

Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19

Orientaciones provisionales
1 de junio de 2020



**Organización
Mundial de la Salud**

La OMS sigue atentamente la evolución de la situación para detectar cualquier cambio que pueda afectar a las presentes orientaciones provisionales. Si apreciara algún cambio relevante, la OMS publicaría una nueva actualización. De lo contrario, las presentes orientaciones provisionales expirarán dos años después de la fecha de su publicación.

WHO/2019-nCoV/essential_health_services/2020.2

© Organización Mundial de la Salud 2020

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la OMS refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OMS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: «La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante».

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con las Reglas de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Forma de cita propuesta. Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19 : orientaciones provisionales, 1 de Junio 2020 [Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context : interim guidance, 1 June 2020]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020. Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

Catalogación (CIP): Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase <http://apps.who.int/bookorders>. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Créditos de las fotografías:

Portada, iStock.com/Orbon Alija.

Página v, Flickr CC0 1.0/AMISOM Public Information/AU UN IST PHOTO/Tobin Jones.

Página 1, Flickr CC BY-NC-ND 2.0/ILO/Adri Berger.

Página 2, Flickr CC BY-ND 2.0/Hospital Clínic/ Francisco Àvia.

Página 4, Flickr CC BY-NC-ND 2.0/© UNICEF Ethiopia/2013/Ose.

Página 5, Freepik.

Página 6, © UNICEF/UNI309864/Frank Dejongh.

Página 8, Freepik.

Página 10, Flickr CC BY-NC-ND 2.0/UN Women/ Pathumporn Thongking.

Página 12, Flickr CC BY-NC 2.0/U.S. Pacific Fleet/ Rawad Madanat.

Página 14, © UNICEF/UNI314083/Chan.

Página 16, Flickr CC BY-SA 2.0/Karina Zambrana - SGEF/MS.

Página 17, © UNICEF/UNI322149/Frank Dejongh.

Página 18, © UNICEF/UNI324621.

Página 20, Flickr CC BY 2.0/NEC Corporation of America.

Página 22, © UNICEF/UNI309873/Frank Dejongh.

Página 23, Flickr CC BY-NC 2.0/Public Services International.

Página 24, © UNICEF/UNI326749/Frank Dejongh.

Página 31, Flickr CC BY-NC-ND 2.0/UNMISS.

Página 40, © UNICEF/UN0294748/Frank Dejongh.

Página 52, © UNICEF/UNI331144/Volpe.

Página 56, Flickr CC BY 2.0/CDC Foundation/ David Snyder.

Diseño: Annovi Design.

Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19

Orientaciones provisionales
1 de junio de 2020

Índice

Agradecimientos	v
Parte 1: Estrategias operativas para mantener los servicios de salud esenciales	1
1.1 Aspectos generales	2
1.2 Consideraciones relativas al contexto	4
1.3 Ajustes de los mecanismos de gobernanza y coordinación para apoyar las medidas oportunas	5
1.4 Priorización de los servicios de salud esenciales y adaptación a contextos y necesidades cambiantes	6
1.5 Optimización de los entornos y las plataformas de prestación de servicios	8
1.6 Establecimiento de un flujo de pacientes seguro y efectivo en todos los niveles (detección, clasificación y derivación selectiva)	10
1.7 Optimización rápida de la capacidad del personal sanitario	12
1.8 Mantenimiento de la disponibilidad de medicamentos, equipos y suministros esenciales	14
1.9 Financiación de la salud pública y eliminación de los obstáculos financieros al acceso	16
1.10 Fortalecimiento de las estrategias de comunicación para fomentar el uso adecuado de los servicios esenciales	17
1.11 Fortalecimiento de la supervisión de los servicios de salud esenciales	18
1.12 Uso de las plataformas digitales para facilitar la prestación de servicios de salud esenciales	20
PARTE 2: Consideraciones sobre el curso de la vida y la enfermedad	22
2.1 Etapas del curso de la vida	24
2.1.1 Salud de la madre y del recién nacido	24
2.1.2 Salud del niño y del adolescente	26
2.1.3 Personas mayores	28
2.1.4 Servicios de salud sexual y reproductiva	29
2.2 Nutrición, enfermedades no transmisibles y salud mental	31
2.2.1 Nutrición	31
2.2.2 Enfermedades no transmisibles: enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas, nefropatía crónica, afecciones de salud bucodental	33
2.2.3 Trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias	38
2.3 Enfermedades transmisibles	40
2.3.1 VIH, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual	40
2.3.2 Tuberculosis	44
2.3.3 Inmunización	45
2.3.4 Enfermedades tropicales desatendidas	48
2.3.5 Paludismo	50
Bibliografía	52
Anexo	56
Indicadores de muestra para monitorear los servicios de salud esenciales	56

Agradecimientos



Estas orientaciones han sido elaboradas exclusivamente por el personal de los organismos de las Naciones Unidas a partir del consenso de especialistas y sobre la base de análisis nuevos y de las orientaciones de los programas ya existentes de la OMS, el UNICEF y el UNFPA.

Grupo editorial coordinador

Jill Farrington, Andre Griekspoor, Santosh Gurung, Sally Hargreaves, Sara Hollis, Blerta Maliqi, Teri Reynolds (funcionaria responsable), Susan Sparkes.

Otros contribuyentes y revisores

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Bernadette Abela-Ridder, Marina Adrianopoli, Olga Agbodjan-Prince, Elsie Akwara, Benedetta Allegranzi, Jamela Al-Raiby, Avni Amin, Kingsley Asiedu, Ian Askew, Rachel Baggaley, Sepideh Bagheri Nejad, Sunil Bahl, Andrew Ball, April Baller, Valentina Baltag, Anshu Banerjee, Prebo Barango, Shannon Barkley, H  l  ne Barroy, Hana Bekele, Anjana Bhushan, Gautam Biswas, Mercedes Bonet, Mathieu Boniol, Daniel Brigden, Anne Brink, Nathalie Broutet, Maurice Bucagu, Sonja Caff  , Susanne Carai, Maricel Castro, Venkatraman Chandra-Mouli, Diana Chang Blanc, Richard Cibulskis, Camilo Cid, David Clarke, Adam Lauren Cohen, Giorgio Cometto, Erwin Cooreman, Marilys Corbex, Peter Cowley, Valeria de Oliveira Cruz, Bernadette Daelmans, Daniel Argaw Dagne, Carolina Alfaro Danovaro, Masoud Dara, Shalini Desai, Teshome Desta, Khassoum Diallo, Theresa Diaz, Amadou Garba Djirmay, Meg Doherty, Elisa Dominguez, Martin Donoghoe, Bayarsaikhan Dorjsuren, Tarun Dua, Pablo Dur  n, Philippa Easterbrook, Maria Eebello, Tam  s Evetovits, Dennis Falzon, Nathan Ford, Andres de Francisco, Albis Gabrielli, Bela Ganatra, El Khan Gasimov, Massimo Ghidinelli, Karima Gholbzouri, Philippe Glaziou, Programa Mundial sobre Malaria y equipos de la OMS de apoyo interpa  ses, Rodolfo G  mez, Richard Gregory, Lianne Marie Gonsalves, Regina Guthold, Zeea Han, Vachagan Harutyunyan, Lisa Hedman, Nilmini Hemachandra, Dirk Horemans, Andre Ilbawi, Naoko Ishikawa, Saurabh Jain, Melitta Jakab, Mohammed Jamsheed, Anoma Jayathilaka, Cheryl Johnson, Matthew Jowett, Rita Kabra, Catherine Kane, Tereza Kasaeva, Elizabeth Katwan, Ed Kelley, James Kelley, Akpaka Kalu Sudhir Khanal, Rajat Khosla, James Kiarie, Nancy Kidula, Warrick Kim, Jonathan King, Souleymane Kone, Yeboue Kouadio, Katrina Kretsinger, Aigul Kuttumuratova, Joseph Kutzin, Oleg Kuzmenko, Hugues Lago, Benjamin Lane, Margrieta Langins, Antonella Francheska Lavelanet, Ornella Lincetto, Ann Lindstrand, Jayantha Liyanage, Laura Nic Lochlainn, Daniel Low-Beer, Silvana Luciani, Briana Lucido, Niklas Luhmann, Frank Lule, Virginia MacDonald, Ramez Mahaini, Mwelecele Malecela, Priya Mannava, Casimir Manzengo, Awad Mataria, Inke Mathauer, Cuauht  moc Ruiz Matus, Pamela Mbabazi, Symplice Mbola Mbassi, Bruno Meesen, Garrett Livingston Mehl, Rajesh Mehta, Lisa Menning, Bente Mikkelsen, Jose R. Franco Minguell, Ann Beth Moller, Hernan Montenegro von Muelenbrock, Roberto Montoya, Antonio Montessor, Allisyn Moran, Claudia Garcia Moreno, Bridget Akora Mugisa, Diane Muhongorwa, Mick Mulders, John Murray, Assumpta Muriithi, Bremen de Mucio, Juliet Nabyonga, Claudia Nannei, Manjulaa Narasimhan, Salla Ndoungou, Santiago Nicholls, Yasir Nisar, Abdisalan Noor, Olufemi Oladapo, Kathryn O'Neill, Leopold Ouedraogo, Francesca Palestra, Venkata Pemmaraju, Martina Penazzato, Claudia Pescetto, Marina Plesons, Annie Portela, Zita Weise Prinzo, Gerardo Priotto, Giovanni Ravasigi, Nirina Razakaso, Pryanka Relan, Bharat Rewari, Leanne Riley, Briana Rivas Morello, Alastair Robb, Michelle Rodolph, Lisa Rogers, Gojka Roglic, David Anthony Ross, Tomas Roubal, Jos   A. Ruiz-Postigo, Aurora Saares, Sohel Saikat, Ritu Sadana, Kuntal Saha, Dieudonne Sankara, Lale Say, Nicole Seguy, Mukta Sharma, Stephanie Shendale, Hai-Rim Shin, Khalid Siddeeg, Angela Padmini de Silva, Satvinder Singh, Charalampos Sismanidis, Slim Slama, Samir Sodha, Anthony Solomon, Agn  s Soucat, Kate Strong, Yuka Sumi, Afework Tekle, Juan Tello, Thaksaphon (Mek) Thamarangsi, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Sarah Thomson, Alexandre Tiendrebeogo, Tsolmongerel Tsilaajav, Prosper Tumusiime, Juliawati Untoro, Meera Thapa Upadhyay, Neena Valecha, Mark Van Ommeren, Beno  t Varenne, Cherian Varghese, Raman Velayudhan, Annette Verster, Pedro Albajar Vinas, Marco Vitoria, Lara Vojnov, Elena Vovc, Zubair Wadood, Hui Wang, Susan Annemarie Wang, Supriya Warsuvithana, Martin Weber, Maru Aregawi Weldedawit, Wilson Were, Teodora Wi, Aya Yajima, Nasir Yusuf, Ghasem Zamani, Diana Zandi, Li Zhao, Matteo Zignol.

