20, 2025. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/5595/>
2. National Board of Public Health Examiners. CDI Exam Content Outline. 2025. Accessed October 20, 2025. <https://www.nbphe.org/wp-content/uploads/2025/08/CDI-Exam-Content-Outline-2025.pdf>
3. Dreeke R. *It's Not All About Me: The Top Ten Techniques for Building Quick Rapport with Anyone*. People Formula; 2011.
4. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Program Operation Considerations for Sexually Transmitted Infection Prevention*. 2025. Accessed January 14,, 2026. https://www.cdc.gov/sti/media/pdfs/2025/06/Program-Operation-Considerations-for-STI-Prevention_508pass.pdf
5. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *What Is Health Literacy?* 2024. Accessed November 8, 2024. <https://www.cdc.gov/health-literacy/php/about/index.html>
6. World Health Organization. *Health Literacy*. 2024. Accessed October 20, 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>
7. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Communication Strategies*. 2024. Accessed October 10, 2024. <https://www.cdc.gov/health-literacy/php/research-summaries/communication-strategies.html>
8. Carey MP, Forsyth AD. *Teaching Tip Sheet: Self-efficacy*. American Psychological Association. 2009. Accessed October 20, 2025. <https://www.apa.org/pi/aids/resources/education/self-efficacy>
9. Tervalon M, Murray-García J. Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *J Health Care Poor Underserved*. 1998;9(2):117-25. Accessed October 20, 2025. doi:10.1353/hpu.2010.0233
10. Stubbe DE. Practicing cultural competence and cultural humility in the care of diverse patients. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2020;18(1):49-51. Accessed October 20, 2025. doi:10.1176/appi.focus.20190041
11. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Public Health 101 Series: Introduction to Epidemiology*. 2025. Accessed October 20, 2025. <https://www.cdc.gov/training-publichealth101/php/training/introduction-to-epidemiology.html>
12. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Scientific Integrity at CDC. Protecting Privacy and Confidentiality*. 2025. Accessed October 20, 2025. <https://www.cdc.gov/scientific-integrity/php/protecting-privacy-confidentiality/index.html>
13. Tariq RA, Hackert PB. Patient confidentiality. In: *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing. 2023. Accessed October 20, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519540/>
14. National Institutes of Health. HIPAA Privacy Rule and Its Impacts on Research. Accessed October 20, 2025. https://privacyruleandresearch.nih.gov/pr_05.asp
15. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Mandatory reporting of infectious diseases by clinicians. *MMWR*. 1990;39(RR-9):1-11,16-7. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001665.htm>

16. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. *Health, United States. Notifiable Disease*. 2024. Accessed October 20, 2025. <https://www.cdc.gov/nchs/hus/sources-definitions/notifiable-disease.htm>
17. Delaware Health and Social Services. *Infectious Disease Reporting in Delaware*. Accessed October 20, 2025. <https://dhss.delaware.gov/dhss/dph/dpc/rptdisease.html>
18. Georgia Department of Public Health. *Disease Reporting*. Accessed October 20, 2025. <https://dph.georgia.gov/epidemiology/disease-reporting>
19. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *How We Conduct Case Surveillance*. 2024. Accessed October 20, 2025. <https://www.cdc.gov/nndss/what-is-case-surveillance/conducting.html>
20. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *STI Program Resources*. 2025. Accessed October 20, 2025. <https://www.cdc.gov/sti/php/sti-program-resources/index.html>
21. Elwyn G, Dehlendorf C, Epstein RM, Marrin K, White J, Frosch DL. Shared decision making and motivational interviewing: Achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. *Ann Fam Med*. 2014;12(3):270-5. doi:10.1370/afm.1615
22. National Coalition of STD Directors. *DIS Job Task Analysis*. Accessed October 20, 2025. <https://www.ncsddc.org/our-work/about-disease-intervention/dis-certification/dis-job-task-analysis/>
23. Authenticix. *Actively Listening to the Voice of the Customer at Scale*. Accessed October 20, 2025. <https://authenticx.com/page/why-is-active-listening-important-in-healthcare/>
24. National Institutes of Health. *Person-first and Destigmatizing Language*. Accessed August 11, 2022. <https://www.nih.gov/nih-style-guide/person-first-destigmatizing-language>
25. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Understanding Health Literacy*. 2024. Accessed November 8, 2024. Available from: <https://www.cdc.gov/health-literacy/php/about/understanding.html>
26. U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *STI Treatment Guidelines*. 2021. Accessed June 6, 2024. <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/default.htm>
27. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Screening Recommendations and Considerations Referenced in Treatment Guidelines and Original Sources*. 2021. Accessed March 22, 2024. <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/screening-recommendations.htm>
28. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Stacks. *Program Operations Guidelines for STD Prevention: Outbreak Response Plan*. 2001. Accessed October 20, 2025. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/40227>
29. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. STD outbreak prevention and control activities. Accessed October 20, 2025. <https://www.cdc.gov/sti/media/pdfs/2024/04/STI-Outbreak-Prevention-and-Control-Activities.pdf>
30. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Priority populations. In: *Sexually Transmitted Infections: Adopting a Sexual Health Paradigm*. National Academies Press. 2021:113-81.
31. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Public Health Considerations for Correctional Health. Accessed December 10, 2024. <https://www.cdc.gov/correctional-health/about/index.html>

32. National Board of Public Health Examiners (NBPHE). Certified in Disease Intervention. Accessed October 20, 2025. <https://www.nbphe.org/certified-in-disease-intervention/>
33. Utah Department of Health and Human Services. *Disease Intervention Specialist (DIS): Information for Utah Clinicians*. 2023. Accessed October 20, 2025. <https://epi.utah.gov/wp-content/uploads/DIS-and-Clinician-Factsheet-2023.pdf>
34. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Disease intervention. Accessed August 1, 2024. <https://www.cdc.gov/sti/php/projects/disease-intervention.html>
35. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. CDC TRAIN. *Referrals and Linkage to Care*. 2025. Accessed October 20, 2025. <https://www.train.org/cdctrain/course/1089358>
36. Budhwani H, Naar S. Training providers in motivational interviewing to promote behavior change. *Pediatr Clin North Am*. 2022;69(4):779-94. doi:10.1016/j.pcl.2022.04.008
37. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Overdose Prevention. *Training: Motivational Interviewing*. 2024. Available from: <https://www.cdc.gov/overdose-prevention/hcp/trainings/motivational-interviewing.html>
38. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Stacks. *Program Operations Guidelines for STD Prevention: Partner Services*. 2001 (archived). Accessed October 20, 2025. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/40225>
39. Marshall J, Birriel P, Ramakrishnan R, Martinez Tyson D, Sappenfield WM. Collaboration and partnership. In: *Certified in Public Health Exam Review Guide*. American Public Health Association. 2018:145-64.

Capítulo 6 Brotes de enfermedades y preparación para emergencias

Amal H. Eldanaf, Maestría en Salud Pública (MPH)

Introducción

Los profesionales de intervención de enfermedades (*DI*) se definen como cualquier profesional de salud pública que realiza actividades de intervención de enfermedades, incluyendo, entre otros, entrevistas centradas en la persona, recolección de datos mejorados de vigilancia y evaluación comunitaria, rastreo de contactos, recolección de especímenes en campo, investigación de brotes en campo, preparación para emergencias, alcance comunitario y colaboración con proveedores médicos.¹

Las habilidades clave de los profesionales de *DI* para apoyar esta labor incluyen la comunicación, las entrevistas, la investigación de casos y la coordinación. Los profesionales de *DI* a menudo señalan que desempeñan muchos roles mientras equilibran diversas responsabilidades, lo que les ayuda a responder de manera efectiva tanto en situaciones rutinarias como de emergencia. Este capítulo describe las tareas y los roles de los profesionales de *DI* en la respuesta a brotes y preparación para emergencias³:

- Tarea 1: Participar en capacitación de preparación (por ejemplo, ejercicios de mesa, aprendizaje de temas relevantes para un brote de emergencia, capacitación justo a tiempo, planificación para emergencias, conocimiento de un plan de respuesta a brotes, capacitación en la estructura de comando de incidentes [*ICS*]).
- Tarea 2: Aplicar técnicas de intervención de enfermedades (por ejemplo, guías operativas del programa, capacitación cruzada en el conocimiento de otras morbilidades) para participar en emergencias de salud pública e iniciativas de respuesta a brotes.
- Tarea 3: Asistir a diversos funcionarios gubernamentales y de salud pública en la realización de las tareas requeridas (por ejemplo, recolección de datos, identificación de contactos, recomendaciones de cuarentena y aislamiento, evaluación rápida de necesidades, consulta con epidemiólogos, alcance comunitario, promoción de la concienciación incluyendo la red de alerta de salud [*HAM*]).
- Tarea 4: Participar en informes postacción (*AAR*) para aportar lecciones aprendidas y mejorar las actividades de respuesta futuras.
- Tarea 5: Cumplir con los principios de salud pública durante la respuesta a brotes y preparación para emergencias.

Contenido del área de competencia

Sección 1: Participación en capacitación para la preparación

Los profesionales de *DI* desempeñan un rol vital en la reducción de la morbilidad y mortalidad asociadas con emergencias de salud pública, especialmente durante brotes de enfermedades infecciosas. Para responder de manera efectiva, deben poseer los conocimientos, las habilidades y la familiaridad necesarios con los sistemas y protocolos de emergencia para operar con confianza en entornos de alta presión.



