

Contexto

El 31 de diciembre de 2019, el municipio de Wuhan en la provincia de Hubei, República Popular de China, informó un grupo de casos de neumonía con etiología desconocida. El 9 de enero de 2020, el Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades (China CDC) informó sobre un nuevo coronavirus como agente causante de este brote. El 30 de enero de 2020, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) siguiendo el consejo del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005). El 11 de febrero, la OMS nombró a la enfermedad COVID-19, abreviatura de "enfermedad por coronavirus 2019". El mismo día, el Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV, por sus siglas en inglés) anunció "coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV- 2)" como el nombre del nuevo virus que causa COVID-19. El 11 de marzo de 2020, COVID-19 fue declarado una pandemia por el Director General de la OMS. El 30 de abril de 2020, el Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) volvió a reunirse y reafirmó la declaración del 30 de enero de 2020. El Director General sostuvo que COVID-19 sigue constituyendo un ESPII. El consejo del Comité fue aceptado y emitido a los Estados Parte como Recomendaciones Temporales bajo el Reglamento Sanitario Internacional.¹

Aspectos destacados

El 22 de mayo de 2020, la OMS y UNICEF advirtieron que la interrupción de vacunación de rutina ha dejado millones de niños en peligro, destacando un efecto dominó y las alteraciones que el COVID-19 ha causado en áreas esenciales de la atención de la salud y la prevención de enfermedades. El 26 de mayo, la OMS publicó un pronunciamiento para la recuperación saludable de COVID-19 y las acciones para avanzar hacia un medio ambiente más saludable.² Sin embargo, los desafíos han continuado en evolución en torno al mantenimiento de los servicios de salud esenciales, la interrupción de los servicios para las enfermedades no transmisibles y el apoyo a los equipos de respuesta a COVID-19 y a los trabajadores de primera línea.³ La investigación y el desarrollo en torno al tratamiento con COVID-19 ha seguido evolucionando a través

¹ Declaración sobre la tercera reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19) : <https://bit.ly/387KBof>

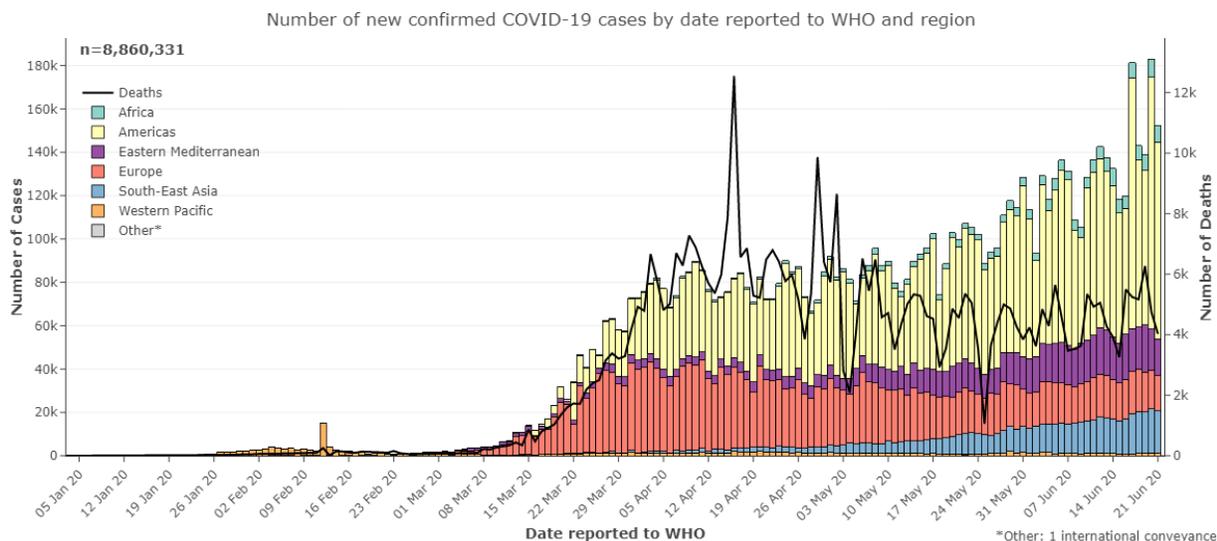
² Manifiesto de la OMS a favor de una recuperación saludable de la COVID-19: <https://bit.ly/2ZhNfo8>

del Ensayo de Solidaridad; su última actualización menciona la parada del uso de la hidroxiclороquina.³

Resumen de la situación global

Hasta el 22 de junio de 2020, se han notificado 8,860,331 casos confirmados y 465,740 muertes confirmadas por COVID-19 en todo el mundo entre 216 países, territorios o áreas.⁴

Figura 1. Número de nuevos casos de COVID-19 a nivel mundial por fecha al 22 de junio de 2020 (fuente: OMS)



Desde el 22 de mayo, (fecha de la última actualización de la enfermedad causada por coronavirus), el número de casos casi se ha duplicado, de 4.962.707, y el número de muertes ha aumentado en más de 100.000, de 326.459. Los países con más de 200.000 casos confirmados son los Estados Unidos de América (2.241.178 casos), Brasil (1.067.579 casos), la Federación Rusa (592.280 casos), India (425.282 casos), el Reino Unido (304.335 casos), Perú (251.338 casos), España (246.272 casos), Chile (242.355 casos), Italia (238.499 casos) e Irán (República Islámica de) (204.952 casos). Esto incluye 4 países adicionales que alcanzaron más de 200.000 casos en el último mes: Chile, India, Irán y Perú.²

Los casos confirmados notificados para China han seguido disminuyendo desde mediados de febrero, hasta alcanzar un total de 85.018, lo que supone un aumento con respecto a los 84.520 casos registrados el 22 de mayo. Continúa el aumento sustancial del número de nuevos casos de COVID-19 en muchas regiones, en particular en la