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Mamka Anyona, Jennifer Asman, Joanne Bosworth, Valentina Buj, Carlos Navarro Colorado, Anne Detjen, Hannah Sarah Dini, David Hipgrave (Coordinador), Shaffiq Essajee, Ulla Griffiths, Gagan Gupta, Tedbabe Degefie Hailegebriel, Andreas Hasman, Debra Jackson, Tanvi Jain, Karin Kallander, Joanna Lai, Manuel Celestino Lavayen, Ken Legins, Robin Nandy, Rory Nefdt, Luwei Pearson, Stefan Swartling Peterson, Jerome Pfaffmann, Benjamin Schreiber, Fouzia Shafique, Alyssa Sharkey, David Stewart, Claudia Vivas, Ahmadu Yakubu, Willibald Zeck.

Fondo de Poblaci  n de las Naciones Unidas (UNFPA)

Michel Brun, Dani  lle Engel, Mandira Pau.

Parte 1: Estrategias operativas para mantener los servicios de salud esenciales





1.1 Aspectos generales

Los sistemas de salud de todo el mundo se enfrentan a la creciente demanda de atención de las personas afectadas por la enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19), agravada por el miedo, el estigma, la desinformación y las limitaciones de movimiento que perturban la prestación de servicios de salud para todas las afecciones. Cuando los sistemas de salud están desbordados y la población no tiene acceso a la atención necesaria, tanto la mortalidad directa por un brote como la mortalidad indirecta por enfermedades prevenibles y tratables aumentan drásticamente.^(1,2,3) Es fundamental mantener la confianza de la población en la capacidad del sistema de salud de satisfacer de manera segura las necesidades esenciales y controlar el riesgo de infección en los establecimientos sanitarios, de modo que pueda garantizarse un comportamiento adecuado de recurso a los servicios de atención médica y el cumplimiento de los consejos de salud pública.

La capacidad de todo sistema para mantener la prestación de servicios de salud esenciales dependerá de su carga de enfermedad habitual, del escenario de transmisión local de la COVID-19 (clasificado como sin casos, esporádico, en conglomerados o transmisión en la colectividad) y de la capacidad del sistema de salud a medida que evolucione la pandemia.⁽⁴⁾ Las recientes inversiones en atención primaria de salud para lograr la cobertura sanitaria universal constituyen una base fundamental para adaptarse al contexto de la pandemia. Un sistema de salud bien organizado y preparado tiene la capacidad de mantener un acceso equitativo a servicios de salud esenciales de alta calidad durante una emergencia, lo que limita la mortalidad directa y evita la mortalidad indirecta.

En las primeras fases del brote de COVID-19, muchos sistemas de salud lograron seguir prestando los servicios habituales al tiempo que gestionaban una carga relativamente limitada de casos de COVID-19. A medida que comenzó a aumentar la demanda de los sistemas de salud y las infecciones por COVID-19 entre el propio personal sanitario y comenzaron a hacerse evidentes las consecuencias indirectas de la pandemia, fue necesario realizar adaptaciones estratégicas con carácter urgente para garantizar que los limitados recursos de los sectores público y privado rindieran el máximo beneficio a la población.

Los países están tomando decisiones difíciles a fin de equilibrar las exigencias derivadas de responder directamente a la pandemia de COVID-19 con la necesidad de mantener la prestación de otros servicios de salud esenciales. Sigue siendo fundamental establecer un flujo de pacientes seguro y eficaz (incluida la detección de la COVID-19, la clasificación y la derivación selectiva) en todos los niveles. Se han suspendido muchos servicios ordinarios y programados y la forma en que se presta la atención sanitaria se está adaptando al contexto cambiante de la pandemia a medida que evoluciona el análisis de la relación riesgo-beneficio de las actividades. Cuando la prestación de los servicios de salud esenciales se ve amenazada, los mecanismos eficaces de gobernanza y coordinación y los protocolos de priorización y adaptación de los servicios pueden mitigar el riesgo de un fallo total del sistema.

Cuando se logre ir controlando el brote y se vayan suavizando gradualmente las estrictas medidas de salud pública, tal vez sea necesario anular algunas de las adaptaciones que se hayan introducido en la prestación de servicios y mantener otras durante un tiempo limitado, si bien pueden incorporarse a la práctica habitual después de la pandemia las medidas que se consideren eficaces, seguras y beneficiosas. Es probable que haya altibajos en el curso del brote y la respuesta estratégica deberá ser dinámica y calibrada. Los encargados de la toma de decisiones deben anticipar la necesidad de iniciar, detener y reiniciar las adaptaciones. Las decisiones deben estar en sintonía con las políticas nacionales y subnacionales pertinentes y deben reevaluarse periódicamente.

Para que estos cambios estratégicos se lleven a cabo de manera satisfactoria, será necesario contar con la participación activa de las comunidades y las partes interesadas de los sectores público y privado, con medidas específicas para garantizar el acceso de los grupos de población socialmente vulnerables, con transparencia y con una comunicación frecuente con el público, además de un alto grado de cooperación individual de los miembros de la población. Todas las adaptaciones deben realizarse de conformidad con principios éticos, como la equidad en la asignación de los recursos y en el acceso, la libre determinación, el no abandono y el respeto de la dignidad y los derechos humanos.⁽⁵⁾ En general, la falta de protección de los grupos vulnerables los somete a un mayor riesgo y socava la respuesta a la COVID-19 y las metas de salud pública en términos más generales. En todos los casos, deben respetarse escrupulosamente las medidas de prevención y control de infecciones a partir de las orientaciones actualizadas⁽⁶⁾ y las políticas pertinentes.

En este documento se amplía el contenido sobre el pilar de los sistemas y servicios de salud esenciales del *Plan estratégico de preparación y respuesta para la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19): Pautas para la planificación operativa de la preparación y la respuesta de los países*,⁽⁴⁾ se sustituyen las anteriores orientaciones operativas para mantener los servicios de salud esenciales durante un brote (*Operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak*)⁽⁷⁾ y se complementan las orientaciones provisionales recientemente publicadas sobre la atención sanitaria de base comunitaria, incluidas las actividades de extensión y las campañas, en el contexto de la pandemia de COVID-19 (*Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic*).⁽⁸⁾ En estas orientaciones se apoya la introducción en los países de medidas específicas en los planos nacional, subnacional y local para reorganizar y mantener el acceso a servicios de salud esenciales seguros y de alta calidad. Asimismo, se describen las adaptaciones necesarias para garantizar la seguridad de las personas y mantener la continuidad de los servicios de salud esenciales durante la respuesta a la pandemia de COVID-19. Está destinado a los responsables de la toma de decisiones y a los directivos a nivel nacional y subnacional.

En la parte 1 se describen los principios básicos y las recomendaciones prácticas en los que se fundamenta la toma de decisiones para garantizar la continuidad de determinados servicios de salud esenciales, destacando las medidas clave que los países deben plantearse.

En la parte 2 se incluyen breves secciones donde se tratan las adaptaciones y las consideraciones específicas para los programas a lo largo del curso de la vida y por enfermedades en el contexto de la COVID-19. Estas secciones deben utilizarse junto con las orientaciones existentes de la OMS en estas áreas y en ningún caso en su lugar.



1.2 Consideraciones relativas al contexto

Es posible que, en diferentes zonas, incluso dentro de un mismo país, se requieran enfoques diferentes para designar los servicios de salud esenciales y reorientar los componentes del sistema de salud necesarios para mantener esos servicios. Los encargados de la adopción de decisiones deben lograr un equilibrio entre los beneficios que arrojan ciertas actividades específicas y los riesgos que estas acarrearán con respecto a la transmisión del virus. El análisis de la relación riesgo-beneficio de toda actividad depende de la carga local de la enfermedad y del contexto social, de las hipótesis de transmisión de la COVID-19 y de la capacidad local de prestación de servicios al inicio de la pandemia y a medida que esta evoluciona.

Los países tienen políticas de salud pública distintas y las medidas sociales que aplican para limitar la transmisión de la COVID-19 y sus enfoques para levantar dichas medidas también difieren. Las políticas que restringen el movimiento para limitar la transmisión pueden crear obstáculos para acceder a la atención médica e influyen en la hoja de ruta para reanudar los servicios. En particular, la pandemia ha impuesto exigencias sin precedentes en los ciudadanos, que han debido autogestionar muchas de sus necesidades sanitarias, y en los cuidadores informales —incluidas las familias, los amigos y los vecinos—, que deberían estar exentos de las restricciones de movimiento que podrían impedirles prestar la atención necesaria.

