

PLAN DE RESPUESTA TEMPRANA EN UN ESCENARIO DE CONTROL DE LA PANDEMIA POR COVID-19

Ministerio de Sanidad

13 de julio de 2020

Contenido

1.	INTRODUCCIÓN	4
1.1	Antecedentes.....	4
1.2	Características de la enfermedad.....	6
1.3	Justificación del Plan de Respuesta temprana.....	7
1.4	Objetivos	9
2	GOBERNANZA Y MARCO NORMATIVO	10
2.1	Estructuras organizativas y coordinación	10
2.2	Marco legislativo.....	11
3	PILARES DE RESPUESTA TEMPRANA	15
3.1	CAPACIDAD PARA LA DETECCIÓN PRECOZ Y EL CONTROL DEL COVID-19	15
3.2	CAPACIDADES EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN SANITARIA	17
3.3	CAPACIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN COLECTIVA.....	19
3.3.1	Medidas no farmacológicas	19
3.3.2	Medidas farmacológicas.....	21
i.	Adquisición de vacunas frente al COVID-19.....	21
ii.	Compra extraordinaria de vacunas frente a la gripe	23
iii.	Investigación clínica sobre la COVID-19	25
3.4	ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN Y CONCIENCIACIÓN.....	27
3.5	RESERVA ESTRATÉGICA NACIONAL.....	29
3.5.1	Objetivo de la reserva estratégica.....	30
3.5.2	Criterios para el desarrollo de la reserva estratégica	31
3.5.3	Productos que forman parte de la reserva	32
4	RESPUESTA Y GESTIÓN DEL RIESGO	35
4.1	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y ALERTA PRECOZ	35
4.2	EVALUACIÓN DEL RIESGO.....	36
4.3	RESPUESTA GENÉRICA	38
4.4	RESPUESTAS EN ENTORNOS ESPECÍFICOS	41
4.4.1	Centros educativos.....	42
4.4.2	Centros sanitarios.....	44
4.4.3	Centros sociales y centros socio-sanitarios residenciales.....	45

4.4.4	Entorno laboral.....	47
4.4.5	Poblaciones socialmente vulnerables	49
4.4.6	Entornos con alta concentración de personas.....	50
5	AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SANIDAD EXTERIOR.....	53
5.1	Controles sanitarios en puertos y aeropuertos	54
5.2	Colaboración con los gestores aeroportuarios y portuarios.....	56
	Anexo I: Lista de verificación de preparación de hospitales	58
	Anexo II- Lista verificación de Atención Primaria.....	62
	Anexo III: Medidas no farmacológicas generales.....	65
	Higiene de manos	65
	Higiene respiratoria	65
	Utilización de mascarillas.....	66
	Medidas de distanciamiento físico	67
	Anexo IV: Fuentes de información y vigilancia epidemiológica	68
	Anexo V: Indicadores de alerta por COVID-19	70

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

El 31 de diciembre de 2019, China informó sobre un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida. Posteriormente, el 7 de enero, las autoridades del país identificaron el agente causante de este brote, un nuevo tipo de coronavirus que fue denominado SARS-CoV-2. Desde ese momento, en España se pusieron en marcha las acciones de preparación y respuesta en un escenario de contención pandémica.

De esta forma, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote del nuevo coronavirus como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) el 30 de enero de 2020, España ya cumplía con las todas recomendaciones que formuló esta organización.

Durante el mes de febrero y principios de marzo, ante la evolución de la situación epidemiológica en Europa, se reforzaron las medidas de prevención y control en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), para mejorar la sensibilidad en la detección de casos, insistir en la recomendación de no viajar a las zonas de riesgo o limitar la presencia de público en determinados eventos deportivos.

Debido al incremento del número de casos y a la situación de transmisión comunitaria confirmada en algunas zonas del país, el 10 de marzo, estas progresaron a un escenario de contención reforzada. El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró que la situación de emergencia ocasionada por el brote epidémico de COVID-19 constituía una pandemia.

Desde ese momento, la evolución de la situación requirió el establecimiento de medidas urgentes para hacer frente a la propagación de la pandemia y para reducir el impacto del COVID-19. Por esta razón, el 12 de marzo, coincidiendo con las recomendaciones del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC), se acordó extender las medidas de distanciamiento social al conjunto del país.

El 14 de marzo, el Gobierno aprobó el Real Decreto 463/2020, por el que se declaró el estado de alarma para la gestión de la situación de emergencia sanitaria ocasionada por el COVID-19 con medidas para proteger la salud y seguridad de los ciudadanos, contener la propagación de la enfermedad y reforzar el Sistema Nacional de Salud.

Esta norma suponía la entrada en el escenario de mitigación pandémica e incluía medidas de limitación de la libertad de circulación y de reducción de riesgos en distintos ámbitos, como el educativo y de la formación, la actividad comercial, establecimientos y actividades culturales y recreativas, actividades de hostelería y restauración, o los lugares de culto y las ceremonias civiles y religiosas, entre otros.

Estas medidas de contención se han mostrado muy efectivas en el control de la epidemia, aunque también han tenido un gran impacto sobre la actividad económica global y a nivel social. La publicación de la Comunicación *Hoja de ruta común europea para el levantamiento de las medidas de contención de la COVID-19*¹, presentada el pasado 15 de abril de 2020 por la Presidenta de la Comisión Europea y el Presidente del Consejo Europeo, indujo a los Estados Miembros de la Unión Europea a planificar las distintas fases que permitieran reanudar las actividades económicas y sociales, minimizando cualquier repercusión sobre la salud de las personas y reduciendo el riesgo de sobrecargar los sistemas sanitarios.

En España, desde la adopción de las medidas de restricción, se empezó a trabajar en la planificación de la recuperación de la actividad económica y social a medida que se flexibilizaran las medidas de restricción. Así, mediante un acuerdo del Consejo de Ministros de 28 de abril de 2020, se aprobó el Plan para la Transición hacia una Nueva Normalidad², que planteó el levantamiento de las medidas de contención de modo gradual, asimétrico, coordinado con las comunidades autónomas y adaptable a los cambios de orientación necesarios

¹https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/joint_eu_roadmap_lifting_covid19_containment_measures_es.pdf

²<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/PlanTransicionNuevaNormalidad.pdf>

en función de la evolución de los datos epidemiológicos y del impacto de las medidas adoptadas.

El día 21 de junio finalizó el proceso de desescalada y la vigencia del estado de alarma, entrando el país en la etapa de nueva normalidad y, con ella, en un escenario de control de la pandemia.

Este escenario de control requería adoptar una serie de medidas para seguir haciendo frente a la pandemia y evitar un nuevo incremento de casos. Con este objetivo se aprobó el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio³, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la emergencia sanitaria ocasionada por el COVID-19, donde se establecen las medidas generales de prevención y control que se deben mantener durante esta nueva normalidad.

1.2 Características de la enfermedad

La COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS-CoV-2. De acuerdo con los datos disponibles en estos momentos, en el 80% de los casos identificados se presenta de forma leve o moderada, el 15% precisa ingreso hospitalario y el 5% cuidados intensivos, según patrón observado repetidamente en diversos países.

Los síntomas más frecuentes incluyen fiebre, tos y sensación de falta de aire, aunque se ha observado que la infección puede cursar con una enorme variedad de síntomas, como la anosmia o la ageusia, o incluso cursar de forma asintomática. Se estima una letalidad global de entorno al 0,8% del total de infectados.

La gravedad de la enfermedad depende de diferentes factores, entre ellos, los relacionados con las características de la persona infectada. Las personas mayores y con patologías crónicas previas, como la enfermedad cardiovascular

³ Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-5895

o la hipertensión arterial, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o la diabetes mellitus, pueden presentar una mayor letalidad.

La infección por SARS-CoV-2 activa el sistema inmune innato induciendo la generación de anticuerpos neutralizantes en títulos elevados en la mayor parte de los casos, aunque aún no está clara la duración de la inmunidad. No obstante, a la luz de los resultados del Estudio Nacional de Seroprevalencia ENE-COVID, solo el 5% de la población española ha tenido contacto con el virus y presenta anticuerpos, lo que descarta a corto plazo la inmunidad de grupo.

A día de hoy se considera que la fuente primaria más probable de la enfermedad producida por el SARS-CoV-2 es de origen animal. La principal vía de transmisión entre humanos es por contacto y gotas respiratorias. El periodo de incubación mediano es de 5 días con un rango de 1 a 14 días, y la transmisión de la infección puede darse desde 2 días antes del inicio de síntomas hasta 10 días después, aunque se ve influenciado por la severidad y la persistencia del cuadro clínico.

No está claro el papel de los casos asintomáticos tienen en la transmisión de la enfermedad, se asume que la mayor parte de ésta ocurre por los casos pre sintomáticos y los casos sintomáticos. La tasa de ataque secundario es de entorno al 10% pero en algunas condiciones puede ser superior. Por otro lado, también se desconoce si el SARS-CoV-2 tendrá un patrón estacional⁴.

1.3 Justificación del Plan de Respuesta temprana

La pandemia provocada por el COVID19 ha sido y sigue siendo el mayor desafío para la salud que hemos conocido en el último siglo. Su dimensión ha obligado a una gran mayoría de países a adoptar medidas excepcionales, y ha provocado tensiones en los sistemas de salud y en los mercados de productos sanitarios a nivel mundial. Nuestro país, como el resto del mundo, no ha sido ajeno a esta realidad.

⁴ Información científica-técnica sobre la enfermedad por coronavirus
<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/ITCoronavirus.pdf>

No obstante, gracias al esfuerzo incansable del conjunto de los profesionales sanitarios, el compromiso de los ciudadanos y la respuesta coordinada de las Administraciones, hemos sido capaces de controlar la transmisión del SARS-CoV-2. En este sentido, conviene destacar el impacto positivo que ha tenido la reducción de la movilidad durante la vigencia del estado de alarma.

Su finalización y la entrada en la nueva normalidad no supone, en ningún sentido, que el virus haya desaparecido. Solo significa el paso a una nueva etapa en la que debemos aprender a convivir con el virus hasta que haya un tratamiento eficaz o una vacuna segura frente al virus.

En el escenario actual de control de la transmisión debemos seguir insistiendo en el cumplimiento de las acciones básicas de higiene y prevención y el resto de medidas incluidas en el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, para seguir conteniendo el riesgo de transmisión y garantizar la detección de brotes, así como asegurar la respuesta compartida por parte del conjunto de las autoridades sanitarias.

De la misma forma, en esta nueva etapa, el Ministerio de Sanidad sigue trabajando en coordinación con las comunidades autónomas tanto en el seguimiento diario de la evolución del virus, como para asegurar las capacidades que nos permitan detectar y actuar ante nuevos brotes, o incluso, ante una posible segunda oleada por COVID19.

Para organizar esta respuesta de forma eficaz y coordinada, se propone el presente Plan de Respuesta temprana ante incrementos de la transmisión en un escenario de control de la pandemia de COVID-19 que, contará con la participación de las comunidades autónomas. Se trata de un Plan que articulará el conjunto medidas para la preparación y respuesta de nuestro país frente al COVID19 que ya están en marcha, junto con aquellas que deben completarse para hacer frente a los distintos escenarios que puedan producirse.

1.4 Objetivos

El objetivo general de este Plan es doble: por un lado, reducir el impacto de la pandemia de COVID-19, limitando la circulación del SARS-CoV-2 mediante el fortalecimiento de los pilares que sustentan unas intervenciones oportunas y eficaces; y por otro, preparar las capacidades de España frente a un incremento de la transmisión que, llegado el caso, pueda derivar en una segunda oleada de transmisión de SARS-CoV-2.

Los objetivos específicos de dicho Plan son:

- Diseñar las bases de la preparación y la respuesta en el escenario actual y ante posibles escenarios futuros para el control de la enfermedad.
- Establecer un marco de evaluación del riesgo asociado a la información disponible.
- Recomendar intervenciones en salud pública proporcionales al nivel de riesgo por COVID-19.

Todo ello se concreta a través de los distintos apartados, que contienen, entre otros elementos: la clarificación del marco competencial y de gobernanza para hacer frente a un posible incremento de casos; la configuración de una reserva estratégica de equipos de protección y medicamentos; el refuerzo de la vacunación frente a la gripe; los planes de contingencia para reforzar las capacidades a nivel asistencial y de salud pública por parte de las comunidades autónomas y la definición de los indicadores epidemiológicos y asistenciales para elevar el nivel de riesgo en un territorio y proponer, cuando sea necesario, medidas adicionales en coordinación con las comunidades autónomas.

2 GOBERNANZA Y MARCO NORMATIVO

En el escenario actual de control, el objetivo es reducir al máximo la transmisión del virus, minimizando su impacto en la salud y en la sociedad. Por ello, las instituciones deben estar preparadas para responder a cualquier escenario de riesgo para la salud pública, asumiendo que no existe un enfoque único en la gestión de los casos y los brotes de COVID-19, y que es necesaria la coordinación y la toma de decisiones conjunta en función de los diferentes escenarios.

2.1 Estructuras organizativas y coordinación

Las actuaciones de preparación y respuesta deben adoptarse de forma consensuada y coordinada por los distintos agentes implicados en la evaluación y gestión del riesgo.

Los aspectos relativos a la gestión estratégica de la preparación y respuesta ante amenazas sanitarias se analizan en el Comité de Dirección del Covid19 creado en el Ministerio de Sanidad y en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), que es quien acuerda la implementación de las acciones frente al COVID-19 en el conjunto de las comunidades autónomas, a través del Pleno, la Comisión de Salud Pública y la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta, bajo la coordinación del Ministerio de Sanidad. El objetivo de esta coordinación es la armonización de las actuaciones en todo el territorio nacional, teniendo en cuenta las directrices del Ministerio de Sanidad y las recomendaciones de la Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud.

La Comisión de Salud Pública (CSP) garantiza que las medidas de control establecidas para cada escenario se adoptan coordinadamente en todas las CCAA y la equidad en el acceso a los recursos sanitarios.

La evaluación de riesgo de propagación de la transmisión se analiza inicialmente en el seno de la Ponencia de Alertas, Planes de Preparación y

Respuesta, coordinada por el CCAES. El resultado de esta evaluación será tratado y aprobado en los ámbitos estratégicos de la CSP y CISNS.

En caso de que se considere necesario adoptar actuaciones coordinadas en salud pública que afecten a varias comunidades autónomas, corresponderá su declaración al Ministerio de Sanidad, previo conocimiento del CISNS y con audiencia de las comunidades directamente afectadas, salvo en situaciones de urgente necesidad, en cuyo caso se tomarán las medidas que sean estrictamente necesarias y se informará de manera urgente de las medidas adoptadas, de acuerdo con lo previsto en el artículo 65 de la **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**.