Esta sección describe las actividades clave de capacitación en preparación en las que pueden participar los profesionales de *DI*, incluyendo la planificación para emergencias, los planes de respuesta a brotes, el sistema de comando de incidentes (*ICS*), los ejercicios de mesa y la capacitación justo a tiempo (*JIT*). Estas herramientas y marcos preparan a los profesionales de *DI* para actuar con confianza y eficacia en todas las fases del ciclo de respuesta ante emergencias, desde la planificación y el fortalecimiento de capacidades hasta la respuesta y la recuperación.⁴

Planificación para emergencias y mitigación de riesgos

La **planificación para emergencias** es el proceso mediante el cual se desarrollan estrategias, procedimientos y recursos para prepararse y responder ante emergencias de salud pública. Este proceso asegura que, cuando surjan amenazas urgentes para la salud, el sistema de salud pública pueda actuar de manera rápida, eficaz y equitativa. Los profesionales de *DI* son fundamentales para brindar una respuesta eficaz ante los brotes. Su experiencia en la investigación de caso, el rastreo de contactos, la participación comunitaria y las operaciones de campo proporciona conocimientos fundamentales sobre la manera en que los planes de respuesta se llevan a la práctica en contextos reales.

La participación activa en esta planificación permite a los profesionales de *DI* participar en la mitigación de riesgos anticipando desafíos, ideando soluciones proactivas, identificando funciones críticas y determinando los recursos necesarios. Al colaborar con equipos multidisciplinarios, como epidemiólogos, personal de vigilancia y funcionarios de salud pública, los profesionales de *DI* ayudan a evaluar el riesgo y a crear sistemas de respuesta más resilientes.

Los componentes clave para implementar la planificación para emergencias y la mitigación de riesgos incluyen:

- Evaluación de riesgos — Se trabaja con epidemiólogos, equipos de vigilancia y funcionarios de salud pública para identificar posibles escenarios de brote y acciones de respuesta apropiadas.⁵
- Asignación de recursos — Se asiste en la planificación de la distribución de vacunas, equipos de protección personal (*EPP*), kits de prueba y otros suministros esenciales.
- Participación comunitaria — Se ayuda en el desarrollo de planes para educar y hacer participar a la comunidad en las actividades de preparación y respuesta para: agencias federales, departamentos de salud estatales, proveedores de cuidado de la salud, clínicas, administradores hospitalarios y órganos de gobierno, gobierno, seguros de salud, organizaciones no gubernamentales (*ONG*), ciudadanos, universidades, laboratorios y voluntarios comunitarios.

Estas actividades de planificación mejoran la preparación y disminuyen el riesgo antes de que surja un brote. Un ejemplo claro de ello puede observarse en la respuesta al brote de viruela símica (mpox) de 2022–2023. A principios de la década de 2000, los *CDC* habían estado trabajando en la planificación de la preparación ante la viruela, lo que incluía disponer de métodos diagnósticos confiables, una vacuna autorizada y contramedidas médicas en investigación listas para su uso en caso de un brote.⁶ Cuando surgió la mpox, esta planificación permitió una respuesta de salud pública rápida y coordinada. La capacidad de actuar rápidamente demuestra cómo la planificación para emergencias y las estrategias de mitigación de riesgos pueden reducir la propagación y gravedad de un brote.

Plan de respuesta a brotes

Una vez que se establecen la planificación para emergencias y las estrategias de mitigación de riesgos, los **planes de respuesta a brotes (ORP)** proporcionan la hoja de ruta táctica para determinar las acciones que deben tomarse. Estos planes escritos identifican los roles, los recursos y las estrategias clave para contener la enfermedad, proteger al público y mantener los servicios esenciales. Aunque estos planes se desarrollan a nivel organizacional, los profesionales de *DI* suelen aportar sus conocimientos especializados, particularmente en áreas como la respuesta a brotes, la investigación de caso y el alcance a poblaciones en riesgo.

Las estrategias clave de intervención en salud pública consideradas en un plan de respuesta a brotes incluyen:

- Vigilancia — Recolección, análisis e interpretación sistemáticos y continuos de datos para monitorear la propagación de enfermedades, identificar áreas de alta incidencia y orientar intervenciones oportunas.⁷
- Contención — Implementación de medidas de aislamiento, cuarentena y distanciamiento social para prevenir una mayor transmisión.⁸
- Campañas de vacunación — Organización de campañas de inmunización masiva para proteger a las poblaciones afectadas de manera desproporcionada y reducir la morbilidad y la mortalidad.⁹
- Comunicación pública — Uso de los principios de comunicación de riesgo en crisis y emergencias (*CERC*) de los *CDC* para proporcionar información precisa y oportuna, y contrarrestar así la información errónea durante los brotes.¹⁰

Los planes integrales de respuesta ante emergencias y brotes orientan la gestión de las crisis de salud pública y, como se refleja en los recursos de los *CDC* y de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (*FEMA*), pueden organizarse en las siguientes fases:

- Preparación — Identificación de recursos, capacitación del personal y evaluación de riesgos.
- Respuesta — Activación de operaciones de emergencia, despliegue de recursos e implementación de intervenciones.
- Recuperación — Evaluación de la efectividad de la respuesta, restauración de los sistemas de salud pública e integración de las lecciones aprendidas.

La planificación para emergencias debe reflejar los requisitos de reporte específicos de la jurisdicción, las autoridades legales para el control de brotes y las consideraciones de soberanía tribal cuando corresponda.

Sistema de comando de incidentes

El **sistema de comando de incidentes (ICS)** proporciona un marco estandarizado para la respuesta ante emergencias, integrando recursos dentro de una estructura común para facilitar la gestión entre distintas jurisdicciones.¹¹ En las emergencias de salud pública, contribuye a la investigación de las causas al tiempo que apoya las operaciones de respuesta.

Para los profesionales de *DI*, comprender el *ICS* es esencial para desempeñarse eficazmente durante las respuestas a brotes. Aclara las líneas de reporte, define los roles y asegura que el trabajo esté integrado en el esfuerzo de respuesta más amplio. Por ejemplo, durante un brote de una enfermedad transmitida por los alimentos, los profesionales de *DI* pueden desempeñarse

dentro del *ICS* para coordinar las investigaciones de caso y la comunicación pública.¹² El *ICS* también apoya la coordinación de recursos, el flujo de información y la toma de decisiones, ayudando a los equipos de *DI* a coordinarse con otros equipos, como los de epidemiología, servicios de laboratorio y logística.

Pasos clave para la integración al *ICS*:

- Capacitación sobre los fundamentos del *ICS* — Muchos departamentos de salud requieren que el personal complete los cursos ICS-100 e ICS-200 de *FEMA* como parte del cumplimiento del Sistema nacional de manejo de incidentes (*NIMS*). El ICS 100 expone la historia, los principios y la estructura del *ICS*, y el ICS 200 prepara al personal para roles de supervisión durante las fases iniciales de la respuesta.
- Comprensión de los roles críticos del *ICS* — Los profesionales de *DI* pueden trabajar en colaboración con personas que desempeñan roles de liderazgo dentro del *ICS* o reportarles directamente, entre ellos se incluyen:
 - Jefe de la sección de operaciones — Gestiona las actividades de respuesta táctica (por ejemplo, rastreo de contactos, investigación de campo)
 - Jefe de la sección de planificación — Supervisa el desarrollo del plan de acción del incidente (*IAP*), que describe los objetivos y las estrategias de respuesta para cada día.
 - Responsable de información pública (*PIO*) — Coordina con los medios de comunicación y asegura la coherencia de los mensajes dirigidos al público.
- Respeto de la cadena de comando — El *ICS* depende de una cadena de comando clara para mantener la seguridad y la eficiencia. El personal de *DI* debe seguir los protocolos de reporte establecidos y comunicarse dentro de los canales y las estructuras designados.
- Participación en simulacros y ejercicios — Los ejercicios de simulación periódicos ayudan a los profesionales de *DI* a practicar la coordinación del *ICS*, la toma de decisiones en tiempo real y la colaboración interinstitucional en un entorno de bajo riesgo.

Ejercicios de mesa

Los **ejercicios de mesa (*TTX*)** simulan eventos del mundo real, como brotes de enfermedades infecciosas, desastres naturales, eventos de bioterrorismo y otras amenazas para la salud pública, permitiendo así a los participantes practicar sus roles y adquirir experiencia en entornos de emergencia. Los *TTX* suelen ser iniciados y coordinados por el departamento de salud o por un equipo designado de preparación para emergencias con el fin de poner a prueba y fortalecer los componentes del plan de respuesta a brotes de una organización. Los escenarios deben incorporar las limitaciones específicas de cada jurisdicción, incluidas las estructuras de autoridad locales, las restricciones para el intercambio de datos y los marcos legales de salud pública. Como herramienta organizacional, los *TTX* fomentan la resolución colaborativa de problemas, fortalecen la comunicación y la coordinación entre organismos, apoyan el análisis integral de las situaciones y contribuyen al perfeccionamiento de los planes operativos.