En los entornos en los que hay una gran carga de enfermedades infecciosas con signos y síntomas que coinciden con la definición de los casos de COVID-19 (como el paludismo, la neumonía o la tuberculosis), es necesario adaptar los mensajes de salud pública para garantizar que las personas que lo necesitan acudan sin demora a los servicios de atención médica para tratar enfermedades potencialmente mortales. Además, en las zonas en que se están llevando a cabo actividades de eliminación y erradicación, incluso las modificaciones a corto plazo de los enfoques de prevención y tratamiento pueden revertir rápidamente los logros obtenidos con tanto esfuerzo y tener consecuencias de gran magnitud a largo plazo.

El lugar, la forma y el tipo de atención sanitaria a la que se recurre puede variar considerablemente según el contexto. En algunas comunidades, los proveedores de servicios de salud del sector privado y las organizaciones no gubernamentales (ONG), incluidas las organizaciones religiosas, son importantes partes interesadas y facilitan servicios clave. Las decisiones estratégicas sobre los cambios de políticas y protocolos deben basarse en evaluaciones rápidas a nivel nacional y subnacional, teniendo en cuenta que las lagunas preexistentes en la prestación de servicios pueden verse agravadas durante el brote. Esto es particularmente importante en los países con escasas capacidades y en entornos humanitarios, donde los servicios tendrán dificultades más rápidamente. En las adaptaciones e innovaciones deben tenerse en cuenta las limitaciones en términos de recursos y capacidades.⁽⁹⁾ Si las adaptaciones realizadas en el contexto de la COVID-19 están bien fundamentadas y coordinadas, es posible que creen capacidades en el sistema de salud que se mantengan a lo largo de la pandemia y en el futuro.



1.3 Ajustes de los mecanismos de gobernanza y coordinación para apoyar las medidas oportunas

Las respuestas nacionales a la COVID-19 suelen implicar la creación de un equipo de gestión de incidentes. La persona encargada de coordinar los servicios esenciales de salud y actuar como enlace con los programas de servicios de salud esenciales debe formar parte de ese equipo. En las fases de la epidemia en las que el volumen de casos de COVID-19 puede gestionarse sin alterar los servicios habituales, ese mismo coordinador puede organizar la reasignación de los recursos humanos, financieros y materiales y movilizar recursos adicionales. Durante esas fases, el coordinador debe colaborar con los programas para optimizar los protocolos de modificación y mantenimiento de los servicios de salud esenciales y garantizar al mismo tiempo que las medidas de prevención de infecciones se fortalezcan para garantizar que los servicios puedan prestarse en condiciones de seguridad. Cuando los servicios ordinarios se vean afectados, el coordinador designado es responsable de activar los protocolos de reordenación y adaptación gradual de los servicios, como se describe en las secciones que figuran a continuación. La ejecución de dichos protocolos debe coordinarse con las autoridades competentes a nivel nacional y subnacional y con los proveedores de servicios de salud públicos y privados. A medida que se vaya controlando la transmisión de la COVID-19 y disminuya la demanda relacionada con el brote, el coordinador gestionará el restablecimiento gradual y seguro de los servicios y las estrategias para solventar el retraso acumulado en las necesidades de atención de la salud. Con la evolución de la pandemia, es probable que estos ciclos se repitan y que sea necesario iniciar, detener y reiniciar las adaptaciones de los servicios.

MEDIDAS CLAVE

- Designar un coordinador para los servicios de salud esenciales como miembro del equipo de gestión de incidentes de la COVID-19.
- Establecer canales de coordinación y comunicación entre el equipo de gestión de incidentes de la COVID-19, los directivos de los programas de servicios de salud esenciales y los proveedores de servicios del sector público y privado.
- Establecer (o adaptar) los mecanismos y los protocolos que rigen la prestación de servicios de salud esenciales en coordinación con los protocolos de respuesta, asimismo para fortalecer las medidas de prevención de infecciones.
- Establecer indicadores o umbrales a partir de los cuales se active la reasignación gradual de la capacidad de los servicios integrales ordinarios a los servicios esenciales y la expansión y transformación de los servicios a medida que evoluciona la pandemia.
- Establecer mecanismos para supervisar la prestación de los servicios de salud esenciales e incorporar datos en la toma de decisiones del equipo de gestión de incidentes (véase la sección 1.8).
- Establecer o mantener los mecanismos de coordinación entre las autoridades financieras y de salud para garantizar la financiación de los servicios de salud esenciales y facilitar la adaptación, la restauración y la transformación adecuadas de los servicios (véase la sección 1.9).



1.4 Priorización de los servicios de salud esenciales y adaptación a contextos y necesidades cambiantes

Para evitar la morbilidad y la mortalidad indirectas y prevenir el agravamiento agudo de las afecciones crónicas cuando se interrumpen los servicios, los países deben definir cuáles son los servicios de salud esenciales a los que se dará prioridad en función del contexto, de modo que sigan funcionando durante la fase aguda de la pandemia de COVID-19. En las categorías de alta prioridad se incluyen:

- los servicios esenciales de prevención y tratamiento de enfermedades transmisibles, incluidas las vacunas;
- los servicios relacionados con la salud reproductiva, incluido durante el embarazo y el parto;
- los servicios básicos para los grupos de población vulnerables, como los bebés y las personas mayores;
- el abastecimiento de medicamentos y suministros y el apoyo de los trabajadores de la salud para el tratamiento sin interrupciones de las enfermedades crónicas, incluidas las enfermedades mentales;
- los tratamientos de medicina intensiva que deben realizarse en establecimientos sanitarios;
- la gestión de las dolencias y los cuadros clínicos agudos habituales que requieren intervenciones urgentes; y
- los servicios de apoyo, como los servicios básico de diagnóstico por imagen, de laboratorio o de banco de sangre.

A medida que disminuya la carga de casos de COVID-19 y la presión asociada sobre el sistema de salud, deberán restablecerse muchos de los servicios suspendidos. Las decisiones sobre cuándo y cómo reanudar los servicios en condiciones de seguridad diferirán en función de la afección y de la población (véase la parte 2). Por ejemplo, si se plantea iniciar un tratamiento contra el cáncer deben sopesarse los beneficios del tratamiento temprano para una persona determinada y el riesgo de inmunosupresión asociada. Las estrategias para reanudar los servicios integrales y programados deben someterse periódicamente a una revisión y examen, a medida que evoluciona el brote. Si el uso de los servicios cae significativamente por debajo de los umbrales acordados o de otros indicadores de rendimiento, es necesario activar estrategias específicas, como campañas de comunicación dirigidas a la población sobre cómo reconocer las señales de peligro de un infarto de miocardio o de un accidente cerebrovascular (véase la sección 1.8 y la parte 2).

En muchos entornos, la suspensión temporal de los servicios hará que se acumule el número de personas que necesita atención sanitaria. Es probable que los programas preventivos interrumpidos, incluidos los exámenes de detección, requieran campañas de recuperación, como para las vacunas previstas que no se administraron. La suspensión de los servicios quirúrgicos, por ejemplo, es probable que alargue considerablemente las listas de espera en la mayoría de los sistemas, además de que algunos procedimientos inicialmente programados se tornan más urgentes con el paso del tiempo. Dadas las necesidades de personal sanitario, la importancia de un contacto estrecho y las consecuentes exigencias de recursos materiales (incluidos los quirófanos y un amplio equipo de protección personal), el restablecimiento de los servicios operativos requerirá de una estrategia coordinada y bien planificada. En la planificación debe tenerse en cuenta la posibilidad de que haya periodos prolongados de mayor volumen y urgencia con respecto a las condiciones habituales.

Además de la suspensión de los servicios, otros obstáculos relacionados con la pandemia han acarreado complicaciones y morbilidad asociadas con el retraso en el recurso a la atención médica, como el marcado agravamiento de las enfermedades no transmisibles (ENT) o de las infecciones avanzadas. Los fenómenos asociados —el confinamiento, el miedo, la pérdida de empleo y la incertidumbre sobre el futuro— se ha relacionado con un aumento de la violencia doméstica, institucional, sexual y de género y con un aumento general de las afecciones de salud mental, incluida la depresión, la ansiedad y los trastornos por consumo de sustancias (véase la sección 2.2.3). Todo esto genera una mayor necesidad de servicios de salud.

Es probable que los servicios se reanuden en el contexto de una nueva normalidad, caracterizada por los riesgos continuos de transmisión de la COVID-19 y la reaparición de conglomerados locales o de transmisión en la colectividad. La prestación

de los servicios debe restituirse de manera segura, con garantías de que sigue mitigándose el riesgo de transmisión, aprovechando las adaptaciones iniciadas durante la respuesta y anticipando la probabilidad de que se vuelvan a aplicar medidas restrictivas. En la planificación de contingencias para una posible nueva suspensión de los servicios puede incluirse el suministro de ambulancias e instalaciones, el establecimiento de protocolos claros de transición y la capacitación del personal. Será necesario adoptar medidas de mitigación y planes de emergencia específicos para cada programa a fin de iniciar, detener y reiniciar las actividades de manera segura a medida que evolucione la pandemia.

Una planificación preventiva y eficaz allana el camino para una transformación que deje los sistemas de salud mejor preparados y reduzca los posibles riesgos de futuras alteraciones. Las adaptaciones deben estar destinadas a fortalecer la capacidad de recuperación de los servicios y a aumentar el potencial de los sistemas de ampliar rápidamente la capacidad de tratamiento de la COVID-19, garantizando al mismo tiempo el acceso seguro a servicios de salud esenciales de alta calidad.