³ Eventos a medida que ocurren : <https://bit.ly/316FyVq>

⁴ Tablero de la enfermedad de coronavirus de la OMS (COVID-19) : <https://covid19.who.int/>

Región de las Américas, donde los Estados Unidos de América y el Brasil son actualmente los únicos países que notifican casos de COVID-19 por millones.⁵ Ver Figura 1

Los países con más de 100.000 muertes confirmadas son los Estados Unidos de América (119.453 muertes), Brasil (49.976 muertes), el Reino Unido (42.632 muertes), Italia (34.634 muertes), Francia (29.571 muertes), España (28.323 muertes), México (20.781 muertes) e India (13.699 muertes)⁴. Esto incluye 2 países adicionales que han reportado más de 10.000 muertes en el último mes: México e India. Entre esos países, desde el 22 de mayo de 2020, el número de muertes en Brasil ha seguido aumentando considerablemente: se ha multiplicado por 2,6 (de 18.859 muertes). Brasil, los Estados Unidos de América y el Reino Unido representan el 46% del total de muertes notificadas a nivel mundial, lo que supone un aumento del 1% desde el 22 de mayo.

Es necesario realizar esfuerzos continuos para controlar la propagación de COVID-19 y mantener los servicios sanitarios esenciales; la OMS, con la orientación del Comité de Emergencia y la colaboración de las oficinas en los países y los asociados, formula recomendaciones en las esferas de la coordinación y monitoreo, la iniciativa "Una salud", los servicios sanitarios esenciales, la comunicación de riesgos y la participación de la comunidad, la vigilancia, los viajes y el comercio, la preparación, las medidas sanitarias adicionales, los trabajadores de la salud, la seguridad alimentaria y la investigación y el desarrollo.⁶

Resumen de la situación en la Región de las Américas

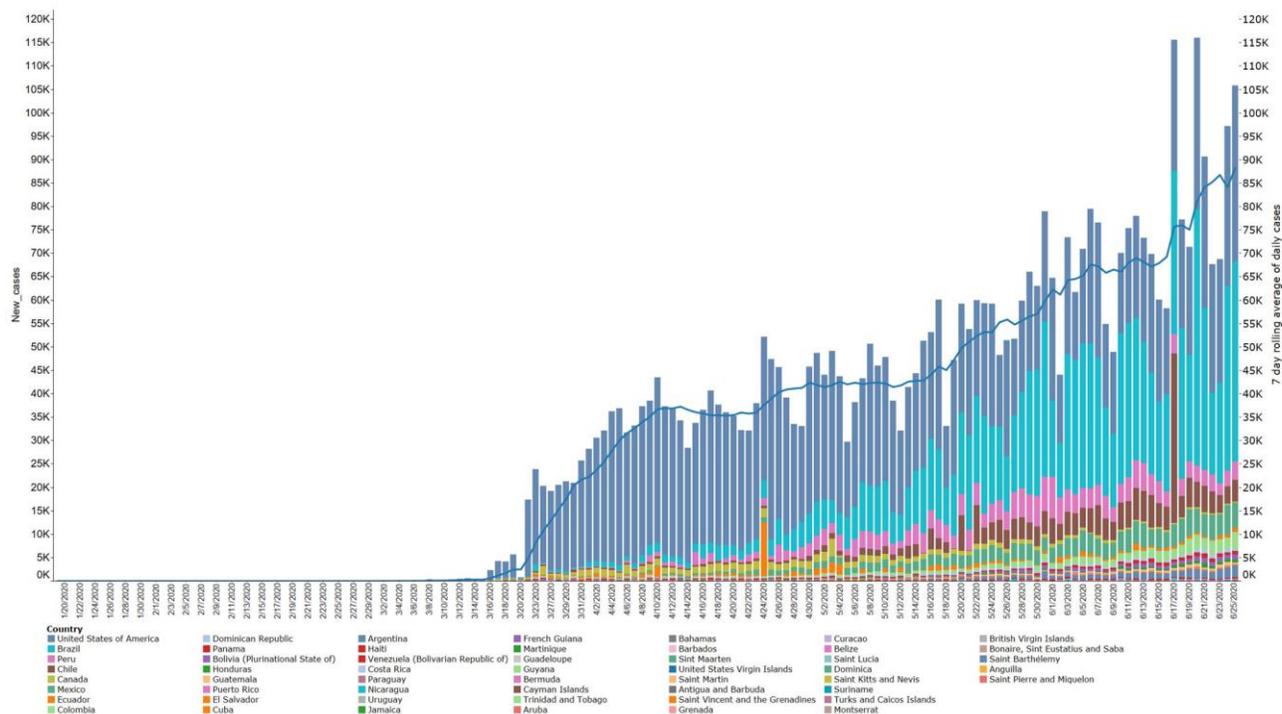
En total, 54 países / territorios de la Región de las Américas informaron casos y muertes de COVID-19. Al 22 de junio de 2020, hay 4.437.946 casos y 224.207 muertes reportadas, casi el doble de los casos notificados (2.220.282 casos) y de las muertes (131.606 muertes) desde el 22 de mayo. La información actualizada sobre la enfermedad por coronavirus, incluidos los informes de situación, las reuniones informativas semanales para la prensa y el sistema de información COVID-19 para la región de las Américas, puede consultarse en línea desde la página sobre la [pandemia de la enfermedad por coronavirus \(COVID-19\)](#).

En la Región de las Américas, los casos confirmados por COVID-19 continúan ocurriendo a un ritmo acelerado en muchos países y territorios. El promedio móvil de siete días de casos diarios en la región de las Américas al 25 de junio es de 88.200 casos, en comparación con el 18 de junio, cuando era de 75.991, lo que representa un aumento del 16%. (Figura 2).

