



NOTA DE ESTUDIO

AVSEC/FAL/RG/Ex02/04
22/09/2020

**Segunda Reunión Virtual Extraordinaria del Grupo Regional sobre Seguridad de la Aviación y
Facilitación
NAM/CAR y SAM OACI/CLAC (AVSEC/FAL/RG/ Ex02)
24 de setiembre de 2020**

**Cuestión 4 del
Orden del día**

**Experiencia de los Estados en la aplicación de las medidas de bioseguridad
para el COVID-19**

**PROPUESTA DE UNIFICACIÓN DEL FORMULARIO DE SALUD
PUBLICA PARA LA LOCALIZACIÓN DE PASAJEROS Y FORMULARIO DE AUTO DECLARACIÓN
SANITARIA DE COVID-19 PARA PÚBLICO PASAJERO**

(Preparado por República Bolivariana de Venezuela)

RESUMEN EJECUTIVO

Esta Nota de Estudio presenta la propuesta de unificar la información solicitada en diferentes documentos de control sanitario que es solicitada a nivel internacional y nacional, a fin de facilitar el llenado de los mismos por parte de los pasajeros y evitar el riesgo de posibles focos de transmisión de enfermedades en el manejo de dichos formularios físicos. Esta propuesta de unificación del FLP también fue presentada en la Tercera Reunión Virtual de Directores Generales de Aviación Civil de la Región SAM sobre la Respuesta al COVID-19, el 22 de setiembre de 2020.

<i>Objetivos Estratégicos:</i>	<ul style="list-style-type: none">• Seguridad de la aviación y facilitación
<i>Referencias:</i>	<ul style="list-style-type: none">• Anexo 9 de la OACI• Protocolo de control sanitario para el reinicio de las operaciones aeronáuticas en el contexto de la COVID-19 del SRVSOP• Carta de Estado Ref EC 6/3 – 20/90, del 1 de setiembre de 2020

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Con el propósito de mantener un adecuado control de los pasajeros, ante situaciones de posibles enfermedades contagiosas que se pudiesen transmitirse entre Estados a través del transporte aéreo, la Organización de Aviación Civil Internacional (OACI), estableció en el Anexo 9 – Facilitación, el método recomendado 8.15.1 que indica que cuando se haya identificado una amenaza para la salud pública, y las autoridades sanitarias de un Estado contratante exijan información sobre los itinerarios de viaje de los pasajeros y/o la tripulación, o información de contacto para poder comunicarse con las personas que podrían haber estado expuestas a una enfermedad transmisible, el Estado contratante

debería aceptar el “Formulario de salud pública para localizar a los pasajeros”, reproducida en el Apéndice 13, como documento único para ese fin.

1.2 Así mismo el Panel de Expertos en Medicina Aeronáutica del Sistema Regional de Vigilancia de la Seguridad Operacional (SRVSOP), desarrollo el Protocolo de control sanitario para el reinicio de las operaciones aeronáuticas en el contexto de la COVID-19, incluyendo el Formulario de Localización de Pasajeros (FLP), que se describe en el Apéndice 1 de ese documento y comprende en su reverso, la declaración de salud del pasajero respecto a la COVID-19, que debe ser completado por los viajeros.

1.3 Posteriormente la Secretaria General de la OACI, a través de la Carta de Estado de referencia EC 6/3 – 20/90, del 1 de septiembre de 2020, presenta el formulario de auto declaración sanitaria de COVID-19 para público pasajero en colaboración con especialistas del Arreglo de Colaboración para la Prevención y Gestión de Sucesos de Salud Pública en la Aviación Civil (CAPSCA) y con partes interesadas de la industria. El cual ha de utilizarse de manera complementaria con el Formulario de salud pública para localizar a los pasajeros, y solicitando a los Estados que, a partir del 7 de septiembre de 2020, empiecen a recopilar los datos solicitados en el formulario de auto declaración sanitaria de COVID-19 para público pasajero en formato impreso o digital.