MEDIDAS CLAVE

- Generar en cada país una lista específica de servicios de salud esenciales basada en el contexto y respaldada por las orientaciones y las herramientas de la OMS.
- Cubrir las necesidades particulares de los grupos de población marginados, como los pueblos indígenas, los migrantes y los refugiados, los trabajadores sexuales y las personas sin hogar, entre otros.
- Definir los servicios ordinarios y programados que pueden suspenderse o reubicarse en áreas menos afectadas.
- Crear una hoja de ruta para reducir o reanudar de forma progresiva los servicios a medida que la presión sobre el sistema de salud crezca o disminuya (véase la sección 1.3).
- Anticipar la reapertura de los servicios suspendidos en función de la evolución de las necesidades, según vayan flexibilizándose gradualmente las medidas de salud pública, y encontrar soluciones para cualquier nuevo obstáculo al acceso.
- Asegurar la continuidad de las medidas de reducción y mitigación de riesgos de transmisión de la COVID-19, fortaleciendo los programas de prevención y control de infecciones para aplicar las medidas prioritarias en todos los programas de prestación de servicios de salud.
- Garantizar la evolución de los componentes de los sistemas conexos mediante las medidas estratégicas que se describen en las secciones siguientes.



1.5 Optimización de los entornos y las plataformas de prestación de servicios

Es posible que sea necesario modificar los entornos en los que se prestan determinados servicios por diversos motivos, entre ellos:

- puede que los lugares donde se prestan los servicios habitualmente no estén disponibles porque han sido designados para el cuidado exclusivo de las personas afectadas por la COVID-19, o porque en ellos no es posible prestar los servicios ordinarios de manera segura;
- los desplazamientos a los establecimientos sanitarios pueden verse afectados por las restricciones a la movilidad, incluidas las interrupciones del transporte público;
- la necesidad de limitar las consultas en los establecimientos, incluidos los ingresos hospitalarios no esenciales, por razones de seguridad y capacidad;
- un cambio de la ubicación principal de las unidades de cuidados intensivos a los servicios de urgencias de los hospitales para concentrar los servicios en un entorno adecuado para cubrir a una gran cantidad de pacientes que requieren tratamiento con urgencia y que esté disponible las 24 horas del día.

Los servicios ambulatorios deben prestarse a distancia cuando sea oportuno y factible y los servicios de atención primaria que suelen llevarse a cabo en varias visitas deben agruparse siempre que sea posible. Puede que sea necesario adaptar los procesos de ingreso de los pacientes en los hospitales, ya que es posible que los riesgos y los beneficios asociados a la atención hospitalaria vayan cambiando. Una planificación bien coordinada de las altas, combinada con un seguimiento desde los servicios de atención primaria, puede reducir la duración de las estancias en el hospital.

Los sistemas de salud que ya cuentan con modelos de atención primaria integrada que incluyen vínculos entre los distintos niveles de atención y con los centros de atención domiciliaria y de atención a enfermos crónicos pueden utilizar la arquitectura de sus sistemas existentes para volver a trazar las vías de derivación y garantizar el acceso oportuno a los servicios necesarios. En todos los sistemas, las adaptaciones realizadas en el contexto de la pandemia pueden proporcionar una base para la transformación y la integración de los servicios de atención primaria.

MEDIDAS CLAVE

- Realizar un mapeo funcional de las instalaciones de salud para la atención aguda, crónica y de dependientes, incluidas las de los sistemas públicos, privados (comerciales y sin fines de lucro) y militares. Esta es una de las medidas que también se incluyen en el pilar 7 del *Plan estratégico de preparación y respuesta para la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19): Pautas para la planificación operativa de la preparación y la respuesta de los países.*(4)
- Teniendo en cuenta la reorganización de las funciones en las instalaciones sanitarias, garantizar la disponibilidad de servicios de medicina intensiva y de urgencias durante las 24 horas del día en las unidades de urgencias de los hospitales de primer nivel (o similares) y asegurarse de que el público esté al tanto de estos cambios.
- Reorientar las vías de derivación y asegurarse de que los cambios se comuniquen a los proveedores de servicios de salud y al público.
- Coordinar los servicios de atención primaria y ajustar los protocolos de ingresos y altas hospitalarias según sea adecuado y seguro para limitar la duración de las hospitalizaciones.
- Utilizar las tecnologías disponibles y las reglamentaciones conexas para facilitar la transición de las visitas médicas a las plataformas digitales y para apoyar las intervenciones de autogestión de la salud cuando sea adecuado (véase la sección 1.12).

- Rediseñar las estrategias de gestión de las enfermedades crónicas, de modo que se limite o adapte el número de visitas médicas y cobre más prominencia la autogestión de la salud, al tiempo que se garantiza el acceso a los medicamentos y suministros necesarios.

 - En todos los programas de las distintas enfermedades, integrar los servicios en el lugar donde se presta el servicio, cuando proceda, para limitar el número de visitas a los centros sanitarios.

 - Adaptar la extensión de la prestación de servicios, incluida la disponibilidad de medicamentos en las farmacias, cuando proceda.

 - Documentar las respuestas de adaptación (por ejemplo, las teleconsultas, la atención primaria integrada, las modificaciones de las vías de derivación) puestas en práctica durante la fase pandémica que podrían integrarse en el sistema de salud más a largo plazo.
-



1.6 Establecimiento de un flujo de pacientes seguro y efectivo en todos los niveles (detección, clasificación y derivación selectiva)

Puesto que se acude a recibir atención médica antes de tener un diagnóstico, los pacientes infectados con COVID-19 acceden inicialmente al sistema de salud de la misma manera que aquellos que no lo están. A fin de garantizar la prestación de los servicios en condiciones de seguridad, deben aplicarse los requisitos mínimos de prevención y control de infecciones en todo el sistema de salud, en particular en los lugares de atención de primera línea: los centros de atención primaria, las clínicas y servicios de urgencias hospitalarias y los entornos comunitarios especiales que hayan sido designados como puntos de atención sanitaria. Es necesario reforzar el cumplimiento de las precauciones habituales para todos los pacientes en todo momento, en particular en lo que respecta al distanciamiento, la higiene de las manos, el uso adecuado de los equipos de protección personal (EPP) y la limpieza y desinfección de las superficies y ambientes. Es posible que sea necesario adoptar medidas adicionales de prevención y control de infecciones y estas se definirán en función del escenario de transmisión local de la COVID-19 y del tipo de contacto que requiera la actividad que se va a realizar. Los trabajadores de la salud de todos los niveles del sistema de salud deben recibir formación para ponerse al día sobre las medidas básicas de prevención y control de infecciones y las precauciones adicionales que deben adoptarse ante la COVID-19.

En los establecimientos de primera línea, es necesario ampliar la capacidad de detección y aislamiento de los casos de COVID-19, así como de clasificación de todos los pacientes, lo que incluye la reorganización de los espacios físicos y el almacenamiento de suministros de EPP adecuados y la prevención y el control de infecciones (por ejemplo, productos para la higiene de las manos y desinfectantes para la descontaminación del ambiente). Si procede, las citas deben programarse para evitar las aglomeraciones en las zonas de espera y dichas zonas deben reorganizarse para garantizar el distanciamiento físico. El número de visitantes y los horarios de consulta deben estar altamente restringidos. Siempre que sea posible, para minimizar el contacto innecesario entre los pacientes y el personal, los establecimientos deben reorganizar los procesos y el espacio físico para crear un flujo unidireccional.

Todos los centros deberán estar preparados para evaluar y derivar a los pacientes adecuadamente, de modo que se reduzca la transmisión y se garantice el uso racional de los escasos recursos de atención especializada. El establecimiento de criterios y procesos específicos de derivación y devolución de los pacientes será crucial para evitar que el sistema se vea desbordado. Dado que la disponibilidad y el acceso a los servicios de derivación pueden ser limitados en el contexto de una alta transmisión de COVID-19, todos los trabajadores de la salud deben estar preparados (incluido mediante una capacitación en el servicio específica y acorde a su ámbito de práctica) para asumir responsabilidades adicionales relacionadas con el tratamiento inicial de los principales síndromes que ponen en peligro la vida de niños y adultos: dificultades respiratorias, estado de choque, alteraciones del estado mental y traumatismos (véase *Atención básica de emergencia* de la OMS y el CICR).(10)

MEDIDAS CLAVE

- Divulgar información para informar al público y guiar el comportamiento seguro de recurso a la atención de salud (véase la sección 1.10).
- Garantizar que los requisitos mínimos de prevención y control de infecciones, incluido el respeto de las precauciones habituales, estén vigentes en todos los establecimientos del sistema de salud.
- Asegurarse de que se dispone de suministros adecuados de prevención y control de infecciones para garantizar que los servicios se presten en condiciones seguras.
- Someter a todos los pacientes a un cribado para detectar los posibles casos de COVID-19 a su llegada a los establecimientos de salud mediante la aplicación de las orientaciones y las definiciones de casos más actualizadas.(11)

- Establecer mecanismos para aislar a los pacientes en todos los establecimientos de salud en consonancia con las orientaciones más recientes en materia de COVID-19.
- Garantizar un cribado en función de la gravedad de los casos en todos los centros médicos intensivos y de urgencias.
- Programar las citas, limitar el número de visitas y gestionar los flujos de pacientes para asegurar el distanciamiento, evitar las aglomeraciones en las zonas de espera y crear flujos unidireccionales de pacientes y personal.
- Establecer criterios y protocolos claros para vías de derivación y devolución específicas dentro del sistema público y entre proveedores de servicios de salud públicos y privados.



