

Criterios de salud pública para ajustar las medidas de salud pública y sociales en el contexto de la COVID-19

Anexo del documento Consideraciones relativas a los ajustes de las medidas de salud pública y sociales en el contexto de la COVID-19

12 de mayo de 2020



Antecedentes

En todo el mundo, los países han implantado diversas medidas de salud pública y sociales para responder a la COVID-19, incluidas medidas a gran escala, como restricciones de la circulación de personas, cierre de centros escolares y comercios, cuarentena en zonas geográficas y restricciones de los viajes internacionales. A medida que evolucione la situación epidemiológica local de la enfermedad, los países ajustarán (es decir, relajarán o volverán a instaurar) dichas medidas en consecuencia. El 16 de abril de 2020, la OMS publicó orientaciones provisionales sobre la forma de ajustar las medidas de salud pública y sociales, y gestionar al mismo tiempo el riesgo de que se produzcan rebrotes de casos. Se han elaborado varios anexos que tienen por objeto ayudar a los países a ajustar las medidas de salud pública en diferentes contextos. El presente anexo describe un proceso pragmático de adopción de decisiones para adaptar las medidas de salud pública y sociales en función de criterios epidemiológicos y de salud pública y debe leerse junto con las orientaciones provisionales.¹

Aunque el documento presenta solamente criterios de salud pública, también deberían tenerse en cuenta otros factores fundamentales, como la economía, la seguridad, los derechos humanos, la seguridad alimentaria y la opinión pública.

El documento está dirigido a las autoridades nacionales y las instancias decisorias de países que han introducido medidas de salud pública y sociales a gran escala y están estudiando la posibilidad de ajustarlas.

Utilización de los criterios

Los criterios están agrupados en tres ámbitos que deberían evaluarse para responder a tres preguntas principales:

1. **Epidemiología:** ¿Está controlada la epidemia? (Sí o No)
2. **Sistema de salud:** ¿Tiene capacidad el sistema de salud para hacer frente a un eventual rebrote de casos de COVID-19 tras el ajuste de algunas medidas? (Sí o No)
3. **Vigilancia de la salud pública:** ¿Tiene capacidad el sistema de vigilancia de la salud pública para detectar y gestionar los casos y sus contactos, e identificar un rebrote de casos? (Sí o No)

Los criterios no tienen carácter prescriptivo y tal vez no sea factible responder a alguna(s) de las preguntas porque, por ejemplo, no se dispone de datos al respecto. En la medida de lo posible, los países deben centrarse en los criterios que consideren más pertinentes para orientar la toma de decisiones. Los umbrales son indicativos y tal vez sea necesario revisarlos a medida que se disponga de más información sobre la epidemiología de la COVID-19. Cuando sea viable, se recomienda evaluar los criterios sistemáticamente, y al menos una vez a la semana, a nivel administrativo subnacional.

1. Hay indicios de que la epidemia está controlada

Indicador clave: Número efectivo de reproducción (R_t) inferior a 1 durante al menos dos semanas.

En teoría, un R_t (número efectivo de casos secundarios por caso de infección en una población) inferior a 1 es el mejor indicio de que la epidemia está controlada y va disminuyendo. Existe un conjunto de herramientas para estimar el R_t ,² así como una aplicación interactiva.³ En países con una gran población, el R_t puede variar entre diferentes segmentos de la población y se debería estimar a nivel subnacional.

Para determinar si la epidemia está controlada, se puede llevar a cabo una evaluación cualitativa basada en algunos o todos los criterios siguientes para complementar las estimaciones del R_t , o para realizar una evaluación sólida del R_t si no se dispone de datos de vigilancia suficientes.