⁵ OMS Tablero Enfermedad por Coronavirus (COVID-19): <https://covid19.who.int/>

⁶ Declaración sobre la tercera reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre el brote de la enfermedad por coronavirus (COVID-19): <https://bit.ly/3erlb8f>

Figura 2. Distribución de los nuevos casos de COVID-19 por fecha de informe y país. Región de las Américas. 21 de enero a 25 de junio de 2020



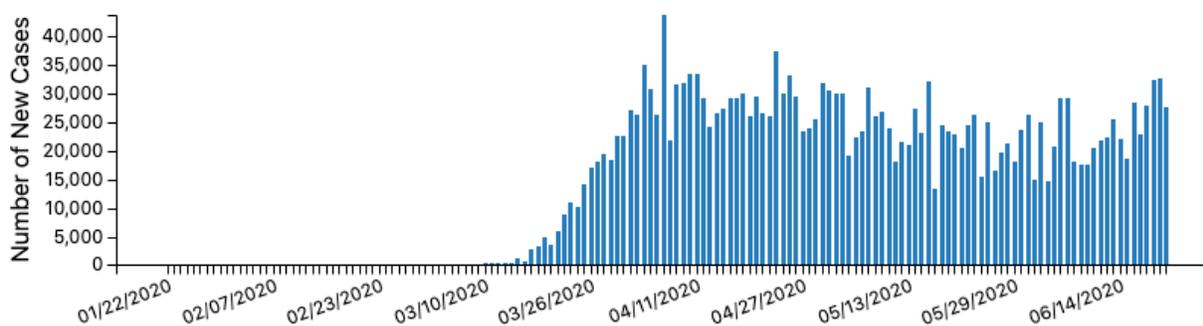
América del Norte

Los tres países han reportado aumentos de casos confirmados y de muertes por COVID-19 desde la última actualización epidemiológica. El total de casos confirmados reportados ha aumentado a 2.550.635 casos de 1.662.335 casos, y las muertes han aumentado a 150.016 de 103.679. Debido al número particularmente elevado de casos en los Estados Unidos de América, la subregión de América del Norte contribuye con el 57% de todos los casos (en comparación con el 75% el 22 de mayo y el 89% el 19 de abril) y con el 67% de todas las muertes (en comparación con el 79% el 22 de mayo y el 89% el 19 de abril) en la Región de las Américas. La disminución de la proporción puede atribuirse en parte al aumento de los casos en América Central y del Sur. La tasa cruda de letalidad en América del Norte es del 5,88% (6,24%, 22 de mayo), la más alta de las subregiones de la Región de las Américas.

Los Estados Unidos de América (distribuidos en los 50 estados) son los que registran la mayor cantidad de casos y muertes en la región de América del Norte; el 89% de los casos y el 80% de las muertes, una disminución del 3% y el 8% respectivamente en comparación con la última actualización epidemiológica del 22 de mayo. La figura 3 muestra el número de nuevos casos de COVID-19 en los Estados Unidos de América por fecha. Treinta y nueve estados/territorios han informado de más de 10.000 casos

confirmados de COVID-19, 10 adicionales desde el 22 de mayo. El 74% de los casos se ocurren en personas de 18 a 64 años; sin embargo, la tasa de hospitalización (tasa acumulativa, 94,5 por 100.000) sigue siendo más elevada entre las personas de 65 años o más (296,9 por 100.000) y de 50 a 64 años (143. por 100.000)⁷. Las tasas de hospitalización en todo el país han aumentado en general (tasa acumulativa, 60,5 por 100.000), para las personas de 65 años o más (192,4 por 100.000) y de 50 a 64 años (94,4 por 100.000), en comparación con el informe anterior.

Figura 3. Número de nuevos casos de COVID-19 en los Estados Unidos de América por fecha. Del 22 de enero al 21 de junio de 2020.



Fuente: CDC, Enfermedad del Coronavirus 2019 (COVID-19). Casos en los EE.UU. Última actualización 22 de junio de 2020.

El total de casos es más alto en los estados de Nueva York, California, Nueva Jersey, Illinois, Texas y Massachusetts, todos ellos con más de 100.000 casos confirmados. Las muertes también son altas entre esos estados, todos con más de 5.000 muertes confirmadas (excepto Texas, 2.182 muertes), junto con Pennsylvania y Michigan.⁸

En Canadá se han notificado casos confirmados en 12 de las 13 provincias/territorios; Nunavut sigue siendo el único territorio en el que no hay casos confirmados. Al 22 de junio, el Canadá tiene 101.637 casos confirmados y 8.436 muertes, lo que supone un aumento con respecto a los 81.313 casos confirmados y las 6.152 muertes registradas hasta el 22 de mayo. La provincia de Quebec representa el 54% de los casos (54.835 casos) y Ontario el 33% de los casos (33.637 casos) del país, un total del 87% de todos los casos y un aumento del 1% con respecto a la última actualización epidemiológica (86%).⁹

En México, la incidencia de los casos y muertes de COVID-19 notificados ha aumentado. Los casos confirmados de COVID-19 y las muertes se han triplicado, pasando de 59.567 a 180.545 casos confirmados, y de 6.510 a 21.825 muertes confirmadas, entre el 21 de

⁷ United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Disponible en <https://bit.ly/2RJ2fcE>

⁸ Rastreador de datos de COVID de CDC: <https://www.cdc.gov/covid-data-tracker/index.html#cases>

⁹ Gobierno de Canadá. "Coronavirus disease (COVID-19): Outbreak update". Disponible en <https://bit.ly/2RHJ56S>

mayo y el 22 de junio de 2020. Los casos más altos reportados se encuentran en la Ciudad de México, el Estado de México, Baja California y Tabasco.¹⁰