1.4 Adicionalmente algunos estados pueden estar solicitando alguna otra información adicional especializada requerida como parte de su sistema de salud nacional, dentro de las labores de control y prevención de contagio y transmisión del COVID-19.

2. **Unificación de formatos**

2.1 El manejo de múltiples documentos relacionados con el control sanitario (nacional e internacional) que establezcan los Estados de manera recurrente y sumado a los controles de prevención de contagio y transmisión del COVID-19, establecen mayormente la duplicidad de preguntas en cada uno de estos formularios, lo que contradice el espíritu de los principios de facilitación hacia la atención de los pasajeros durante su tránsito en los aeropuertos.

2.2 Igualmente, mientras algunos Estados no establecen de manera unificada y estandarizada sistemas electrónicos para el manejo de toda la información sanitaria requerida en estos diferentes formularios, esto representa un mayor riesgo de transmisión del COVID-19, al tener que manejar un alto volumen de documentos por pasajeros.

2.3 Sobre lo antes expuesto debe ser tarea esencial de los Estados, el trabajar en la unificación de los diferentes formatos y documentos destinados para el control sanitario, a fin de facilitar el llenado de los mismos por parte de los pasajeros y evitar el riesgo de posibles focos de transmisión en el manejo de dichos formularios físicos. En el apéndice “A” de esta Nota de Estudio se presenta un modelo de documento unificado que contiene la información solicitada en el Formato de Localización de Pasajeros (Anexo 9), la declaración de salud del pasajero respecto a la COVID-19 (SRVSOP) y el auto declaración sanitaria de COVID-19 para público pasajero.

3. **ACCIÓN SUGERIDA**

3.1 Se sugiere a la Reunión virtual del AVSEC/FALRG:

- a) Tomar nota de la información presentada en esta nota de estudio; y
- b) Considerar la unificación del formulario de localización de pasajeros (FLP) y el formulario de auto declaración sanitaria de COVID-19 para mayor facilidad de los pasajeros y personal que maneje dicha información, durante las fases de recuperación de las operaciones aéreas.

APÉNDICE A

MODELO UNIFICADO DE FORMATOS FLP Y AUTO DECLARACIÓN SANITARIA DE COVID-19

FORMULARIO DE LOCALIZACIÓN DE PASAJERO (FLP)

Para proteger su salud, los funcionarios de salud pública necesitan que usted conteste este formulario cuando sospechen la presencia de una enfermedad contagiosa a bordo de un vuelo. La información que proporcione ayudara a los funcionarios de salud pública a ponerse en contacto con usted en caso de que haya estado expuesto a una enfermedad contagiosa. Es importante que conteste este formulario en forma completa y exacta. La información solicitada se conservara de conformidad con la legislación aplicable y se utilizara exclusivamente para fines de salud pública. *Gracias*

Un miembro adulto de cada familia deberá contestar un formulario. Escribir en MAYUSCULA. Dejar casilla en blanco para los espacios entre palabras

INFORMACIÓN DE VUELO: 1. Línea aérea 2. Nro. Vuelo 3. Nro. Asiento 4. Fecha (dd/mm/aaaa)

INFORMACIÓN PERSONAL: 5. Apellido 6. Nombre de pila 7. Sexo Masculino Femenino

8. Fecha nacimiento 9. Edad 10. Numero documento de viaje / C.I. 11. País de nacionalidad

12. País de residencia 13. Aeropuerto de origen

14. HISTORIAL DE VIAJE: Indique todos los países/regiones y ciudades que usted y su grupo de viaje hayan visitado (tránsito o escala) o atravesado en los últimos 14 días antes de su arribo (incluyendo los puertos y aeropuertos), mencionando las fechas de su visita. Comience por el país más reciente.

