

## **Posicionamiento de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) ante la evolución de la epidemia COVID-19 y el abordaje de una segunda fase en su control**

Aprobado por la Junta Directiva de la sociedad el 8 de abril de 2020.

En los últimos días, los diversos datos que nos permiten seguir la evolución de la epidemia COVID-19 en España muestran tendencias concordantes. Los nuevos casos notificados están disminuyendo a partir del pico alcanzado el día 31 de marzo y las defunciones iniciaron un descenso un par de días después. La información que llega del sistema sanitario sugiere que en la atención primaria la mayor demanda vinculada a la COVID-19 se produjo a finales de marzo y desde entonces ha disminuido mucho la detección de casos sospechosos. Los hospitales tienen menos ingresos y dan de alta cada vez a más pacientes, aunque el número de enfermos críticos es aún considerable. Una quincena después del inicio de las medidas de confinamiento masivo con la declaración del estado de alarma, son evidentes sus efectos positivos en la dinámica de infección. Por otra parte, países de nuestro entorno como Italia y Francia muestran indicios en la misma dirección.

Esto se ha logrado con un coste tremendo. Por un lado en la economía general, pero también en la economía de muchas familias, severamente afectada. También hay que destacar la suspensión de actividades educativas, y en el fondo toda la restricción que comporta en nuestras libertades personales. El coste que esto representa para tantas personas, privadas de contacto social y personal, es muy difícil de cuantificar. Quienes han sufrido la muerte de un ser querido sin poder despedirlo como hubiesen querido lo saben bien. Por ello, la pregunta que se formula con más insistencia a medida que los indicadores de la epidemia remiten es ¿hasta cuándo?

La realidad es que la infección se ha frenado porque el confinamiento generalizado hace poco probable la transmisión del virus de las personas infectadas (con síntomas o sin ellos) a otras personas. Pero no tenemos indicios de que se haya alcanzado una proporción de población inmunizada tras pasar la infección suficiente para detener la transmisión. Para ello se deberían alcanzar niveles de un 60% y los datos que tenemos sugieren que estamos en niveles muy inferiores, incluso allí donde ha habido más infecciones.

Por tanto, en cuanto se relaje el confinamiento, la dinámica de transmisión se podría relanzar, y con ella la epidemia. Mientras la mayoría de la población no esté inmunizada, esta es la realidad.

Aunque hay esfuerzos por obtener una vacuna, ésta difícilmente estará disponible antes de un año y medio, tal vez dos años. ¿Podemos aguantar confinados tanto tiempo? ¿Vamos a ir teniendo una sucesión de confinamientos y rebotes de la COVID-19 a lo largo de meses? ¿Podemos explorar formas que permitan ir recuperando cierta normalidad en la sociedad y en la economía manteniendo la infección bajo control? Tal vez **podemos valorar opciones que limiten la probabilidad de que una persona infectada transmita la infección a otras personas sin que estemos casi todos confinados.**

En una segunda fase de control de la epidemia, es deseable ir relajando algunos aspectos del confinamiento extremo en el que estamos para mitigar su impacto social y económico, al tiempo que se van adoptando medidas de control de la transmisión más dirigidas. Seguramente los eventos de masas habrán de esperar, pero podrían retomarse actividades productivas que permitan minimizar la probabilidad de infección, además de aliviar el confinamiento extremo de diversos grupos particulares, como los niños pero también de otras personas, como las que sufren trastornos mentales. Desde la **Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)** tras debatir en nuestros órganos de gobierno, avanzamos algunas propuestas para este proceso.

### **Condiciones previas.**

Para poder avanzar hacia una segunda fase de control de la epidemia mediante medidas más selectivas que el actual confinamiento estricto y generalizado, habría que apreciar un descenso sostenido de los indicadores de infección, ser capaces de restaurar la capacidad del sistema sanitario para atender a los otros problemas de salud de la población, actualmente postergados, y explicar a la población que las decisiones se toman en condiciones de cierta incertidumbre, con lo que es posible que se produzca un nuevo incremento de infecciones que lleve a restaurar algunos elementos de confinamiento para mejorar el control en base a los datos empíricos.

### **Segmentación territorial.**

Aunque en muchos aspectos habrá que tomar decisiones de forma centralizada, en especial por su impacto en los presupuestos generales del estado, tiene mucho sentido abordar la revisión del actual confinamiento extremo con base territorial. Hay algunas Comunidades Autónomas y algunos territorios que han sufrido tasas de enfermedad mucho más elevadas que otras, que por tanto tendrán una mayor proporción de personas inmunes. Los recursos sanitarios son gestionados por las Comunidades Autónomas, que pueden calibrar su capacidad y su respuesta a contingencias. El conocimiento que puedan aportar los estudios seroepidemiológicos dará más luz en esta dirección. En este contexto, habrá que ajustar los desplazamientos entre zonas con diversos grados de confinamiento. En las que sean fronterizas con países vecinos, las decisiones deberían ser congruentes en ambos lados.