Características clave de los *TTX*:

- Planificación de un escenario — Se selecciona un escenario plausible de brote basado en eventos históricos o amenazas emergentes. Para guiar la discusión, se incluyen detalles, como el modo de transmisión, las poblaciones afectadas y los desafíos logísticos.
- Definición de roles — Se asignan roles claros a los profesionales de *DI*, epidemiólogos, proveedores de cuidado de la salud, gerentes de emergencias y otros según la experiencia

de cada participante. Deben tenerse en cuenta competencias esenciales como las siguientes:

- hay que proporcionar interpretación para poblaciones que no hablan inglés;
- hay que planificar para individuos que dependen de ayudas para la movilidad o cuidado de la salud en el hogar;
- Hay que considerar factores jurisdiccionales locales, como capacidad hospitalaria limitada, desconfianza de la comunidad o barreras de transporte.
- Evaluación de los recursos — Se identifican y documentan los recursos, las habilidades y los conocimientos necesarios para apoyar una respuesta eficaz.
- Evaluación posterior — Después de ejecutar el plan de respuesta a brotes mediante los *TTX*, se realiza una sesión de análisis posterior para evaluar el proceso. El paso final consiste en una revisión posterior al ejercicio para evaluar el desempeño, identificar deficiencias de coordinación o conocimientos, documentar las lecciones aprendidas y recomendar mejoras para fortalecer las futuras actividades de respuesta.

La Figura 1 muestra el ciclo para planificar una simulación. Los *TTX* son una parte fundamental de la preparación para emergencias, ya que ayudan a las agencias a poner a prueba y fortalecer sus planes de respuesta, al tiempo que aprovechan los conocimientos adquiridos en cada ejercicio para mejorar la preparación ante futuras emergencias. Las organizaciones deben contar con un ciclo, una combinación y una variedad definidos de ejercicios dentro de un plan plurianual de ejercicios que abarque la amplia gama de emergencias naturales y provocadas intencionalmente que puedan ocurrir.¹³

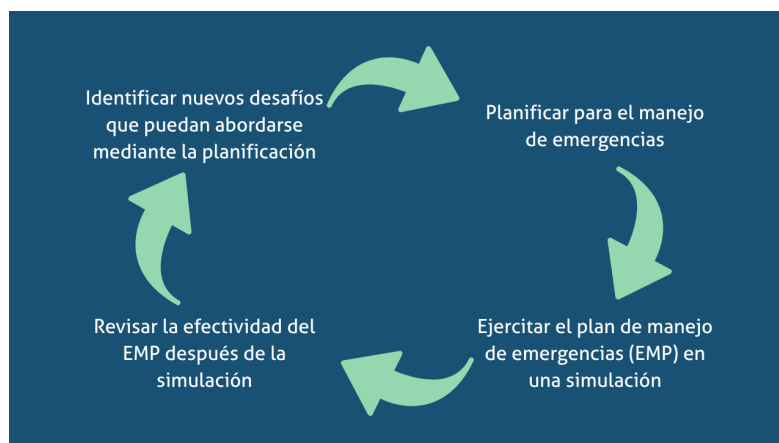


Figura 1: Ciclo de planificación de simulaciones, pruebas previas a una emergencia
Fuente Departamento de Calidad Ambiental de Carolina del Norte. Traducido con permiso.

Capacitación justo a tiempo

La **capacitación justo a tiempo (JIT)** proporciona a los profesionales de *DI* información actualizada y específica inmediatamente antes o durante un brote. Apoya la adaptabilidad a situaciones emergentes al centrarse en protocolos, habilidades y conocimientos específicos para el incidente actual. Estas capacitaciones están diseñadas para ser breves, específicas y adaptables, con el fin de asegurar que todas las personas estén preparadas para actuar de manera eficaz en un entorno donde el tiempo es un factor crítico. Las sesiones presenciales suelen ser más efectivas con un máximo de 20 participantes para una participación óptima, pero el tamaño de la sesión puede variar según los protocolos de capacitación jurisdiccionales, y algunas sesiones pueden impartirse de manera virtual...



Para implementar la capacitación *JIT* de manera efectiva, es esencial identificar los temas centrales relevantes para el brote, tales como características del patógeno, vías de transmisión, estrategias de prevención y enfoques de comunicación pública. Las capacitaciones *JIT* deben ser módulos breves e independientes que puedan actualizarse rápidamente y ofrecerse de forma presencial, virtual o asincrónica. Aprovechar la tecnología, como los sistemas de gestión de aprendizaje (*LMS*), los entornos virtuales de aprendizaje (*VLE*) o las aplicaciones móviles, permite la distribución rápida de materiales y posibilita el acceso sin conexión, cuando sea necesario, mediante contenido descargable para dispositivos móviles.

La capacitación *JIT* es una herramienta práctica y escalable que permite a los profesionales de *DI* adquirir rápidamente los conocimientos y las habilidades necesarios para una respuesta a brotes eficaz. Su naturaleza modular y adaptable la convierte en un componente vital para la preparación ante emergencias y apoyo en tiempo real a la fuerza laboral. Por ejemplo, durante la pandemia de COVID-19, los departamentos de salud usaron plataformas *VLE* para impartir capacitación *JIT* sobre rastreo de contactos, protocolos de aislamiento y alcance comunitario. Esta estrategia dotó a los profesionales de *DI* de las herramientas necesarias para responder de manera eficaz, incluso en un contexto de orientaciones cambiantes y desafíos sin precedentes.

Sección 2: Uso de técnicas de intervención de enfermedades

Como se refleja en las Consideraciones para la ejecución del programa de los *CDC* para las “mejores prácticas” de respuesta a brotes, los profesionales de *DI* desempeñan un rol fundamental en la implementación de las mejores prácticas recomendadas por los *CDC* durante la respuesta a brotes. Su labor comienza incluso antes de que se produzca un brote, mediante la preparación y evaluación de los planes de respuesta a brotes (*ORP*), cuya eficacia para mejorar el control de los brotes ha sido demostrada. Los profesionales de *DI* son responsables de comprender las tendencias locales de las enfermedades y de contribuir a las actividades diarias de vigilancia, lo que permite su detección temprana. Ayudan a recolectar y analizar datos durante un brote para identificar a las poblaciones afectadas y orientar las actividades de respuesta específicas. También se comunican con los socios organizacionales que participan en el *ORP*, promoviendo así una respuesta coordinada. Los profesionales de *DI* contribuyen a difundir información clara y frecuente al público durante todo el brote para aumentar la concientización y fomentar la adopción de acciones de protección. Una vez que el brote se ha controlado, los profesionales de *DI*, en colaboración con otros especialistas de cuidado de la salud, elaboran informes de campo que ayudan a la alta dirección a evaluar la eficacia de la respuesta y a preparar informes finales de los que se extraen lecciones aprendidas. Estas lecciones aprendidas proporcionarán información para manejar las enfermedades infecciosas actuales y guiarán las políticas futuras para la enseñanza y el mejoramiento de los resultados de salud pública.¹⁴

Los profesionales de *DI* también deben poder aplicar estrategias clave de intervención de enfermedades durante un brote. Esta sección describe cómo integrar las **prioridades para la preparación de respuesta (*PRR*)** de los *CDC* con las competencias para la respuesta a brotes y técnicas innovadoras que abordan diversas morbilidades y amenazas emergentes. Estas habilidades ayudan a los profesionales de *DI* a responder con confianza ante amenazas en constante evolución y a prestar servicios a poblaciones diversas con necesidades de salud complejas.



Los profesionales de *DI* deben integrar las *PRR* de los *CDC*, las mejores prácticas de respuesta a brotes de los *CDC* y las estructuras jurisdiccionales de *ORP* para asegurar actividades de respuesta coordinadas y consistentes.

Aplicación de las prioridades para la preparación de respuesta de los *CDC* a las competencias de respuesta a brotes

Las *PRR* de los *CDC* proporcionan un enfoque unificado para preparar y responder a emergencias de salud pública. Para los profesionales de *DI*, la aplicación de estos principios asegura la preparación necesaria para manejar amenazas en constante evolución, apoyar la colaboración entre distintas jurisdicciones y responder eficazmente en múltiples áreas de enfermedad. Los profesionales de *DI* deben saber dónde encontrar esta información y cómo usarla cuando sea necesaria.

Ejemplos de las *PRR* de los *CDC* en la práctica:

- *PRR* de los *CDC* — Se revisan las guías de los *CDC* para enfermedades transmisibles (por ejemplo, tuberculosis, ITS, COVID-19) y los protocolos esenciales de intervención, como la investigación de caso, el rastreo de contactos y el manejo de brotes.¹⁵
- Detección de brotes de sífilis — Se usa la Guía de detección de brotes de sífilis del Consejo de Epidemiólogos Estatales y Territoriales para adaptar la identificación y respuesta a brotes específicos de la jurisdicción.^{16,17}
- Plan de respuesta a brotes para la prevención de ETS — Es importante comprender las recomendaciones de los *CDC* para la respuesta a brotes de ETS, incluyendo actividades de detección, investigación y control.

Aplicación de la capacitación cruzada a la respuesta a brotes

La capacitación cruzada es una táctica crucial para mejorar la preparación y respuesta a brotes. Los profesionales de *DI* deberían formarse en enfermedades que trasciendan sus áreas principales de responsabilidad. Deben participar en programas de capacitación, como el Programa de capacitación en epidemiología de campo de los *CDC*, para desarrollar habilidades en epidemiología y control de infecciones. La capacitación cruzada en enfermedades fuera de sus funciones típicas también es importante. Por ejemplo, un profesional de *DI* especializado en ITS puede recibir capacitación cruzada en la investigación de tuberculosis o del virus de la hepatitis B para apoyar posibles respuestas a brotes.

Aplicación de los conocimientos en entornos simulados

Además de desarrollar conocimientos interfuncionales, los profesionales de *DI* se benefician de la aplicación de estas habilidades en entornos prácticos. Los ejercicios de simulación brindan una valiosa oportunidad para poner en práctica los roles, la toma de decisiones y la coordinación entre agencias. Estas experiencias ayudan a los profesionales de *DI* a mejorar su preparación e identificar déficits en sus habilidades o sistemas antes de que ocurra una emergencia real.