	País	Ciudad	Fecha (dd/mm/aaa)
(1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NÚMEROS(S) DE TELÉFONO donde se le pueda encontrar, de ser necesario. Incluir el código del país y de la ciudad

15. Móvil 16. Trabajo

17. Domicilio 18. Otros

19. Correo electrónico

DIRECCIÓN PERMANENTE: 20. Número y calle (separar con una casilla vacía, los números y nombres) 21. Nro. Apto

22. Ciudad 23. Estado/Provincia

24. País 25. Código Postal

DIRECCIÓN TEMPORAL: Si es visitante, solo escriba el lugar que visitara primero.

26. Nombre del hotel (si es el caso) 27. Número y calle (separar con una casilla vacía, los números y nombres) 28. Nro. Apto

29. Ciudad 30. Estado/Provincia

31. País 32. Código Postal

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA CASOS DE URGENCIA, de la persona que pueda ponerse en contacto con usted en los próximos 30 días.

33. Apellido 34. Nombre 35. Ciudad

36. País 37. Correo electrónico

38. Número de teléfono móvil 39. Otro número de teléfono

40. COMPAÑEROS DE VIAJE – MIEMBROS DE LA FAMILIA: Incluir la edad solamente si es menor de 18 años.

	Apellido	Nombre	Nro. Asiento	Edad (-) 18
(1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FORMULARIO DE LOCALIZACIÓN DE PASAJERO (FLP)

41. COMPAÑEROS DE VIAJE – NO MIEMBROS DE LA FAMILIA: También incluir el nombre del grupo (si es el caso).

	Apellido	Nombre	Grupo (tour, equipo, empresa otros)
(1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FORMULARIO DE AUTODECLARACIÓN SANITARIA DE COVID-19 PARA PUBLICO PASAJERO
CUESTIONARIO OBLIGATORIO DE SALUD PARA INGRESAR AL PAIS

Respecto a la emergencia de salud declarada COVID-19, es obligatorio responder las siguientes preguntas
 Si es necesario se realizara una evaluación médica a su llegada

42. ¿Durante los últimos 14 días, ¿ha tenido usted, o alguna persona de su grupo de viaje, un contacto cercano (contacto frente a frente durante más de 15 minutos o contacto físico directo) con una persona confirmada COVID-19, o que presentaba síntomas que sugieran contagio de COVID-19?

Si No

43. ¿Usted o un miembro de su familia / compañero de viaje ha tenido alguno de los siguientes síntomas durante los últimos 14 días? Por favor, llene los datos de la persona o personas que presentan los síntomas mencionados y marque con una "X" el síntoma o signo que presenta:

	Apellido	Nombre	Fiebre o Escalofrío	Tos	Dificultad para Respirar	Pérdida de Gusto/ Olfato	Dolor de Cabeza	Dolor Muscular	Congestión Nasal	Diarrea	Conjuntivitis
(1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. ¿Ha tenido usted, o alguna persona de su grupo de viaje, una prueba de diagnóstico de COVID-19 con resultado positivo en los últimos 3 días?

Si No

Adjuntar el informe con el resultado, si lo tiene

45. ¿Ha visitado mercados de animales vivos en los últimos 14 días?

Si No

46. Propósito del viaje, favor escoja uno.

Turismo Trabajo Visita familiar Misión especial Cooperación internacional

Declaro que toda la información aquí presentada es correcta y cierta, y me comprometo a llevar a cabo las evaluaciones y/o exámenes médicos, así como la cuarentena en los lugares designados por la autoridad sanitaria del Estado o de manera domiciliaria durante 14 días siguientes a mi entrada al país, realizando un autocontrol de los síntomas del coronavirus, especialmente los síntomas de infección respiratoria aguda (fiebre, tos o dificultad respiratoria) y si presento alguno de ellos me pondré en contacto con la autoridad sanitaria competente por teléfono.

Acepto cumplir con las indicaciones y medidas que me indique la autoridad sanitaria

Y para el registro, Firmo este documento.

Lugar _____ fecha _____ Firma _____

Nro. Pasaporte / C.I.