1.7 Optimización rápida de la capacidad del personal sanitario

Muchos países se enfrentan a problemas de personal sanitario, como la escasez, la mala distribución y el desajuste entre las necesidades sanitarias de la población y las competencias de los trabajadores de la salud. Además, hay otros factores que pueden limitar la cantidad de trabajadores de la salud disponibles para prestar servicios esenciales durante la pandemia, entre ellos la redistribución del personal para tratar a un número cada vez mayor de pacientes con COVID-19 y las bajas de los propios trabajadores, que puede que estén en cuarentena, infectados o cuidando de amigos y familiares. Se prevé que el aumento del volumen de trabajo junto con la reducción del número de trabajadores de la salud someterá a una gran presión la capacidad de mantener los servicios esenciales, lo que afectará en particular a las mujeres, que constituyen la mayoría del personal sanitario. Estas dificultades previsibles deben compensarse mediante una combinación de estrategias, entre ellas la contratación, la readaptación dentro de los límites de la capacitación y las aptitudes y la redistribución de funciones entre los trabajadores de la salud, al tiempo que se protege su seguridad y se les presta apoyo psicosocial y de salud mental.⁽¹²⁾

Los mecanismos para detectar la capacidad adicional del personal sanitario incluyen:

- solicitar al personal a tiempo parcial que amplíe su jornada laboral y al personal a tiempo completo que trabaje horas extras remuneradas;
- reasignar al personal de las zonas de baja o nula transmisión y con exceso de capacidad, al tiempo que se asegura la armonización de la cobertura de responsabilidad profesional clínica, según sea necesario;
- utilizar los registros de inscripción y certificación para localizar a otros trabajadores cualificados, incluidos los sanitarios jubilados con licencia y los médicos residentes, para desempeñar funciones con la debida supervisión;
- movilizar la capacidad de la mano de obra sanitaria de las ONG, las fuerzas armadas y del sector privado, incluido mediante su incorporación temporal en el sector público, si procede;
- cuando proceda, establecer vías para la formación acelerada y la certificación temprana de personal médico y de enfermería y otros grupos de aprendices clave y garantizar que cuenten con una supervisión que los apoye;
- detectar las intervenciones clínicas de gran impacto en las que podrían optimizarse las tareas y funciones mediante una capacitación rápida y considerar la posibilidad de ampliar el ámbito de la práctica siempre que sea posible;
- utilizar plataformas de aprendizaje en línea y de tecnología móvil para impartir capacitación clave (por ejemplo, sobre la gestión de las afecciones urgentes y los cuadros clínicos habituales indiferenciados en la atención de primera línea), apoyar las decisiones clínicas y prestar servicios sanitarios directos (por ejemplo, telemedicina), si procede (véase la sección 1.12);
- oficializar los sistemas organizados por proveedores de servicios de salud no profesionales (como los miembros de la comunidad que pueden prestar los primeros auxilios y los voluntarios de la Cruz Roja);
- capacitar y reasignar a funcionarios públicos y demás trabajadores de sectores no relacionados con la salud a funciones de apoyo en los centros de salud (por ejemplo, tareas administrativas, de mantenimiento o de alimentación);
- capacitar y equipar rápidamente a los trabajadores sanitarios de la comunidad y remunerarlos para ampliar la capacidad de prestar servicios de salud esenciales en las comunidades, velando por que haya una supervisión adecuada y mecanismos de control de la calidad de la atención.

Entre las medidas de apoyo fundamentales figuran las siguientes: garantizar horarios de trabajo adecuados y periodos de descanso obligatorios; proporcionar orientación, capacitación y suministros (incluidos los EPP de talla adecuada para las mujeres) para limitar la exposición de los trabajadores de la salud; vigilar la aparición de enfermedades y estrés; garantizar

la seguridad física; facilitar el acceso a servicios de salud mental y material de autoayuda; y garantizar el pago puntual de los salarios, las licencias por enfermedad y las horas extraordinarias, incluido al personal temporal, para evitar incentivar perniciosamente al personal a acudir al trabajo a pesar de estar enfermo. Es posible que sea necesario reasignar a los trabajadores de la salud que corren un alto riesgo de sufrir complicaciones a causa de la COVID-19 a tareas que reduzcan su riesgo de exposición. Puede ser conveniente ofrecerles alojamiento para reducir el tiempo que invierten en llegar al trabajo y proteger a sus familias de la exposición. En general, las personas encargadas de la planificación deben hacer hincapié en que se tengan en cuenta las consideraciones de género, entre otras, apoyando el liderazgo de las mujeres y reconociendo la carga de atención social no remuneradas. Las administraciones sanitarias subnacionales (de distrito) deben recibir apoyo para realizar la planificación del personal sanitario, incluido para hacer frente a los aumentos repentinos de la demanda, en coordinación con el coordinador de los servicios sanitarios esenciales del equipo de gestión de incidentes.

MEDIDAS CLAVE

- Apoyar a las administraciones sanitarias subnacionales (de distrito) en la planificación del personal sanitario, incluido para hacer frente a los aumentos repentinos de la demanda, en coordinación con el coordinador de los servicios sanitarios esenciales del equipo de gestión de incidentes.
- Trazar un mapa de las necesidades de trabajadores de la salud (incluidas las tareas clave y el empleo del tiempo) y coordinar las bolsas de trabajadores disponibles y los planes en función de los diferentes escenarios de transmisión de la COVID-19.
- Realizar evaluaciones rápidas, según sea necesario, sobre la disponibilidad, la capacidad y la distribución del personal sanitario (véase la sección 1.11).
- Coordinar la financiación adicional para garantizar el pago puntual de los salarios, las horas extraordinarias, las licencias por enfermedad y los incentivos o la prestación por peligrosidad, incluido para los trabajadores temporales (véase la sección 1.9).
- Poner en marcha mecanismos de capacitación rápida y proporcionar herramientas para facilitar el trabajo en las tareas clave, incluida la detección, la clasificación, la gestión clínica, la gestión de la cadena de suministro, el uso de herramientas digitales y las medidas básicas de prevención y control de infecciones.
- Maximizar las medidas de salud y seguridad en el trabajo para el personal que figuran en la lista anterior, incluida la prestación de servicios de salud mental y apoyo psicosocial y la promoción de estrategias de autocuidado.
- Realizar exámenes rápidos de las políticas de distribución de tareas; acelerar la emisión de credenciales, licencias e indemnizaciones a los trabajadores de la salud; y establecer asociaciones entre los sectores público y privado para ampliar la cantidad de personal sanitario.
- Utilizar las calculadoras de la OMS de picos de demanda⁽¹³⁾ para fundamentar la planificación y prepararse para las carencias de mano de obra que puedan existir en momentos cruciales a lo largo de la pandemia, a partir de las aportaciones y las trayectorias específicas de los países.



1.8 Mantenimiento de la disponibilidad de medicamentos, equipos y suministros esenciales

Es probable que la necesidad de reasignar los suministros al tratamiento de los pacientes con COVID-19, agravada por las perturbaciones generales de la cadena de suministro debidas a los efectos del brote en otros sectores, acarree el agotamiento de las existencias de los recursos necesarios para los servicios esenciales. El suministro presenta oscilaciones en tiempos de pandemia y hay un elevado riesgo de escasez. Deben elaborarse listas de recursos prioritarios vinculados a los servicios esenciales, o adaptarlas a partir de las listas existentes, y la planificación debe realizarse en coordinación con la respuesta general al brote.⁽¹⁴⁾ Los proveedores de servicios de salud y las farmacias, tanto públicas como privadas, pueden conectarse en red para realizar una evaluación dinámica de los inventarios y una redistribución coordinada. Los detalles pueden consultarse en el pilar 8, Apoyo operativo y aspectos logísticos, del *Plan estratégico de preparación y respuesta para la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19): Pautas para la planificación operativa de la preparación y la respuesta de los países.*⁽⁴⁾

MEDIDAS CLAVE

- Catalogar las listas de los servicios esenciales y las necesidades de recursos, incluidos los medicamentos, las pruebas diagnósticas, los dispositivos médicos y otros suministros. Utilizar y adaptar las listas de referencia existentes, según corresponda, para controlar la disponibilidad.
- Evaluar las limitaciones de la cadena de suministro y trazar un mapa (o utilizar los mapas existentes) de los principales centros de distribución públicos y privados y designar puntos focales para supervisar e informar sobre la disponibilidad de suministros sanitarios en lugares clave.
- Establecer la presentación de informes semanales desde los principales puntos de distribución, como hospitales y tiendas de distrito, sobre los productos más importantes que puedan estar en riesgo de escasez o puedan plantear otro tipo de problemas (por ejemplo que se aproxime la fecha de caducidad o haya un exceso de existencias que podrían transferirse). Los informes deben remitirse a los puntos focales nacionales (véase más adelante) y la frecuencia de la presentación de informes se ajustará a medida que se normalicen los niveles de suministro. Los elementos que deben incluirse en los informes con carácter prioritario se definirán en función del contexto local y pueden incluir, entre otros:
 - los medicamentos o suministros esenciales agotados o con un alto riesgo de agotarse, por ejemplo, aquellos de los que hay pocas existencias, según las notificaciones de los trabajadores de los establecimientos sanitarios, o aquellos para los que se prevé que aumente la demanda;
 - los productos de los que hay excedentes y que podrían trasladarse a otros establecimientos con necesidades por cubrir.
- Designar los puntos focales en los organismos nacionales, incluidos los que se ocupan de la reglamentación, las adquisiciones y las aduanas, a fin de elaborar soluciones para las limitaciones de suministros. Los puntos focales nacionales deben colaborar para elaborar orientaciones sobre:
 - la comunicación constante y centralizada con los proveedores de servicios de salud, los fabricantes y otros organismos sobre los cambios en las necesidades;
 - la transmisión diligente a los establecimientos sanitarios de la información sobre los problemas y soluciones de la cadena de suministro y los puntos de contacto para transmitir las quejas o inquietudes;
 - la posibilidad de utilizar fuentes de suministro alternativas para el uso y distribución en circunstancias excepcionales;
 - otras opciones que aporten flexibilidad al sistema, como las excepciones reglamentarias a los requisitos sobre el idioma de las etiquetas y las excepciones aduaneras, por ejemplo, el seguimiento rápido de los anestésicos y otros productos controlados;
 - la notificación de las carencias a las oficinas de la OMS.