La declaración de actuaciones coordinadas obliga a todas las comunidades autónomas incluidas en ella y para su realización podrá acudirse a una serie de mecanismos, entre los que se encuentran la activación o diseño de planes y las estrategias de actuación para afrontar emergencias sanitarias.

Si las características de la situación superan las capacidades de respuesta en salud pública y asistencial a nivel autonómico y existe una presión creciente sobre el sistema, se valorarán fórmulas de cogobernanza que se pactarán con la comunidad autónoma para la gestión de esta eventualidad de forma consensuada y coordinada con las partes implicadas.

2.2 Marco legislativo

Todas las actuaciones de intervención deben ser adoptadas respetando el marco constitucional de distribución de competencias entre las comunidades autónomas y la Administración General del Estado.

Así, conforme el artículo 149.1.16ª de la Constitución Española corresponde al Estado la competencia exclusiva en materia de Sanidad Exterior, bases y coordinación general de la Sanidad, y legislación sobre productos farmacéuticos.

En materia de Salud Pública, le corresponde al Estado la competencia en materia de Sanidad Exterior, además de lo referido a las bases y la

coordinación general, reposando el resto del ámbito competencial de Salud Pública en las comunidades autónomas.

Teniendo en cuenta este ámbito competencial ordinario, existen una serie de medidas de intervención previstas en la legislación española ante situaciones urgentes o de emergencia que pueden ser adoptadas por el Estado y las comunidades autónomas, en función de sus respectivas competencias.

Por un lado, la **Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública** prevé que, si así lo exigen razones sanitarias de urgencia o necesidad, las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad.

Con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible.

Por otro lado, la **Ley 14/1986, de 14 de abril, General de Sanidad** habilita de una parte a adoptar medidas administrativas de carácter preventivo sobre actividades públicas o privadas, para evitar consecuencias negativas para la salud (artículo 24) y, de otra, en casos de riesgo inminente y extraordinario para la salud, a adoptar las medidas preventivas que se estimen pertinentes, tales como la incautación o inmovilización de productos, suspensión del ejercicio de actividades, cierres de empresas o su instalaciones, intervención de medios materiales y personales y cuantas otras se consideren sanitariamente justificadas.

En ambos casos, la competencia para la adopción de estas medidas corresponderá a las comunidades autónomas, con la coordinación de la Administración General del Estado - Ministerio de Sanidad, si esta fuera necesaria, de acuerdo con lo previsto en el artículo 149.1.16ª de la Constitución Española⁵.

Por último, la **Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública** prevé que, con carácter excepcional y cuando así lo requieran motivos de extraordinaria gravedad o urgencia, la Administración General del Estado y las de las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla, en el ámbito de sus respectivas competencias, puedan adoptar cuantas medidas sean necesarias.

En particular, se prevé la posibilidad de la inmovilización y, si procede, el decomiso de productos y sustancias, la intervención de medios materiales o personales, el cierre preventivo de las instalaciones, establecimientos, servicios e industrias, la suspensión del ejercicio de actividades, la determinación de condiciones previas en cualquier fase de la fabricación o comercialización de productos y sustancias, así como del funcionamiento de las instalaciones, establecimientos, servicios e industrias, con la finalidad de corregir las deficiencias detectadas, así como cualquier otra medida ajustada a la legalidad vigente si existen indicios racionales de riesgo para la salud, incluida la suspensión de actuaciones.

La competencia para la adopción de estas medidas corresponderá a la administración competente por razón de materia. Es decir, la posibilidad de adoptar las medidas previstas en esta ley por parte del Ministerio de Sanidad, como autoridad sanitaria estatal, ha de llevarse a cabo en el ámbito de sus competencias (en materia de Sanidad Exterior o de coordinación).

Aunque la ley contiene un presupuesto habilitante para que la autoridad sanitaria estatal pueda llevar a cabo las actuaciones descritas, no contiene un

⁵ Según el art. 40.12 de la LGS, la Administración del Estado coordinará los servicios competentes de las distintas Administraciones Públicas Sanitarias, en los procesos o situaciones que supongan un riesgo para la salud de incidencia e interés nacional o internacional. Asimismo, según el artículo 149.1.16ª de la Constitución, el Estado es competente en la coordinación general de la sanidad.

título competencial adicional o distinto del que le corresponde al Estado en base al artículo 149.1.16 de la Constitución.

En definitiva, el esquema de actuación que prevé la Ley General de Salud Pública es similar al regulado en la Ley General de Sanidad en cuanto a salvaguardar las competencias de cada Administración Pública en el ámbito de la Sanidad, con arreglo a lo previsto en el artículo 149.1.16 de la Constitución.

Hay que tener en cuenta que, en todo caso, las medidas que se adopten con arreglo a esta legislación, deberán ser ratificadas por los **Juzgados de lo Contencioso Administrativo**⁶, en el caso de que impliquen privación o restricción de la libertad o de otro derecho fundamental.

Por último, cabe destacar el ámbito competencial **extraordinario previsto en el marco de un estado de alarma**⁷ cuando, atendiendo a la dimensión de la epidemia, las medidas previstas en la legislación ordinaria resultan insuficientes. El Gobierno puede declarar, mediante Real Decreto, el estado de alarma, en todo o parte del territorio nacional, cuando se produzca, entre otras situaciones, crisis sanitarias, tales como la pandemia por COVID-19.

Todas las autoridades civiles de la Administración Pública del territorio afectado por la declaración, los integrantes de los Cuerpos de Policía de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales, y los demás funcionarios y trabajadores al servicio de las mismas, quedarán bajo las órdenes directas de la Autoridad competente designada en cuanto sea necesario para la protección de personas, bienes y lugares, pudiendo imponerles servicios extraordinarios por su duración o por su naturaleza.

⁶ El art. 8.6 de la LJA señala que corresponderá a los Juzgados de lo Contencioso-administrativo la autorización o ratificación judicial de las medidas que las autoridades sanitarias consideren urgentes y necesarias para la Salud Pública e impliquen privación o restricción de la libertad o de otro derecho fundamental.

⁷ Artículo 116.2 de la Constitución Española y en la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio

3 PILARES DE RESPUESTA TEMPRANA

Es necesario dotar al Sistema Nacional de Salud de una mayor capacidad, preparándolo para ser capaz de hacer frente a posibles incrementos de la transmisión del COVID-19 sin las tensiones a las que se ha visto sometido durante la crisis.

Esta preparación requiere una acción amplia y coordinada, que incluye la preparación en los ámbitos de Salud Pública, asistencia sanitaria y laboratorio, la compra extraordinaria de vacuna de la gripe y la preparación de las medidas farmacológicas y no farmacológicas frente al COVID-19.

3.1 CAPACIDAD PARA LA DETECCIÓN PRECOZ Y EL CONTROL DEL COVID-19

Es necesario garantizar una capacidad de detección y control suficiente para detectar el incremento de la transmisión en la población mediante el funcionamiento adecuado del sistema de alerta precoz y vigilancia epidemiológica, conforme a la estrategia actual, de manera que se permita una identificación y aislamiento precoz de las fuentes de infección. Esto implica:

- Garantizar una capacidad suficiente de **recursos humanos** en los servicios de Salud Pública dedicados a la respuesta de COVID-19 que asegure la aplicación de los protocolos de detección de casos e identificación y seguimiento de contactos.
- Disponer de **planes de contingencia** que garanticen una continuidad de la actividad de Salud Pública ante un posible incremento de la transmisión y que incluyan las actuaciones en el campo de la vigilancia epidemiológica, la prevención y control de la transmisión.

- Garantizar el funcionamiento adecuado de un **sistema de información para la alerta precoz 24/7/365** que permita una identificación y aislamiento de las fuentes de infección.
- Asegurar la capacidad de detectar precozmente los casos **en todos los niveles asistenciales**, especialmente en Atención Primaria, a partir de la implementación de los procedimientos definidos en la [Estrategia de detección precoz, vigilancia y control](#) en colaboración con Salud Pública.
- Asegurar la **capacidad de laboratorio** ante el posible aumento de la demanda diagnóstica, priorizando la inversión en nuevas técnicas diagnósticas. Se debe prever la necesidad diagnóstica en el marco de la vigilancia de enfermedades respiratorias víricas ante la posible coexistencia del virus de la gripe y del SARS-CoV-2.
- Garantizar la **coordinación entre los diferentes niveles** (sanitario, sociosanitario, Salud Pública, Protección Civil) para la adecuada implementación de los protocolos de detección precoz y control.
- Identificar de forma precoz y **buscar activamente los casos**, aplicar medidas de aislamiento en los domicilios o en los establecimientos designados (centros de aislamiento o cuarentena).
- **Implementar la estrategia de comunicación de riesgo** para garantizar que la población comprende la situación y las medidas de prevención, higiene y promoción de la salud que debe adoptar y así conseguir una buena respuesta y que contribuya al control de la epidemia.

3.2 CAPACIDADES EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN SANITARIA

En este ámbito, los servicios sanitarios de las comunidades autónomas deben:

- Activar los **planes de contingencia** en Atención Primaria y hospitalaria de forma adaptada a cada escenario tomando como referencia los elementos definidos en las listas de verificación de los *Anexos I y II*
- Garantizar capacidad suficiente de **recursos humanos** y materiales tanto en atención primaria como en hospitalaria que permita dar respuesta a la actividad extra asociada a un incremento de transmisión del SARS-CoV-2.
- Garantizar la disponibilidad de **Equipos de Protección Individual** adecuados al tipo de atención, así como formación del personal en su utilización.
- Disponer de una capacidad suficiente de **camas de agudos y de cuidados críticos** con capacidad de respiración mecánica invasiva:
 - Disponer o tener acceso o capacidad de instalar en un plazo máximo de cinco días entre 1,5 y 2 camas de cuidados críticos por cada 10.000 habitantes
 - Disponer o tener acceso o capacidad de instalar en un plazo máximo de cinco días entre 37 y 40 camas para enfermos agudos por cada 10.000 habitantes.
- Asegurar que existen las condiciones necesarias para el **traspaso de profesionales** entre centros sanitarios o incluso entre CCAA cuando se precise, de acuerdo a la legislación vigente y de forma voluntaria.
- Disponer de **capacidad para el manejo y seguimiento en Atención Primaria** de los casos leves y leves-moderados que no precisen de

atención hospitalaria, mediante acceso a marcadores de evolución y/o exploraciones complementarias.

- Disponer de un plan de atención **COVID-19 en domicilio** liderado desde la Atención Primaria, garantizando el personal suficiente y el equipamiento de protección adecuado.
- Disponer de una estrategia con **circuitos diferenciados de atención** a pacientes COVID-19 y no COVID-19 garantizando la calidad asistencial y la seguridad.
- Establecer mecanismos para la **atención específica y segura a pacientes vulnerables**, especialmente a los pacientes crónicos, a los pacientes de salud mental y a los pacientes de alta complejidad, tanto de forma presencial como telemática.
- Garantizar la atención a las **actividades priorizadas** de la atención habitual como los programas de vacunación⁸ y los programas de atención a pacientes crónicos y la atención urgente. Establecer mecanismos para evitar la suspensión de la atención sanitaria necesaria a pacientes que requieran diagnóstico o tratamiento que no permitan demora.
- Establecer mecanismos para una adecuada calidad y seguridad en la **continuidad asistencial y traspaso** de pacientes entre servicios y niveles asistenciales.
- Asegurar la aplicación de las **políticas de prevención y control de la infección** en todos los centros, incluyendo la capacitación del personal en esta materia y reforzando la adecuada higiene de manos, uso adecuado de antibióticos y prevención de infecciones por organismos multirresistentes, uso adecuado de los dispositivos médicos y uso seguro de los medicamentos.

⁸ Prioridades del programa de vacunación durante el estado de alarma debido a COVID-19

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/COVID-19_Vacunacionprioritaria.pdf

- Actualizar las **guías de manejo clínico** de casos COVID-19 en los diferentes ámbitos del sistema sanitario asistencial, incluyendo criterios orientadores para la toma de decisiones clínicas en situaciones de restricción de recursos sanitarios.
- Establecer las medidas oportunas para la **dispensación de medicamentos en modalidad no presencial**, garantizando la óptima atención con la entrega, si procede, de los medicamentos en centros sanitarios o en establecimientos sanitarios autorizados para la dispensación de medicamentos próximos al domicilio del paciente, o en su propio domicilio.
- Facilitar el **regreso al funcionamiento habitual** en el ámbito asistencial.
- Garantizar programas de **ayuda psicológica** a los profesionales sanitarios y a los pacientes que lo precisen con motivo de la pandemia por SARS-CoV-2.
- Establecer mecanismos que permitan el **acompañamiento del paciente** en situación crítica, especialmente en el final de su vida, en condiciones seguras para la familia y para los profesionales.

3.3 CAPACIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN COLECTIVA

3.3.1 Medidas no farmacológicas

Las medidas no farmacológicas reducen la probabilidad de contacto entre personas enfermas y sanas y el riesgo individual de infección. Se trata de medidas en las que se ha demostrado la eficacia, sobre todo cuando se aplican de manera combinada.

En este apartado se propone tanto las medidas no farmacológicas como las

estrategias para facilitar su implementación.

- Las **medidas de prevención e higiene** dirigidas al control de la propagación se desarrollan en detalle en el **anexo III** e incluyen entre otras: la higiene de manos, la higiene respiratoria, las medidas que faciliten el mantenimiento de la distancia interpersonal, la utilización de mascarillas y las medidas de higiene y limpieza.
- Disponer de **estrategias de prevención** que recojan aspectos relacionados con la organización de espacios y horarios, coordinación con el sistema asistencial, procedimientos sobre manejo de casos, colaboración con salud pública y una reorganización de las actividades en función del escenario. Estas estrategias deben ser tenidas en cuenta para **minimizar el riesgo de brotes** epidémicos en entornos especialmente vulnerables como residencias para las personas mayores, personas con discapacidad o centros de salud mental y centros de acogida o albergues.
- Trabajar en **la acción y coordinación intersectorial** necesarias para disminuir la exposición facilitando las medidas de distanciamiento físico, higiene de manos y mascarillas, en entorno laboral y espacios públicos.
- Garantizar el cumplimiento de las medidas no farmacológicas mediante una **estrategia de comunicación** que facilite la información necesaria, la justificación de la misma y la adquisición de las habilidades que sean necesarias para que las medidas sean efectivas, así como una acción comunitaria contextualizada y apoyada en las redes comunitarias de cada territorio.

