

Criterios sanitarios de confinamiento y desconfinamiento comunitario

Minuta lunes 29 Junio 2020 Consejo asesor COVID-19, Ministerio de Salud Chile

1. Introducción

La evolución de la pandemia de COVID-19 en el país se caracteriza por una dinámica de transmisión heterogénea en las distintas localidades y comunas; mientras unas siguen en alza, otras se estabilizan e inician descenso en sus indicadores. No obstante, globalmente predominan regiones con tendencia al alza en el número de casos. La situación epidemiológica de la Región Metropolitana, por su peso demográfico, determina la forma de la curva nacional, tanto en la detección de casos nuevos, como en hospitalizaciones y fallecimientos, lo que puede llevar a interpretaciones equívocas si no se analiza la situación en detalle de cada región y comuna.

Frente a las señales recientes de descenso en las cifras en la Región Metropolitana es necesario advertir de la debida cautela en la toma de decisiones sobre la aplicación y eventual levantamiento de las medidas de confinamiento. Cualquier apresuramiento en las decisiones de levantar las medidas en esta fase, puede implicar una nueva aceleración en los contagios, que presionará aún más a un sistema de salud que permanece en una condición de enorme estrés. Se debe recordar que la evidencia de estudios de seroprevalencia ya disponibles en Santiago y en otras ciudades del mundo, indican que una gran proporción de la población permanece aún sin contagiarse, por lo que el riesgo de rebrote es real.

Consecuentemente, es perentorio recalcar que, una vez levantado el desconfinamiento no significa de modo alguno volver a las rutinas habituales de vida, sino que a una situación de menor restricción a la movilidad de las personas, manteniendo la distancia social, manteniendo una actitud vigilante y con capacidad de respuesta inmediata al menor indicio de un eventual rebrote. Es importante tomar en cuenta y aprender de las experiencias de países que se encuentran en etapas más avanzadas de la actual pandemia, que han implementado procesos graduales de desescalada de las medidas de confinamiento, debiendo en muchas ocasiones detener este proceso y aplicar nuevas e inmediatas medidas.

Es en este contexto que el Consejo ha considerado necesario revisar los criterios sanitarios utilizados para determinar confinamiento y desconfinamiento de la población para contribuir a la prudente toma de decisiones en esta materia.

2. Antecedentes

La cuarentena total, también denominada *lockdown* o cuarentenas por áreas geográficas, es la restricción de movimiento de la población, acompañada del cierre total de todas aquellas actividades consideradas no esenciales, que incluye el requerimiento forzoso de mantenerse al interior de los domicilios. Es una medida de salud pública, también llamada “no farmacológica,” que reduce la velocidad de propagación de las enfermedades infecciosas que se transmiten por contacto directo persona a persona; al restringir el movimiento de las personas, se reduce la tasa de contactos de los casos contagiantes con personas susceptibles, bajando así el número de reproducción¹. Su efectividad depende en gran medida de la adherencia mantenida en el tiempo de

¹ Número de casos secundarios que surgen de un caso infectante en la población.

esta medida por parte de la comunidad, así como la rigurosidad en el diseño e implementación de las medidas establecidas por el Estado y los organismos involucrados.

Durante la pandemia de COVID-19 se han implementado una serie de medidas de distancia física y social y de restricción del movimiento de los ciudadanos. La medida más extrema es la cuarentena total y a pesar de no ser una intervención recomendada por la Organización Mundial de la Salud, por sus negativos efectos en la población, ha sido utilizada por un gran número de países. Los modelos matemáticos demuestran que esta medida enlentece la transmisión y puede retrasar el momento de mayor transmisión de casos. También puede contribuir a la contención de los brotes, es decir a cortar la cadena de transmisión, cuando va acompañada de una estrategia de intervención integral que incluya dos aspectos básicos: 1) La detección oportuna de casos y su aislamiento, la búsqueda activa e indicación de cuarentena de contactos, también denominada “testeo trazabilidad y aislamiento”², que requiere fortalecer la acción de epidemiología en terreno, y 2) la aplicación de medidas preventivas de higiene respiratoria, lavado frecuente de manos, distancia física y uso de mascarillas, que requieren de un gran esfuerzo de educación a la población y de estrategias que refuerzan la adopción de nuevas conductas, donde las ciencias sociales y del comportamiento juegan un rol crucial.