América Central¹¹

Hasta el 22 de junio, el total de casos y muertes confirmados se ha triplicado en la subregión de América Central, que comprende Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. Entre los siete países de América Central se han notificado un total de 61.057 casos confirmados (aumentando de 18.176 casos confirmados al 21 de mayo), incluidas 1.580 muertes (aumento respecto de las 544 muertes al 21 de mayo). Del total de casos confirmados, Panamá es el que ha comunicado sistemáticamente el mayor número de casos (26.030 casos, incluidas 501 muertes). Desde la última actualización epidemiológica, Guatemala ha superado a Honduras en casos y muertes; Guatemala ha notificado 13.145 casos, incluidas 531 muertes, y Honduras ha notificado 12.825 casos, incluidas 363 muertes. Los casos de COVID-19 aumentaron casi un 600% en Guatemala y en Honduras los casos se cuadruplicaron, desde el 21 de mayo. El Salvador (4.808 casos, incluidas 107 muertes), Costa Rica (2.213 casos, incluidas 12 muertes) y Nicaragua (2.014 casos, incluidas 64 muertes) son los países siguientes reportando el mayor número de casos y muertes. Belice ha tenido pocos casos y muertes confirmados, 22 y 2 respectivamente. La tasa bruta de letalidad en América Central es de 2,58%, lo que representa una ligera disminución en comparación con la actualización epidemiológica anterior (2,99%).

Islas del Caribe y del Océano Atlántico¹²

La mayoría (20) de los 34 países/territorios de la subregión del Caribe y las islas del Océano Atlántico siguen informando de casos esporádicos o grupos de casos de COVID-19. Además de la República Dominicana y Puerto Rico, la Guayana Francesa y Haití tienen ahora transmisión comunitaria. Diez países/territorios están notificando "ningún caso" actualmente. Hasta el 22 de junio se habían notificado un total de 46.666 casos confirmados (un aumento con respecto a los 21.406 casos registrados el 21 de mayo), incluidas 1.127 muertes (un aumento con respecto a las 794 muertes registradas el 21 de mayo), en el Caribe y las islas del Océano Atlántico.

La República Dominicana ha reportado el 59% de los casos (27.370) y las muertes (669) para la subregión, una disminución en la proporción de casos (5%) pero un aumento en la proporción de muertes (3%) en comparación con la actualización epidemiológica anterior. Puerto Rico (6.564 casos, incluidas 149 muertes), Haití (5.211 casos, incluidas 88 muertes), la Guayana Francesa (2.458 casos, incluidas 8 muertes) y Cuba (2.315 casos,

¹⁰ Gobierno de México. Covid-19 México. Disponible en <https://bit.ly/2YxLHpg>

¹¹ Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, y Panamá.

¹² Anguilla, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Bermuda, Bonaire, Sint Eustatius and Saba, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caymán, Cuba, Curacao, Dominica, República Dominicana, Islas Malvinas, Grenada, Guadeloupe, Guayana Francesa, Guayana, Haití, Jamaica, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, San Bartolomé, San Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Martín, San Pedro y Miquelón, Sint Maarten, San Vicente y las Grenadinas, Surinam, Trinidad y Tobago, Turks y Caicos, y las Islas Vírgenes Estadounidenses.

incluidas 85 muertes) comunicaron las siguientes cifras más altas de casos y muertes. Desde el último informe, Guayana Francesa, Guyana, Haití, Martinica y Surinam han registrado un marcado aumento relativo de los casos. La tasa bruta de letalidad en el Caribe y las islas del Océano Atlántico disminuyó del 3,70% al 2,42% desde la última actualización epidemiológica.

América del sur¹³

Después de América del Norte, la subregión con el mayor número de casos y muertes confirmados notificados hasta la fecha sigue siendo América del Sur. Al 22 de junio, los 10 países de esta subregión han notificado un total combinado de 1.779.588 casos confirmados, lo que supone más del triple del número de casos desde el último informe (518.365 casos confirmados, el 21 de mayo). El total de muertes al 22 de junio es de 71.484, lo que supone un aumento con respecto a las 26.589 muertes notificadas hasta el 21 de mayo. América del Sur representa el 40% del total de casos y el 32% de los fallecimientos en la Región de las Américas, lo que supone un aumento del 17% y el 12% desde el último informe. Todos los países, excepto Uruguay (Grupos de casos), informan de la presencia de transmisión comunitaria. Brasil continúa reportando el mayor número de casos y muertes (1.085.038 casos confirmados, incluyendo 50.617 muertes) en América del Sur, seguido por Perú (254.936 casos confirmados, incluyendo 8.045 muertes), y Chile (246.963 casos confirmados, incluyendo 4.502 muertes). En orden descendente, Colombia, Ecuador, Argentina, Bolivia, Venezuela, Paraguay y Uruguay reportan menos de 70.000 casos y 2.500 muertes. La tasa bruta de letalidad en América del Sur es de 4,02%, lo que representa una disminución con respecto al informe anterior (5,13%), y sigue siendo la segunda más alta de las subregiones de la Región de las Américas.

Orientación y recomendaciones para las autoridades nacionales

Dada la notificación continua de casos de COVID-19 en países y territorios de la Región de las Américas, la OPS / OMS continúa reiterando y actualizando las recomendaciones para apoyar a todos los Estados Miembros en las medidas para controlar y proteger contra la enfermedad. El Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) proporcionó por primera vez consejos y recomendaciones de salud pública al Director General el 22 de enero de 2020. La OPS / OMS ha desarrollado, reforzado y proporcionado actualizaciones a las recomendaciones desde el 28 de febrero de 2020.

¹³ Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, y Venezuela.

1. Vigilancia e informes

Estrategias de vigilancia

Para interrumpir la transmisión de COVID-19 deben realizarse las siguientes actividades:

- Detección temprana de casos sospechosos
- Pruebas de laboratorio
- Aislamiento
- Rastreo y cuarentena de contactos

La detección temprana de los casos sospechosos podría realizarse mediante una combinación de estrategias como la vigilancia universal y nominal, la vigilancia centinela de las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) y de las enfermedades similares a la influenza (ETI), y la vigilancia basada en eventos. La detección activa de casos y la vigilancia centinela del IRAG/ETI (implementada en América durante más de un decenio para la vigilancia de la influenza y otros virus respiratorios) son fundamentales para mejorar las actividades de vigilancia, detectar y vigilar la transmisión de COVID-19 en la comunidad. El mantenimiento de la vigilancia del virus de la influenza debe garantizarse, dado su potencial epidémico y pandémico.