### **Reducir la transmisión.**

Es fundamental mantener y mejorar los esfuerzos de detección precoz y aislamiento de las personas infectadas y de sus contactos estrechos, así como la protección de quienes cuidan y atienden las personas afectadas. Esto ha sido muy mejorable en las fases iniciales, en parte por falta de equipos de protección individual, tanto en entornos sanitarios como en los residenciales, sean institucionales o domésticos. Aunque inicialmente se pensaba que sin enfermedad sintomática apenas había transmisión, ahora sabemos que sí la hay. Una mayor disponibilidad de métodos de detección de la infección en atención primaria puede

contribuir a limitar su extensión. En todo caso, la situación ha mejorado, y puede hacerlo más.

Habría que generalizar el uso de mascarillas protectoras en el espacio público y los lugares de trabajo, como ya sucede en otros países (en cuanto se logre garantizar el suministro de manera general). Esto es así para evitar la transmisión del virus a partir de aquellas personas infectadas que no saben que lo están, pero también para mantener el mensaje social de que el riesgo de infección se mantiene. También hay que mantener un uso amplio de desinfectantes, insistir en el lavado frecuente de manos, y controlar el aforo en espacios de pública concurrencia y las distancias en los lugares de trabajo.

Deberían establecerse métodos de monitorización social para disponer de información sobre aceptación y cumplimiento de las medidas preventivas por parte de la población en colaboración con las administraciones locales.

### **Conocer la inmunidad de personas y grupos.**

Se necesita poder practicar de manera generalizada pruebas serológicas para entender mejor la dinámica de la epidemia, que probablemente ha afectado ya a muchas personas de forma inaparente, al menos en algunos territorios. Los datos del crucero confinado en Japón mostraron que aproximadamente por cada caso de enfermedad hubo una infección asintomática. La disponibilidad creciente de pruebas de este tipo, desarrolladas con una rapidez extraordinaria y de las que algunas ya han demostrado cierta validez, lo permitirá a corto plazo (hasta hace poco, no era viable hacerlo).

La disponibilidad de pruebas serológicas ha de permitir detectar de manera amplia a las personas inmunes, que han pasado la infección y ahora están protegidas. Estas personas podrán reanudar su actividad de forma normalizada. De hecho, los sanitarios que han superado la infección son los que ahora pueden estar en primera línea, libres de riesgos.

La disponibilidad de pruebas serológicas también permitiría detectar más ampliamente a las personas infectadas, con una aplicación intensiva en el entorno de los casos detectados. Estas pruebas, junto con el refuerzo de los equipos de vigilancia epidemiológica en la comunidad, permitirían mejorar las estrategias de investigación de contactos.

La detección precoz de infectados va orientada a su aislamiento efectivo durante los días precisos para evitar la transmisión. Esto puede hacerse de forma domiciliaria, pero en caso de que existan factores que lo dificulten puede precisar de equipamientos residenciales con una mínima supervisión sanitaria. Convertir temporalmente algunas residencias de estudiantes u hoteles actualmente cerrados en equipamientos de este tipo parece una estrategia viable, que ha de tener muy en cuenta a las personas más vulnerables.

### **El nuevo papel de los servicios sanitarios.**

Para abordar esta fase de la epidemia se necesita movilizar los recursos comunitarios derivados de los servicios de atención primaria y de salud pública. Es deseable retomar la actividad habitual en el sector hospitalario y de atención primaria, ya que su interrupción o disminución prolongada tendrá un impacto negativo a medio plazo en la salud de la población, que habrá que evaluar. Así y con todo, habría que contar durante meses con dispositivos específicos y centrados en responder a las demandas derivadas de la COVID-19 usando todos los recursos disponibles para minimizar el riesgo de transmisión en los centros sanitarios, y mantener la capacidad de atención a enfermos críticos que se ha desarrollado en la actual primera fase.

La atención primaria puede evitar la aglomeración de personas en sus instalaciones mediante la intensificación de la atención a distancia con el uso de teléfonos u otros dispositivos y el distanciamiento de las visitas. Pueden establecerse métodos para la atención a distancia de personas que presenten cuadros respiratorios agudos y para la detección precoz de la COVID-19 mediante pruebas diagnósticas como más arriba se ha escrito, y establecer puntos de acceso y consulta presenciales diferenciados con los de otros pacientes.

#### **Otros aspectos emergentes.**

Las aplicaciones informáticas para dispositivos móviles que están en diferentes fases de desarrollo e implementación pueden contribuir a las medidas de control de la pandemia planteadas y a la recuperación gradual de la actividad social y económica, respetando el acceso de forma voluntaria por parte de los ciudadanos.

Los estudios anonimizados de movilidad de las personas -en los días previos y durante el confinamiento- que el Gobierno ha encargado al Instituto Nacional de Estadística son también modernas herramientas que pueden aportar una información valiosa para la gestión de la epidemia.

Por otra parte, es previsible que a medio plazo podamos contar con tratamientos efectivos, pues hay ensayos prometedores en curso con diversas moléculas, algunos centrados en frenar la infección inicial y otros en el tratamiento de los enfermos críticos.

En apenas unos meses hemos aprendido muchas cosas sobre este nuevo coronavirus, que desconocíamos al inicio de la epidemia y que nos han ayudado y seguirán ayudando a controlar sus efectos. Desde la **Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria** nos ponemos nuevamente al servicio de las administraciones sanitarias para contribuir lealmente a trabajar por el control de la epidemia, la reducción de su impacto y la mejora de la salud de la población.