Siempre que sea posible, los profesionales de *DI* deben aprovechar los ejercicios de mesa, las simulaciones de brotes y los simulacros de preparación coordinados por sus departamentos de salud o equipos locales de preparación para emergencias. Participar en estas actividades ayuda a familiarizarse con las *PRR* y permite a los profesionales aplicar técnicas como la investigación de

caso, el rastreo de contactos y la comunicación de riesgos en escenarios realistas en los que el tiempo es un factor primordial.

Ejemplos de aplicación de habilidades en entornos prácticos:

- Ejercicios de simulación — Se usan *TTX* y simulaciones en vivo para aplicar estrategias de *PRR*, evaluar el desempeño bajo condiciones realistas de brote y señalar áreas para el mejoramiento.¹⁸
- Simulación de enfermedad transmitida por los alimentos — Se practica la identificación de la fuente de contaminación, la emisión de avisos dirigidos al público y la coordinación con las agencias de seguridad alimentaria para frenar la transmisión.
- Ébola en Uganda (2022) – Durante el brote del virus en Sudán, los becarios de salud pública de Uganda, apoyados por los esfuerzos de fortalecimiento de capacidades de los *CDC*, lideraron la identificación de casos, el rastreo de contactos y las medidas de control, lo que demostró la eficacia de las habilidades de respuesta bien ensayadas.¹⁹

Aplicación de técnicas de intervención de enfermedades para diversas morbilidades

Algunos brotes afectan de manera desproporcionada a individuos con varias condiciones crónicas de salud. Los profesionales de *DI* deben estar preparados para adaptar sus estrategias en consecuencia. La **multimorbilidad** es la coexistencia de dos o más condiciones crónicas en una persona. Está aumentando a nivel mundial y suele manifestarse una década antes en comunidades que enfrentan factores económicos que afectan la salud que en países de ingresos más elevados. Esto da lugar a peores resultados y a un aumento en el uso de los servicios de salud.²⁰ Por el contrario, las comorbilidades se refieren a otras condiciones de salud que ocurren simultáneamente con una enfermedad primaria. Los brotes de enfermedades infecciosas pueden agravar la multimorbilidad y las comorbilidades, lo que requiere que los profesionales de *DI* adopten enfoques de intervención integrales.

Para dar una respuesta efectiva, los profesionales de *DI* deben comprender varios principios fundamentales que guían las estrategias de contención y atención:

- Modos de transmisión de la enfermedad — Comprender cómo se propagan las enfermedades ayuda a diseñar estrategias de contención.
 - Aéreo: transmisión a través de polvo inhalado o microgotas suspendidas en el aire (por ejemplo, tuberculosis, sarampión).
 - Por vectores: transmisión por un animal, típicamente un insecto, que transporta patógenos de un huésped a otro (por ejemplo, malaria, enfermedad de Lyme).
 - Por contacto: contacto físico directo con una persona diagnosticada con una enfermedad infecciosa o contacto indirecto a través de superficies contaminadas o gotas (por ejemplo, influenza).
- Períodos ventana y guía de cuarentena — El conocimiento de los períodos de incubación e infecciosos permite implementar medidas de cuarentena adecuadas para prevenir una mayor propagación de la enfermedad.
- Poblaciones en situación de desventaja — Identificar grupos con mayor riesgo debido a la edad, estado de salud, discapacidad u otros factores permite a los profesionales de *DI*

actuar rápidamente usando intervenciones específicas, como el aislamiento, pruebas prioritarias o vacunación, cuando estén disponibles.

- Tendencias de enfermedades y vigilancia — El monitoreo de datos en tiempo real propicia la detección de amenazas emergentes, apoya intervenciones adaptativas y facilita la comunicación con el público y las agencias asociadas.

Una vez que los profesionales de *DI* cuentan con esta comprensión fundamental, pueden aplicar las siguientes estrategias para abordar las multimorbidades durante un brote:

- Determinar las condiciones coexistentes — Dependiendo de su nivel educativo y pericia, los profesionales de *DI* apoyan al equipo epidemiológico compartiendo conocimientos adquiridos a partir de su experiencia en investigaciones de campo. Además, los profesionales de *DI* deben recolectar datos de las poblaciones afectadas para reconocer las comorbidades prevalentes (por ejemplo, obesidad, enfermedad cardíaca, hipertensión, diabetes, trastornos inmunosupresores) y adaptar las intervenciones en consecuencia.
- Aplicar estrategias funcionales para el manejo de la multimorbilidad — Los profesionales de *DI* deben ajustar los planes de intervención basándose en evaluaciones individuales para abordar tanto la enfermedad principal del brote como las condiciones comórbidas relacionadas. Por ejemplo, durante la pandemia de COVID-19, los esfuerzos de vacunación dieron prioridad a las personas con condiciones de salud subyacentes, al reconocer su mayor riesgo. Al trabajar con proveedores de cuidado de la salud, los profesionales de *DI* pueden asegurar una atención integrada que incluya medicamentos oportunos, consejería sobre el estilo de vida y medidas preventivas.
- Diseñar intervenciones focalizadas — Asegurar el acceso a servicios de diagnóstico es crucial, ya que los diagnósticos son útiles como primera línea de defensa contra enfermedades infecciosas al favorecer la detección temprana y el tratamiento.²¹ Un diagnóstico oportuno facilita un tratamiento rápido para la enfermedad del brote y las comorbidades asociadas.
- Dar seguimiento y modificar estrategias — Se usa el análisis de datos en tiempo real para monitorear la eficacia de las intervenciones y realizar los ajustes necesarios.²² Compartir los hallazgos con los miembros de la comunidad promueve la difusión de las mejores prácticas y las lecciones aprendidas, lo que optimiza las respuestas futuras. Por ejemplo, la analítica tradicional no puede procesar datos en tiempo real ni proporcionar información inmediata. El análisis en tiempo real, con el uso de herramientas como el aprendizaje automático y la inteligencia artificial, puede predecir resultados a partir de datos anteriores sin programación explícita. Estos métodos ayudan a prever brotes, guiar las acciones de salud pública, asignar recursos y diseñar soluciones. Esto permite a los proveedores de cuidado de la salud actuar con prontitud y prevenir la propagación de la enfermedad. Por ejemplo, durante la pandemia de COVID-19, los paneles mostraron la propagación del virus, identificaron los focos de infección e hicieron seguimiento de las tasas de vacunación en áreas geográficas específicas. Las métricas de salud en tiempo real permitieron a los científicos y analistas de datos crear modelos predictivos que se adaptaban rápidamente a las condiciones cambiantes. Estos modelos a menudo incluían diversos escenarios, no solo una predicción, para factores como diferentes niveles de inmunidad o los efectos de nuevos tratamientos.^{23,24}
- Al aplicar las guías de los *CDC*, referirse a los *POG*, participar en capacitación cruzada e integrar estrategias para manejar condiciones de salud complejas, los profesionales de *DI*

mejoran su capacidad para realizar contribuciones significativas a las emergencias de salud pública y a los esfuerzos de respuesta a brotes. Una comprensión profunda de los principios relacionados con las enfermedades y de las tendencias de enfermedades permite a los profesionales de *DI* apoyar intervenciones basadas en evidencia que salvan vidas y mejoran los resultados de salud.

Sección 3: Asistencia a diversos funcionarios gubernamentales y de salud pública en el desempeño de las tareas requeridas

Una respuesta eficaz a las emergencias de salud pública depende de la colaboración entre diversos socios. Las agencias de salud federales, estatales, locales, tribales y territoriales, así como las instalaciones de salud, han establecido procedimientos y responsabilidades en caso de emergencia. Estas responsabilidades y procedimientos están detallados en un plan de operaciones de emergencia (*EOP*). El *EOP* describe las acciones que el centro o la agencia llevará a cabo en caso de un desastre. Este plan debe desarrollarse como un plan para todo tipo de amenazas.²⁵ Al elaborar el plan de operaciones de emergencia (*EOP*), los estados deben tener en cuenta los planes locales y federales para fomentar el conocimiento y la comprensión de estos, lo que permite desarrollar planes adaptados a las funciones específicas de cada estado y, a la vez, alineados con las operaciones locales y federales.²⁶

Los profesionales de *DI* desempeñan un rol vital a la hora de facilitar el acceso a la atención. Esta sección se centra en las estrategias que los profesionales de *DI* pueden aplicar para apoyar a los funcionarios de salud e implementar medidas de respuesta. Estas actividades pueden incluir la recolección de datos, protocolos de cuarentena, desarrollo de alianzas y comunicación.

Recolección de datos para los resultados de salud y la toma de decisiones en materia de políticas

Los datos de alta calidad permiten a los profesionales de *DI* implementar estrategias efectivas de mitigación de riesgos y asegurar una distribución justa de los recursos. La efectividad de las respuestas de salud pública depende de una recolección de datos robusta que minimice riesgos y errores. El manejo de datos debe incluir precisión, integridad, consistencia, prontitud y validez. El monitoreo de la calidad de los datos a lo largo del tiempo asegura la viabilidad de los marcos de gobernanza.²⁷

Los profesionales de *DI* desempeñan un rol vital en el apoyo a la recolección de datos para los resultados de salud y las decisiones en materia de políticas. Usan herramientas estandarizadas de ingreso de datos para asegurar documentación precisa y consistente al registrar los detalles de la investigación de caso, la información de contacto y los resultados en sistemas estandarizados. Estandarizar los formatos de ingreso de datos permite un análisis efectivo. Un conjunto de herramientas digitales consistente facilita la recolección eficiente de datos.²⁸ Su documentación en primera línea proporciona datos confiables para el análisis y la acción en salud pública. Los profesionales de *DI* también usan tecnología, incluidos récords electrónicos de salud (*EHR*), aplicaciones móviles y sistemas de información geográfica (*GIS*), para mejorar el monitoreo de enfermedades crónicas y asegurar la recolección oportuna de datos. Por ejemplo, el uso de sistemas *GIS* móviles para recolectar datos de pacientes ha mejorado la precisión de los datos espaciales en el cuidado de la salud.²⁹ Las herramientas digitales, como los sistemas de monitoreo



del cuidado de la salud basados en el Internet de las cosas, permiten recolectar datos rápidamente y manejar la atención de los pacientes.