Con el fin de limitar la propagación de la enfermedad, la vigilancia del COVID-19 debe llevarse a cabo en todos los sitios para detectar todos los casos sospechosos, incluidos los que se producen entre la población vulnerable.

Los sitios de vigilancia de COVID-19 incluyen, vigilancia: 1) por personas de la comunidad, 2) a nivel de atención primaria, 3) en hospitales, 4) en centros de salud, utilizando el Sistema Global de Vigilancia y Respuesta a la Influenza (GISRS por sus siglas en inglés) existente, 5) mejorada para instalaciones residenciales y grupos vulnerables, 6) basada en la mortalidad, y 7) con datos de pruebas de laboratorio. La vigilancia basada en eventos, la vigilancia participativa y las líneas telefónicas directas pueden también aplicarse para apoyar los enfoques más amplios.

La OMS actualizó las estrategias de vigilancia para la infección humana por COVID-19 el 10 de mayo de 2020 (disponible en inglés en [Estrategias de vigilancia para infección humana de COVID-19](#)). El propósito de este documento es proporcionar orientación sobre estrategias de vigilancia, incluidos los tipos de vigilancia, la importancia de adaptar los sistemas nacionales y aumentar los esfuerzos relacionados con la vigilancia según sea necesario.

La vigilancia de COVID-19 es esencial dado el crecimiento exponencial de la enfermedad. Como resultado, la identificación y la notificación de nuevos casos deben realizarse dentro de las 24 horas e incluirse en el análisis epidemiológico en curso. Se recomienda además que la enfermedad sea una enfermedad de notificación obligatoria con requisitos de notificación inmediata.⁸

Prácticas de vigilancia sólidas para COVID-19, se debe considerar lo siguiente:

- Usar, adaptar y fortalecer los sistemas de vigilancia existentes.
- Incluir COVID-19 como una enfermedad de notificación obligatoria.

- Implementar informes inmediatos donde sea factible.
- Realizar vigilancia en los diferentes niveles del sistema de salud.
- Establecer denominadores de población para ayudar en la interpretación de datos.
- Establecer denominadores de pruebas de laboratorio¹⁴

Recomendaciones para la notificación de casos

La OPS / OMS solicita que las autoridades nacionales notifiquen los casos y muertes probables y confirmados de COVID-19 dentro de las 48 horas posteriores a la identificación, proporcionando los datos tal como se describe en la plantilla de listado de líneas creada para los casos y muertes confirmados y probables de COVID-19 y disponibles en (en inglés): <https://www.paho.org/en/documents/template-line-listing>.

La OPS / OMS solicita la presentación diaria de la lista completa de variables, de acuerdo con las variables obtenidas regularmente del sistema establecido de vigilancia de enfermedades respiratorias. Las variables requeridas para el monitoreo son el nombre del país informante, la fecha del informe, la identificación del caso, la fecha de inicio de los síntomas, la edad y la unidad de edad (mes, años de vida), el sexo, la definición del caso (probable/confirmado) y el resultado (recuperado-sano / no recuperado / fallecimiento)

El listado de líneas para los casos confirmados y probables de COVID-19 se puede enviar a: covid@paho.org.

Laboratorio. Los laboratorios deben seguir utilizando el algoritmo de laboratorio de influenza recomendado por la OPS para la vigilancia de rutina de la infección respiratoria aguda (IRA) y la infección respiratoria aguda de influenza (IRAG), así como en casos inusuales. Si se detecta influenza, se deben realizar las pruebas de influenza de rutina (incluidos los subtipos o genotipos) y se debe continuar con el reporte. Si la muestra es negativa para Influenza, se deben considerar las pruebas de SARS-CoV-2.

Aunque la detección conjunta de influenza (u otros virus respiratorios) con SARS-CoV-2 es biológicamente posible, este es un evento poco probable. Por lo tanto, si se obtiene un resultado positivo de la prueba para otro virus que explica el cuadro clínico, no es necesario continuar analizando la muestra de SARS-CoV-2.

Los pacientes que se ajustan a la definición de caso COVID-19 detectada fuera de la vigilancia rutinaria de la influenza, deben ser evaluados inicialmente para el SARS-CoV-2. Si es negativo, se pueden considerar las pruebas de influenza y otros virus respiratorios.

Como resultado de la creciente pandemia de COVID-19 y la escasez de capacidad y reactivos de pruebas moleculares en laboratorio, se están desarrollando dispositivos más rápidos y fáciles de usar para facilitar las pruebas fuera de los entornos de laboratorio. Estos kits de prueba se basan en la detección de proteínas de COVID-19 en muestras respiratorias

¹⁴ Estrategias de vigilancia para la infección humana por COVID-19. Disponible en <https://www.who.int/publications-detail/surveillance-strategies-for-covid-19-human-infection>

o en la detección, en sangre o suero, de anticuerpos humanos en respuesta a la infección. Como estas pruebas aún no están validadas adecuadamente y no se basan en la evidencia actual, la OMS no recomienda su uso para la toma de decisiones clínicas.¹⁵

El rastreo de contactos, cuando se aplica sistemáticamente, podría reducir o interrumpir las cadenas de transmisión de persona a persona, disminuyendo así el número efectivo de reproducción. El rastreo de contactos debe realizarse identificando, evaluando y manejando a las personas que han estado o pueden haber estado expuestas a COVID-19, desde el primer punto de exposición hasta 14 días después. Los pasos para realizar el seguimiento de contactos incluyen:

- Definir contactos,
- Identificar contactos,
- Informar a los contactos,
- Administrar y monitorear contactos diariamente, incluyendo cuarentena, y
- Procesos y análisis de datos, incluida la gestión y análisis de datos.¹⁶