Cuadro 1. Criterios epidemiológicos

Criterios epidemiológicos*	Explicación
Disminución de al menos el 50% durante un periodo de tres semanas desde el último valor máximo y disminución constante de la incidencia observada de casos confirmados y probables ^o .	Esto indica una disminución de la transmisión a la mitad en un periodo de tres semanas o menos desde el último valor máximo, siempre y cuando se mantenga la estrategia de realización de

	pruebas o se refuerce para hacer pruebas a un porcentaje mayor de casos sospechosos.
Menos del 5% de las muestras analizadas dan positivo para COVID-19 al menos durante las dos últimas semanas [°] , siempre y cuando la vigilancia de casos sospechosos sea integral.	El porcentaje de muestras que dan positivo solo puede interpretarse con vigilancia integral y el análisis de muestras de casos sospechosos, del orden de 1/1000 población/semana.
Durante las dos últimas semanas [°] como mínimo, menos del 5% de las muestras obtenidas de casos con síndrome gripal y analizadas en centros de vigilancia centinela dan positivo para COVID-19.	En el marco de la vigilancia centinela del síndrome gripal, un porcentaje bajo de muestras positivas indica una transmisión comunitaria baja*.
Al menos el 80% de los casos pertenece a las listas de contactos y se puede vincular a conglomerados identificados.	Esto indica que la mayoría de las cadenas de transmisión han sido identificadas, lo que permite hacer un seguimiento. Puede estar limitado por el hecho de que, sin duda, la información no se habrá recopilado en el punto máximo de la epidemia.
Disminución del número de fallecimientos entre los casos confirmados y probables al menos durante las tres últimas semanas [°] .	Esto indicará, con un lapso de aproximadamente tres semanas, que el número total de casos está disminuyendo. Si el número de pruebas realizadas ha disminuido, el número de fallecimientos entre casos probables será más preciso.
Disminución constante del número de hospitalizaciones e ingresos en la UCI de casos confirmados y probables al menos durante las dos últimas semanas [°] .	Esto indica una disminución del número de casos, con un lapso de aproximadamente una semana, siempre y cuando los criterios de hospitalización no hayan cambiado.
Disminución del exceso de mortalidad, con estratificación por edades, debido a la neumonía.	Cuando no se puedan realizar sistemáticamente pruebas de detección a los casos de neumonía, la disminución de la mortalidad por neumonía indicaría indirectamente una reducción del exceso de mortalidad por COVID-19.

* La evaluación de la tendencia requiere que no se hayan producido cambios en la estrategia en materia de pruebas o medición.

° El periodo de dos semanas corresponde al periodo máximo de incubación y es el periodo mínimo para evaluar los cambios de tendencias.

2. El sistema de salud tiene capacidad para hacer frente a un eventual rebrote de casos de COVID-19 tras adaptar algunas medidas

Indicador clave: El número de casos que requieren hospitalización es menor que la capacidad máxima de camas en hospitales y UCI del sistema de salud (es decir, el sistema de salud puede afrontar nuevas hospitalizaciones sin verse abrumado y mantener al mismo tiempo la prestación de servicios de salud esenciales).⁴

En ausencia de esta información, se puede llevar a cabo una evaluación cualitativa basada en algunos o todos los criterios siguientes.

Cuadro 2. Criterios relativos al sistema de salud

Criterios relativos al sistema de salud	Explicación
Se puede tratar a todos los pacientes de COVID-19 de conformidad con las directrices nacionales.	
Se puede tratar al resto de pacientes que padecen una afección grave, que no sea la COVID-19, de conformidad con las directrices nacionales.	Esto indica que el sistema de salud se vuelve a encontrar en una situación en la que se dan todas las condiciones necesarias (personal, camas, medicamentos, equipos, etc.) para dispensar el mismo nivel de atención que existía antes de la crisis.
No aumenta la mortalidad intrahospitalaria por enfermedades diferentes a la COVID-19.	
El sistema de salud puede absorber un aumento de al menos el 20% de los casos de COVID-19 o se puede ampliar para afrontarlo.	Esto indica que el sistema sería sostenible aunque tuviera que absorber un posible rebrote de casos como consecuencia de la relajación de las medidas de salud pública y sociales. Para ello es necesario un nivel suficiente de personal, equipos, camas, etc.
Existe un coordinador para la prevención y el control de infecciones en todos los establecimientos sanitarios (un coordinador para la prevención y el control de infecciones formado y a tiempo completo por cada 250 camas) y a nivel de distrito.	Esto indica una gran capacidad de coordinación, supervisión y formación en materia de prevención y control de infecciones, incluido en centros de atención primaria.