La experiencia acumulada durante esta pandemia apunta a que el confinamiento, bien implementado, ha sido una herramienta clave para reducir la transmisión en contextos donde no se ha logrado tener un buen desempeño de las estrategias de testeo trazabilidad y aislamiento, que siempre será una opción de impacto sanitario y social óptima aplicada oportunamente. También se ha observado que el confinamiento ha sido más exitoso cuando se ha aplicado en forma más precoz y en complejos urbanos en forma integral, considerando las conurbaciones y delimitaciones geográficas y administrativas, compatibles con los hábitos de vida y desplazamiento de las personas. Finalmente, la experiencia reciente en Chile y en otros países también demuestra que el levantamiento brusco de la cuarentena total puede llevar al rebrote de casos, razón por la cual debe considerarse esta medida inserta necesariamente en el contexto de un abanico de otras medidas complementarias para reducir este riesgo.

3. Indicadores de uso habitual para decidir o levantar confinamiento

Si bien la OMS no ha recomendado la implementación de cuarentenas totales, si ha recomendado, si fuera el caso, un desconfinamiento de forma gradual y ha señalado indicadores que pueden orientar a la toma de decisiones, considerando tres tipos de criterios³, señalando para cada uno de ellos los indicadores clave: 1) epidemiológicos, que apuntan a evaluar el nivel de control del brote (número efectivo de reproducción menor a 1 en forma sostenida), 2) de sistema de salud, que evalúan la capacidad del sistema para enfrentar un eventual rebrote de casos de COVID-19 y 3) de vigilancia epidemiológica, que miden la capacidad del sistema de vigilancia para detectar y gestionar los casos y sus contactos, e identificar un rebrote de caso⁴. En anexo 1 aparecen las tablas con el detalle de los criterios y métricas sugeridas por OMS

Recientemente iniciativas como COVID-LOCAL⁵ (Estados Unidos) han publicado una propuesta para la reapertura por fases sucesivas, que considera cuatro fases (desde la primera de cierre máximo, a

² Testing, Tracing, Isolation (TTI) en idioma Inglés.

³ WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-Criteria-2020.1-eng.pdf

⁴ Ver Anexo 1 Criterios de OMS

⁵ Proyecto conjunto del Programa de Política Biológica Global en la Iniciativa de Amenaza Nuclear (NTI), el Centro para el Desarrollo Global y el Centro de la Universidad de Georgetown para la Ciencia y Seguridad de la Salud Global, en colaboración con Talus Analytics. www.covid-local.org

la cuarta de nueva normalidad) y cinco métricas relacionadas con : 1) La tasa de infección, 2) Pruebas diagnósticas y vigilancia, 3) Investigación de casos y contactos, 4) Preparación de la red asistencial y 5) Protección a los grupos de riesgo. Ellos proponen un cuadro de mando y una herramienta para la autoevaluación de progreso, todos materiales útiles para la toma de decisiones. El detalle de los indicadores del cuadro de mando se muestran en el anexo 2.

Países como Nueva Zelanda y Australia han diseñado estrategias basadas en estas orientaciones OMS, incorporando otros parámetros de corte local para considerar la implementación de reapertura o desescalamiento. Nueva Zelanda contempla el uso de indicadores estrictos en el proceso de trazabilidad, que le permiten identificar tempranamente si un eventual rebrote corresponde a un fenómeno concentrado de casos o bien, indicios de circulación comunitaria. Por su parte Australia, concede especial importancia a la vigilancia, tanto por zonas geográficas, como de minorías y al empoderamiento y despliegue potencial de los recursos locales para implementar medidas inmediatas en forma descentralizada de ser preciso. En ambos casos, han operado eficientemente estos mecanismos para detener el alzamiento de las restricciones dado la reaparición de casos.