Los profesionales de *DI* colaboran con los laboratorios clínicos para obtener resultados de pruebas y convertir estos hallazgos en estrategias de prevención efectivas. La intervención rápida por parte de los profesionales de *DI* para notificar a las personas que han estado en contacto con la persona diagnosticada es crucial para controlar la propagación de enfermedades infecciosas. Por último, aunque muchos profesionales de *DI* no realizan análisis formales de datos, colaboran con los equipos de vigilancia para analizar los datos de los casos, identificar tendencias y comunicar los hallazgos a los socios del sector de la salud, lo que facilita una toma de decisiones bien fundamentada.

Participación de socios y colaboradores clave

Los profesionales de *DI* actúan como un enlace entre las organizaciones de salud pública y la comunidad. Su capacidad para que los socios clave participen y para comunicarse de manera efectiva es vital para lograr resultados de salud satisfactorios, especialmente durante emergencias de salud pública y brotes. Los profesionales de *DI* trabajan con socios y actores clave que influyen en la salud de la comunidad, incluidos proveedores de cuidado de la salud, organizaciones de manejo de emergencias, miembros de la comunidad, organizaciones no gubernamentales, organizaciones tribales y departamentos de salud locales.³⁰ Establecer relaciones con estos socios les permite coordinar esfuerzos, armonizar objetivos y responder con mayor eficiencia a las amenazas emergentes.

Los profesionales de *DI* asisten regularmente a reuniones regionales, locales y estatales, así como a conferencias nacionales. Asimismo, participan en proyectos de mejoramiento de la calidad para seguir formando parte de los esfuerzos de salud pública.³¹ Esto los ayuda a mantenerse actualizados sobre las mejores prácticas y asegura que su trabajo esté alineado con las estrategias más amplias de salud pública. En sus actividades diarias, los profesionales de *DI* se comunican de manera clara y frecuente con personas diagnosticadas con enfermedades infecciosas, cuidadores y responsables de la toma de decisiones. Los problemas de comunicación pueden dar lugar a consecuencias graves para la salud, como se observa en casos donde instrucciones incorrectas sobre medicamentos provocan situaciones potencialmente mortales.³² Así pues, una comunicación consistente y transparente es esencial para prevenir la información errónea y puede salvar vidas.

Además de la comunicación y la coordinación, los profesionales de *DI* también desempeñan un rol central en el apoyo a iniciativas conjuntas, como la colaboración en campañas de vacunación, simulaciones de brotes y la detección temprana de brotes. Por ejemplo, durante un brote de sarampión, los profesionales de *DI* típicamente trabajan con funcionarios escolares, proveedores de cuidado de la salud y líderes comunitarios para llevar a cabo campañas de vacunación y evitar una mayor propagación.³³ Estas alianzas son fundamentales para la prevención y el control efectivos de enfermedades.

Apoyo de las recomendaciones de cuarentena y aislamiento durante los brotes

Los profesionales de *DI* usan la investigación de caso para limitar la propagación de enfermedades infecciosas y aconsejar a los individuos sobre las medidas de aislamiento requeridas para ciertas enfermedades infecciosas. Los profesionales de *DI* son responsables de implementar protocolos de control de transmisión, como la cuarentena o el aislamiento, mientras educan a las personas diagnosticadas con una enfermedad infecciosa sobre la importancia de controlar la propagación de la infección.³⁴ Es más importante actuar de manera proactiva centrándose en las personas en



situación de vulnerabilidad médica o económica. Estas medidas preventivas aseguran que se reporte a las autoridades de salud a los individuos diagnosticados con una enfermedad infecciosa que no cumplen con lo establecido.

Los profesionales de *DI* también supervisan el cumplimiento de las medidas de cuarentena y fomentan su observancia, además de asegurar que las personas diagnosticadas con enfermedades infecciosas que no las cumplan sean reportadas a las autoridades sanitarias. Proporcionan acceso a profesionales de atención psiquiátrica a personas en aislamiento y facilitan el contacto con personas mayores, con discapacidades y con ciertos factores de riesgo. Además, coordinan servicios de apoyo para asegurar que las personas en cuarentena o aislamiento tengan acceso a elementos esenciales como alimentos, medicamentos y suministros de higiene, sin que se requiera contacto directo, una estrategia que demostró ser efectiva durante la pandemia de COVID-19.

Por último, los profesionales de *DI* abordan las barreras colaborando en tiempo real con los socios del sector de la salud para eliminar obstáculos como las dificultades relacionadas con el idioma o el transporte, que pueden dificultar el cumplimiento por parte de las personas diagnosticadas con una enfermedad infecciosa. Por ejemplo, se emplearon sistemas de telerehabilitación para superar las barreras de idioma y comunicación durante la pandemia de COVID-19.³⁵

Seguimiento de actualizaciones y notificaciones a través de la red de alerta de salud (*HAN*)

La **red de alerta de salud (*HAN*)** de los *CDC* es un sistema nacional de comunicación que proporciona información rápida y de carácter urgente a los profesionales de salud pública de los niveles federal, estatal, tribal, local y territorial. Es una herramienta vital para la difusión oportuna de notificaciones y alertas de emergencia.

Los profesionales de *DI* usan la red *HAN* para mantenerse informados y responder rápidamente durante emergencias de salud pública. Deben suscribirse a las alertas de *HAN* para mantenerse al tanto, lo que asegura el acceso oportuno a notificaciones de emergencia e información sobre brotes.³⁶ Estas alertas ayudan a los profesionales de *DI* a adaptar sus estrategias de intervención, coordinar con los socios y comunicarse eficazmente con el público.

Además de recibir información, los profesionales de *DI* deben difundir información en mensajes claros, concisos, precisos y oportunos a los profesionales de la salud y organizaciones comunitarias. Mantener una comunicación consistente y reiterar la información para asegurar que los mensajes se comprendan es vital, especialmente durante un brote de enfermedad o emergencia. Los profesionales de *DI* son responsables de proporcionar información adicional para aclarar la situación en la comunidad, como los niveles actuales de la enfermedad, la necesidad de voluntarios, la claridad de los mensajes y otras comunicaciones adaptadas a las necesidades específicas de la comunidad.

Por último, los profesionales de *DI* deben evaluar periódicamente la eficacia de sus estrategias de comunicación. Deben recolectar comentarios de la comunidad, analizar las respuestas y perfeccionar sus mensajes para que sean más claros. Esto se puede lograr incorporando señales visuales o contenidos personalizados.³⁷ El profesional de *DI* debe evitar comunicar cualquier información de salud errónea (es decir, la difusión accidental e involuntaria de información inexacta) o desinformación (es decir, la difusión intencional de información falsa para engañar a las personas), ya que ambas pueden causar perjuicios y dificultar las iniciativas para mejorar la salud pública. Siempre que esto ocurra, debe corregirse mediante la reiteración de información correcta,

la presentación de alternativas basadas en hechos y la consulta con profesionales de la salud para determinar la respuesta adecuada.^{38,39}

Sección 4: Participación en un informe postacción (AAR)

Un **informe postacción (AAR)** es una herramienta de retroalimentación que se emplea inmediatamente después de un brote para evaluar la respuesta e identificar fortalezas, desafíos y lecciones aprendidas. El objetivo es ayudar a los profesionales de salud pública a reflexionar sobre las experiencias compartidas, identificar las causas fundamentales de las brechas y servir de base para mejorar la preparación futura.

La preparación para una sesión de AAR se realiza inmediatamente después del brote, mientras los detalles aún están frescos en la mente de los participantes. El rol del profesional de *DI* es comprender el propósito y los pasos del AAR, recolectar información y proporcionar lecciones aprendidas y recomendaciones.

Las fases principales de un informe postacción (AAR) incluyen cuatro etapas: planificación, facilitación, identificación y análisis para identificar temas y patrones clave.

Planificación

Una planificación efectiva asegura una revisión enfocada e inclusiva. Las actividades pueden incluir⁴⁰:

- hacer participar a los miembros de la comunidad y socios de diversos sectores (federal, estatal, local, tribal y territorial);
- seleccionar áreas de atención específicas como la investigación de caso, el rastreo de contactos, la vigilancia, la comunicación y la logística de vacunación;
- establecer una agenda clara, un plazo y los roles de los participantes;
- identificar indicadores clave (por ejemplo, tasas de positividad en laboratorio, eventos adversos, efectividad de la comunicación) para guiar la discusión y evaluación;
- evaluar la epidemiología, el acceso al tratamiento, la logística de vacunación y la adecuación del suministro;
- analizar factores como la epidemiología, el acceso al tratamiento, la adecuación del suministro y la adopción de la vacunación.^{41,42}

Facilitación

Un facilitador externo capacitado (por ejemplo, alguien de la Organización Mundial de la Salud o del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades) o un facilitador interno dirige la reunión de AAR para promover un diálogo honesto y abierto. La facilitación efectiva incluye:

- fomentar la retroalimentación sincera y el análisis crítico;
- usar preguntas orientadoras para explorar las brechas en materia de preparación, capacidad y coordinación;⁴³

Ejemplos:

- “¿Qué aspectos de nuestra respuesta funcionaron bien y por qué?”
- “¿Dónde encontramos fallas o retrasos, y cuáles fueron las causas fundamentales?”
- “¿Qué tan eficazmente comunicamos la información clave al público y a los socios?”