Como parte de una respuesta integral para controlar la propagación de COVID-19, las autoridades de salud tienen la obligación ética de realizar un contacto riguroso y deben garantizar que los datos se manejen de manera responsable, se minimicen los riesgos, se informe a la población y se compartan los datos de inmediato.¹⁷

Los Estados miembros que planean levantar o ajustar las medidas de distanciamiento deben prepararse lo antes posible para un plan de localización de contactos y considerar sus requisitos de mano de obra. El reclutamiento y los preparativos anteriores tienen lugar, en un momento en que no hay transmisión o hay poca transmisión, los casos más probables se pueden manejar y mantener bajos. Los factores para considerar incluyen el número aproximado de contactos a rastrear, la logística física y tecnológica para llegar a los afectados, los contextos culturales y sociopolíticos, la seguridad, las modalidades de rastreo y otros recursos. Las herramientas electrónicas y la tecnología de la información pueden ser útiles, por ejemplo, pero pueden no ser accesibles para todos. El personal es esencial y los rastreadores de contacto se pueden extraer de muchos entornos, las personas calificadas deben ser utilizadas en lugar de involucrar al personal médico. La OPS / OMS también tiene varias capacitaciones disponibles para apoyar esta estrategia.

2. Prevención y control de infecciones

En la mayoría de los países se ha informado de una transmisión sostenida de persona a persona de COVID-19 junto con la transmisión en los centros de salud. Las rutas de transmisión de COVID-19 incluyen el contacto directo y la gota. Los procedimientos de generación de aerosoles (PGA) también juegan un papel en la transmisión de COVID-19.

¹⁵ Interpretación de los resultados de laboratorio para el diagnóstico de COVID-19, 6 de mayo de 2020. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52138>

¹⁶ Rastreo de contactos en el contexto de COVID-19. Disponible en <https://www.who.int/publications-detail/contact-tracing-in-the-context-of-covid-19>

¹⁷ Mejora de la vigilancia de la mortalidad de COVID-19 en América Latina y el Caribe a través de la vigilancia de la mortalidad por todas las causas, mayo de 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52308>

La OPS recomendó a los Estados Miembros que reforzaran las medidas de la CPI en todos los niveles de atención y vigilancia de los casos de COVID-19 entre los trabajadores de la salud.

3. Atención del Paciente

Hasta la fecha, no hay ningún medicamento o vacuna específica recomendada para prevenir o tratar el nuevo coronavirus. Algunos tratamientos específicos como los antivirales y los moduladores inmunológicos están siendo probados a través de ensayos clínicos. Las personas infectadas con COVID-19 deben recibir la atención adecuada para aliviar y tratar los síntomas, y las personas con enfermedades graves deben recibir los mejores cuidados de apoyo.

La aplicación de terapias de apoyo oportunas, eficaces y seguras es vital para los pacientes que desarrollan manifestaciones graves de COVID-19. La seguridad del paciente que sufre de COVID19 es una prioridad clave para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud. El uso de medicamentos como la los antivirales y los inmunomoduladores, entre otros, debe hacerse en el contexto de ensayos clínicos aleatorios y consentidos por el paciente que evalúen su seguridad y eficacia.

4. Sistemas y servicios de salud

Los servicios de salud deben ajustarse rápidamente, sosteniendo y ampliando las capacidades de salud pública y de cuidados críticos desarrolladas para la respuesta a COVID 19. Difundir y aplicar documentos e instrumentos para actualizar los planes y procedimientos de respuesta y recuperación de manera interdisciplinaria y multisectorial, a fin de mejorar la eficiencia, reducir la duplicación de esfuerzos y permitir la adopción de medidas colectivas coordinadas. Para mejorar la respuesta de los sistemas y servicios de salud a nivel de país, se han proporcionado documentos de orientación (enumerados a continuación), creación de capacidad y apoyo directo a los países.

En todas las subregiones se ha llevado a cabo una labor de creación de capacidad que deben ser implementadas. Entre ellas se incluye instrumentos para las evaluaciones de las necesidades de camas, tiempo del personal, medicamentos, suministros médicos y Equipos de Protección Personal. Estas actividades están coordinadas y apoyan esfuerzos más amplios dentro de la organización para la adquisición y distribución de suministros y equipo críticos, incluyendo las adquisiciones de emergencia, el Fondo Estratégico de la OPS y el Sistema de la Cadena de Suministro COVID-19 de las Naciones Unidas.

La OMS ha publicado un [catálogo del Sistema Mundial de Cadenas de Suministro de Emergencia \(COVID-19\)](#). En este catálogo se enumeran todos los dispositivos médicos, incluidos los equipos de protección personal, los equipos médicos, los consumibles médicos, los dispositivos de un solo uso, los dispositivos de laboratorio y los relacionados con las pruebas que pueden solicitarse a través del portal de suministros COVID-19.

Se puso en marcha una iniciativa para coordinar y apoyar mejor a las autoridades nacionales de reglamentación de medicamentos y otras tecnologías sanitarias en su respuesta a COVID-19. Esta iniciativa incluyó la elaboración de documentos técnicos, reuniones quincenales, un servicio de listas y un depósito de sitios web y de información pertinente, incluidas las respuestas de las autoridades de reglamentación sobre COVID-19. La información se encuentra disponible en la Plataforma Regional sobre Acceso e Innovación en Tecnologías de la Salud (PRAIS) y se comparte con los centros de coordinación de la reglamentación. La información se puede encontrar en: <https://prais.paho.org/en/featured-links/>

5. Medidas de salud pública y sociales: Distanciamiento social y medidas relacionadas con el tráfico internacional

La experiencia adquirida y las enseñanzas extraídas a nivel nacional durante la respuesta a la pandemia de COVID-19, incluidas las pruebas obtenidas acerca de la eficacia de las intervenciones no farmacéuticas para frenar la transmisión del virus del SARS-CoV-2, así como los avances en el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud desde que surgió el virus del SARS-CoV-2, mediante la aplicación de la tecnología de una manera innovadora y amigable con el distanciamiento social, entre otros, están configurando un contexto en el que las decisiones relacionadas con el ajuste de las intervenciones no farmacéuticas pueden alejarse progresivamente de una "base de ensayo y error". Las medidas no farmacéuticas incluyen medidas de protección personal, medidas ambientales, medidas de distanciamiento social y medidas relacionadas con el tráfico internacional.