3.3.2 Medidas farmacológicas

En la actualidad no existe ninguna terapia eficaz frente a la COVID-19 en ningún escenario clínico, ni preventivo ni terapéutico. Todavía no hay disponibles vacunas frente al Covid-19, aunque hay diferentes desarrollos en marcha a nivel mundial, además de mecanismos regulatorios especiales para poder disponer de ellas cuanto antes. Por ello es necesaria la preparación frente a un incremento de la transmisión, tener acceso a una vacuna segura y eficaz cuando la haya y prever la coexistencia del COVID-19 con la circulación del virus de la gripe estacional. En este sentido, las acciones que se proponen son:

i. Adquisición de vacunas frente al COVID-19

Se estima que las primeras vacunas estarán autorizadas a lo largo del año 2021, pero es aún pronto para conocer la eficacia y seguridad de las diferentes vacunas. En el momento actual se está contemplando el desarrollo de diferentes tipos: de virus atenuados o inactivados, utilización de vectores víricos replicativos o no replicativos, de subunidades proteicas, de partículas con estructura similar al virus salvaje, de ARN o de ADN.

Sin embargo, es posible que antes de la autorización se disponga de algunas dosis, todavía sin determinar, ya que los desarrolladores están fabricando a máximas capacidades aun no teniendo autorización con el fin de tener una producción suficiente en el momento de su aprobación, y también con el fin de que estén disponibles para una eventual emergencia epidemiológica que justificara su uso tras una evaluación riesgo-beneficio. La utilización de esas primeras dosis se realizaría teniendo en cuenta los datos disponibles de eficacia y seguridad de cada vacuna, así como las características epidemiológicas de la COVID-19.

En cualquier caso, teniendo en cuenta que la disponibilidad de vacunas será paulatina, será necesario priorizar los grupos de población que se vacunarán de manera progresiva, en función de las características de vulnerabilidad y de

exposición a la enfermedad de los diferentes colectivos, así como teniendo en cuenta el perfil de eficacia y seguridad de cada vacuna.

El Ministerio de Sanidad está trabajando, junto con la Comisión Europea y los países de la Unión Europea, para disponer de vacunas frente a COVID-19 cuanto antes. A este respecto, España se ha sumado a la compra de vacunas que realizará la Comisión Europea, a través de la llamada Alianza Inclusiva por la Vacuna del COVID-19⁹, que pretende facilitar el desarrollo y acceso a las dosis necesarias de vacunas seguras y eficaces en el menor tiempo posible, tanto en países de la Unión Europea como en terceros.

La finalidad es proteger a toda la ciudadanía garantizando un acceso equitativo a las dosis disponibles, cuando estén disponibles y en igualdad de condiciones, asegurando que todo el proceso de compra y distribución se lleve a cabo de manera transparente, equitativa y con unos estándares de seguridad y eficacia de la vacuna iguales entre todos los países miembros.

España está representada, a través de la directora de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) en el órgano que adoptará las decisiones acerca de cada proceso de compra anticipada, que monitoriza el desarrollo de las vacunas y que garantizará la transparencia y buena gobernanza del proceso de adquisición y distribución.

Además, España también se ha incorporado al equipo negociador del Acuerdo de Compra Anticipada de Vacunas frente al COVID-19 de la Unión Europea, formado por representantes de seis países más: Alemania, Francia, Holanda, Suecia, Polonia e Italia. Dicho equipo ejerce de interlocutor único ante las diferentes empresas que están desarrollando candidatos a vacuna contra el nuevo Coronavirus.

Por otro lado, en España, en estos momentos hay más de 10 proyectos de investigación sobre vacunas financiados por el Ministerio de Ciencia e Innovación. Ninguno de ellos está, actualmente, en fase de ensayos clínicos en

⁹ EU Strategy for COVID-19 vaccines https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/communication-eu-strategy-vaccines-COVID-19_en.pdf

humanos, pero dos grupos están ya realizando ensayos en animales y otros dos esperan poder hacerlo entre los meses de junio y agosto.

De todos estos grupos, cuatro plantean el inicio de la fase de ensayos en humanos en diciembre de 2020 y cinco tienen ya contactos con empresa españolas interesadas en su producción.

ii. Compra extraordinaria de vacunas frente a la gripe

La gripe es una enfermedad respiratoria aguda que se presenta como una epidemia anual, con inicio en los meses de noviembre y diciembre, y duración aproximada de 13 semanas, que suele provocar presión en el sistema asistencial.

La epidemia de la gripe es un importante problema de salud, tanto por la mortalidad que puede provocar directa o indirectamente y las complicaciones que puede ocasionar, así como por los costes económicos y sociales que origina.

El conocimiento científico actual no ha desarrollado un tratamiento específico altamente efectivo para la gripe, por lo que la vacunación es considerada la medida más eficaz para prevenir tanto la enfermedad como sus complicaciones, especialmente en las personas que tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones graves de la enfermedad, como son las personas mayores o las personas con enfermedades crónicas. En la actualidad, se dispone de vacunas muy seguras frente a la gripe, con impacto demostrado sobre la enfermedad grave y la mortalidad.

La vacunación de la gripe debe realizarse cada año, ya que el virus tiene una gran capacidad para mutar, por lo que anualmente se desarrolla una vacuna específica contra la cepa concreta del virus de la gripe de ese año.

La actual pandemia de Covid-19 ha ocasionado una altísima sobrecarga del sistema asistencial en España. Y aunque actualmente la situación ha mejorado,

el virus sigue estando presente y no es posible descartar que haya una nueva oleada epidémica que además coincida temporalmente con la gripe.

Además, existen evidencias científicas de la posibilidad infección simultánea en la misma persona por ambos virus, sin que todavía esté claro el efecto que esta coinfección puede provocar.

Ante la situación de eventual coincidencia de ambas epidemias, sin tratamiento específico altamente efectivo contra ninguno de los dos virus, se considera prioritario prevenir el impacto de la gripe en este otoño-invierno aumentando su cobertura de vacunación.

La prevención de la gripe mediante vacunación puede prevenir también la sobrecarga del sistema asistencial y las posibles coinfecciones, incluyendo las transmisiones nosocomiales en los centros sanitarios.

Por estas razones, es de especial importancia que este año se alcancen altas coberturas de vacunación siguiendo las recomendaciones¹⁰ aprobadas para esta temporada 2020-2021, especialmente en las personas que tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones y en las personas que pueden transmitir la enfermedad a otras que tienen un alto riesgo de complicaciones (como el personal sanitario y socio sanitario).

En este aspecto, el Ministerio de Sanidad impulsa anualmente un Acuerdo Marco para la selección de suministradores de vacunas frente a la gripe estacional desde la temporada 2011-2012. Estos Acuerdos Marco son un instrumento de cohesión que permite a las comunidades autónomas, las ciudades de Ceuta y Melilla y otros organismos que voluntariamente deciden participar, la utilización de un precio común y criterios homogéneos para la adquisición de vacunas.

En el Acuerdo Marco para la selección de suministradores de vacunas frente a la gripe para la temporada 2020-2021 participarán 12 comunidades autónomas, las ciudades de Ceuta y Melilla y otros Organismos de la Administración.

¹⁰https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Recomendaciones_vacunacion_gripe.pdf

Los objetivos para esta próxima temporada 2020-2021 son alcanzar o superar coberturas de vacunación del 75% en mayores a partir de 65 años y en el personal sanitario y socio-sanitario, así como superar el 60% en embarazadas y en personas con condiciones de riesgo. Estos objetivos están en consonancia con los establecidos por la Organización Mundial de la Salud y por la Comisión Europea.

Cuando comenzó la pandemia de Covid-19, los procesos de compra de vacunas de gripe y el Acuerdo Marco estaban en ya marcha y resultaba complicado modificar el número de dosis. Por ello, dada la prioridad en el refuerzo de la cobertura vacunal y el complejo mercado internacional para la adquisición de vacunas, el Ministerio de Sanidad ha realizado una compra extraordinaria de 5,2 millones de dosis de vacuna frente a la gripe que complementará la adquisición de vacunas realizada por las comunidades autónomas.

Estas vacunas adquiridas de forma extraordinaria por el Ministerio de Sanidad se repartirán entre las comunidades autónomas para su administración a la población diana de vacunación.

De forma paralela, el Ministerio de Sanidad está trabajando en una campaña de comunicación dirigida al personal sanitario y a la población mayor y con condiciones de riesgo.

iii. Investigación clínica sobre la COVID-19

El Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), como principal agencia de financiación de la investigación aplicada en Ciencias de la Salud, está financiando ensayos clínicos para todos los escenarios clínicos e impulsando nuevas vacunas mediante estrategias complementarias a las desarrolladas por compañías y países. De igual manera, el ISCIII está evaluando agrupando toda la información clínica procedente de los pacientes de todo el país con el fin de

explotar de forma masiva los datos procedentes de pacientes reales y evaluar así el impacto que, en condiciones de uso real, están teniendo las diferentes aproximaciones terapéuticas sean estas financiadas o no por el propio ISCIII.

Por su parte, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) monitoriza continuamente la evolución de los resultados de los ensayos clínicos relativos al uso de medicamentos para el tratamiento o la profilaxis de la infección respiratoria por SARS-CoV-2¹¹. Recientemente la Comisión Europea ha autorizado de forma condicional a Veklury (Remdesivir) para el tratamiento de la COVID-19 en adultos y adolescentes mayores de 12 años con neumonía que requiere oxígeno.

Por otro lado, hasta la fecha, la AEMPS ha autorizado un total de 95 ensayos clínicos con medicamentos, aunque sigue sin existir, de momento, evidencia científica suficiente para recomendar un tratamiento específico para SARS-CoV-2.

En todo el mundo se han autorizado más de 1.600 ensayos clínicos con medicamentos, lo que sitúa a España entre los cinco primeros países a nivel mundial en ensayos clínicos para el COVID-19.

Es necesario recordar que la investigación clínica es una prioridad en el ámbito internacional y que los esfuerzos en investigación se están llevando a cabo en red para compartir toda la información relevante y los resultados publicados a este respecto.

La AEMPS ha recibido un gran número de solicitudes de diferentes tipos de estudios clínicos. Los ensayos clínicos tienen un espacio propio en el que se publican sus características, el Registro Español de estudios clínicos, y la AEMPS ha puesto a disposición una web específica para los ensayos COVID-19¹².

¹¹ Tratamientos disponibles sujetos a condiciones especiales de acceso para el manejo de la infección respiratoria por SARS-CoV-2 <https://www.aemps.gob.es/la-aemps/ultima-informacion-de-la-aemps-acerca-del-Covid%e2%80%9119/tratamientos-disponibles-para-el-manejo-de-la-infeccion-respiratoria-por-sars-cov-2/?lang=en>

¹² <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoizDMON2VhMTYtOTM5MS00MDEyLTg1YmYtNTQzYzYzM3MWFjNTc3liwidC16IjJkM2I1MGUwLTZlZjZjQ2LTdkMWNiYjc3MDg5YyIsImMiOiJh9>

Por otra parte, los estudios observacionales, que son tramitados por la AEMPS de acuerdo con su normativa propia, se han hecho accesibles en la página web de la AEMPS mediante un listado¹³, que se actualiza semanalmente.

3.4 ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN Y CONCIENCIACIÓN

La comunicación de riesgos en Salud Pública es una herramienta imprescindible para mitigar el impacto social y económico que puede suponer una crisis de Salud Pública. La información transparente, veraz, rigurosa, comprensible y accesible, así como la escucha de las inquietudes y necesidades informativas de la ciudadanía refuerza además la confianza en la gestión de la crisis con una comunicación efectiva.

En este sentido, es fundamental para el control de la pandemia mantener una comunicación proactiva y bidireccional, estableciendo canales de escucha y diálogo entre las instituciones y la población. Esta comunicación efectiva posibilita un mejor cumplimiento de las medidas de prevención, higiene y promoción de la salud por parte de la población. Además, para mejorar el alcance y que la comunicación sea inclusiva es necesario contemplar y adaptar a las necesidades de los diferentes grupos y aspectos relacionados con el contenido, formato y canales de difusión.

Esto permite conocer percepciones de riesgo, lagunas informativas y comportamientos, proporcionar a los grupos vulnerables información adaptada a sus circunstancias y ejercitar el derecho a entender y recibir información sobre los riesgos de salud y a participar activamente en la respuesta, así como evaluar la efectividad y alcance de la comunicación.

Todo ello requiere una adecuada planificación. Por ello, se dispone de una Estrategia de comunicación a la ciudadanía que contempla los diferentes

¹³

<https://www.aemps.gob.es/la-aemps/ultima-informacion-de-la-aemps-acerca-del-Covid%e2%80%9119/informacion-sobre-investigacion-clinica-sobre-la-COVID-19/estudios-observacionales-con-medicamentos-sobre-la-COVID-19/>

escenarios y actuaciones, así como los recursos necesarios para cada uno de ellos.

Para la implementación de esta Estrategia se ha articulado un equipo de trabajo multidisciplinar y transversal, en el que participan la Subdirección de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública, el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), la Subdirección General de Atención al Ciudadano y el Gabinete de Prensa del Ministerio de Sanidad, así como los responsables de la Secretaría de Estado de Comunicación.

Durante toda la pandemia se han desarrollado materiales divulgativos específicos que se han publicado en la web sobre COVID-19 dirigida a ciudadanía del Ministerio de Sanidad¹⁴, en redes sociales y a través de los medios de comunicación, con distintos formatos de materiales divulgativos (infografías, documentos, vídeos...) con el objetivo de dar a conocer a la ciudadanía información sobre COVID-19, iniciativas, medidas y recomendaciones realizadas desde el inicio de la epidemia.

Asimismo, se han elaborado también materiales para el mejor control de las enfermedades crónicas y para tratar de paliar el impacto del confinamiento en la salud y bienestar de la población. Todos ellos están en continua revisión para que se mantengan actualizados.

Además, se han realizado campañas de publicidad tanto generales como específicas para determinados colectivos como son la infancia, los jóvenes, colectivos sanitarios o personas mayores. Entre ellas, se ha realizado una campaña en redes, #Nolotiresporlaborda para animar a la ciudadanía, y especialmente a los jóvenes, a mantener las medidas de distanciamiento social. Si perjuicio de otras campañas que se puedan llevar a cabo, #Nolotiresporlaborda se seguirá utilizando en redes mientras dure la alerta sanitaria.

¹⁴ <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/ciudadania.htm>

Por último, señalar que todos los materiales y campañas se han difundido también a las entidades locales y a las comunidades autónomas, a las sociedades científicas y al tejido asociativo.

3.5 RESERVA ESTRATÉGICA NACIONAL

La pandemia de COVID-19 ha generado una presión enorme sobre los sistemas asistenciales en todo el mundo. Es algo que también se ha comprobado en España, donde ha sido necesario reforzar todas las capacidades, tanto a nivel de vigilancia epidemiológica y servicios de Salud Pública como de Atención Primaria y Hospitalaria para poder hacer frente a la pandemia.