- recolectar datos de diversas fuentes (por ejemplo, encuestas, grupos focales, seminarios web, etc.);
- analizar brechas con herramientas estructuradas (por ejemplo, análisis *bow-tie*, análisis retrospectivo);^{44,45}
- incorporar las perspectivas y soluciones del mundo real de los profesionales de *DI*.

Identificación y análisis

Dejar constancia de lo que se compartió es crucial para asegurar que todo esté documentado con precisión. Esto incluye tomar notas claras e incluir diferentes perspectivas.

Revisar los datos recolectados durante el *AAR* con el fin de identificar temas y patrones clave es fundamental para orientar las acciones de mejoramiento. Esta fase incluye:

- organizar los hallazgos por categoría operativa (por ejemplo, planificación, comunicación, suministros médicos, coordinación);⁴⁶
- identificar desafíos y fortalezas recurrentes;
- comparar los procedimientos planificados con los resultados reales;
- presentar los resultados con claridad mediante resúmenes, infografías o herramientas visuales.

Retroalimentación escrita y verbal para compartir las lecciones aprendidas

Una vez que se ha llevado a cabo una sesión de *AAR* y se han recolectado las ideas clave, el paso siguiente es convertir esos hallazgos en acciones concretas. Para ello, se requiere un informe de evaluación posterior estructurado y un informe final claro que detalle qué funcionó, qué no funcionó y cómo mejorar en el futuro.

Se debe elaborar un informe de evaluación *AAR* posterior a la sesión dirigida por el facilitador para reflexionar sobre la eficacia de la respuesta, incluyendo ejemplos específicos, brechas identificadas y un plan de mejoramiento con roles, plazos y entregables. Una vez desarrollado, hay que:

- compartir los hallazgos con la alta dirección en un resumen conciso para obtener su respaldo, ampliar la implementación y crear conciencia;
- aprovechar este informe de evaluación posterior para movilizar alianzas estratégicas y abogar por la planificación de recursos y la preparación para emergencias.

Los resultados del informe de evaluación posterior deben consolidarse en un informe claro y orientado a la acción, denominado informe final *AAR*. Este incluye un plan de acción que detalla:

- actividades que requieren recursos mínimos para una implementación rápida;
- actividades que requieren una asignación presupuestaria con uso intensivo de recursos;
- priorización de acciones (a corto, medio y largo plazo) basada en la urgencia;
- aprobación oficial y acuerdo firmado sobre las conclusiones del informe;
- difusión de los hallazgos a toda la comunidad, adaptada a las necesidades locales;
- asignación de personal para supervisar la ejecución de los planes de acción y abordar cualquier desafío en la implementación.

El verdadero valor de un *AAR* radica en su aplicación. Los profesionales de *DI* y las agencias de salud pública deben aplicar los conocimientos adquiridos para perfeccionar las respuestas ante emergencias futuras y fomentar una cultura de aprendizaje que valore la retroalimentación como



una vía para el crecimiento. Incorporar ciclos de retroalimentación en las operaciones rutinarias promueve la resiliencia, la responsabilidad y el mejoramiento continuo. Esto empodera al personal del departamento de salud para compartir ideas continuamente y promover la innovación y la resiliencia en el sistema de salud pública.

Los AAR apoyan los sistemas de salud pública adaptativos. A medida que continúan surgiendo o resurgiendo nuevas variantes y amenazas de enfermedades infecciosas, la detección temprana y la respuesta rápida siguen siendo fundamentales. Las investigaciones han demostrado que proporcionar alimentos y apoyo nutricional puede beneficiar la salud de manera comparable a las vacunas en ciertos contextos, como la tuberculosis, lo que resalta la importancia de atender las necesidades básicas junto con las intervenciones clínicas.⁴⁷ Estos hallazgos también ponen de relieve la importancia de una gobernanza eficaz y sistemas de salud pública coordinados como herramientas cruciales en la prevención de enfermedades. Al promover el bienestar y abordar los riesgos antes de que se conviertan en brotes, los profesionales de *DI* no solo mejoran la salud comunitaria, sino que también contribuyen a la estabilidad económica y social a largo plazo, lo que plantea un panorama prometedor para la práctica de la salud pública.

Sección 5: Cumplimiento de los principios de salud pública

Durante un brote de una enfermedad infecciosa, los profesionales de *DI* deben actuar rápidamente mientras mantienen los principios éticos fundamentales que protegen los derechos individuales y promueven el bienestar comunitario. Esta sección se centra en asegurar que las actividades de los profesionales de *DI* se basen en todo momento en los valores de la salud pública, ya que a menudo tienen un rol clave en las respuestas a brotes o preparación para emergencias y deben enfrentar desafíos complejos relacionados con estos valores.

Cuestiones éticas en brotes de enfermedades infecciosas

Las preocupaciones éticas durante los brotes de enfermedades infecciosas son similares a las que surgen en situaciones habituales, pero se ven complicadas por las interrupciones de los sistemas, el miedo y la incertidumbre. Los gobiernos de países con recursos limitados suelen enfrentarse a decisiones urgentes sin contar con sistemas de salud sólidos ni marcos legales eficaces. Esto se agrava en las regiones propensas a desastres y conflictos, donde los riesgos de enfermedad aumentan y el acceso a la atención disminuye. Los profesionales de la salud deben equilibrar valores contrapuestos con recursos limitados.

Por ejemplo, el brote de ébola en África Occidental de 2014-2016 dejó en evidencia fallas éticas, lo que llevó a la OMS a declarar una emergencia de salud pública de importancia internacional. Un panel de ética y posteriormente un grupo de trabajo de ética brindaron orientación. Los problemas éticos reflejaron los de brotes anteriores, como SARS, influenza y tuberculosis resistente a los medicamentos. Esta sección examina estos desafíos y propone estrategias para proporcionar respuestas a brotes que sean éticas, culturalmente sensibles y justas.⁴⁸

Respeto por las personas y los profesionales de salud pública

La ética de la salud pública prioriza la autonomía individual y asegura que las decisiones informadas estén alineadas con los valores personales. Aboga por un consentimiento libre de coerción y por proteger la privacidad, la confidencialidad y las creencias centradas en la persona. Los brotes a menudo ponen a prueba esta ética debido a la necesidad de intervenciones rápidas. La transparencia y veracidad son fundamentales para generar confianza y ofrecer respuestas efectivas. La coherencia ética y la equidad son fundamentales para los funcionarios de salud



pública y los profesionales de *DI*. La capacitación periódica en ética y las iniciativas de educación comunitaria contribuyen a generar confianza, fomentar la cooperación y fortalecer las respuestas coordinadas durante los brotes.

Alfabetización en salud y comunicación respetuosa y adaptativa

Para generar confianza se requiere participación comunitaria inclusiva y diálogo abierto durante las respuestas a brotes. Las autoridades de salud pública deben usar una comunicación clara, culturalmente sensible y centrada en la persona para abordar las barreras relacionadas con la alfabetización y otros factores contextuales que afectan a las personas, contribuyendo así a generar confianza. La transparencia sobre las decisiones, incertidumbres e injusticias brinda mayor credibilidad. La colaboración con los líderes comunitarios mejora la difusión de la información. Las herramientas visuales y el lenguaje sencillo ayudan a superar brechas de comprensión, fomentando la adherencia a los protocolos de prevención y tratamiento, y favoreciendo la eficacia de las medidas de salud pública..

Comprensión de la dinámica de los brotes a través de la epidemiología básica

Contar con datos precisos es esencial para detectar los brotes y responder de manera eficaz. Los profesionales de *DI* desempeñan un rol crucial en la recolección e interpretación de información, incluyendo el conteo de casos, contactos y patrones de transmisión. En muchos lugares, los recursos limitados pueden provocar retrasos en la recolección y análisis de datos, por lo que la capacitación y planificación tempranas son cruciales. Usar una comunicación clara y enfoques apropiados centrados en la persona ayuda a asegurar que los datos sean exactos y útiles. Cuando se recolecta de manera responsable y se comparte adecuadamente, esta información respalda respuestas de salud pública oportunas y específicas que reflejan las necesidades de la comunidad.

Factores económicos y sociales que contribuyen a la salud

Los brotes afectan de manera desproporcionada a las personas de bajos ingresos y a los grupos marginados debido al acceso insuficiente a recursos esenciales como agua, alimentos, transporte y herramientas de comunicación. Las respuestas de salud pública perderán eficacia si no se abordan estas inequidades. Las soluciones incluyen atención gratuita o subsidiada, distribución equitativa de vacunas, asistencia para el transporte y apoyo alimentario o para la vivienda. Abordar estos obstáculos ayuda a generar confianza y a reducir el número de muertes relacionadas con brotes.