Todos los centros de salud cuentan con pruebas de detección de la COVID-19.	Esto garantiza que todos los pacientes que acuden al centro son sometidos a pruebas de detección de la COVID-19 a fin de prevenir infecciones ligadas a la atención sanitaria.
Todos los centros de atención de casos agudos cuentan con un mecanismo para aislar a casos sospechosos de COVID-19.	El sistema de salud tiene capacidad suficiente para aislar a todos los pacientes con COVID-19.

3. El sistema de vigilancia de la salud pública puede identificar a la mayoría de los casos y sus contactos

Los países deberían tener capacidad suficiente y una estrategia clara para la realización de pruebas en laboratorio a fin de identificar de forma fiable los casos.

Se puede llevar a cabo una evaluación cualitativa basada en algunos o todos los criterios siguientes.

Cuadro 3. Criterios relativos a la vigilancia de la salud pública

Criterios relativos a la vigilancia de la salud pública	Explicación
Sistemas de vigilancia	
Se pueden identificar y notificar los casos nuevos e incluir sus datos en el análisis epidemiológico en un plazo de 24 horas.	Existe un sistema de vigilancia de COVID-19 con una cobertura geográfica completa que incluye a todas las personas y comunidades en riesgo. La vigilancia integral incluye vigilancia a nivel comunitario, en centros de atención primaria y hospitales y a través de centros de vigilancia centinela de la gripe y otras enfermedades respiratorias, cuando existan. ⁵
Se requiere la declaración inmediata de casos probables y confirmados de COVID-19 como enfermedad de obligada notificación.	Esto indica que se han establecido políticas de salud pública adecuadas para la notificación inmediata de casos de COVID-19 por todos los centros de salud.
Se mejora la vigilancia en entornos residenciales cerrados y en los grupos vulnerables.	Esto indica que las autoridades de salud pública han identificado poblaciones que viven en entornos residenciales o son vulnerables y que se ha mejorado la vigilancia en relación a estas poblaciones.
Se realiza una vigilancia de la mortalidad por COVID-19 en los hospitales y la comunidad.	Esto indica la capacidad de rastrear de forma rápida y fiable el número de fallecimientos por COVID-19. De ser posible, debe emitirse un certificado médico de defunción para las muertes por COVID-19. Se pueden considerar otros enfoques para la vigilancia de la mortalidad, como informes de los centros religiosos o funerarios.
Se notifica a diario el número total de pruebas de laboratorio realizadas para detectar el virus de la COVID-19.	Conocer el denominador de las pruebas puede indicar el grado de actividad de vigilancia y la proporción de pruebas positivas puede indicar la intensidad de la transmisión entre individuos sintomáticos.
Investigación de casos	
Hay equipos de salud pública de respuesta rápida operativos en todos los niveles administrativos pertinentes.	De este modo se mide la capacidad para investigar rápidamente casos y conglomerados de COVID-19. ⁶
Se aísla al 90% de los casos sospechosos y estos son confirmados o se les da el alta en un plazo de 48 horas desde la aparición de síntomas.	Esto indica que la investigación y el aislamiento de nuevos casos son suficientemente rápidos como para reducir al mínimo la aparición de casos de segunda generación.
Rastreo de contactos⁷	
Se rastrean los contactos de al menos el 80% de nuevos casos y se les pone en cuarentena en un plazo de 72 horas desde la confirmación de los casos.	Esto indica que la capacidad de rastreo de contactos es suficiente para el número de casos y contactos.
Se hace un seguimiento de al menos el 80% de los contactos durante 14 días.	Se debería mantener un contacto diario con los contactos durante el periodo de 14 días y, en condiciones ideales, no deberían pasar más de dos días sin información del contacto.