Las medidas de distanciamiento social se aplican a los individuos (por ejemplo, aislamiento de los casos y cuarentena de los contactos), o a la comunidad (a segmentos específicos de la población [por ejemplo, confinamiento en el hogar para los ancianos]), o a la población en su conjunto (por ejemplo, confinamiento en el hogar y cierre de todos los negocios no esenciales). Estas medidas no se excluyen mutuamente. Coincidiendo con la declaración de la pandemia de COVID-19 el 11 de marzo de 2020, un número cada vez mayor de países ha adoptado medidas a nivel comunitario. Al 10 de abril de 2020, de los 35 países de América, todos menos uno (Nicaragua) están aplicando medidas que restringen drásticamente los movimientos de la población y que entrañan la cancelación de las reuniones de rutina y las grandes reuniones de masas, el cierre de empresas, la clausura de escuelas y el confinamiento en los hogares. La mayoría de los países que adoptaron medidas a nivel de la comunidad, probablemente previendo su duración limitada, gracias a los esfuerzos de los gobiernos, actualmente aplican medidas a nivel de la comunidad para apoyar a sus ciudadanos en una variedad de necesidades esenciales. Los gobiernos promulgaron instrumentos jurídicos que permiten proporcionar protección financiera y fiscal a determinados sectores de la población; satisfacer las necesidades esenciales (por ejemplo, planes de distribución de alimentos, mantenimiento de supermercados en funcionamiento), así como mantener los servicios esenciales. Se han elaborado orientaciones provisionales para [Recomendaciones clave de planificación para las reuniones masivas en el contexto del actual brote de COVID-19](#) para apoyar la contención de COVID-19 en tales entornos poblados.

El impacto socioeconómico negativo real o potencial, determinado por la adopción de medidas estrictas de distanciamiento social y relacionadas con los viajes, se está

traduciendo en una presión creciente sobre los dirigentes nacionales para que pidan una transición a medidas menos estrictas que permitan a la economía recuperar cierto impulso, sin precipitar una evolución dramática de la pandemia. Consciente de ello, la OPS ha elaborado un [documento](#) que tiene por objeto proporcionar a las autoridades nacionales, en todos los sectores gubernamentales, un marco para informar a su proceso de adopción de decisiones, en los próximos meses, sobre el ajuste de las medidas de distanciamiento social y relacionadas con los viajes, que están estrictamente entrelazadas, sin anular los esfuerzos y sacrificios realizados hasta ahora.

6. Comunicación de riesgo

La comunicación de riesgos es un componente básico de una intervención de salud pública, con cualquier brote de enfermedad o emergencia sanitaria. Por ello, la OMS y la OPS han creado materiales de comunicación, centrados en las poblaciones de mayor riesgo, para informar tanto al público como a los trabajadores sanitarios sobre COVID-19. La OPS ha creado [infografías y tarjetas de medios sociales](#) sobre COVID-19 en comparación con otras enfermedades y condiciones, cómo usar una máscara de forma segura, 5 pasos para ahorrar agua al lavarse las manos, la influenza estacional, los cazadores de mitos y cómo abordar la violencia doméstica en el contexto de COVID-19 (para los responsables de la formulación de políticas y para las comunidades), entre otros. Estos materiales son promovidos por las oficinas de la OPS en los países y son recursos para que los países los utilicen y/o adapten a sus necesidades y realidades.

También es importante tener en cuenta un enfoque que tenga en cuenta el género, con cualquier respuesta de emergencia. El documento [Consideraciones clave para integrar la igualdad de género en la respuesta a emergencias sanitarias y desastres: COVID-19, 4 de junio de 2020](#), ofrece orientación sobre la integración de consideraciones en torno a las desigualdades basadas en el género, centrándose en COVID-19.

La OPS/OMS y sus asociados también han elaborado vídeos sobre [Cómo mantenerse sano en el hogar](#), [Recomendaciones para hacer frente al estrés y el bienestar mental durante el aislamiento o la cuarentena](#), [Consejos para la cuarentena en el hogar](#), [Prácticas de distanciamiento social](#), [Ciencia de COVID-19](#) y [Recomendaciones de salud ambiental para los espacios comunitarios cerrados](#).

La OPS también ha hecho una serie de sesiones de Facebook Live con expertos en temas como: [pruebas, salud mental, mitos sobre COVID-19, coronavirus en objetos y superficies, prevención de infecciones](#) y [poblaciones indígenas y COVID-19](#). El objetivo principal de estas sesiones de Facebook Live es aclarar las dudas que la gente pueda tener sobre diferentes temas relacionados con COVID-19. Los expertos abordan directamente las preguntas del público, aclarando las percepciones y desacreditando los mitos que pueden obstaculizar el comportamiento de protección.

Documentos clave

Vigilancia

- [Estrategias de vigilancia de COVID-19 para infecciones humanas](#) published on 10 May 2020 provide guidance on surveillance strategies, including types of surveillance,

the importance of adapting national systems, and increasing surveillance-related efforts as needed.