Una sistematización de los criterios propuestos por OMS ha sido desarrollada por el observatorio de la Universidad de Oxford. En él se asigna un puntaje a cada ítem y se obtiene un promedio global, que permite apreciar según su valor, la pertinencia de instaurar medidas de levantamiento de cuarentenas. Un valor promedio de 1,0 apoya la consideración de un eventual levantamiento de medidas, en conjunto con otros antecedentes. En un listado actualizado de 173 países, al 1 de junio, Chile obtenía según esta métrica, un valor promedio de 0,5, valor que desaconseja plantear decisiones al respecto.⁶

Modelamientos realizados en Chile: Un reporte elaborado por académicos de universidades⁷ analizaron el uso de distintos indicadores para activar (y desactivar) cuarentenas con una perspectiva de análisis costo-efectividad. Para ello consideraron el efecto de los indicadores sobre dos parámetros de impacto: el número máximo de camas UCI a requerir y el número total de días en cuarentena. El supuesto es que el tomador de decisiones tiene como objetivo quiere disminuir ambos parámetros, existiendo un intercambio compensatorio (trade-off) puesto que un mayor número de días totales de cuarentena implican menores peak de UCI. Los resultados del modelo indican que la activación de cuarentenas basándose en el indicador de incremento (diario) en la ocupación de camas UCI resulta ser una de las mejores estrategias desde el punto de vista de su costo-efectividad. Tiene ventajas sobre otros indicadores como observar el número de infectados activos, debido al menor riesgo de subreporte. El uso de este indicador implica asumir la cuarentena para toda el área de influencia de establecimiento o conjunto de establecimientos donde se hace la observación y no para parcialidades de éstas.

4. Recomendaciones

- 1) Es consenso de este consejo asesor que cualquier estrategia de implementación y alzamiento de cuarentenas se debe basar en el análisis **sistemático y detallado de criterios sanitarios** y considerar la participación de las autoridades locales involucradas. Todos estos procesos tienen que considerar muchos otros factores de la vida nacional y comunitaria, lo que se presenta aquí son los criterios sanitarios, que son los prioritarios

⁶ Blavatnik School of Government. Oxford University. Lockdown rollback checklist: Do countries meet WHO recommendations for rolling back lockdown?

<https://www.bsg.ox.ac.uk/sites/default/files/2020-06/Lockdown%20Rollback%20Checklist%20v4.pdf>

⁷ Análisis Costo-efectividad de cuarentenas dinámicas activadas por diferentes indicadores para el control del Covid-19 http://covid-19.cmm.uchile.cl/wp-content/uploads/2020/05/indicators_COVID19_20200525.pdf

- 2) Se recomienda que se fijen **fases de desconfiamento gradual** tomando como modelo las experiencias de países como Nueva Zelandia, Australia, Alemania, Hong Kong y se validen fases de desconfiamento, criterios, indicadores y umbrales de decisión con los otros sectores del gobierno, la comunidad científica (mesa de datos) y la mesa social. En anexo 2 se puede revisar un ejemplo de fases de desconfiamento, criterios y umbrales.
- 3) Para ese proceso este consejo sugiere considerar los siguientes criterios sanitarios:
- Situación Epidemiológica, casos nuevos por día, con el mayor nivel de desagregación geográfica posible y su tendencia⁸. En Chile está disponible el número efectivo de reproducción de cada comuna. Entre los parámetros epidemiológicos a considerar, se debe incluir la caracterización de la transmisión, es decir los escenarios de transmisión que ha definido OMS (0 casos; casos esporádicos; conglomerados o transmisión comunitaria).
 - Capacidad de detección: exámenes de laboratorio, número realizado, oferta disponible, porcentaje de positividad y tiempo promedio para la entrega efectiva de resultados.
 - Vigilancia epidemiológica: Seguimiento completo y oportuno de los casos y de sus contactos (con indicadores y metas objetivas de cumplimiento de trazabilidad).
 - Recursos asistenciales, disponibilidad y utilización de camas hospitalarias, camas de cuidado intensivo y ventiladores suficientes para responder a la demanda asistencial, además de elementos de protección personal en cantidad y stock adecuados.
- 4) Condiciones para terminar cuarentenas (desconfiamento), en orden de prioridad:
- Demanda asistencial: El o los hospitales del sector (comuna, ciudad o región) son capaces de tratar a todos los pacientes que requieran atención en sus diferentes niveles o complejidad que disponen, con sus recursos habituales. **Índice ocupación de camas críticas menor o igual a 85%** (bajo el modelo actual de gestión centralizadas de camas)
 - Incidencia de casos: Disminución objetiva y sostenida de los casos nuevos durante los últimos 21 días, lo que se traduce en un **número de reproducción efectivo menor a 1 por al menos 3 semanas**. Se definirá operacionalmente como área libre de coronavirus aquella con 0 casos nuevos en los últimos 28 días.
 - Oferta de test diagnósticos: La localidad deberá ofrecer condiciones de examinar rápidamente a todos quienes presentan síntomas. Se sugiere adoptar el indicador de OMS de al menos una muestra por cada 1.000 habitantes por semana en cada localidad (municipio) y un **porcentaje positividad menor del 10%**
 - Trazabilidad de contactos: Se debe disponer de capacidad operativa **para aislar y dar seguimiento al 90% de los casos confirmados en menos de 48 horas** y de identificar y dar seguimiento en ese plazo al **75% de los contactos durante 14 días. El 60% de casos nuevos debe provenir de los contactos en seguimiento.**
- 5) Condiciones para decretar confinamiento:
- Mientras no se logre mejorar el desempeño de la estrategia de detección de casos, aislamiento, trazabilidad de contactos y cuarentena de éstos, es recomendable ser proactivo con la implementación del confinamiento, sin esperar el empeoramiento de todas las cifras y considerar las unidades territoriales como un todo, especialmente en las conurbaciones.