De manera general, los sistemas de provisión de material sanitario se habían venido desarrollando en un escenario en el que la inmediatez de la reposición permitía no necesitar altos volúmenes de almacenamiento de existencias. Este hecho, junto con el gran incremento de la demanda de material sanitario a nivel mundial asociado a la pandemia, ha tensionado los mercados internacionales de manera que los principales países productores, que venían supliendo una demanda estable, previsible y continuada, vieron incrementado el volumen de pedidos de forma exponencial y con solicitudes de plazos de entrega muy breves. Una demanda mundial que no pudo ser satisfecha por la oferta.

Este incontestable repunte en la demanda, asociado adicionalmente a un número de productores muy localizado, ha provocado un aumento significativo de los precios de todos los productos y equipos sanitarios. Y también ha introducido cambios significativos en estos mercados, tanto por el lado de la oferta (empresas que han reorientado su actividad) con una exigencia del pago por adelantado (incluso para compras de gobiernos) y venta de líneas de producción para un suministro periódico, como por el lado de la demanda (todos los países comprando los mismos productos en las mismas fábricas), empujando los precios al alza.

Por todo ello, se decidió reforzar al Ministerio de Sanidad para abordar estas compras de enorme complejidad en este contexto internacional, formándose un equipo interministerial y multidisciplinar, formado por profesionales del Ministerio de Hacienda, Ministerio de Industria, Comercio y Turismo y del Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico.

En este contexto tan complejo, gracias a las compras realizadas y a las donaciones recibidas, desde el 10 de marzo se ha venido repartiendo material a las comunidades autónomas para reforzar sus procesos de compra. De manera que, hasta el pasado 2 de julio, se han repartido casi 221,7 millones de unidades de productos sanitarios en todo el territorio, desglosados de la siguiente forma:

DISTRIBUCIÓN ENTRE CCAA ENTRE EL 10 DE MARZO Y EL 2 DE JULIO (unidades)	
Mascarillas	100.573.916
Batas desechables-impermeables	313.553
Gafas de protección	265.476
Kits PCR diagnóstico y consumibles	1.552.024
Kits de extracción	952.000
Kits diagnóstico rápido	5.423.380
Hisopos y torundas	61.880
Guantes de nitrilo	71.389.056
Solución hidroalcohólica (biocida y cosmética).	935.312
Equipos de ventilación mecánica invasiva	4.781
Equipos de ventilación mecánica no invasiva	2.694

3.5.1 Objetivo de la reserva estratégica

Ante esta situación de mercados tensionados y con objeto de garantizar una rápida respuesta ante nuevas ondas epidémicas o emergencias de Salud Pública, se considera fundamental garantizar una reserva estratégica a nivel nacional de productos críticos que pueda cubrir las necesidades de España

durante un periodo determinado y que corresponda a una cobertura concreta de las necesidades.

Los principios básicos para la creación de esta reserva estratégica son el de prudencia y eficiencia. Además, se configura con los siguientes criterios esenciales:

- La reserva nacional se concibe como un refuerzo a las reservas estratégicas que están articulando las comunidades autónomas.
- Debe dar cobertura a una estimación de necesidades calculada en base a los consumos semanales declarados por las comunidades autónomas, es decir, en base a la situación real vivida en esta pandemia en nuestro país.

Esto es así ya que no hay precedentes recientes en España de una situación similar, por lo que no es posible estimar qué número de personas podrían estar afectadas en una potencial segunda oleada de la pandemia. Tampoco se puede asegurar que la oleada coincida en el tiempo en todo el territorio nacional, o si se producirá una transmisión más espaciada como ocurre con otros virus respiratorios. Según los resultados del Estudio Nacional de Seroprevalencia, el número de personas con anticuerpos frente al virus se sitúa en un 5%, muy lejos de la inmunidad de grupo.

- La reserva debe ser eficiente, es decir, se debe vincular la utilización del material a la vida útil de los productos (fechas de caducidad) garantizándose la reposición previa para disponer de la reserva íntegra.

3.5.2 Criterios para el desarrollo de la reserva estratégica

La reserva estratégica se está realizando en función de la estimación de necesidades para cada producto en base a los consumos semanales reales declarados por las comunidades autónomas y considerando la disponibilidad de productos, tanto por las adquisiciones realizadas en esta pandemia como

por las futuras coberturas derivadas de la capacidad de producción nacional. Los criterios son los siguientes:

- Cobertura (en unidades): para su determinación se consideran los consumos semanales reales declarados por las comunidades autónomas conforme a la Orden SND/234/2020, de 15 de marzo, es decir, a la situación vivida en esta pandemia en nuestro país.
- Periodo de cobertura (en semanas): se indica como periodo de cobertura adecuado ocho semanas.
- Capacidad de producción nacional: se considera la capacidad de producción nacional, existente o prevista, dado que la reserva se centra en aquellos productos sobre los que el mercado nacional no puede dar respuesta.

Conviene tener en cuenta que muchos de los equipos y materiales que formarán parte de esta reserva ya han sido adquiridos por el Gobierno de España. Otros, como los guantes o las mascarillas FFP3, se adquirirán mediante un Acuerdo Marco que el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria está gestionando conjuntamente con las comunidades autónomas. En este sentido, en los contratos de adquisición se incluirán cláusulas que permitan la renovación de los productos evitando de este modo su caducidad.

3.5.3 Productos que forman parte de la reserva

Los productos sanitarios que forman parte de la reserva son aquellos que se consideran necesarios atendiendo a la experiencia vivida, al conocimiento actual y a la capacidad de producción nacional. En base a ello, los productos de la reserva son los siguientes:

3.5.3.1 Equipos de protección individual y productos sanitarios

En el caso de los equipos de protección individual y de productos sanitarios se dará cobertura al 25% del consumo medio total declarado por las comunidades autónomas durante dos meses. Los elementos incluidos serán:

- Mascarillas quirúrgicas
- Mascarillas FFP2 y FFP3
- Gafas de protección
- Guantes
- Buzos
- Batas

En lo referente a las mascarillas quirúrgicas y las mascarillas FFP2 esta cantidad será superior, dada su disponibilidad tras la adquisición.

3.5.3.2 Técnicas diagnósticas

En relación a las técnicas diagnósticas está previsto que la reserva dé cobertura al 100% de las necesidades totales durante 15 días, considerando una realización de 50.000 técnicas diarias. Las cantidades estimadas son las siguientes:

- Reactivos para realizar PCR/TMA: 750.000 reacciones con sus reactivos.
- En caso de PCR/TMA debe incluir 750.000 de kits de toma de muestra.
- En caso de PCR, 750.000 de reactivos de extracción.

Respecto a los test serológicos, y dada la rápida evolución de la ciencia en este producto, se considera oportuno que únicamente formen parte de la reserva estratégica aquellas unidades que estén disponibles tras la adquisición ya realizada.

3.5.3.3 Medicamentos

En el caso de los medicamentos, se ha determinado la necesidad de incluir en la reserva algunos principios activos necesarios para el manejo clínico del COVID-19 cuyo consumo en las semanas de mayor ocupación hospitalaria y de unidades de UCI, llegó al límite de lo que las plantas de fabricación en España podían proporcionar. Tras el análisis, se ha concluido la necesidad de que los siguientes principios activos formen parte de la reserva: Cisatracurio, Midazolam, Propofol y Dexmedetomidina.

Este stock de medicamentos solo se utilizaría en el caso de que el canal de suministro farmacéutico regular no pudiera abastecer la demanda hospitalaria.

La cantidad se estima en función de las DDD (Dosis Diaria Definida) necesarias para cubrir el tratamiento de los pacientes críticos intubados con una ocupación de 2.5 veces las camas de UCI habituales durante 7 días y asumiendo que el 75% de los pacientes requieren ventilación mecánica:

- Cisatracurio: 45 kilos de sustancia activa (ya disponibles)
- Midazolam: 13.984 gramos
- Propofol: 125.740 gramos
- Dexmedetomidina: 60 gramos

3.5.3.4 Equipos de ventilación mecánica

En lo referente a los equipos de ventilación mecánica invasiva, el objetivo es que la reserva estratégica de estos equipos no esté almacenada, sino que esté en uso y a punto en aquellos espacios donde se vayan a desplegar las camas de críticos (Unidades de Recuperación Post-anestésica, Hospitales de Día, Urgencias, etc.).

Solo se almacenarán aquellos equipos que no pudieran ser absorbidos en la actividad habitual. Para el resto, se propone una estrategia basada en ubicar o reubicar los nuevos equipos con funcionalidades ventilatorias más avanzadas en las unidades de atención a pacientes críticos –es decir, en las Unidades de Cuidados Intensivos y Unidades de Reanimación– y renovar así el parque tecnológico.

4 RESPUESTA Y GESTIÓN DEL RIESGO

4.1 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y ALERTA PRECOZ

En esta fase de la pandemia el propósito de la prevención y control es evitar incrementos en la incidencia de COVID-19, para lo cual es esencial realizar un seguimiento y un control estrecho de la situación epidemiológica que evite un nuevo incremento en la incidencia de COVID-19.

Para ello, disponemos de la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19¹⁵, consensuada con todas las comunidades autónomas en la Ponencia de Alertas, Planes de Preparación y Respuesta, la Comisión de Salud Pública y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el pasado 5 de mayo.

Los elementos clave para la vigilancia y la alerta precoz son:

- **Aplicar los procedimientos de vigilancia** correspondientes según la estrategia vigente¹⁶ (ver fuentes de información en Anexo IV).
- **Reforzar los sistemas de información y vigilancia epidemiológica** en coordinación con el nivel asistencial, especialmente Atención Primaria.
- Garantizar una disponibilidad suficiente de **recursos humanos, tecnológicos y organizativos**, para responder a las obligaciones de remisión de información manteniendo las actividades priorizadas en salud pública.
- Detección, investigación y control de los **brotes epidémicos**

¹⁵ https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf

¹⁶ Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19
http://www.mscbs.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf

- Prever la necesidad de establecer la **vigilancia de enfermedades respiratorias** víricas ante la posible coexistencia del virus de la gripe y del SARS-CoV-2.
- **Generar información epidemiológica** sólida y oportuna procedente de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica para la toma de decisiones
- Elaborar indicadores y **evaluar la situación epidemiológica** y detectar señales tempranas de riesgo, así como otras fuentes formales e informales para la obtención de señales tempranas de riesgo.
- Identificación de cambios en la presentación de la enfermedad, especialmente en los **grupos vulnerables y pacientes crónicos**.
- Caracterizar la **situación inmune** de la población a partir de estudios de seroprevalencia en la comunidad y en ámbitos de especial riesgo (nosocomial, residencias). El interés de disponer de información periódica de seroprevalencia ha sido recogido en los nuevos indicadores de Vigilancia propuestos por el Centro Europeo para el Control de Enfermedades (ECDC).

En esta línea, el **Estudio Nacional de sero-Epidemiología** se propone llevar a cabo **tres rondas más de recogida de información** para conocer la situación de la circulación del virus al inicio del otoño (octubre), en invierno (febrero) y en primavera (mayo). Además, colectivos de especial interés (residencias de ancianos, personal sanitario y otros) no bien caracterizados en ENE-COVID, serán objeto de estudios específicos.

4.2 EVALUACIÓN DEL RIESGO

En base a las señales de alerta temprana detectadas a partir de las actividades inteligencia epidemiológica, el CCAES realizará una evaluación de riesgo en

coordinación con la comunidad autónoma en el seno de la Ponencia de Alertas, Planes de Preparación y Respuesta para verificar las señales de alerta detectadas y evaluar el riesgo de brotes localizados o incrementos de la transmisión que conlleven la activación de una respuesta de rápida.

Además de un seguimiento diario de la información disponible en los diferentes niveles de las administraciones, el Ministerio de Sanidad realizará una evaluación semanal por comunidad autónoma, en base a la información que se requerirá a cada una de ellas, con el mayor nivel de desagregación posible.

La evaluación de riesgo para cada comunidad autónoma tendrá en cuenta:

- El **ámbito territorial** que se está evaluando (local, autonómico o supra autonómico).
- Los indicadores relativos a la **situación epidemiológica, capacidad asistencial y capacidad de salud pública** de cada territorio que se esté evaluando (*ver Anexo V*).
- Las situaciones en las que pueda haber población procedente de **países con mayor incidencia**.
- La **exposición**, considerando un mayor riesgo en aquellas situaciones o entornos con alta concentración de personas, donde haya una interacción directa, en espacios cerrados o en los que no se mantenga una distancia física de seguridad o en condiciones sociales desfavorecidas.
- Las características de la **población susceptible** expuesta, por ejemplo, los entornos con personas de edad avanzada o determinadas patologías crónicas, población vulnerable
- La posibilidad de adoptar **medidas de prevención y control** teniendo una especial consideración en el contexto de brotes epidémicos. Las medidas no farmacológicas, por ejemplo, en colectivos donde se hayan instaurado medidas de sectorialización o esté organizado en cohortes estancas, podrán considerarse intervenciones parciales. Las medidas farmacológicas incluyen el posible uso de vacunas o medicación específica, medidas que por el momento están en desarrollo.

El resultado de la evaluación **determinará la situación de riesgo** en la que se encuentra el territorio y determinará cuáles son las **medidas necesarias para contenerlo**. En este sentido, el Ministerio de Sanidad podrá proponer recomendaciones a cada una de las comunidades autónomas.

El marco de intervención según el nivel de amenaza y el escenario se recoge en la Figura 1. Un mayor nivel de amenaza supondrá una presión mayor sobre el sistema sanitario y por tanto requerirá una intervención de salud pública más enérgica. En general, las instituciones deben prepararse para responder a cualquier escenario de salud pública, asumiendo que no existe un enfoque único para todos en la gestión de los casos y los brotes de COVID-19.

Figura 1: Marco de escalamiento según nivel de amenaza y escenario epidemiológico.

	Situación epidemiológica	Capacidades de salud pública	Capacidades asistenciales	Escenario
evaluación del riesgo	(alto)	Aumento exponencial de la incidencia	Acciones de control de la movilidad	Transmisión comunitaria sostenida con presión creciente sobre el sistema sanitario
		Liberación de recursos adicionales	Aumento de la mortalidad	
		Escalamiento de acciones coordinadas	Presión sobre cuidados críticos	
	(bajo)	Varios casos de origen desconocido	Redistribución de capacidades	Difusión comunitaria esporádica
		Escalamiento de medidas de contención	Presión sobre hospitalización	
		Refuerzo de la estrategia de comunicación	Presión sobre atención primaria	
		Investigación y contención de brotes	Presión sobre servicios de epidemiología	Casos esporádicos
		Manejo de casos y contactos		

4.3 RESPUESTA GENÉRICA

Una vez realizada la evaluación de riesgo se adoptarán las medidas que sean necesarias para el control de la propagación en el ámbito local.