- [Guía de monitoreo y evaluación. Preparación y respuesta estratégica al COVID-19](#), publicado el 5 de junio, describe el marco de monitoreo y evaluación diseñado para evaluar el desempeño de los Planes Estratégicos de Preparación y Respuesta del país y para rastrear la información requerida para respaldar un análisis adicional.
- [Certificación médica, codificación de mortalidad por DAI e informe de mortalidad asociada con COVID-19](#) publicado el 7 de junio con el propósito de identificar todas las muertes debidas a COVID-19 en todos los países. Como muchos países aún no siguen las normas y estándares internacionales de la OMS para los certificados médicos de la causa de muerte y la codificación de mortalidad por DAI, muchas muertes por COVID-19 pueden no ser capturadas.
- [Mejorando la vigilancia de la mortalidad por COVID-19 en América Latina y el Caribe a través de la vigilancia de la mortalidad por todas las causas](#), publicado el 15 de junio con un enfoque regional, este documento amplía los métodos para el análisis de la mortalidad por todas las causas como un enfoque para comprender mejor la verdadera carga de COVID-19. Se complementa con una adaptada [herramienta](#) para el cálculo de exceso de mortalidad.

Laboratorio

- Las Pautas de laboratorio para la detección y el diagnóstico del nuevo coronavirus (COVID-19), actualizadas el 30 de marzo de 2020, brindan información sobre la recolección de muestras y el envío adecuado; pruebas de laboratorio que incluyen un algoritmo de prueba e informes de casos y resultados de pruebas se pueden encontrar en esta [guía interna](#).
- [Guía de bioseguridad de laboratorio relacionada con la enfermedad por coronavirus \(COVID-19\)](#). Los laboratorios que están o estarán probando el SARS-CoV-2 deben evaluar su capacidad para hacerlo.
- [Herramienta de evaluación de laboratorios](#) para guiar a las organizaciones a examinar su capacidad y prepararse para una mayor prueba. Las muestras siempre deben ser recolectadas por personal capacitado y aplicando todas las instrucciones de bioseguridad, incluido el uso de equipo de protección personal apropiado para virus respiratorios.

Seguimiento de Contactos

- [Seguimiento de contactos en el contexto de COVID-19](#) publicado el 10 de mayo de 2020. El objetivo es presentar el seguimiento de contactos como una herramienta para el control de COVID-19 y el apoyo en la implementación.
- [Consideraciones para la implementación y gestión del rastreo de contactos para la enfermedad por coronavirus 2019 \(COVID-19\) en la Región de las Américas](#) publicado el 2 de junio, para complementar el documento anterior.

Prevención y Control de Infecciones

- [Evaluación de las prácticas de prevención y control de infecciones en áreas de aislamiento en entornos de atención médica aguda en el contexto del nuevo coronavirus \(COVID-19\)](#). Recomendaciones provisionales

- [Atención a trabajadores de salud expuestos al nuevo coronavirus \(COVID-19\) en establecimientos de salud](#)
- [Manejo de cadáveres en el contexto del nuevo coronavirus \(COVID-19\). Recomendaciones provisionales](#)
- [Especificaciones técnicas de dispositivos médicos para la gestión de casos de COVID-19 en entornos sanitarios](#)
- [Guía de prevención y control de infecciones para centros de atención a largo plazo en el contexto de COVID-19](#)
- [Asesoramiento sobre el uso de máscaras en el contexto de COVID-19 \(solo en inglés\)](#)
- [Criterios para liberar a los pacientes con COVID-19 del aislamiento](#) que proporciona una actualización de la guía anterior. Los criterios actualizados reflejan hallazgos recientes de que los pacientes cuyos síntomas se han resuelto aún pueden dar positivo para el virus COVID-19 durante muchas semanas. A pesar de este resultado positivo, no es probable que estos pacientes sean infecciosos y, por lo tanto, es poco probable que puedan transmitir el virus a otra persona.

Atención del Paciente

- [Pautas para la atención crítica de pacientes adultos gravemente enfermos con coronavirus \(COVID-19\) en las Américas \(versión corta\) in the Americas \(Short version\)](#)
- [Atención inicial de personas con enfermedad respiratoria aguda \(IRA\) en el contexto de la enfermedad por coronavirus \(COVID-19\) en centros sanitarios: evaluar el riesgo, aislar, remitir](#)
- [Actualización continua de la potencial terapéutica COVID-19: resumen de revisiones sistemáticas rápidas \(16 de junio\)](#)
- [COVID-19: investigación de cloroquina e hidroxicloroquina](#)
- [Uso de imágenes de tórax en COVID-19: una guía de asesoramiento rápido, 11 de junio de 2020](#)

Además, la OMS publicó una [guía provisional](#) para satisfacer la necesidad de recomendaciones sobre atención domiciliaria para pacientes con COVID-19 que presentan síntomas leves y el manejo de sus contactos

Sistemas y Servicios de Salud

- [Nota técnica. Adaptación del primer nivel de atención en el contexto de COVID-19](#)
- [Lista de verificación para la gestión de recursos humanos para la salud en respuesta a COVID-19](#)
- [Guía de ética para el uso de recursos escasos en la prestación de atención médica crítica durante la pandemia COVID-19](#)
- [Recomendación técnica para la selección de sitios de atención médica alternativa \(AMCS\)](#)
- [Dependencia para la autorización de uso de emergencia de medicamentos y otras tecnologías sanitarias en una pandemia \(por ejemplo, COVID-19\)](#)
- [Gestión de crisis durante una epidemia: directrices generales para una coordinación eficiente de la respuesta por parte de las autoridades reguladoras nacionales](#)
- [Consideraciones reglamentarias sobre la autorización del uso de plasma convaleciente \(PC\) para abordar la emergencia COVID-19](#)
 - [Recomendaciones preliminares para servicios de sangre](#)
 - [Lista de dispositivos médicos prioritarios para la respuesta COVID-19](#)
 - [Consideraciones para la reorganización de los servicios contra el cáncer durante la pandemia COVID-19, 26 de mayo de 2020](#)
 - [Marco para la respuesta de las redes integradas de prestación de servicios de salud a COVID-19, 10 de mayo de 2020](#)
 - [Mantenimiento de servicios de salud esenciales: orientación operativa para el contexto COVID-19: orientación provisional, 1 de junio de 2020](#)