⁸ En un escenario de una importante reducción de casos diarios, el nivel comunal es indispensable para una mejor conducción de este proceso

- Incidencia de casos nuevos: constatación de una curva que sugiera duplicación de casos cada tres a siete días en la localidad observados en la últimas semanas. Una condición indispensable para utilizar este criterio es la disponibilidad y acceso oportuno a los medios diagnósticos en cada comunidad.
 - Evidencia de sobrecarga de la red asistencial. Especialmente en la demanda de recursos de camas críticas o de ventiladores. La sustitución de personal o exceso de suplencias también puede ser un indicador crítico en la actividad hospitalaria.
 - Condiciones de vulnerabilidad especial de la localidad por condiciones geográficas o demográficas.
 - Geográficas: Aislamiento extremo, que dificultan el acceso a los recursos de mayor complejidad que puede salvar vidas (incluyendo oportunidad de testeo diagnóstico);
 - Demográficas: existencia de zonas de alta densidad poblacional, que implica un riesgo de mayor propagación una vez que se introduce el virus en la comunidad; concentración de grupos aglomerados (ej: cités, torres residenciales); proporción de hogares con convivencia de jóvenes, adultos y adultos mayores.
- 6) Preparar una estrategia comunicacional que explique a la población las fases de desconfinamiento, los criterios de decisión y su aplicación. Se debe informar sobre los riesgos de rebrote y la necesidad de tomar nuevas medidas en caso que ocurran. Incorporar en los puntos de prensa nacionales y regionales información sobre el grado de avance de los distintos criterios en cada región, de manera de reducir la incertidumbre, que la comunidad tenga un itinerario claro de cambios y contribuya a una mayor adherencia a las indicaciones de la autoridad sanitaria.
- 7) Indicar a todas las entidades públicas y privadas del país que aún no lo realizan, la **preparación inmediata de planes y protocolos para la continuidad de funciones en situación pandémica**, enfatizando las medidas de prevención (distancia física, higiene, incentivo al auto-aislamiento en caso de presentar síntomas), y respuesta o conducta a seguir en caso de detectar casos sintomáticos. En estas acciones debieran ser asesoradas o supervisadas por los organismos administradores de la ley 16.744 sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
- 8) Formas de implementar el levantamiento progresivo de la cuarentena: El levantamiento de la cuarentena, al igual que la reapertura de los establecimientos educacionales, debe ser realizada en forma gradual. Hay evidencia disponible acerca de la conveniencia de adherirse a esta modalidad de implementación, la que además permite verificar la capacidad global de instalar este proceso considerando la logística que involucra y la reacción de la comunidad⁹. Debe ir acompañada por un refuerzo de la vigilancia epidemiológica, lo que requiere una activa participación de la APS y de los epidemiólogos de las SEREMI de salud, suficiente para sugerir precozmente de ser el caso, el revertir la medida si se detecta rebrote. Por ello se recomienda:
- Elaboración de una planificación especial para la reapertura de lugares propicios para generar aglomeración de personas relacionado con la reapertura “en fases”: restaurantes, bares, gimnasios, teatros, centros comerciales cerrados, tipo “malls”.