Si la situación epidemiológica sufre un agravamiento o las capacidades de respuesta se ven superadas, o el evento puede propagarse por varios territorios, fuera de la comunidad autónoma de origen, se podrán declarar la

necesidad de adoptar actuaciones coordinadas en salud pública. Además de las mencionadas, estas situaciones pueden incluir entre otras:

- Una situación epidemiológica con un aumento, de forma sostenida en el tiempo, en el número de casos en los que no se encuentra un vínculo epidemiológico.
- Eventos súper-diseminadores.
- Evidencia de transmisión en eventos de masas.
- Afectación importante en población vulnerable con detección de un aumento de casos graves.
- Necesidad de implementar acciones sobre el control de la movilidad a nivel nacional o internacional.

En este contexto, las estructuras de coordinación, en determinados casos, permiten poner a disposición de las comunidades autónomas otras capacidades y recursos adicionales disponibles, por ejemplo, la reserva estratégica, o el control de la movilidad.

Hay que tener en cuenta que cuando la presión sobre el sistema asistencial se incrementa puede ser necesario adoptar medidas excepcionales. En este sentido, las medidas encaminadas a la reducción de la movilidad de las personas, se han mostrado altamente efectivas¹⁷ para controlar la transmisión del SARS-CoV-2 cuando el virus alcanza un elevado nivel de difusión. Sin embargo, hay que tener en cuenta que este tipo de medidas suponen un elevado coste social y económico, por lo que conviene implementarlas estudiando la situación caso por caso.

A continuación, se presenta un esquema de la activación progresiva de medidas de respuesta ante el empeoramiento de las situaciones epidemiológicas.

¹⁷ Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2405-7>

Brotos controlados o casos esporádicos limitados	Brotos complejos o transmisión comunitaria esporádica	Transmisión comunitaria no controlada
MEDIDAS GENERALES		
Actuaciones continuas - Garantizar las capacidades asistenciales y de salud pública. - Implementar las medidas de prevención y protección colectiva. - Identificación y acopio de proveedores de recursos estratégicos. - Evaluación continua de los resultados de la vigilancia epidemiológica. - Controles en puertos, aeropuertos y fronteras.	Medidas adicionales - Ejecución sobre el terreno de las capacidades asistenciales y de salud pública - Redistribución de capacidades asistenciales entre comunidades autónomas - Distribución y reposición de recursos estratégicos.	Medidas adicionales - Acciones simultáneas de confinamiento en todo el territorio estatal o en territorios específicos. - Actuaciones relacionadas con el control de la movilidad y el transporte.
MEDIDAS DE COMUNICACION		
Actuaciones continuas: - Promoción de las medidas generales: higiene de manos, higiene respiratoria, distancia interpersonal y uso obligatorio de mascarillas. - Informar sobre la situación epidemiológica y el riesgo asociado. - Informar sobre el riesgo asociado a desplazamientos nacionales e internacionales y razones para limitar los viajes. - Monitorizar la opinión de la población.	Medidas adicionales - Reforzar los mensajes sobre las medidas de prevención, higiene y distanciamiento físico. - Aumentar la concienciación sobre la responsabilidad individual y colectiva. - Explicar las razones para limitar los aforos y el cierre de establecimientos. - Fomentar la transparencia y los mensajes alineados entre instituciones.	Medidas adicionales Explicar las razones para limitar la movilidad.
MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN COLECTIVA		
Actuaciones continuas: - Recomendación de permanecer en el domicilio y buscar asistencia médica si se presentan síntomas compatibles. - Adopción de las medidas de prevención y control en todos los ámbitos (control de horarios, refuerzo de la limpieza, sectorización de espacios).	Medidas adicionales: - Recomendación de permanecer en el domicilio si se tiene una condición de especial vulnerabilidad a padecer formas graves de la enfermedad. - Restricción de las visitas familiares a centros sanitarios y sociales de tipo residencial. - Cierre de parcial o total de los centros pertenecientes a los ámbitos afectados	Medidas adicionales: - Recomendación de limitar de la movilidad. - Refuerzo de las medidas para controlar de la movilidad (transporte, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado). - Recomendación de relacionarse en grupos reducidos (< 10 personas). - Cierre de establecimientos con elevada asistencia de personas o actividades

	(educativo, socio sanitario, laboral...). • Cierre de establecimientos de ocio nocturno. • Reducción de aforos en establecimientos cerrados con una elevada concurrencia de personas, celebraciones religiosas y velatorios (50%). • Aplazamiento, reorganización o restricción de eventos con una elevada concentración de personas. • Limitación de los horarios de atención al público. • Establecimiento de franjas horarias preferentes para la atención a grupos vulnerables. • Recomendación de relacionarse en grupos reducidos (< 20 personas).	de alto riesgo. • Cancelación de eventos con una elevada concentración de personas.
--	---	--

4.4 RESPUESTAS EN ENTORNOS ESPECÍFICOS

Este apartado recoge las medidas específicas para gestionar las eventualidades y la escalada de las intervenciones en determinados entornos, así como otras actuaciones excepcionales. Estas medidas pueden adoptarse en varios ámbitos simultáneamente, en cualquier caso, siguiendo el principio de proporcionalidad en función del nivel de amenaza. Para facilitar su cumplimiento es necesario implementar una estrategia de comunicación que transmita los mensajes necesarios de forma contextualizada apoyada en las redes comunitarias.

4.4.1 Centros educativos

Los centros educativos son espacios de convivencia donde es necesario el establecimiento de medidas de prevención, higiene y promoción de la salud¹⁸ que posibiliten que sean entornos seguros y saludables y que se pueda realizar una detección precoz y adecuada gestión de los casos, en función de lo establecido por la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control.

- Los centros escolares deben colaborar con la transmisión de información a Salud Pública para la recopilación y verificación de la información para poder planificar e intervenir de forma adecuada.
- Los centros escolares deben disponer de un protocolo de actuación ante la detección de un caso compatible con COVID-19 que garantice el aislamiento del caso y su notificación al sistema sanitario.
- La detección de un brote debe ir acompañada de una evaluación del riesgo, en coordinación con Salud Pública. Según el resultado de la evaluación se adoptarán medidas de forma escalonadas, que entre otras incluyen:
 - La intensificación de las medidas de prevención¹⁹.
 - El cierre parcial de una cohorte estanca, el cierre de un nivel escolar, o el cierre de un grupo de aulas con actividades compartidas,
 - El cierre completo del centro escolar, así como de todos los centros escolares de un territorio delimitado si el nivel de riesgo así lo recomienda,
 - Una alternativa al cierre de los centros escolares es permitir modalidades de educación mixta (combinando educación a distancia y presencial) teniendo en cuenta las necesidades del alumnado más vulnerable, con distintas capacidades, incluyendo

¹⁸ Medidas de prevención, higiene y promoción de la salud frente a COVID-19 para los centros educativos en curso 2020-2021 <http://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:7e90bfc0-502b-4f18-b206-f414ea3cdb5c/medidas-centros-educativos-curso-20-21.pdf>

¹⁹ Medidas de prevención e higiene frente a COVID-19 para la reapertura parcial de centros educativos en el curso 2019-2020 <https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:52e023fd-339f-48af-96f1-ddd6ad77c4fd/20200514-medidas-sanitarias-para-reapertura-centros-fase-2-final.pdf>

las capacidades tecnológicas que le permitan seguir el curso a distancia.

- Las autoridades sanitarias mantendrán un contacto fluido y continuado para explicar la situación con el fin de adecuar el nivel de riesgo percibido al nivel real, así como la transmisión en tiempo y de manera comprensible y accesible de las medidas de prevención, higiene y promoción de la salud necesarias para el control de la transmisión.

Tabla 1: Actuaciones en centros escolares

Actuaciones basales	Actuaciones ante un caso	Actuaciones ante un brote
Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública Implementación de medidas de higiene, prevención y control	Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública Implementación de medidas de higiene, prevención y control	Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública Implementación de medidas de higiene, prevención y control
Medidas de preparación • Colaboración con salud pública para el intercambio de información • Aplicación de las recomendaciones recogidas en las <i>Medidas de prevención, higiene y promoción de la salud frente a COVID-19 para centros educativos</i>²⁰ • Garantizar entornos seguros y saludables • Realizar una detección precoz de los casos	Medidas de contención • Notificación a salud pública • Coordinación con Atención Primaria • Evaluación del riesgo • Aislamiento del caso • Cuarentena de contactos estrechos o grupo de convivencia estable	Medidas de contención • Notificación a salud pública • Evaluación del riesgo • Intensificar las medidas de prevención y control • Cierre parcial de un centro (cohorte estanca) • Cierre total de un centro • Cierre de un grupo de centros con vínculos epidemiológicos • Cierre de todos los centros de un territorio • Modalidades mixtas (presencial y a distancia)

²⁰ Medidas de prevención, higiene y promoción de la salud frente a COVID-19 para los centros educativos en curso 2020-2021 <http://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:7e90bfc0-502b-4f18-b206-f414ea3cdb5c/medidas-centros-educativos-curso-20-21.pdf>

4.4.2 Centros sanitarios

- Los centros sanitarios deben colaborar con la transmisión de información de calidad a salud pública para la recopilación y verificación de la información para poder planificar e intervenir de forma adecuada (tabla 2).
- La detección de un caso debe notificarse con la diligencia requerida a las autoridades sanitarias para adoptar las medidas oportunas como son el aislamiento del caso y la indicación de cuarentena a los contactos estrechos.
- Los Servicios de Medicina Preventiva (SMP) de los centros deben realizar una evaluación de riesgo para determinar el riesgo de propagación.
- Se deben aplicar las recomendaciones para la Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19²¹ y evaluar la aplicación de las políticas de prevención y control de la infección en todos los centros.
- Se debe garantizar la formación por parte del servicio de Medicina Preventiva de todo el personal habitual y de nueva incorporación sobre las medidas de prevención e higiene y sobre la utilización de equipos de protección individual, así como fortalecer los programas de seguridad del paciente^{22,23}.
- Garantizar un servicio de atención personalizada de Salud Mental a los trabajadores y poner en marcha un programa de prevención de posibles alteraciones de la salud mental.
- Implementar los programas de prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria²⁴ y estrategias de programación quirúrgica segura²⁵.

²¹ Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19 https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento_Control_Infeccion.pdf

²² Declaración del comité asesor del programa de seguridad de pacientes críticos del ministerio de sanidad https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Declaracion_del_Comite_Asesor_del_Programa_de_Seuguridad_de_Pacientes_Criticos.pdf

²³ Recomendaciones para la programación de cirugía en condiciones de seguridad durante el periodo de transición de la pandemia COVID-19 https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19_Cirugia_electiva.pdf

²⁴ Declaración del comité asesor del programa de seguridad de pacientes críticos del ministerio de sanidad https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Declaracion_del_Comite_Asesor_del_Programa_de_Seuguridad_de_Pacientes_Criticos.pdf

²⁵ Recomendaciones para la programación de cirugía en condiciones de seguridad durante el periodo de transición de la pandemia COVID-19 https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19_Cirugia_electiva.pdf

Tabla 2: Actuaciones en centros sanitarios

Actuaciones basales	Actuaciones ante un caso	Actuaciones ante un brote
Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública Implementación de medidas de higiene, prevención y control	Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública Implementación de medidas de higiene, prevención y control	Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública Implementación de medidas de higiene, prevención y control
Medidas de preparación • Colaboración con salud pública para el intercambio de información • Caracterización del riesgo para pacientes coordinada por los Servicios de Medicina Preventiva (SMP) • Aplicación de las recomendaciones para la <i>Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19</i>²⁶ • Formación sobre las medidas de precaución • Formación sobre la utilización de equipos de protección individual • Fortalecer los programas de seguridad del paciente^{27,28}	Medidas de contención • Notificación a los SMP • Notificación a salud pública • Evaluación del riesgo • Aislamiento del caso • Cuarentena de contactos estrechos • Evaluar la aplicación de las políticas de prevención y control de la infección: sistemas de triaje, sectorización de los espacios, establecimiento de circuitos, etc.	Contención intensificada • Notificación a los SMP • Notificación a salud pública • Evaluación del riesgo • Intensificar las medidas de prevención y control • Restricción del acceso a visitantes • Valorar la realización de estudios de cribado (PCR) o serología

4.4.3 Centros sociales y centros socio-sanitarios residenciales

La COVID-19 ha tenido un gran impacto en este tipo de centros debido a sus características especiales, donde se da un contacto estrecho de personas altamente vulnerables. Es prioritario por lo tanto evitar la introducción del virus

²⁶ Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19 https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento_Control_Infeccion.pdf

²⁷ Declaración del comité asesor del programa de seguridad de pacientes críticos del ministerio de sanidad https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Declaracion_del_Comite_Asesor_del_Programa_de_Seguridad_de_Pacientes_Criticos.pdf

²⁸ Recomendaciones para la programación de cirugía en condiciones de seguridad durante el periodo de transición de la pandemia COVID-19 https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19_Cirugia_electiva.pdf

en estos centros para lo que se recomienda seguir las actualizaciones de las recomendaciones propuestas por las autoridades sanitarias²⁹.

- Los centros sociales y los centros socio-sanitarios de tipo residencial públicos y privados deben colaborar en la recopilación, verificación y notificación de los datos para poder planificar e intervenir de forma adecuada. Se recomienda la adopción de sistemas de vigilancia reforzados en estos entornos.
- La detección de un caso en un centro social o socio-sanitario de tipo residencial es indicativo de brote y debe notificarse a las autoridades sanitarias para adoptar las medidas oportunas, como son el aislamiento del caso y la indicación de cuarentena de los contactos estrechos, tal y como se indica en la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control. Se realizará una búsqueda activa de casos y se valorará hacer estudios de cribado en el resto de residentes y profesionales si la situación lo requiere.
- La escalada de las medidas en el entorno local podrá incluir:
 - La restricción de las visitas sin vinculación profesional con el centro, a no ser que sea estrictamente necesario.
 - Valorar la restricción de las salidas del centro para los residentes según la evaluación del riesgo local.
 - Cambios organizativos como la sectorización de los espacios, utilización cita previa o la organización en cohortes fijas.
- Las autoridades competentes y las autoridades sanitarias mantendrán un contacto fluido y continuado con los responsables de los centros para comunicar la situación y valorar conjuntamente la implementación de medidas oportunas.