Resguardo de la confidencialidad

Durante los brotes, resguardar la confidencialidad es crucial para prevenir el estigma y generar confianza, especialmente en comunidades con fuertes lazos sociales. Los profesionales de *DI* deben cumplir con normas legales y éticas claras al manejar información de salud personal. La regla de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (*HIPAA*) prohíbe la divulgación de información de salud protegida (*PHI*) sin consentimiento por escrito, excepto en casos específicos como el reporte obligatorio a salud pública. Los principios éticos también destacan la necesidad de minimizar el daño, proteger los datos mediante sistemas digitales seguros y capacitar a los profesionales de *DI* en procedimientos de confidencialidad. En todos los casos, el consentimiento informado (proceso mediante el cual se informa a las personas diagnosticadas con enfermedades infecciosas sobre cómo se usará su información de salud y se les brinda la opción de aceptar o rechazar dicho uso) debe regir el intercambio de datos, respetando tanto la privacidad como la integridad profesional.

Conclusión

Este capítulo destaca el rol fundamental que desempeñan los profesionales de *DI* en la protección de las comunidades durante los brotes y otras emergencias de salud pública. La preparación para los brotes y la respuesta ante ellos son responsabilidades fundamentales de los profesionales de *DI* para asegurar que estén preparados para responder de manera rápida y eficaz cuando surjan emergencias de salud pública. La aplicación de las competencias para la respuesta a brotes, la capacitación cruzada y el uso de estrategias de intervención basadas en datos permiten a los profesionales de *DI* lograr una protección óptima de primera línea frente a enfermedades de rápida propagación. Las habilidades de un profesional de *DI* para recolectar datos confiables, aportar información a diversos socios y aplicar enfoques éticos en la toma de decisiones tienen un efecto directo en el éxito de los eventos de respuesta ante emergencias. Mediante la adquisición de competencias en preparación, los profesionales de *DI* desarrollan la capacidad de gestionar riesgos, proteger a las poblaciones vulnerables y mantener la confianza del público, lo que hace que su rol sea fundamental tanto para el manejo de brotes a corto plazo como para la resiliencia de la salud pública a largo plazo.



Palabras clave del Capítulo 6

Informe postacción (*AAR*)
Planificación para emergencias
Red de alerta de salud (*HAN*)
Sistema de comando de incidentes (*ICS*)
Capacitación justo a tiempo (*JIT*)
Multimorbilidad
Ejercicios de mesa (*TTX*)
Plan de respuesta a brotes (*ORP*)
Prioridades para la preparación de respuesta (*PRR*)

Preguntas de práctica del Capítulo 6

1. ¿Cuál de los siguientes es el método de intervención más efectivo para controlar una enfermedad respiratoria que se propaga rápidamente en sus primeras etapas?
 - a. Aplicar vacunas después de que el brote haya alcanzado su punto máximo
 - b. Establecer protocolos de aislamiento para los individuos que presenten síntomas
 - c. Esperar el desarrollo natural de la inmunidad colectiva

Respuesta: b

Fundamento: En las primeras etapas de un brote respiratorio, el aislamiento inmediato y las medidas de control de infecciones son las estrategias más efectivas para ralentizar la transmisión. Las vacunas y la inmunidad colectiva requieren tiempo y no son intervenciones de etapa temprana.

2. ¿Cuál es la ventaja de la capacitación justo a tiempo (*JIT*) para los profesionales de *DI* durante un brote?
 - a. Reducir la necesidad de actualizar la información
 - b. Reducir el costo total de la capacitación a largo plazo
 - c. Proporcionar información oportuna y relevante para su aplicación inmediata

Respuesta: c

Fundamento: La capacitación *JIT* proporciona a los profesionales conocimientos prácticos y actualizados, adaptados a la respuesta específica ante un brote. No tiene como objetivo ahorrar costos o reducir actualizaciones ; lo importante es estar preparados.

3. ¿Cuál es la plataforma de comunicación más importante que usan los funcionarios de salud pública para reportar una notificación urgente sobre un lote de medicamento en mal estado a los profesionales de la salud?
 - a. Redes sociales
 - b. Red de alerta de salud (*HAN*)
 - c. Un volante impreso colocado en lugares públicos

Respuesta: b

Fundamento: *HAN* es el sistema principal de los *CDC* para la comunicación rápida y segura con los profesionales de la salud. Las redes sociales o los volantes no son apropiados para notificaciones urgentes y técnicas.

4. Durante un ejercicio de mesa que simula un escenario de brote, hay falta de comunicación entre varios colaboradores. ¿Qué se recomienda hacer a continuación?
 - a. Recomendar detener el ejercicio por completo para restablecer las expectativas del equipo
 - b. Continuar con las tareas asignadas y evitar plantear preocupaciones durante el ejercicio
 - c. Documentar la brecha y ayudar a elaborar un plan de mejoramiento de la comunicación

Respuesta: c

Fundamento: Los ejercicios de mesa están diseñados para identificar fortalezas y debilidades. En vez de detenerse o ignorar el problema, se deben señalar las brechas para fortalecer la planificación de respuestas futuras.

5. Un profesional de *DI* participa en una sesión de informe postacción (*AAR*) después de una respuesta a un brote masivo. ¿Qué actividades clave de respuesta debe documentar a través del informe postacción (*AAR*)?
- Las acciones más significativas que condujeron al control de la enfermedad
 - Solo las actividades aprobadas por la alta dirección
 - Observaciones sobre los recursos financieros usados a lo largo de la respuesta

Respuesta: a

Fundamento: Los *AAR* se centran en las lecciones aprendidas, y documentan fortalezas, deficiencias y resultados que influyeron directamente en la efectividad de la respuesta. Centrarse únicamente en las aprobaciones o en los aspectos financieros no aborda el objetivo real.

6. Un profesional de *DI* está preparando materiales educativos para una comunidad cuyo idioma no es el inglés. ¿Qué debe hacer el profesional de *DI* para asegurar la alfabetización en salud y la conciencia centrada en la persona en el mensaje?
- Emplear los mismos materiales proporcionados a las comunidades de habla inglesa y traducirlos palabra por palabra al otro idioma
 - Hacer que alguien de la comunidad traduzca los materiales y revise el contenido de manera que pueda describir con mayor precisión los valores y las tradiciones centrados en la persona de la comunidad
 - Publicar hechos generales sobre la salud sin tener en cuenta el idioma ni los obstáculos centrados en la persona, con la esperanza de que la mayoría de las personas pueda comprender el material

Respuesta: b

Fundamento: La comunicación eficaz en salud no consiste únicamente en una traducción palabra por palabra; debe estar centrada en la persona y adaptada desde el punto de vista lingüístico para favorecer la comprensión, generar confianza y asegurar la pertinencia del mensaje.

Tabla 1

Ejemplo de mensaje de información pública: (Guías médicas de *MSF*)

Actualmente hay un brote de sarampión en _____ Tratamiento del paciente Consulte con el centro de salud más cercano si un niño o alguien en su familia presenta: fiebre y erupción cutánea generalizada junto con tos o conjuntivitis (ojos rojos y llorosos) o secreción nasal (goteo nasal) - Si la condición del niño es preocupante (dificultad para respirar, somnolencia, convulsiones, diarrea, rechazo a comer, etc.), llévelo al hospital de inmediato. - Durante el brote, el tratamiento del sarampión es gratis. Vacunación Se debe vacunar contra el sarampión a todas las personas de 6 meses a _____ años. • La aplicación de vacunas se realizará del: _____ al _____ • Por favor, diríjase al sitio de vacunación más cercano: _____ - La vacunación contra el sarampión es gratis. - Si estará ausente el día de la vacunación, acuda al centro de salud lo antes posible.
--

Referencias del Capítulo 6

1. Association of Schools and Programs of Public Health. This is Disease Intervention. *About the CDI* [Internet]. Accessed October 20, 2025. <https://thisisdiseaseintervention.org/about-the-cdi/>
2. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Enhancing Disease Investigation and Intervention Functions*. (2021). YouTube. Accessed October 20, 2025. <https://www.youtube.com/watch?v=oVk0NRrm9qM>
3. National Board of Public Health Examiners. *CDI Exam Content Outline*. Published in 2025. Accessed October 20, 2025. <https://www.nbphe.org/wp-content/uploads/2025/08/CDI-Exam-Content-Outline-2025.pdf>
4. Risk communication and community engagement (RCCE) preparedness and response to COVID-19: A guidance document. World Health Organization. (2020). Accessed October 20, 2025. [https://www.who.int/publications/i/item/risk-communication-and-community-engagement-\(rcce\)-action-plan-guidance](https://www.who.int/publications/i/item/risk-communication-and-community-engagement-(rcce)-action-plan-guidance)
5. Federal Emergency Management Agency (FEMA). (2025). *Developing and maintaining emergency operations plans*. Accessed October 20, 2025. <https://www.samhsa.gov/resource/dbhis/developing-maintaining-emergency-operations-plans-comprehensive-preparedness-guide>
6. McQuiston JH, McCollum A, Christie A, et al. The rise of Mpox in a post-smallpox world. *Emerging Infectious Diseases*. 2025;31(1)27-31. Accessed October 20, 2025. <https://doi.org/10.3201/eid3101.241230>
7. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. National Notifiable Diseases Surveillance System (NNDSS). *What Is Case Surveillance?* Published June 10, 2025. Accessed October 20, 2025. <https://www.cdc.gov/nndss/what-is-case-surveillance/>
8. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Archive. Isolation and precautions for people with COVID-19. Updated May 11, 2023. Accessed October 20, 2025. https://archive.cdc.gov/www_cdc_gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/isolation.html
9. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. COVID-19 Vaccination Clinical & Professional Resources. Accessed October 20, 2025. <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/index.html>
10. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Crisis & Emergency Risk Communication (CERC). Published July 28, 2025. Accessed October 20, 2025. <https://www.cdc.gov/cerc/php/about/index.html>
11. Federal Emergency Management Agency [FEMA]. (2010). *Developing and Maintaining Emergency Operations Plans*. Accessed October 20, 2025. https://www.fema.gov/sites/default/files/2020-05/CPG_101_V2_30NOV2010_FINAL_508.pdf
12. Furin M, Freeman CL, Goldstein S. EMS Incident Command System. *StatPearls* [Internet]. Updated February 24, 2024. Accessed October 20, 2025. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441863/>
13. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Stacks. *Public Health Emergency Exercise Toolkit: Planning, Designing, Conducting, and Evaluating Local Public Health Emergency Exercises*. Published June 2006. Accessed October 20, 2025. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11403>

14. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Program Operation Considerations for Sexually Transmitted Infection Prevention*. 2025. Accessed October 20, 2025. <https://www.cdc.gov/sti/media/pdfs/2025/06/Program-Operation-Considerations-for-STI-Prevention.pdf>
15. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *STI Program Resources*. Published April 29, 2025. Accessed October 20, 2025. <https://www.cdc.gov/sti/php/sti-program-resources/>
16. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Stacks. *Syphilis Outbreak Detection Guidance*. Published June 4, 2018. Accessed October 20, 2025. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/162448>
17. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Division of STD Prevention. *STI Outbreak Response Plan Guide*. Published December 2020. Accessed October 20, 2025. <https://www.cdc.gov/sti/media/pdfs/2024/04/outbreak-response-plan-guide.pdf>
18. *Simulation Exercises in Public Health Settings: Step-by-Step Exercise Design*. European Centre for Disease Prevention and Control. Published December 2021. Accessed October 20, 2025. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/simulation-exercises-public-health-settings-step-by-step-exercise-design.pdf>
19. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Uganda's Disease Detectives Play Critical Role in Stopping Ebola*. (2022). Published April 12, 2023. Accessed October 20, 2025. <https://www.cdc.gov/global-health-protection/php/stories-from-the-field/ugandas-disease-detectives-play-critical-role-in-stopping-ebola.html>
20. Skou ST, Mair FS, Fortin M, et al. Multimorbidity. *Nat Rev Dis Primers*. 2022;8(1):48. Published July 14, 2022. Accessed October 20, 2025. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00376-4>
21. Kessel M. Diagnostics as the first line of defense in global health security. *Nat Biotechnol*. 2014;32(6):513-514. Accessed October 20, 2025. <https://doi.org/10.1038/nbt.2930>
22. Jordan M. *Real Time Data*. ScyllaDB (n.d.). Accessed October 20, 2025. <https://www.scylladb.com/glossary/real-time-data/>
23. Ginsberg C. *How has data analytics been used during the COVID-19 pandemic?* Noble Desktop; 2025. Accessed October 20, 2025. <https://www.nobledesktop.com/classes-near-me/blog/data-analytics-during-covid>
24. Adegoke B, Odugbose T, Adeyemi C. (2024, April 30). Data analytics for predicting disease outbreaks: A review of models and tools. . Accessed October 20, 2025. https://www.researchgate.net/publication/380207270_Data_analytics_for_predicting_disease_outbreaks_A_review_of_models_and_tools
25. *Topic Collection: Emergency Operations Plans/Emergency Management Program*. U.S. Department of Health and Human Services: Administration for Strategic Preparedness and Response/Technical Resources Assistance Center Information Exchange [ASPR TRACIE]. (n.d.). Accessed October 20, 2025. <https://asprtracie.hhs.gov/technical-resources/84/emncy-operations-plans-emncy-management-program/1>
26. Federal Emergency Management Agency [FEMA.gov]. *Developing and Maintaining Emergency Operations Plans*. May 2025. Version 3.1. Accessed October 20, 2025. https://www.fema.gov/sites/default/files/documents/fema_npd_developing-and-maintaining-emergency_052125.pdf
27. Lebaea R, Roshe Y, Ntontela S, Thango BA. (2024). The role of data governance in ensuring system success and long-term IT performance: A systematic review. *Preprints.org*.

Posted October 23, 2024. Accessed October 20, 2025.

<https://doi.org/10.20944/preprints202410.1841.v1>

28. *What Is Data Collection Standardization?* Rockwell Automation/Fiix. Published June 5, 2023. Accessed October 20, 2025. <https://fiixsoftware.com/maintenance-metrics/what-is-data-collection-standardization/>
29. Nakasi R, Zawedde A, Maiga G, Aturinde A, Mwebaze E. Spatial Data Infrastructure using Mobile GIS and web service technologies for public Health Management. 2018. Proceeding 2018. agile. https://www.researchgate.net/publication/340377965_Spatial_Data_Infrastructure_using_Mobile_GIS_and_web_service_technologies_for_public_Health_Management
30. Estacio E, Oliver M, Downing B, Kurth J, Protheroe J. Effective partnership in community-based health promotion: Lessons from the Health Literacy Partnership. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(12)1550. <https://doi.org/10.3390/ijerph14121550>
31. User S. Emergency preparedness: Tabletop exercises. *National Nurse-Led Care Consortium*. June 12 2023. Accessed October 20, 2025. <https://nurseledcare.phmc.org/emergency-preparedness-tabletop-exercises.html>
32. Tiwary A, Rimal A, Paudyal B, Sigdel KR, Basnyat B. Poor communication by health care professionals may lead to life-threatening complications: Examples from two case reports. *Welcome Open Res*. 2019;4:7. Accessed October 20, 2025. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6694717/>
33. *Key Planning Factors and Considerations for Response to and Recovery from a Biological Incident*. Federal Emergency Management Agency [FEMA.gov]. 2022. Accessed October 20, 2025. <https://www.fema.gov/cbrn-tools/key-planning-factors-bio>
34. *Ethical Use of Quarantine & Isolation*. American Medical Association. (n.d.-a). Accessed October 20, 2025. <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/ethical-use-quarantine-isolation>
35. Tatemoto T, Mukaino M, Kumazawa N, et al. Overcoming language barriers to provide telerehabilitation for COVID-19 patients: A two-case report. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. 2021;17(3), 275-282. Accessed October 20, 2025. <https://doi.org/10.1080/17483107.2021.2013962>
36. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Health Alert Network (HAN)*. 2025. Accessed October 20, 2025. <https://emergency.cdc.gov/han/index.asp>
37. Shiyab W, Ferguson C, Rolls K, Halcomb E. Solutions to address low response rates in online surveys. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2023a;22(4)441-444. Accessed October 20, 2025. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvad030>
38. Swire-Thompson B. Countering health misinformation: 5 lessons from an expert research psychologist. *Harvard T.H. Chan School of Public Health*. December 16, 2024. Accessed October 20, 2025. <https://hsph.harvard.edu/research/health-communication/resources/countering-health-misinformation-lessons/>
39. Neylan JH, Patel SS, Erickson TB. Strategies to counter disinformation for healthcare practitioners and policymakers. *World Med Health Policy*. 2022;14(2):423-431. doi:10.1002/wmh3.487
40. *Conducting in-action and after-action reviews of the public health response to COVID-19*. ReliefWeb. June 4, 2020. Accessed October 20, 2025. <https://reliefweb.int/report/world/conducting-action-and-after-action-reviews-public-health-response-covid-19>

41. *Management of a Measles Epidemic: 7.5 Evaluation of the response*. Medecins Sans Frontieres [Doctors Without Borders]. Accessed October 20, 2025. <https://medicalguidelines.msf.org/en/viewport/mme/english/7-5-evaluation-of-the-response-32408139.html>
42. *II. What Actions Are Taken by the U.S. Government When an Infectious Disease Outbreak Occurs?* National Archives and Records Administration. Accessed October 20, 2025. <https://clintonwhitehouse3.archives.gov/WH/EOP/OSTP/CISSET/html/2.html#:~:text=Three%20steps%20are%20involved%20in,%2C%20scientists%2C%20and%20government%20officials.>
43. *Conducting in-action and after-action reviews of the public health response to COVID-19*. European Center for Disease Prevention and Control. (2020). Accessed October 20, 2025. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/In-Action-and-After-Action-Reviews-of-the-public-health-response-to-COVID-19.pdf>
44. Snell S. *What is a bowtie model and analysis, and why use it as part of your risk management approach?* Presight Solutions AS. 2024. Accessed October 20, 2025. <https://presight.com/bowtie-analysis-risk-management/>
45. *Facilitated Look-Backs: A New Quality Improvement Tool for Management of Routine Annual and Pandemic Influenza*. Rand; 2006. Accessed October 20, 2025. https://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR320.html
46. *Conducting in-action and after-action reviews of the public health response to COVID-19*. European Center for Disease Prevention and Control. 2020. Accessed October 20, 2025. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/In-Action-and-After-Action-Reviews-of-the-public-health-response-to-COVID-19.pdf>
47. Feldscher K. The next pandemic: Not if, but when. 2024. *Harvard T.H. Chan School of Public Health*. September 12, 2024. Accessed October 20, 2025. <https://hsph.harvard.edu/news/next-pandemic-not-if-but-when/>
48. Wilhelmy S, Mueller R, Gross D. Identifying the scope of ethical challenges caused by the Ebola epidemic 2014-2016 in West Africa: A qualitative study. *Philos Ethics Humanit Med*. 2002;17(16). Accessed October 20, 2025. <https://doi.org/10.1186/s13010-022-00128-y>