⁹ T. Rawson, T. Brewer, D. Veltcheva, C. Huntingford, and M. B. Bonsall, “How and when to end the covid-19 lockdown: an optimization approach,” medRxiv, 2020.

- Educación permanente a la comunidad para reforzar las medidas de higiene a nivel comunitario y facilitar los medios necesarios para su aplicación.
- Reforzar las medidas de aseo y desinfección de los espacios cerrados donde circulan personas

Para prevenir aglomeraciones el levantamiento debe ser progresivo incluyendo las medidas de “distanciamiento social” aplicables a cada una de las actividades en donde se reúnan de más de 20 personas.

Ejemplos de lo anterior:

De menor a mayor riesgo de reapertura: comenzar por establecimientos pequeños con menos de 20 personas, seguir con establecimientos con más de 20 personas pero con bajo flujo, para finalizar con establecimientos que congregan un alto flujo de personas, reuniones que agrupan personas en un espacio común por tiempos prolongados de <50 personas, reuniones/eventos de más de 50 personas;

Medidas de distanciamiento a considerar:

- Separación de al menos un metro entre las personas en todo tipo de actividad donde haya flujo de personas: filas, transporte, supermercados, servicios públicos, casinos de alimentación.
- Optimización de espacios cerrados (salas, oficinas, etc): número máximo de personas por metro cuadrado, uso de mascarillas, sistemas de lavado de manos y de aseo y desinfección frecuente de superficies cada vez que sea posible.
- Limitación de flujo de personas: restricción vehicular, alternancia de horarios de establecimientos, alternancia de horario de ingreso a trabajo, horarios designados y sectorización para actividades determinadas (plazas, malls).

Anexo 1: Criterios de OMS

Fuente: WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-Criteria-2020.1-spa.pdf

Criterios Epidemiológicos: El Indicador clave es el número efectivo de reproducción (R_t) inferior a 1 durante al menos dos semanas. En países con una gran población, el R_t puede variar entre diferentes segmentos de la población y se debería estimar a nivel subnacional. Para determinar si la epidemia está controlada, se puede llevar a cabo una evaluación cualitativa basada en algunos o todos los criterios siguientes para complementar las estimaciones del R_t , o para realizar una evaluación sólida del R_t si no se dispone de datos de vigilancia suficientes.