Tabla 3: Actuaciones en centros socio sanitarios

²⁹ https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Residencias_y centros_sociosanitarios_COVID-19.pdf

Actuaciones basales	Actuaciones ante un caso	Actuaciones ante un brote
Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública Implementación de medidas de higiene, prevención y control	Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública Implementación de medidas de higiene, prevención y control	Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública Implementación de medidas de higiene, prevención y control
Medidas de preparación • Colaboración con salud pública para el intercambio de información • Es prioritario evitar la introducción del virus en los centros • Aplicación de las recomendaciones de las autoridades sanitarias	Contención intensificada • Notificación a salud pública • Evaluación del riesgo • Aislamiento del caso • Cuarentena de contactos • Intensificar las medidas de prevención y control • Búsqueda activa de casos • Restricción del acceso a visitantes • Restricción de las salidas del centro a las personas residentes • Activar los planes de contingencia • Activar la sectorización de los espacios • Valorar la realización de estudios de cribado (PCR) o serología	

4.4.4 Entorno laboral

Los centros de trabajo son ámbitos donde el riesgo de exposición es muy heterogéneo y la caracterización del mismo debe hacerse de forma coordinada con los servicios de prevención de riesgos laborales y los agentes sociales implicados.

- Los centros de trabajo y los servicios de prevención de riesgos laborales (SPRL) deben colaborar para la recopilación, registro y verificación de la información para poder planificar e intervenir de forma adecuada.
- La detección de un caso debe ponerse en conocimiento del servicio de prevención de riesgos laborales y notificarse con diligencia a las autoridades sanitarias para adoptar las medidas oportunas, como son el aislamiento del caso y la indicación de cuarentena de los contactos estrechos.

- La detección de un brote debe ir acompañada de una evaluación del riesgo del servicio de prevención de riesgos laborales en coordinación con Salud Pública de propagación de la enfermedad. Entre las opciones de escalada de las medidas de respuesta se pueden considerar las siguientes:
 - o la intensificación de las medidas de prevención en el centro laboral,
 - o el cierre del espacio afectado, si se ha organizado en sectores independientes, o el cierre del centro de trabajo.
- Se deben actualizar los planes de continuidad para garantizar un nivel de actividad laboral en previsión de un incremento de la incidencia.
- Las medidas de distanciamiento en el entorno laboral contemplan la flexibilidad en el horario de trabajo, la posibilidad de trabajar desde el domicilio, realizar reuniones por video-conferencia, fomentar medidas de distanciamiento físico dentro del espacio de trabajo, turnos escalonados, la promoción del uso de medidas de protección individual, etc. Cada sector de actividad deberá adecuar las medidas de prevención al riesgo del trabajo desempeñado³⁰.
- Las autoridades sanitarias mantendrán un contacto fluido y continuado con el servicio de prevención de riesgos laborales para valorar conjuntamente la situación e implementar medidas acordes con el riesgo de forma coordinada.

Tabla 4: Actuaciones en centros laborales

Actuaciones basales	Actuaciones ante un caso	Actuaciones ante un brote
---------------------	--------------------------	---------------------------

³⁰ Se puede consultar más información en el Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2 <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/PrevencionRRL COVID-19.pdf>

Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública Implementación de medidas de higiene, prevención y control	Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública Implementación de medidas de higiene, prevención y control	Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública Implementación de medidas de higiene, prevención y control
Medidas de preparación • Colaboración con salud pública para el intercambio de información • Caracterización del riesgo para personas trabajadores coordinada por los servicios de prevención de riesgos laborales (SPRL) • Aplicación de las recomendaciones recogidas en el <i>Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2</i>³¹ • Garantizar entornos seguros y saludables • Realizar una detección precoz de los casos	Medidas de contención • Notificación a los SPRL/Atención Primaria • Notificación a salud pública • Evaluación del riesgo • Aislamiento del caso • Cuarentena de contactos estrechos	Medidas de contención • Notificación a los SPRL • Notificación a salud pública • Evaluación del riesgo • Intensificar las medidas de prevención y control: fomentar el teletrabajo, flexibilizar horarios, suspender las reuniones presenciales, etc. • Cierre del espacio afectado si se ha organizado en sectores independientes • Cierre del centro de trabajo

4.4.5 Poblaciones socialmente vulnerables

Determinados contextos con poblaciones en situación de vulnerabilidad o exclusión social pueden dificultar el manejo de los casos y el control de la enfermedad, así como suponer un riesgo adicional para la propagación de la transmisión de la enfermedad. En estos casos, se debe:

- Garantizar que todas las personas socialmente vulnerables tienen acceso los servicios de prevención, diagnóstico y atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, especialmente si están diagnosticadas de COVID-19 o han estado en contacto estrecho con un caso.
- Garantizar espacios adecuados para las medidas de aislamiento o cuarentena, cuando las viviendas no reúnen las condiciones necesarias.

³¹ Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2 <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/PrevencionRRL COVID-19.pdf>

Los espacios cerrados, mal ventilados y con hacinamiento suponen un riesgo especialmente elevado de propagación del SARS-CoV-2.

- Abordar los determinantes sociales en el riesgo de propagación y tenerlos en cuenta para modular la intensidad de las intervenciones.

Tabla 5: Actuaciones en entornos socialmente vulnerables

Actuaciones basales	Actuaciones ante un caso	Actuaciones ante un brote
Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública Implementación de medidas de higiene, prevención y control	Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública Implementación de medidas de higiene, prevención y control	Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública Implementación de medidas de higiene, prevención y control
Medidas de preparación • Colaboración con salud pública para el intercambio de información • Garantizar el acceso a los servicios de salud. • Aplicación de las recomendaciones para <i>La actuación en asentamientos segregados y barrios altamente vulnerables</i>³² y los <i>Servicios sociales de atención a personas sin hogar</i>³³	Medidas de contención • Notificación a salud pública • Evaluación del riesgo • Aislamiento del caso • Cuarentena de contactos estrechos • Asegurar la disponibilidad de espacios para aplicar la cuarentena y el aislamiento	Contención intensificada • Notificación a salud pública • Evaluación del riesgo • Intensificar las medidas de prevención y control • Cierre del espacio afectado si se ha organizado en sectores independientes • Valorar la realización de estudios de cribado (PCR) o serología

4.4.6 Entornos con alta concentración de personas

Se ha observado un aumento del riesgo de transmisión del SARS-CoV-2 en aquellos establecimientos o eventos con una elevada concentración de personas, en espacios cerrados y mal ventilados, donde se da un contacto estrecho entre quienes asisten ante la introducción de personas infectadas.

³² Documento técnico de recomendaciones de actuación de los servicios sociales ante la crisis por COVID-19, en asentamientos segregados y barrios altamente vulnerables

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Recomendaciones_actuacion_COVID_asentamientos_y_barrios_vulnerables_27_3_2020.pdf

³³ Documento técnico de recomendaciones de actuación ante la crisis por COVID-19, para los gestores de servicios sociales de atención a personas sin hogar.

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Recomendaciones_GESTORES_servicios_Ps_SIN_HOGAR_y_COVID-19.pdf

Fuera del ámbito sanitario y socio-sanitario se ha vinculado la aparición de brotes al tipo de espacios y actividades que reúnen estas características, especialmente si las personas hablan en voz alta o cantan, dado que un mayor volumen de la voz parece estar asociado con una mayor propagación de gotas respiratorias.

Estos entornos incluyen actividades y eventos religiosos, culturales o deportivos. También otros establecimientos donde puedan darse aglomeraciones como por ejemplo la hostelería, establecimientos turísticos, velatorios o lugares de culto.

- La decisión de cancelar un evento o cerrar un establecimiento debe seguir a una evaluación del riesgo³⁴ teniendo en cuenta la situación epidemiológica local y gravedad de la epidemia, y el momento, la duración, el tipo del lugar de reunión (interior/exterior), el tamaño del evento y la zona de procedencia de los asistentes (afectados o no afectados), entre otros.
- En establecimientos en los que haya una elevada concurrencia de personas, puede considerarse la implementación de medidas de contención especialmente orientadas a la disminución del contacto entre personas, como la limitación o reducción de los aforos, el cierre de los espacios comunes o el cierre total del lugar.
- En caso de eventos o actividades que puedan suponer una afluencia masiva de personas, las medidas pueden incluir la cancelación, el aplazamiento o la reorganización de un evento y otras medidas organizativas de mitigación de riesgos, así como mecanismos de reembolso que faciliten que las personas con síntomas no acudan a los eventos en los que se prevé una concentración de personas.

Tabla 6: Actuaciones en entornos con alta concentración de personas

³⁴ Recomendaciones para eventos y actividades multitudinarias en el contexto de nueva normalidad por COVID-19 en España
https://pre-msssi.msc.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID-19_Recomendaciones_eventos_masivos.pdf

Actuaciones basales	Actuaciones ante un caso	Actuaciones ante un brote
Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública Implementación de medidas de higiene, prevención y control	Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública Implementación de medidas de higiene, prevención y control	Comunicación fluida y continuada con las autoridades de salud pública Implementación de medidas de higiene, prevención y control
Medidas de preparación • Colaboración con salud pública para el intercambio de información • Aplicación de las recomendaciones para <i>Eventos y actividades multitudinarias</i>³⁵	Medidas de contención • Notificación a salud pública • Evaluación del riesgo • Aislamiento del caso • Cuarentena de contactos estrechos • Adoptar medidas para reducir el contacto entre personas	Contención intensificada • Notificación a salud pública • Evaluación del riesgo • Intensificar las medidas de prevención y control • Reducir el aforo de los establecimientos • Cierre de los establecimientos • Aplazamiento, reorganización o cancelación de un evento

³⁵ Recomendaciones para eventos y actividades multitudinarias en el contexto de nueva normalidad por COVID-19 en España https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19_Recomendaciones_eventos_masivos.pdf

5 AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SANIDAD EXTERIOR

El principal objetivo al declarar una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) es garantizar la seguridad sanitaria mediante la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, 2005 (RSI-2005), cuya finalidad y alcance es prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico de personas y mercancías y el comercio internacional.

En el momento actual, la situación de ESPII originada por COVID-19 se mantiene, y muchos países y zonas del mundo se encuentran en una situación epidemiológica muy desfavorable. El Comité de Emergencias de la Organización Mundial de la Salud ha insistido a los países a estar preparados para contener la enfermedad e interrumpir la propagación del virus, adoptando medidas firmes para detectar, aislar y tratar los casos de manera precoz, hacer seguimiento de los contactos y promover medidas de distanciamiento social acordes con el riesgo.

Asimismo, ha recomendado aplicar medidas adecuadas en materia de viajes, teniendo en cuenta sus beneficios para la salud pública, en particular en el cribado de entrada y salida, la educación de los viajeros sobre un comportamiento responsable durante los viajes, la localización de casos, y el rastreo, aislamiento y cuarentena de los contactos.

Por tanto, en el escenario actual de control, es prioritario mantener los mecanismos adecuados en los puntos de entrada para prevenir la llegada en España de casos de COVID-19 procedentes del extranjero que pudieran generar brotes en nuestro país.

Desde el punto de vista competencial cabe recordar que, con arreglo a lo previsto en el artículo 149.1.16ª de la Constitución Española, el Ministerio de Sanidad tiene competencia exclusiva en materia de Sanidad Exterior. Son actividades de su competencia todas aquellas que se realizan en materia de

vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros.

Por ello, teniendo presente en el ámbito aeroportuario lo contemplado en las Directrices EASA/ECDC (siglas en inglés de la Agencia Europea de Seguridad Aérea y del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades, respectivamente) y en base a las recomendaciones internacionales de salud pública en el marítimo, se han establecido los necesarios controles sanitarios en puertos y aeropuertos, para limitar la introducción de casos importados y avanzar en la consecución de un entorno seguro desde el punto de vista sanitario que ofrezca también confianza a los viajeros.

5.1 Controles sanitarios en puertos y aeropuertos

Corresponde al Ministerio de Sanidad determinar los controles sanitarios necesarios a los que deben someterse todos los pasajeros que lleguen a España por vía aérea o marítima, así como el alcance de dichos controles, siendo el responsable de su ejecución³⁶.

En este sentido, siguiendo las directrices operativas para la gestión de pasajeros aéreos y personal de aviación en relación con la pandemia COVID-19³⁷, elaborados por la Agencia de la Unión Europea de Seguridad Aérea (EASA) y el Centro Europeo para la Prevención y Control de enfermedades (ECDC), y aprobadas por el Comité Español de Facilitación del Transporte Aéreo debidamente adaptadas para España, dichos controles sanitarios incluyen la toma de la temperatura, un control documental y un control visual sobre el estado del pasajero.

En lo que se refiere al control de temperatura, se realiza de modo rutinario con el fin de identificar viajeros con fiebre. Se establece como límite de detección una temperatura igual o superior a 37,5 °C. La toma de la temperatura debe

³⁶ Resolución de 29 de junio de 2020, de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, relativa a los controles sanitarios a realizar en los puntos de entrada de España.

³⁷ https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/EASA-ECDC_COVID-19_Operational-guidelines-for-management-of-passengers.pdf

hacerse mediante termómetros sin contacto o por cámaras termográficas. No se almacenan datos personales ni las imágenes captadas por las cámaras termográficas, garantizándose la privacidad del pasajero en todo momento.

Las compañías navieras, bajo la supervisión de Sanidad Exterior, también toman la temperatura a los pasajeros en viaje internacional antes de su llegada a puerto español, siguiendo lo establecido en los protocolos.

En lo que se refiere al control documental, los pasajeros con origen en cualquier aeropuerto o puerto situado fuera del territorio español, deben cumplimentar un formulario de Salud Pública³⁸ que permita realizar una evaluación del pasajero en relación con la COVID-19 y facilitar la localización de los contactos estrechos de casos confirmados que hayan coincidido en los medios de transporte internacional durante su periodo de transmisibilidad.

La cumplimentación del formulario de Salud Pública se debe realizar antes de llegar a España por vía electrónica a través de la dirección de internet: www.spth.gob.es o en mediante la aplicación gratuita SPAIN TRAVEL HEALTH-SpTH. Una vez cumplimentado el formulario se facilitará al pasajero un código QR que debe presentar en los controles sanitarios a la llegada a España.

A tal efecto, las agencias de viaje, los operadores turísticos y las compañías de transporte aéreo o marítimo y cualquier otro agente que comercialice billetes aéreos vendidos aisladamente o como parte de un viaje combinado, deben informar a los pasajeros de la obligatoriedad de presentar el formulario de Salud Pública en el aeropuerto o puerto de destino.

Dichas medidas forman parte de un sistema global de detección de casos importados, complementarias e integradas en la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control del COVID-19, cuyo éxito vendrá determinado por la identificación precoz de los mismos y la inmediata adopción de las oportunas medidas de control que impidan la difusión incontrolada de la enfermedad.

³⁸ El formulario está basado en el Passenger Location Card contemplada en el anexo 9 sobre facilitación de la Convención Internacional de la Aviación Civil.