- Acelerar el flujo de información logística y de los pedidos, contemplando la posibilidad de realizar adaptaciones temporales a los procesos de gestión de adquisiciones y logística existentes, si es posible. Por ejemplo, pueden utilizarse formularios de correo electrónico, aprobaciones electrónicas y aplicaciones móviles para ahorrar tiempo y evitar la exposición innecesaria del personal.
- Asegurarse de que el personal con conocimientos adecuados de gestión y utilización de los productos y de detección de fuentes de suministro locales participe en los procesos, en particular para obtener medicamentos, equipos de protección personal, oxígeno, productos de la cadena de frío y pruebas diagnósticas. En el caso de los suministros como el oxígeno, el personal capacitado debe asesorar sobre todos los suministros que son necesarios para administrar el oxígeno a los pacientes.



1.9 Financiación de la salud pública y eliminación de los obstáculos financieros al acceso

Durante el brote de COVID-19, es preciso eliminar el pago de cuotas de usuario (copagos) en el lugar donde se prestan los servicios esenciales. La obligatoriedad del pago puede representar un obstáculo considerable para que las personas soliciten o reciban la atención necesaria, lo que puede dar pie a una morbilidad y mortalidad evitables y a un aumento de la transmisión durante un brote.⁽¹⁵⁾ No basta con anunciar que los servicios son gratuitos, en particular en los lugares en los que los pagos bajo la mesa son habituales (por ejemplo, para obtener suministros médicos o para los trabajadores de la salud). Los gobiernos deben establecer mecanismos fiables y oportunos para financiar la prestación gratuita de servicios esenciales y comunicar claramente esta política al público.

Las autoridades sanitarias tendrán que formular, sobre una base empírica, las necesidades de recursos para los servicios esenciales y comunicarlas claramente a las autoridades financieras y a los donantes a fin de que los fondos estén disponibles y garantizados. Esto es particularmente importante en un entorno de creciente presión presupuestaria, en el que disminuyen los ingresos del gobierno y aumentan las necesidades de gastos. En esos procesos deben tenerse en cuenta los insumos necesarios para los bienes comunes transversales, como la vigilancia y la capacidad de laboratorio conexa, el agua y el saneamiento, los sistemas de información, las campañas de comunicación y las cadenas de suministro.^(16,17)

Los planes financieros de los gobiernos deben incluir una compensación por la pérdida de ingresos en los establecimientos de atención sanitaria,⁽¹⁸⁾ así como fondos para cubrir el aumento de los gastos relacionados con las medidas incluidas en estas orientaciones (por ejemplo, la remuneración de las horas extraordinarias para los trabajadores sanitarios) y para los bienes públicos. En los planes financieros también deben tenerse en cuenta los costos asociados a los cambios en las modalidades de prestación de servicios y las medidas de seguridad para mitigar los riesgos de transmisión de la COVID-19, así como las oportunidades de aumentar la productividad mediante una mayor eficiencia en el uso de los recursos existentes. Las autoridades sanitarias tendrán que supervisar de forma constante el uso de los recursos y resolver las trabas de financiación que retrasen la prestación de los servicios esenciales.

MEDIDAS CLAVE

- Reorganizar y reprogramar los recursos presupuestarios existentes a partir de un análisis rápido de los costos incrementales derivados del aumento de los gastos relacionados con la epidemia, la posible pérdida de ingresos procedentes de los pagos de los usuarios y el impacto de los cambios en las modalidades de prestación de los servicios.
- Introducir mecanismos flexibles y oportunos que permitan la transferencia y utilización de los fondos, incluida la entrega anticipada de fondos públicos y de los donantes a las administraciones subnacionales y los organismos de compra, además de aumentar la flexibilidad en la autorización de los gastos y las adquisiciones, sin perjuicio de la presentación de informes y la rendición de cuentas sobre la utilización de los fondos.⁽¹⁹⁾
- Considerar la posibilidad de ajustar los métodos y las tasas de pago a los proveedores para dar cabida a los cambios pertinentes en la prestación de los servicios de salud y garantizar la continuidad de los flujos de financiación a los proveedores de dichos servicios.
- Suspender todo copago o cuota de usuario en el lugar donde se prestan los servicios de salud esenciales para todos los pacientes, independientemente de su seguro o condición de ciudadanía, compensando a los proveedores públicos y privados contratados mediante el pago anticipado de los servicios cuando sea posible.⁽²⁰⁾
- Si no es posible eliminar las tasas u otros obstáculos financieros (por ejemplo, los costos de transporte), trabajar con las autoridades que proporcionan transferencias sociales en efectivo para garantizar que los hogares vulnerables puedan recibir atención.⁽²¹⁾



1.10 Fortalecimiento de las estrategias de comunicación para fomentar el uso adecuado de los servicios esenciales

La comunicación eficaz y la participación de la comunidad son esenciales para mantener la confianza en las autoridades de salud pública y garantizar comportamientos adecuados de recurso a los servicios de salud. Si bien deben limitarse las visitas médicas en la medida de lo posible, de conformidad con las recomendaciones de distanciamiento físico, no debe demorarse el recurso a la asistencia médica para las afecciones urgentes y debe mantenerse el tratamiento continuo de las afecciones crónicas a fin de evitar complicaciones y empeoramientos graves. Los mensajes claros sobre cuándo y dónde solicitar la atención sanitaria, las políticas pertinentes sobre la suspensión de los copagos y la garantía de la seguridad de la atención sanitaria son esenciales y deben incorporarse en la estrategia de comunicación de respuesta a los brotes. En la estrategia deben figurar orientaciones sobre cómo solicitar asistencia médica en condiciones de seguridad e información actualizada sobre los cambios que se produzcan en los entornos de prestación de servicios (por ejemplo, los cambios de ubicación de determinados servicios de salud, la implantación de puntos de acceso separados para las personas con y sin síntomas de COVID-19 o cuándo volverán a estar disponibles los servicios suspendidos). Las líneas telefónicas de ayuda en las que se utilizan protocolos de atención de emergencia específicos pueden servir de apoyo a los usuarios para decidir si deben solicitar atención sanitaria y cuándo hacerlo. En los mensajes públicos deben mencionarse las fuentes de información y asistencia sobre los temas de interés para la salud pública que vayan surgiendo, como la violencia y el uso indebido de sustancias, así como información sobre las actividades de promoción de la salud. El uso eficaz de las plataformas digitales puede ampliar rápidamente la difusión de los mensajes de promoción de la salud a los públicos destinatarios (véase la sección 1.12).

MEDIDAS CLAVE

- Divulgar información e incluir la traducción a los idiomas locales para guiar el comportamiento de recurso a la atención de salud en condiciones de seguridad y preparar al público para los cambios en las plataformas de prestación de servicios, incluidas las actividades de extensión en sus comunidades.
- Utilizar múltiples enfoques de comunicación, incluidos los canales de las redes sociales, para fomentar la confianza del público y alentar la utilización sostenida de los servicios esenciales durante el brote. Colaborar con las comunidades para informar sobre la adaptación de los servicios, de modo que respondan mejor a las necesidades locales.
- Localizar las fuentes de información en las que confíe el público —como las consultas de atención primaria, las farmacias, los trabajadores y dirigentes de la salud de la comunidad y las redes de compañeros— y asegurarse de que esas fuentes se mantengan actualizadas sobre los cambios en la prestación de servicios esenciales y sobre los recursos disponibles, como las líneas telefónicas de ayuda directa.
- Proporcionar apoyo práctico y emocional a través de redes informales y de los profesionales de la salud.
- Fortalecer las asociaciones locales para generar y difundir las iniciativas comunitarias de apoyo a la promoción de la salud y brindar asistencia a las personas aisladas y vulnerables, al tiempo que se mantienen las medidas de distanciamiento físico y de prevención y control de infecciones.
- Asegurarse de que los mensajes sean accesibles para las personas con discapacidad visual, auditiva o cognitiva.



1.11 Fortalecimiento de la supervisión de los servicios de salud esenciales

Las decisiones clave sobre la naturaleza de las modificaciones en la prestación de servicios y el momento en que se efectúan deben basarse en datos precisos y oportunos en todas las fases de la pandemia de COVID-19.

Una vez que los países hayan definido el conjunto básico de servicios esenciales que deben mantenerse durante la pandemia (véase la sección 1.4), las autoridades sanitarias deberán hacer un seguimiento, analizar y presentar informes periódicamente sobre la utilización y la prestación de esos servicios. En los informes deben destacarse las interrupciones de los servicios y los ajustes que deban hacerse, como la planificación de estrategias de recuperación, la ejecución de estrategias de optimización del personal, la asignación de recursos y la garantía de disponibilidad de suministros esenciales.

Si bien tal vez sea necesario modificar los sistemas de datos para hacer un seguimiento de la trayectoria de la pandemia y de su efecto en el sistema de salud en general, la prestación de los servicios de salud esenciales debe rastrearse, en la medida de lo posible, utilizando los indicadores de las plataformas de información sanitaria existentes, incluidos los sistemas de información sanitaria ordinarios, las evaluaciones rápidas de los establecimientos sanitarios, los sistemas de registro de las estadísticas demográficas (incluidos los registros de defunciones) y las actividades de modelización. En la medida de lo posible, los países también deberían tratar de evaluar las necesidades y el acceso a los servicios de cada comunidad.

Será importante que las autoridades sanitarias reúnan y analicen los datos comunicados periódicamente sobre un conjunto básico de indicadores relativos a la prestación y la utilización general de los servicios y que estos puedan monitorearse con regularidad. En la recopilación y el análisis debe incluirse la evaluación de las tendencias en cuanto al total de consultas ambulatorias o visitas de atención primaria y el total de altas y muertes hospitalarias en comparación con los informes de años anteriores. Siempre que sea posible, los datos deben desglosarse por edad, sexo y grupo de población, según sea pertinente para el contexto local, para garantizar que los servicios se presten de manera equitativa y que ningún grupo de población específico se esté quedando atrás (especialmente los más vulnerables y en riesgo). También debe hacerse el seguimiento de un pequeño número de servicios que sirvan de marcadores para detectar los cambios y tendencias, como el aumento de las muertes maternas (recuadro 1). Además, los países deben velar por que los trabajadores de la salud sigan notificando inmediatamente cualquier aumento inusual de las enfermedades proclives a causar epidemias (por ejemplo, el cólera, el paludismo, el sarampión, la meningitis y la fiebre amarilla).