Cuadro 1. Criterios epidemiológicos

Criterios epidemiológicos*	Explicación
Disminución de al menos el 50% durante un periodo de tres semanas desde el último valor máximo y disminución constante de la incidencia observada de casos confirmados y probables°.	Esto indica una disminución de la transmisión a la mitad en un periodo de tres semanas o menos desde el último valor máximo, siempre y cuando se mantenga la estrategia de realización de pruebas o se refuerce para hacer pruebas a un porcentaje mayor de casos sospechosos.
Menos del 5% de las muestras analizadas dan positivo para COVID-19 al menos durante las dos últimas semanas°, siempre y cuando la vigilancia de casos sospechosos sea integral.	El porcentaje de muestras que dan positivo solo puede interpretarse con vigilancia integral y el análisis de muestras de casos sospechosos, del orden de 1/1000 población/semana.
Durante las dos últimas semanas° como mínimo, menos del 5% de las muestras obtenidas de casos con síndrome gripal y analizadas en centros de vigilancia centinela dan positivo para COVID-19.	En el marco de la vigilancia centinela del síndrome gripal, un porcentaje bajo de muestras positivas indica una transmisión comunitaria baja*
Al menos el 80% de los casos pertenece a las listas de contactos y se puede vincular a conglomerados identificados.	Esto indica que la mayoría de las cadenas de transmisión han sido identificadas, lo que permite hacer un seguimiento. Puede estar limitado por el hecho de que, sin duda, la información no se habrá recopilado en el punto máximo de la epidemia.
Disminución del número de fallecimientos entre los casos confirmados y probables al menos durante las tres últimas semanas°.	Esto indicará, con un lapso de aproximadamente tres semanas, que el número total de casos está disminuyendo. Si el número de pruebas realizadas ha disminuido, el número de fallecimientos entre casos probables será más preciso.
Disminución constante del número de hospitalizaciones e ingresos en la UCI de casos confirmados y probables al menos durante las dos últimas semanas°.	Esto indica una disminución del número de casos, con un lapso de aproximadamente una semana, siempre y cuando los criterios de hospitalización no hayan cambiado.
Disminución del exceso de mortalidad, con estratificación por edades, debido a la neumonía.	Cuando no se puedan realizar sistemáticamente pruebas de detección a los casos de neumonía, la disminución de la mortalidad por neumonía indicaría indirectamente una reducción del exceso de mortalidad por COVID-19.

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

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

Sistema de salud: el indicador clave es que el número de casos que requieren hospitalización es menor que la capacidad máxima de camas en hospitales y UCI del sistema de salud. En ausencia de esta información, se puede llevar a cabo una evaluación cualitativa basada en algunos o todos los criterios siguientes.

Cuadro 2. Criterios relativos al sistema de salud

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

Existe un coordinador para la prevención y el control de infecciones en todos los establecimientos sanitarios (un coordinador para la prevención y el control de infecciones formado y a tiempo completo por cada 250 camas) y a nivel de distrito.	Esto indica una gran capacidad de coordinación, supervisión y formación en materia de prevención y control de infecciones, incluido en centros de atención primaria.
Todos los centros de salud cuentan con pruebas de detección de la COVID-19.	Esto garantiza que todos los pacientes que acuden al centro son sometidos a pruebas de detección de la COVID-19 a fin de prevenir infecciones ligadas a la atención sanitaria.
Todos los centros de atención de casos agudos cuentan con un mecanismo para aislar a casos sospechosos de COVID-19.	El sistema de salud tiene capacidad suficiente para aislar a todos los pacientes con COVID-19.

Sistema de vigilancia de la salud pública: Los países deberían tener capacidad suficiente y una estrategia clara para la realización de pruebas en laboratorio a fin de identificar de forma fiable los casos. Se puede llevar a cabo una evaluación cualitativa basada en algunos o todos los criterios siguientes.

Cuadro 3. Criterios relativos al sistema de vigilancia de salud pública

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

ANEXO 2

COVID LOCAL Métricas para la reapertura por fases. Cuadro de mando de métricas

www.covid-local.org

Descripción de las fases:

Fase 1: Distanciamiento social máximo

- Adaptado a cada comunidad, el foco está en reducir la transmisión de persona a persona y disminuir la carga sobre el sistema de salud.

Fase 2: Reapertura inicial

- Número limitado de actividades de importancia crítica abiertas
- Continuar prohibiendo las reuniones en espacios cerrados
- Algunas actividades al aire libre con distancia apropiada
- El teletrabajo debe continuar siempre que sea posible

Fase 3: Recuperación económica

- Reapertura amplia de las funciones económicas y sociales una vez que la transmisión ha disminuido y se ha suprimido
- Reuniones y actividades de tamaño moderado en espacios cerrados posibles con la mitigación adecuada
- Continuar prohibiendo reuniones grandes
- El teletrabajo debe continuar siempre que sea posible

Fase 4: Nueva normalidad

- Retorno máximo a la normalidad que es viable antes de la inmunidad del rebaño a través de una vacunación generalizada
- La transmisión comunitaria se controla bien y los brotes de virus se contienen rápidamente
- La mayoría de las funciones de alto riesgo / baja criticidad pueden reanudarse