Aquellos pasajeros con una temperatura superior a 37,5°C, o aquellos en los que, en base a la información contenida en el formulario de Salud Pública, o tras el control visual se sospeche que pudieran padecer COVID-19 u otra patología transmisible, son sometidos a una evaluación sanitaria, con el fin de determinar si existe sospecha de riesgo para la Salud Pública. Dicho control secundario incluye una nueva toma de la temperatura y una evaluación del estado clínico y epidemiológico por parte de profesionales sanitarios.

Si se confirma la sospecha de que el pasajero padece COVID-19 u otra patología que pueda suponer un riesgo para la Salud Pública, se activan los protocolos establecidos para su derivación a un centro sanitario y la realización de una prueba diagnóstica si procede, en coordinación con las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas.

5.2 Colaboración con los gestores aeroportuarios y portuarios

La implementación de los controles sanitarios previstos se realiza con la colaboración y en coordinación con los gestores aeroportuarios y portuarios. En el caso de aeropuertos, AENA pone a disposición de los servicios centrales y periféricos de Sanidad Exterior los recursos humanos sanitarios y de apoyo necesarios con el fin de garantizar el control sanitario de la entrada de pasajeros de vuelos internacionales, mientras que en el caso de los puertos de interés general, son las Autoridades Portuarias³⁹.

En este sentido, desde el pasado 21 de junio, coincidiendo con la apertura de la circulación en el espacio Schengen a excepción de Portugal, estos procesos de control se han reforzado con la contratación e incorporación de 100 nuevos efectivos pertenecientes a empresas auxiliares y otras que prestan servicios aeropuertos.

Más recientemente, se han adjudicado dos contratos que permiten que haya más de 650 personas de apoyo trabajando en los controles que realiza Sanidad Exterior desde el día 1 de julio, coincidiendo con la apertura de fronteras de

³⁹ Disposición adicional primera y segunda del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Portugal y de algunos terceros países siguiendo la Recomendación del Consejo de la Unión Europea sobre la restricción temporal de los viajes no esenciales a la UE adoptada el 30 de junio⁴⁰. Este importante refuerzo permite prestar el servicio en los 26 aeropuertos que inicialmente reciben vuelos internacionales.

Esta cifra se irá adaptando en función de las necesidades, dado que el total de personas contratadas por Aena supera las 1.000, de las cuales 402 son profesionales sanitarios.

Asimismo, para facilitar los controles de temperatura, se han desplegado 219 cámaras termográficas que, con la implantación de la presentación telemática del formulario de Salud Pública, permiten agilizar los procedimientos de control, disminuyendo con ello el impacto en la operatividad aeroportuaria.

⁴⁰ <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-9208-2020-INIT/es/pdf>

Anexo I: Lista de verificación de preparación de hospitales

COORDINACIÓN	
Establecimiento de un equipo de Alerta. (se activará ante la aparición de un caso de COVID-19 y será responsable de coordinar las acciones a seguir)	El equipo de alerta debe incluir al menos un representante de gerencia, dirección médica, dirección de enfermería y de los servicios de medicina preventiva, enfermedades infecciosas, medicina intensiva y urgencias. El equipo debe elaborar y difundir un procedimiento operativo estandarizado en el que: -se establecen las responsabilidades y funciones de cada uno de los miembros. -se detallan los circuitos de comunicación internos y externos. -se incluye un listado de teléfonos de contacto de todos sus miembros.
Coordinación interna entre servicios	Se debe designar al menos una persona de enlace en todos los servicios, tanto asistenciales como no asistenciales (incluyendo al menos admisión, suministros y mantenimiento), y se dispondrá de un listado actualizado de todos ellos fácilmente accesible.
Coordinación con actores externos	Se debe disponer de un listado actualizado fácilmente accesible de los contactos locales/autonómicos/nacionales necesarios para la correcta gestión de la información y notificación de casos.
RECURSOS SUMINISTROS, EQUIPAMIENTO E INSTALACIONES	
Adquisición, gestión de suministros, equipamiento e instalaciones	Se debe designar un responsable por unidad que garantice la disponibilidad de los materiales necesarios en las ubicaciones pertinentes, así como el mantenimiento adecuado de los equipos / instalaciones; realizando la coordinación con las unidades responsables.
	Se debe establecer un procedimiento rápido para adquirir existencias clave, incluyendo la identificación de proveedores alternativos en caso de que los principales proveedores se queden sin existencias así como de eliminación de residuos adecuado.
	Se debe realizar un inventario de las existencias clave necesarias, incluyendo, al menos:
	-solución hidroalcohólica. -jabón. -EPIs. -respiradores. -material de limpieza y desinfección. -contenedores para material infeccioso. -otros materiales necesarios para aislamientos.
	Debe existir un procedimiento para supervisar y actualizar periódicamente dicho inventario teniendo en cuenta las necesidades adicionales previstas para los diferentes escenarios.
Instalaciones y ubicación de pacientes	Es crucial establecer un plan para el seguimiento y custodia de existencias clave para evitar el uso indebido.
	Se debe evaluar y calcular la capacidad máxima del hospital, capacidad máxima de la unidad de cuidados intensivos, número de habitaciones de aislamiento y

	número de ventiladores mecánicos. Se debe disponer y difundir en el centro el plan de contingencia con criterios, personas responsables y procedimientos para designar nuevas áreas de aislamiento en caso de que las habitaciones Primariamente destinadas a ello no estén disponibles, incluyendo el número y ubicación de las camas que se reasignarán, así como los criterios de aislamiento de cohortes en caso de ser necesario. Se debe establecer y difundir entre los profesionales implicados los criterios para altas, traslados internos de pacientes o traslados externos (a otros centros o a atención domiciliaria). Se deben identificar espacios alternativos que se transformarán en salas de espera y se deben establecer criterios para su uso. Se debe disponer de un plan de contingencia para el manejo del posible incremento de residuos infecciosos. Se debe disponer de un plan de contingencia para gestionar el incremento de pacientes fallecidos (ubicación) Todos los procedimientos operativos estandarizados disponibles en torno a este tema deben estar actualizados y disponibles para todo el personal implicado
Recursos humanos	Se debe evaluar y disponer de un plan de continuidad asistencial que asegure: - la identificación de áreas / unidades puntos clave (como triaje, urgencias, UCI, laboratorio, salas de espera y unidades de hospitalización) y establecer los criterios, responsable y procedimiento para dar apoyo con recursos adicionales. - la identificación de áreas / unidades de soporte clave (como personal de limpieza, información, etc.) y establecer los criterios, responsable y procedimiento para dar apoyo recursos adicionales. - seguimiento y gestión del absentismo del personal, en especial las bajas por enfermedad. - establecer un procedimiento ágil de reubicación de recursos y de personal, contrataciones y capacitaciones. -un plan para evitar el agotamiento entre los trabajadores, incluyendo la posibilidad de apoyo psicológico y asegurar la distribución equitativa de la carga de trabajo entre los trabajadores. Se debe establecer qué unidad será responsable de la valoración de exposiciones de riesgo del personal.
Laboratorio	Se debe establecer un plan de priorización y envío seguro de muestras (si el hospital no posee capacidad de laboratorio) Se debe planificar la disponibilidad de reactivos y material para pruebas diagnósticas en los diferentes escenarios (si el hospital posee capacidad de laboratorio) Debe existir un plan para subcontratar servicios de laboratorio si se supera la capacidad.

COMUNICACIÓN A LOS PROFESIONALES Y AL PÚBLICO. PORTAVOZ	
Comunicación interna	Se debe disponer de un plan de comunicación interna con líneas de comunicación claras para facilitar una comunicación rápida a todo el personal y a los pacientes y visitantes en todo lo referente al evento, incluyendo la adaptación en casos de incidencias o situaciones de especial relevancia Se disponer de una batería de mensajes clave para ser difundidos entre diferentes grupos (profesionales sanitarios, otros trabajadores, pacientes), validados por expertos en el tema en coordinación con el equipo de comunicación del hospital.
Comunicación externa	Se debe disponer de un plan de comunicación externa y se debe establecer un equipo central de comunicaciones y un portavoz para coordinar y alinear las comunicaciones externas. Se debe disponer de una batería de mensajes clave para ser difundidos entre diferentes grupos (profesionales sanitarios, otros trabajadores, pacientes), validados por expertos en el tema en coordinación con los expertos en comunicación del hospital.
FORMACIÓN DEL PERSONAL	
Formación	Se debe establecer un plan de capacitación general y específica del personal sanitario y no sanitario implicado incluyendo: - información técnica sobre COVID-19 - procedimientos de prevención y control de la infección (uso correcto de EPIs, higiene de manos, gestión de aislamientos, gestión de residuos) - procedimientos de definición y notificación de casos y líneas de comunicación internas. - procedimientos de triaje - prevención del daño y prácticas seguras en tiempos de pandemia - limpieza y desinfección Se deben elaborar y difundir entre profesionales implicados los materiales de capacitación/información en las áreas anteriores
PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES	
Higiene de manos, EPI, Gestión de aislamientos, gestión de residuos)	Se debe realizar un inventario de las existencias clave necesarias y debe existir un procedimiento para supervisar y actualizar periódicamente ese inventario teniendo en cuenta las necesidades adicionales previstas para los diferentes escenarios. Se debe establecer un plan de capacitación general y específica del personal sanitario y no sanitario implicado en estos procedimientos Todos los procedimientos operativos estandarizados disponibles en torno a este tema están actualizados y disponibles para todo el personal implicado
TRIAJE	
General	Se deben establecer y difundir entre el personal implicado procedimientos específico de verificación de los circuitos para separar y aislar los casos sospechosos de los demás pacientes, incluyendo un plan para la ubicación de éstos en diferentes salas de espera, acceso a baños y suministro de agua/alimentos.

	Se deben establecer y difundir entre el personal implicado procedimientos para la priorización de los pacientes. Se deben establecer y difundir entre el personal implicado procedimientos para la limpieza y desinfección de áreas utilizadas por pacientes sospechosos y eliminación de residuos. Se debe disponer de un registro de personas que entran en la zona de aislamiento
Tele-triage	Se debe disponer de un mecanismo de tele-triage (ej. servicio de teléfono/correo electrónico/telemedicina) para que los posibles casos notifiquen sus síntomas y coordinar su llegada al hospital, si es necesario. Se debe informar sobre la existencia y funcionamiento del tele-triage a la población atendida del hospital.
Primer contacto en el hospital	Se debe colocar información en lugares visibles con preguntas y respuestas sobre COVID-19, y medidas de control y prevención. Se debe establecer un protocolo para informar a los pacientes con sospecha de COVID-19 sobre los procedimientos que se llevarán a cabo ante su llegada a Urgencias (por ejemplo, que serán separados de los demás pacientes y por qué, y cómo realizar la higiene de manos y respiratoria, cuándo y cómo utilizar la mascarilla). Se debe disponer de capacidad de transporte de los pacientes.
ACCESO DE VISITANTES	
Acceso a visitantes	Se deben establecer y difundir normas para el acceso de los visitantes a la instalación y a las salas. Se debe establecer y difundir normas y procedimientos, dirigidos a visitantes, y correspondientes a acceso y salida habitaciones de los pacientes Se debe disponer de un registro de visitantes.

Anexo II- Lista verificación de Atención Primaria

COORDINACIÓN	
Responsable de Alerta (se activará ante la aparición de un caso de COVID-19 y será responsable de coordinar las acciones a seguir)	El equipo de alerta debe incluir al menos un representante de gerencia, dirección médica, dirección de enfermería y de urgencias extrahospitalarias El equipo debe elaborar y difundir un procedimiento operativo estandarizado en el que: -se establecen las responsabilidades y funciones de cada uno de los miembros. -se detallan los circuitos de comunicación internos de AP, con salud pública, responsables socio sanitarios y el hospital. -se incluye un listado de teléfonos de contacto de todos sus miembros.
RECURSOS SUMINISTROS, EQUIPAMIENTO E INSTALACIONES	
Adquisición, gestión de suministros, equipamiento e instalaciones	Designar un responsable que controle la disponibilidad de los materiales necesarios en las ubicaciones pertinentes, así como el mantenimiento adecuado de los equipos / instalaciones de los Centros de Atención Primaria (CAP) del conjunto del Área o demarcación sanitaria de gestión de AP. Establecer un procedimiento rápido para adquirir existencias clave, incluyendo la identificación de proveedores alternativos en caso de que los principales proveedores se queden sin existencias así como de eliminación de residuos adecuado. Disponer de un inventario de las existencias clave necesarias, incluyendo, al menos: -solución hidroalcohólica. -jabón. -EPIs. --material de limpieza y desinfección. -contenedores para material infeccioso. -otros materiales necesarios para aislamientos. Procedimiento para supervisar y actualizar periódicamente dicho inventario teniendo en cuenta las necesidades adicionales previstas para los diferentes escenarios.
	Es crucial establecer un plan para el seguimiento y custodia de existencias clave para evitar el uso indebido. Establecer acceso al catálogo completo de pruebas diagnósticas en las mismas condiciones que el resto de especialidades médicas y disponiendo del equipamiento diagnóstico y tecnológico necesario para una atención más ágil y eficiente
Recursos humanos	-dimensionar las plantillas de los equipos de AP para mantener las competencias y garantizar que el equipo de AP pueda realizar y dar servicio de alta calidad, estableciendo la dotación de puestos de todas las profesiones sanitarias y no sanitarias, que permita responder a las necesidades de atención de la población adscrita, tanto asistenciales como de vigilancia epidemiológica - garantizar un plan de sustituciones para cubrir las ausencias de profesionales - seguimiento y gestión del absentismo del personal, en

	especial las bajas por enfermedad. -un plan para evitar el agotamiento entre los trabajadores, incluyendo la posibilidad de apoyo psicológico y asegurar la distribución equitativa de la carga de trabajo entre los trabajadores.
COMUNICACIÓN A LOS PROFESIONALES Y AL PÚBLICO.	
Comunicación interna y externa	La Gerencia de Atención Primaria facilitará a los CAP planes de comunicación (interna para personal y pacientes) y externa (para la zona básica de salud) que cada CAP adaptar a su situación con líneas de comunicación claras para facilitar una comunicación rápida en todo lo referente a la pandemia, incluyendo la adaptación en casos de incidencias o situaciones de especial relevancia
FORMACIÓN DEL PERSONAL	
Formación	Se debe establecer un plan de capacitación general y específica del personal sanitario y no sanitario implicado incluyendo: - información técnica sobre COVID-19 - procedimientos de prevención y control de la infección (uso correcto de EPIs, higiene de manos, gestión de aislamientos, gestión de residuos) -limpieza y desinfección -procedimientos de definición y notificación de casos y líneas de comunicación internas. -procedimientos de triaje -seguridad del paciente: Prevención del daño, prácticas seguras en tiempos de pandemia y prácticas de escaso valor ("No hacer") Se deben elaborar y difundir entre profesionales implicados los materiales de capacitación/información en las áreas anteriores
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN	
Vigilancia epidemiológica , prevención y control de casos	Contar con protocolos para – Detección precoz de casos sospechosos y realización del diagnóstico precoz mediante las pruebas que se determinen. – Notificación de casos sospechosos y declaración de casos confirmados – Estudio de contactos en coordinación con los servicios de Salud Pública y, en su caso, con los servicios de Prevención de Riesgos Laborales.
ASISTENCIA SANITARIA	
General	Se deben establecer y difundir entre el personal implicado procedimientos específico de verificación de los circuitos para separar y aislar los casos sospechosos de los demás pacientes, teniendo en cuenta las características del CAP