Una de las principales dificultades será obtener datos de forma segura y oportuna. Será necesario adaptar los procesos de recopilación de datos y suspender los mecanismos ordinarios de rendición de cuentas que aumentan el contacto, como la firma obligatoria para las confirmaciones. Es posible que se requieran esfuerzos adicionales para obtener informes mensuales o semanales de los centros de salud y las áreas subnacionales. En algunos contextos, puede que sea necesario centrarse en un subconjunto de establecimientos sanitarios centinela de los que puedan obtenerse y analizarse informes con rapidez y facilidad para comparar los niveles de actividad con un periodo similar de años anteriores. Si bien es posible que estos centros no sean enteramente representativos del verdadero contexto nacional (por ejemplo, puede haber un sesgo hacia los centros de salud urbanos frente a los rurales), sí pueden aportar pruebas tempranas de los cambios en la prestación y el uso de los servicios de salud. En las zonas subnacionales en las que no se dispone de información cuantitativa porque no se utilizan sistemáticamente los sistemas de información sanitaria, debe hacerse lo posible por ponerse en contacto directamente por teléfono con los establecimientos sanitarios y los trabajadores de la salud para solicitar activamente los informes pertinentes. Siempre que sea posible, deben recogerse los datos de los trabajadores comunitarios en el ámbito de la salud y de otras plataformas de prestación de servicios (por ejemplo, la atención domiciliaria y los cuidados a pacientes crónicos o dependientes). En general, la pandemia de COVID-19 brinda la oportunidad de reforzar las capacidades de vigilancia básicas que pueden aportar beneficios para la salud pública mucho más allá de esta emergencia. Las mejoras de la capacidad que se realicen para apoyar los esfuerzos de obtención de datos relacionados con la pandemia deben orientarse a la mejora sostenible del sistema.

Las evaluaciones rápidas de las necesidades cambiantes de los establecimientos de salud y de su capacidad para proporcionar servicios de salud esenciales durante las diferentes fases de la pandemia también serán fundamentales para planificar la prestación de servicios y cualquier redistribución de los recursos, tanto materiales como de personal. Los países deben plantearse la posibilidad de realizar periódicamente evaluaciones rápidas de una muestra de los establecimientos para calcular las necesidades prioritarias en términos de medicamentos esenciales, pruebas diagnósticas, equipos, disponibilidad de servicios, medidas de seguridad y capacidad del personal. En algunos contextos, es posible que estas deban llevarse a cabo en los establecimientos centinela y a partir de informes que se presenten por teléfono o en una aplicación móvil. Se está elaborando un conjunto de módulos para realizar esas evaluaciones rápidas —adaptados a partir de los módulos armonizados existentes de los establecimientos sanitarios(22) para satisfacer las necesidades de los países en las distintas fases de preparación, respuesta y recuperación de la COVID-19— y pronto estará disponible en el centro de publicaciones de la OMS sobre la COVID-19.(6)

Además, la elaboración de modelos puede servir como método adicional para examinar el impacto de las interrupciones en la prestación de servicios y puede utilizarse para fundamentar las decisiones sobre los servicios esenciales. Las hipótesis y los datos de referencia de cada modelo deben estar en consonancia con el contexto y el alcance de los resultados del modelo.

MEDIDAS CLAVE

- Informar y analizar periódicamente el impacto general de la pandemia en la prestación y utilización de los servicios de salud a partir de un pequeño conjunto de indicadores básicos (incluida la frecuentación total de los servicios ambulatorios o las visitas de atención primaria y las altas y muertes hospitalarias) y evaluar la prestación de los servicios en curso a partir de un conjunto de servicios que sirven de marcadores (véanse el recuadro 1 y el anexo).
- Desglosar los datos por edad, sexo y grupo de población siempre que sea posible para garantizar una prestación equitativa de los servicios.
- Realizar evaluaciones rápidas de los establecimientos sanitarios para supervisar la evolución de la capacidad de los servicios de salud esenciales; evaluar las interrupciones, los enfoques de mitigación, la capacidad de detección y selección, la capacidad del personal y la disponibilidad de medicamentos y suministros esenciales (incluidos los EPP).
- Cuando no sea posible realizar visitas sobre el terreno o se retrase la presentación de informes, establecer un sistema digital remoto por medio de una red de establecimientos sanitarios centinela seleccionados para determinar las capacidades y prioridades y facilitar la derivación de pacientes y la distribución de recursos de manera eficaz y selectiva.
- Realizar un seguimiento y controlar los fondos a fin de verificar que el sistema funciona según lo previsto para alcanzar los objetivos acordados.
- En la medida de lo posible, integrar la presentación de informes basados en la comunidad con los sistemas de información sanitaria de los establecimientos para mantener una estrategia integral de vigilancia de la prestación y la utilización de los servicios.
- Fortalecer y mantener los sistemas de vigilancia existentes para garantizar una supervisión eficaz y continua de la evolución de los brotes.

Recuadro 1. Muestra de indicadores para supervisar el mantenimiento de los servicios de salud esenciales durante la pandemia de COVID-19

Los países deben elegir un conjunto de indicadores pertinentes en su contexto, supervisarlos y presentar informes periódicamente para garantizar una estrecha vigilancia de los servicios de salud esenciales. En el anexo figura una lista más completa.

- Número total de visitas ambulatorias o de consultas de atención primaria.
- Número total de altas hospitalarias, incluidas las muertes (relacionadas o no con la COVID-19).
- Número de trabajadores de la salud disponibles, desglosados por grupo profesional (es decir, según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones o Clasificación CIUO-08).
- Número de trabajadores de la salud con COVID-19, desglosados por grupo profesional, incluidos los trabajadores de la salud o asistenciales en residencias de ancianos y centros de atención a pacientes crónicos o dependientes.
- Medicamentos o suministros esenciales para los que hay menos de dos meses de existencias y para los que no se haya podido confirmar el reabastecimiento o el reabastecimiento a tiempo.
- Número de nacimientos en los establecimientos sanitarios.
- Número de niños menores de un año que reciben la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DPT3) o la primera dosis de la vacuna contra el sarampión.
- Número de mujeres y niñas que reciben anticonceptivos a) orales y b) inyectables.
- Número de niños de 0 a 59 meses ingresados en un establecimiento de salud para el tratamiento de la emaciación grave y el edema de fóvea bilateral.
- Porcentaje de servicios de urgencias hospitalarios que disponen de una herramienta de cribado validada.(23)
- Relación de muertes hospitalarias por lesiones agudas con respecto al total de muertes por lesiones agudas.
- Número de admisiones hospitalarias por urgencias cardiovasculares y cerebrovasculares agudas.
- Número de casos de tuberculosis (nuevos y recaídas) notificados.
- Número de nuevos diagnósticos de cáncer.

Se está elaborando un conjunto completo de metadatos por indicador, con recomendaciones para desglosar la información y orientaciones para su análisis. Es necesario hacer un seguimiento de los indicadores y presentar informes al respecto cada cierto tiempo (es decir, semanal o mensualmente) que estén desglosados siempre que sea posible (por ejemplo, por edad y sexo).



1.12 Uso de las plataformas digitales para facilitar la prestación de servicios de salud esenciales

Los enfoques innovadores en los que se utilizan plataformas digitales permiten a los sistemas de salud gestionar mejor la respuesta a la COVID-19, mantener la prestación de los servicios de salud esenciales y comunicar al público cómo acceder a ellos. Pueden utilizarse modalidades digitales que permitan compartir e intercambiar rápidamente información específica, ya sea para capacitar y apoyar al personal sanitario, permitir la comunicación entre pares o realizar encuestas destinadas a supervisar la prestación de servicios y los suministros.

Un requisito importante para utilizar las tecnologías digitales en el ámbito de la salud es garantizar la armonización con las estrategias, las políticas y los planes de acción nacionales en materia de salud digital existentes.⁽²⁴⁾ Deben seleccionarse las tecnologías tras un examen de la infraestructura existente y del entorno propicio (por ejemplo, las normas y la interoperabilidad, la legislación, los reglamentos y las capacidades del personal).⁽²⁵⁾

Existen numerosos ejemplos relevantes y prácticos sobre el uso de tecnologías digitales para mantener y fortalecer la prestación de los servicios en el contexto de la COVID-19. Las soluciones de telemedicina incluyen las consultas médicas realizadas por vídeo chat o mensajes de texto, las líneas telefónicas de ayuda dotadas de personal, las farmacias electrónicas y las clínicas móviles con conexiones remotas a centros de salud para acceder cuando es necesario a los datos de los pacientes, como las listas de medicamentos y los resultados de las pruebas diagnósticas. Las aplicaciones digitales pueden utilizarse como parte de la supervisión de apoyo para los trabajadores de la salud, mientras que las herramientas digitales basadas en pruebas sirven para fundamentar las decisiones clínicas sobre el diagnóstico y el tratamiento. Las plataformas de mensajería que detectan y transmiten la ubicación de los establecimientos de servicios específicos, como las vacunas de rutina o los servicios de salud materna, pueden aportar transparencia y mejorar el comportamiento de las comunidades en lo que respecta al recurso a la atención médica. Además, las tecnologías digitales para la salud pueden mejorar el cumplimiento terapéutico y empoderar a los usuarios para que lleven la iniciativa y tomen medidas para gestionar su propia salud. Mediante las tecnologías digitales, es posible facilitar intervenciones de autogestión de la salud de alta calidad y basadas en pruebas empíricas⁽²⁶⁾ que pueden ofrecer alternativas efectivas a algunas interacciones cara a cara con los trabajadores de la salud.