MÉTRICA	FASE 1	UMBRAL PARA ENTRAR A FASE 2	UMBRAL PARA ENTRAR A FASE 3	UMBRAL PARA ENTRAR A FASE 4
Tasa de infección	Distancia social máxima	Reducción sostenida de casos diarios por 21 días consecutivos se refleja en el promedio móvil de 5 días.	Continua declinación de casos diarios	<1% positividad de test
		<10% positividad de test	<3% positividad de test	
		Estimado de casos actuales diarios <5 casos por 100 mil habitantes	Estimado de casos actuales diarios <1 caso por 100 mil habitantes	Estimado de casos actuales diarios <1 caso por 100 mil habitantes
Pruebas diagnósticas y vigilancia	Distancia social máxima	Todos los pacientes sintomáticos y los individuos asintomáticos de alto riesgo o contactos acceden a los test	Todos los pacientes sintomáticos y los individuos asintomáticos de alto riesgo o contactos acceden a los test	Todos los pacientes sintomáticos y los individuos asintomáticos de alto riesgo o contactos y cualquiera que requiera un test o cualquier test solicitado por un médico puede acceder a los test
		Test están disponibles para todo el personal esencial	Test están disponibles para todo el personal esencial	Test están disponibles para todo el personal esencial
		La mayoría de los resultados son informados dentro de las 48 horas	La mayoría de los resultados son informados dentro de las 24 horas	La mayoría de los resultados son informados dentro de las 24 horas
		existe un número creciente de test diarios	existe un número creciente de test diarios, acercándose a la suficiencia	Número suficiente de test por día
Investigación de Casos y Contactos	Distancia Social máxima	75% de contactos cercanos se obtienen y contactan dentro de 48 horas.	90% de contactos cercanos se obtienen y contactan dentro de 24 horas.	95% de contactos cercanos se obtienen y contactan dentro de 24 horas.

		al menos 30 trazadores por cada 100 mil, así como gestores de casos, coordinadores de recursos de atención y trabajadores de salud comunitarios.	al menos 30 trazadores por cada 100 mil, así como gestores de casos, coordinadores de recursos de atención y trabajadores de salud comunitarios.	al menos 30 trazadores por cada 100 mil, así como gestores de casos, coordinadores de recursos de atención y trabajadores de salud comunitarios.
		>60% de casos nuevos con contactos identificados	>80% de casos nuevos con contactos identificados	>90% de casos nuevos con contactos identificados
Preparación de la red asistencial	Distancia social máxima	Existe al menos el 15% de la capacidad existente de la UCI para acomodar un aumento en pacientes con COVID-19 sin recurrir a estándares de atención de crisis	Existe al menos el 30% de la capacidad existente de la UCI para acomodar un aumento en pacientes con COVID-19 sin recurrir a estándares de atención de crisis	Existe al menos el 30% de la capacidad existente de la UCI para acomodar un aumento en pacientes con COVID-19 sin recurrir a estándares de atención de crisis
		EPP suficiente para la mayoría de los establecimientos, lugares de riesgo y personal esencial	EPP suficiente para la mayoría de los establecimientos, lugares de riesgo y personal esencial	EPP suficiente para la mayoría de los establecimientos, lugares de riesgo y personal esencial
			Reserva de EPP para al menos 2-4 semanas	Reserva de EPP para al menos 90 días.
Protección de la población de riesgo	Distancia social máxima	Testeo, cuarentena y aislamiento suficiente para los centros de larga estadía	Testeo, cuarentena y aislamiento suficiente para los centros de larga estadía	Testeo, cuarentena y aislamiento suficiente para los centros de larga estadía
		<20% de casos reportados provienen de establecimientos de larga estadía en últimos 28 días	<10% de casos reportados provienen de establecimientos de larga estadía en últimos 28 días	<5% de casos reportados provienen de establecimientos de larga estadía en últimos 28 días
		Equipos locales de respuesta rápida están disponibles para responder a epicentro de brotes dentro de 24 horas, con EPP suficiente	Equipos locales de respuesta rápida están disponibles para responder a epicentro de brotes dentro de 24 horas, con EPP suficiente	Equipos locales de respuesta rápida están disponibles para responder a epicentro de brotes dentro de 24 horas, con EPP suficiente