	-Se establecerán mecanismos para la adecuada atención y continuidad de cuidados por parte de los profesionales sanitarios de referencia de los pacientes con patologías crónicas priorizando los especialmente vulnerables (patologías crónicas clave, multimorbilidad, polimedicados...), tanto en el seguimiento habitual como en la prevención y atención a problemas intercurrentes, complicaciones y reagudizaciones, intentando minimizar las visitas a los servicios de urgencias e ingresos hospitalarios no programado -Contar con mecanismos para la reactivación de la consulta a domicilio en pacientes con patologías crónicas que por su específico riesgo y características clínicas, así lo requieran -Facilitar la receta electrónica para evitar la visita de los pacientes al CAP por este motivo Organizar el sistema de coordinación con la A. Hospitalaria para la circulación de pacientes entre dispositivos asistenciales adecuado a la situación extraordinaria de la pandemia
	Se deben establecer y difundir entre el personal implicado procedimientos para la limpieza y desinfección de áreas utilizadas por pacientes sospechosos y eliminación de residuos- El CAP deberá tener capacidad de gestión de las agendas para que cada profesional pueda adaptarla a las necesidades cambiantes, garantizando la accesibilidad de la población y evitando la acumulación de personas en las salas de espera
Triage	Se debe disponer de mecanismos de triaje a la entrada del CAP para derivar a los pacientes al circuito correspondiente de atención en el CAP Se debe disponer de un mecanismo de tele-triage (ej. servicio de teléfono/correo electrónico/telemedicina) para que los posibles casos notifiquen sus síntomas y gestionar la atención sanitaria necesaria y el ámbito asistencial asistencial de la misma
Contacto con el CAP	Se debe colocar información en lugares visibles con preguntas y respuestas sobre COVID-19, y medidas de control y prevención.
SALUD COMUNITARIA	
Promoción y Prevención	Contar con Plan que permita: -Identificar la población en situación de mayor vulnerabilidad y con menor accesibilidad, para proporcionar la atención sanitaria y facilitar los recursos de apoyo que precisen. -Establecer vías claras, ágiles y efectivas de comunicación bidireccional entre los equipos de AP y las redes comunitarias para la difusión de protocolos, actualizaciones informativas y materiales para la comunicación comunitaria. -Reforzar la coordinación entre AP, Servicios Sociales, Salud Pública y las entidades locales para la planificación de la salud comunitaria, la promoción de la salud y la prevención.

Anexo III: Medidas no farmacológicas generales

Uno de los factores clave para la aplicación efectiva de medidas no farmacológicas es la identificación y definición correctas de los desencadenantes para su activación o desactivación durante las diversas fases epidémicas. Estas medidas deberían combinarse entre sí y con otros enfoques, ya que aumenta su efectividad al implementarse de forma coordinada.

Higiene de manos

Constituye la medida preventiva más importante en todos los entornos comunitarios durante todas las fases de la epidemia. Las manos deben lavarse regularmente con agua y jabón durante 40 segundos. Si las manos están sucias, el agua y el jabón deben preceder al uso de desinfectantes para manos a base de alcohol. Se recomienda aplicar higiene de manos de forma regular pero especialmente en los siguientes momentos:

- Contacto con personas con síntomas respiratorios
- Contacto con superficies potencialmente contaminadas
- Contacto con superficies de uso frecuente (por ejemplo, puertas, barandillas y pasamanos)
- Situaciones con elevada concentración de personas (transporte público, ámbito escolar)
- Después de toser o estornudar o cualquier situación en que las manos hayan podido entrar en contacto con las secreciones respiratorias
- Antes de tocarse la boca la nariz y los ojos

Higiene respiratoria

Se recomienda en aquellas personas con clínica respiratoria (tos y estornudos) con el fin de que mantengan una serie de comportamientos higiénicos para reducir la transmisión de persona a persona en todos los entornos y durante todas las fases de la epidemia. Se recomienda ampliamente para todos los entornos comunitarios como el hogar o las escuelas y lugares de trabajo, centros de salud, etc. en todo momento.

La higiene respiratoria consiste en:

- Cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar con el codo.
- Usar pañuelos desechables para eliminar las secreciones respiratorias.

- Deshacerse del pañuelo usado inmediatamente, asegurando el suministro de materiales de desecho (cubos de basura sin tocar, etc.).
- Higiene de manos después de tocar las secreciones respiratorias (estornudar, toser, uso de pañuelos) y/o los objetos contaminados
- Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca

Utilización de mascarillas

El uso de mascarillas es una medida más de prevención de la transmisión del virus que no sustituye a las demás, por lo que su uso debe ir acompañado de otras buenas prácticas para el cumplimiento de las medidas de higiene y de distancia física. El artículo 6 del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, regula su utilización durante el periodo de crisis. Se puede consultar más información en las [Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en la comunidad en el contexto del COVID-19](#). La recomendación general para su utilización es la siguiente:

- Población general asintomática sana: diferentes organismos internacionales proponen la posibilidad de utilizar **mascarillas higiénicas**.
- Personas con síntomas compatibles: las **mascarillas quirúrgicas** pueden utilizarse como medida de control de la infección o como medida de mitigación en entornos comunitarios en aquellas personas que presenten síntomas respiratorios.

Medidas de higiene y limpieza

Tienen por objeto mejorar la protección y reducir el riesgo de infección de enfermedades transmisibles en diversos entornos (centros de Atención Primaria, Hospitalaria, centros de larga estancia, centros educativos, lugares de trabajo, lugares públicos y hogares).

Las medidas ambientales se refieren a la limpieza habitual de las superficies y objetos de uso frecuente (como teléfonos, tabletas, picaportes, inodoros y teclados) con agua y detergente, seguido de desinfección (como una solución de lejía), evitar el uso compartido de objetos (como vasos, utensilios para comer, toallas y ropa de cama), y garantizar un adecuado sistema de ventilación en edificios y zonas de reunión.

La eficacia de las medidas ambientales para mitigar el impacto de las epidemias de virus respiratorios es limitada, sin embargo, es plausible que esas medidas puedan reducir la transmisión y, por lo tanto, se recomienda que **se utilicen en todo momento y en todos los entornos durante las fases de contención y mitigación** de una epidemia.

Como medidas adicionales se recomienda ventilar con frecuencia y dejar entrar la luz del sol en los ambientes cerrados, ya que pueden contribuir a dispersar e inactivar los virus ambientales. Se pueden consultar más recomendaciones en [Medidas higiénicas para la prevención de contagios del COVID-19](#) y en el [Procedimiento de limpieza viaria ante la pandemia de coronavirus](#).

Medidas de distanciamiento físico

La recomendación de distanciamiento físico está relacionada con [una importante reducción del riesgo](#) de infección. La recomendación es el mantenimiento de una distancia aproximada de 1,5 metros entre personas (el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio regula este aspecto durante el periodo de crisis). El principal beneficio de esta medida es prevenir la transmisión al evitar la propagación de SARS-CoV-2 reduciendo la probabilidad de que ocurra un contacto efectivo entre una persona capaz de transmitir el virus y un huésped susceptible.

Anexo IV: Fuentes de información y vigilancia epidemiológica

Las fuentes de información que proporcionar datos relevantes de forma rápida y fiable en el marco de la estrategia y en otros ámbitos de interés para la gestión de la epidemia incluyen:

- **Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE):** que incluye:
 - Información individualizada sobre los casos confirmados que se incluye en la plataforma SiViES.
 - Información sobre los brotes epidémicos.
 - Información agregada sobre los casos sospechosos, proporción de casos sospechosos a los que se realiza una prueba de PCR, número de contactos estrechos que se confirman como caso y número de profesionales de los servicios de vigilancia epidemiológica.
- **Estudio Nacional de sero-Epidemiología de la Infección por SARS-CoV-2 en España (ENE-COVID):** es un estudio longitudinal sero-epidemiológico, sobre una muestra representativa de la población, que recaba información sobre la prevalencia de infección por SARS-CoV-2 mediante la determinación de anticuerpos IgG frente al virus.
- **Sistema Estatal de Resultados de Laboratorio (SERLAB):** recaba los datos de todas las pruebas realizadas en los laboratorios, públicos y privados, autorizados en España para la realización de pruebas diagnósticas para SARS-CoV-2 mediante PCR u otras pruebas moleculares, enviado por las comunidades autónomas a través del servidor de intercambio seguro establecido al efecto en el marco del Sistema de Información SERLAB-CoV.
- **Sistema de Información de Capacidad Asistencial de la Atención Hospitalaria:** recaba los datos de sobre la actividad de atención especializada de todos los centros hospitalarios, tanto públicos como privados a nivel nacional. Aporta información sobre la capacidad asistencial y uso de la misma por pacientes con COVID-19, pacientes con otras patologías y el número de camas libres, tanto de hospitalización de agudos como de cuidados críticos.

- **Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo):** recaba información agregada sobre la mortalidad diaria por todas las causas. Se emplea para identificar las desviaciones observadas con respecto a las esperadas según las series históricas de mortalidad.
- **Herramienta epidemiológica basada en el control de las aguas residuales (HEBAR):** Permite identificar SARS-CoV-2 en aguas residuales y se hacen colaboración con el Ministerio de Transición Ecológica. El aislamiento del virus en aguas residuales no tratadas puede constituir una señal temprana de la circulación de dicho virus en la población. La información recogida se enviará a través del mismo sistema de información de SERLAB.

En la actualidad se está desarrollando un **sistema de vigilancia centinela** basado en el sistema de vigilancia centinela de gripe estacional que recoja información de infección respiratoria aguda leve y grave en Atención Primaria y hospitalaria. Este sistema proyecta recabar información epidemiológica y virológica en una misma población, proporcionando las tasas de incidencia de la enfermedad y de circulación del agente en la población de referencia.

Anexo V: Indicadores de alerta por COVID-19

I. Indicadores de situación epidemiológica

Indicador	Interpretación
Incendencia acumulada de casos que han iniciado síntomas en los últimos 7 días	Informa de las zonas en las que puede haber habido brotes activos o brotes incipientes en los últimos 7 ó 14 días
Evolución de número diario de casos que inician síntomas	Observar al tendencia de la serie
Incendencia acumulada de casos que han sido diagnosticados en los últimos 7 días (incluye casos asintomáticos)	Actividad viral y difusión de la enfermedad, así como la posible ocurrencia de casos sucesivos
Evolución del número diario de casos diagnosticados	Observar al tendencia de la serie
Incendencia acumulada de casos sospechosos atendidos en los últimos 7 días (tanto en Atención Primaria como en hospitales), por fecha de consulta	Nivel de sospecha diagnóstica (tanto de la población como del sistema sanitario)
Proporción de nuevos casos que son contactos de casos previamente conocidos	Identificación y control de las cadenas de transmisión
Detección de puntos calientes (nivel municipal): - Casos sin vínculo epidemiológico en los últimos 7d ≥ 2 casos e incidencia $\geq 10/10.000$ en 7d - Incremento $\geq 10\%$ respecto a los 14d anteriores	Identificación de posibles cadenas de transmisión y brotes no detectados
Número de reproducción efectiva instantáneo (R_t)	Ritmo de crecimiento o decrecimiento de la epidemia (estándar <1)
Evolución en el número de casos que han requerido hospitalización, UCI o han fallecido	Observar al tendencia de la serie
Detección de coronavirus en muestras de aguas residuales en zonas donde estaba previamente ausente o incremento en la carga viral en una zona donde ya estaba presente	Alerta de introducción o posible difusión del virus, con capacidad de incluir posibles casos asintomáticos

II. Indicadores de asistencia sanitaria

Indicador	Interpretación
Proporción de casos sospechosos que han acudido a consulta en los últimos 7 días a los que se les realiza una prueba PCR (tanto en Atención Primaria como en hospitales)	Capacidad de diagnóstico de casos sospechosos
Incendencia acumulada de realización de pruebas PCR en los últimos 7 días	Esfuerzo diagnóstico en la población (umbral de

	1/1.000/semana)
Mediana del tiempo transcurrido entre la fecha de consulta y la fecha de diagnóstico	Demora de diagnóstico (estándar de 24- 48 horas)
Proporción de pruebas positivas respecto al total de pruebas realizadas en los últimos 7 días	Indicador combinado del nivel de circulación de virus y la sensibilidad del circuito diagnóstico (estándar <5%)
Proporción de casos hospitalizados entre los casos confirmados que iniciaron síntomas hace 2 semanas	Indicador combinado del nivel de gravedad y la sensibilidad del sistema para la detección de casos leves
Proporción de camas de agudos ocupadas por casos COVID-19 y ocupación total (COVID-19 y no COVID-19)	Presión por COVID-19 sobre los hospitales y reserva disponible para responder a incrementos de la transmisión
Proporción de camas de cuidados críticos ocupadas por casos COVID-19 y ocupación total (COVID-19 y no COVID-19)	Presión por COVID-19 sobre las UCIs y reserva disponible para responder a incrementos de la transmisión

III. Indicadores de salud pública

Indicador	Interpretación
Mediana del tiempo transcurrido entre la fecha de inicio de síntomas y la fecha de aislamiento, en aquellos casos que iniciaron síntomas en los últimos 7 días	Demora de control de las fuentes de contagio (estándar <48 horas)
Proporción de los casos que iniciaron síntomas en los últimos 7 días a los que se les ha realizado una búsqueda de contactos	Capacidad de control de los contactos
Mediana del número de contactos identificados por cada caso, en aquellos casos que iniciaron síntomas en los últimos 7 días	Exhaustividad en el control de los contactos (también dependiente del contexto social y restricciones existentes)
Notificación temprana (a nivel nacional)	Proporción de casos ocurridos en una semana (lunes a domingo) que han sido notificados a nivel nacional el martes siguiente

IV. Indicadores de Atención Primaria

Indicador	Interpretación
Proporción de casos sospechosos que han acudido a consulta en los últimos 7 días a los que se les realiza una prueba PCR	Capacidad de diagnóstico de casos sospechosos
Proporción de PCR positivas respecto al total de las realizadas en los últimos 7 días	Indicador combinado del nivel de circulación de virus y la sensibilidad del circuito diagnóstico (estándar <5%)