Existen sistemas de gestión de información y datos para el rastreo de contactos y otros datos conexos.	Si bien los datos relativos al rastreo de contactos se pueden gestionar en formato papel a pequeña escala, para el rastreo de contactos a gran escala se pueden utilizar herramientas electrónicas, como el programa informático para el rastreo de contactos <i>Go.Data</i> .
--	--

Adaptación de las medidas de salud pública y sociales en función del nivel de riesgo

En función de las respuestas a las tres preguntas, se asignará un nivel de riesgo (alto, intermedio o bajo). En este contexto, el riesgo es una valoración general de las consecuencias negativas que puede conllevar relajar las medidas y la capacidad de gestionarlas. El nivel de riesgo puede orientar la adaptación de las medidas de salud pública y sociales. En el marco de la pandemia de COVID-19, la identificación, la realización de pruebas de detección y el aislamiento de casos, el rastreo de contactos y la cuarentena son medidas de salud pública básicas en todas las etapas de la respuesta. De igual modo, las medidas encaminadas a garantizar la protección de los trabajadores sanitarios y los grupos vulnerables deben mantenerse. Dependiendo del nivel de riesgo, se deberán adaptar otras medidas, como las medidas comunitarias, la restricción de concentraciones multitudinarias y las medidas para reducir el riesgo de introducción del virus.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Consideraciones relativas a los ajustes de las medidas de salud pública y sociales en el contexto de la COVID-19 (Orientaciones provisionales) (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331970/WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-2020.1-spa.pdf, consultado el 15 de abril de 2020)
2. Cori A et al (2019). EpiEstim: Estimate Time Varying Reproduction Numbers from Epidemic Curves. R package version 2.2-1. (<https://CRAN.R-project.org/package=EpiEstim>, consultado el 9 de mayo de 2020)
3. Thompson RN, Stockwin JE, van Gaalen RD, Polonsky JA, et al. Improved inference of time-varying reproduction numbers during infectious disease outbreaks. *Epidemics* (2019) (<https://shiny.dide.imperial.ac.uk/epiestim/>)
4. Organización Mundial de la Salud. Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Essential resource planning. Ginebra, 2020 (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/covid-19-critical-items>)
5. Organización Mundial de la Salud. Estrategias de vigilancia de la infección humana por el virus de la COVID-19 (Orientaciones provisionales) (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332093/WHO-2019-nCoV-National_Surveillance-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consultado el 10 de mayo de 2020)
6. Organización Mundial de la Salud. Considerations in the investigation of cases and clusters of COVID-19 (Interim Guidance) (<https://www.who.int/who-documents-detail/considerations-in-the-investigation-of-cases-and-clusters-of-covid-19>, consultado el 13 de marzo de 2020)
7. Organización Mundial de la Salud. El rastreo de contactos en el marco de la COVID-19 (Orientaciones provisionales) (<https://www.who.int/publications-detail/contact-tracing-in-the-context-of-covid-19>, consultado el 10 de mayo de 2020)

La OMS continúa siguiendo de cerca la situación por si se producen cambios que afecten a estas orientaciones provisionales. Si algún factor cambia, la OMS publicará una actualización. En caso contrario, estas orientaciones provisionales expirarán a los dos años de su publicación.

© Organización Mundial de la Salud 2020. Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

WHO reference number: [WHO/2019-nCoV/Adjusting_PH_measures/Criteria/2020.1](https://www.who.int/publications-detail/WHO/2019-nCoV/Adjusting_PH_measures/Criteria/2020.1)