Será necesario orientar y capacitar a los usuarios para que utilicen las soluciones digitales de salud y las plataformas de correo electrónico y mensajería deben cumplir con todas las normas pertinentes de interoperabilidad y privacidad en la transmisión de los datos de los pacientes. Si bien hay un abanico de herramientas digitales y formas diferentes en que pueden utilizarse, los principios fundamentales se aplican a todos. La OMS recomienda utilizar plataformas comunes cuando sea posible y evaluar y planificar cuidadosamente la interoperabilidad para evitar tener múltiples programas informáticos que no puedan comunicarse entre sí. La aplicación de las tecnologías de salud digital no debe agrandar la brecha digital y no es conveniente adoptar soluciones de salud digitales independientes y específicas para cada enfermedad que no sean compatibles entre sí.

Las medidas clave descritas a continuación deben revisarse y alinearse con las políticas, las prioridades y las prácticas de salud digital interinstitucionales existentes.^(27,28,29) Puede establecerse un orden de prioridad de esas medidas para su ejecución rápida y sistemática y aprovechar las soluciones digitales de salud existentes que abarquen diferentes esferas programáticas. Es necesario examinar los esfuerzos a lo largo de toda la respuesta y de las fases posteriores para mantener la coherencia con las estrategias nacionales sobre los servicios de salud esenciales y contribuir a crear sistemas de salud más resilientes y preparados para futuras emergencias.

MEDIDAS CLAVE

- Adoptar orientaciones y reglamentaciones provisionales sobre:
 - la prestación de servicios de salud mediante tecnologías de salud digital, teniendo en cuenta las consideraciones en materia de seguridad, privacidad, accesibilidad y responsabilidad;
 - el uso de sistemas electrónicos de facturación y pago, si procede;
 - el almacenamiento y el intercambio puntuales y seguros de datos entre laboratorios médicos, establecimientos, facultativos y farmacias;
 - la gobernanza y la gestión de datos para la vigilancia, el seguimiento y la notificación de eventos adversos y la investigación clínica en múltiples emplazamientos;
 - el uso de las consultas a distancia para evaluar, clasificar y manejar a los casos.
- Crear un sitio web o portal de mensajería digital central, actualizado y fiable para divulgar información al público y proporcionar orientación sobre cómo y cuándo solicitar asistencia sanitaria en condiciones de seguridad.
- Adoptar herramientas y sistemas de información para facilitar las teleconsultas (véase la sección 1.5).
- Establecer un mecanismo para el uso de recetas electrónicas en las farmacias y los proveedores de servicios sanitarios públicos y privados.
- Considerar la posibilidad de implantar programas informáticos automatizados de seguimiento, gestión y distribución de existencias para garantizar la disponibilidad de los equipos, los medicamentos y los suministros esenciales, incluidas las vacunas (véase la sección 1.8).
- Utilizar los sistemas de información sanitaria digital existentes en los establecimientos y a nivel nacional para supervisar la prestación y la utilización de los servicios de salud esenciales y la capacidad del personal sanitario (véanse las secciones 1.5 y 1.7).
- Iniciar una capacitación rápida en el lugar de trabajo en áreas clave a través de plataformas de aprendizaje en línea o digitales, que incluyan componentes de supervisión continua (véase la sección 1.7).

Parte 2: Consideraciones sobre el curso de la vida y la enfermedad





En las secciones siguientes se tratan las consideraciones y las adaptaciones específicas que deben realizarse en los programas en el contexto de la pandemia. En las primeras secciones se abordan las consideraciones en función de las etapas del ciclo vital, que se complementan con orientaciones detalladas sobre actividades programáticas específicas de carácter temático y orientadas a las enfermedades. En su conjunto, estos enfoques proporcionan una relación exhaustiva de las principales modificaciones necesarias para mantener los servicios esenciales en el contexto de la pandemia. En cada sección se incluye una breve reseña y un cuadro de actividades en el que se destacan las adaptaciones necesarias, así como las consideraciones relativas a las transiciones a medida que evoluciona la pandemia. Las áreas vinculadas están destacadas con referencias cruzadas. Estos cuadros están diseñados para ser utilizados junto con el anexo sobre los indicadores.

Estas secciones no sustituyen a las orientaciones generales del programa y deben leerse junto con la parte 1 de este documento y con las orientaciones provisionales sobre la atención sanitaria de base comunitaria, incluidas las actividades de extensión y las campañas, en el contexto de la pandemia de COVID-19 (*Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic*).⁽⁸⁾ En particular, todas las actividades descritas a continuación deben llevarse a la práctica de una manera que sea totalmente coherente con las orientaciones más recientes de la OMS en materia de prevención y control de infecciones.⁽⁶⁾ En general, si no se menciona una actividad programática y esta puede llevarse a cabo de forma segura, debe seguir realizándose de conformidad con las orientaciones existentes.



2.1 Etapas del curso de la vida

2.1.1 Salud de la madre y del recién nacido

La limitación del acceso y la utilización de los servicios esenciales de salud de la madre y del recién nacido durante las epidemias se traducen en aumentos significativos en el número de mujeres y recién nacidos que sufren complicaciones o mueren durante el embarazo, el parto y el periodo posnatal.(30,31) Incluso una ligera disminución del 10% en la cobertura de los servicios durante el embarazo y para los recién nacidos podría resultar en 28 000 muertes maternas adicionales, 168 000 muertes neonatales y millones de embarazos no deseados, ya que los servicios de planificación familiar sufren interrupciones.(31)

Los directivos deben estudiar detenidamente las capacidades de los servicios prestados en los establecimientos sanitarios y en las comunidades para decidir cuál es la mejor manera de garantizar la continuidad de los servicios esenciales de salud de la madre y del recién nacido. La OMS recomienda(32,33) que se mantengan todos los elementos esenciales de la atención prenatal y posnatal y que las mujeres y los recién nacidos tengan acceso a una atención especializada en todo momento, incluida la derivación para el tratamiento de las complicaciones y para los servicios auxiliares, como el laboratorio, los bancos de sangre y el transporte oportuno y seguro a los establecimientos de salud. Los riesgos para las madres y los recién nacidos de que se produzcan resultados adversos asociados con un parto no asistido superan los posibles riesgos de transmisión de la COVID-19 en los establecimientos sanitarios. Es fundamental que haya suficientes productos y suministros esenciales a disposición de los servicios de atención prenatal, de parto y posnatal, incluida la atención al recién nacido.

Pueden consultarse las orientaciones de la OMS sobre la atención clínica de la COVID-19(34) para el tratamiento de mujeres embarazadas o lactantes o de recién nacidos con una infección sospechosa o confirmada por el virus de la COVID-19. Debe alentarse a las madres con una infección sospechosa o confirmada de COVID-19 a que inicien y continúen el contacto piel a piel y la lactancia con las precauciones adecuadas.(35)

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
Prestación de al menos ocho consultas prenatales,(36) de conformidad con las orientaciones nacionales	<p>Si se interrumpen los servicios integrales en los establecimientos de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dar prioridad a las consultas prenatales de las mujeres embarazadas de bajo riesgo durante el tercer trimestre y para todas las mujeres embarazadas que se consideren de alto riesgo, incluidas las mujeres con comorbilidades, con insuficiencia o exceso ponderal, las adolescentes, las mujeres con riesgo de afecciones comunes de la salud mental materna u otros grupos vulnerables; • comprobar que los planes de preparación para el parto y las complicaciones estén adaptados y reflejen los cambios en los servicios. <p>Ofrecer de dos a tres meses de suplementos con los micronutrientes recomendados y mosquiteros tratados con insecticidas.</p> <p>En la medida de lo posible, utilizar plataformas digitales para el asesoramiento y el cribado, incluida la búsqueda de signos de alerta.</p> <p>Siempre que sea posible, concertar citas para las visitas prenatales a fin de reducir las aglomeraciones y planificar las consultas, de modo que todos los servicios pertinentes se presten en una sola visita.</p> <p>Dar prioridad a las evaluaciones de riesgo de las afecciones que se sabe que aumentan en el contexto de la COVID-19, entre ellas el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias; las afecciones comunes de salud mental (por ejemplo, la ansiedad, la depresión); y la violencia por razón de género.</p>	<p>Velar por que se adopten estrategias de extensión específicas si la cobertura y el recurso a la atención sanitaria disminuyen.</p> <p>Prever las visitas prenatales pendientes, incluida la administración de vacunas con anatoxina tetánica y las pruebas del VIH y la sífilis.</p> <p>Establecer mecanismos para garantizar la concertación temprana y continua de las consultas o tratamientos que hayan quedado pendientes.</p> <p>Planificar la manera de poner al día los datos registrados en los hogares que estén incompletos.</p>
<p>Véanse también las secciones 2.1.4, 2.2.1 y 2.3.1.</p>		

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
Atención especializada durante el trabajo de parto, el nacimiento(37) y el periodo inmediatamente posterior al parto en un centro sanitario durante un mínimo de 24 horas tras el nacimiento.	<p>Mantener los hogares de espera materna, donde existan, garantizando que se sigan las orientaciones adecuadas en materia de prevención y control de infecciones.(38)</p> <p>Asegurarse de que las personas que vayan a acompañar durante el parto se hayan sometido a pruebas de detección de la COVID-19.</p> <p>Garantizar el transporte seguro de las madres y los recién nacidos para brindarles los servicios necesarios.</p> <p>Dar prioridad al apoyo para el inicio del contacto piel con piel y la lactancia materna temprana y exclusiva.(35)</p> <p>Las cesáreas deben realizarse siguiendo únicamente criterios obstétricos, independientemente del escenario de transmisión de la COVID-19 y del estado de la madre con respecto a la COVID-19.</p>	
Prestación de cuatro consultas posnatales,(39) de conformidad con las orientaciones nacionales	<p>Si se interrumpen los servicios integrales en los establecimientos de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dar prioridad a las consultas posnatales de las mujeres y los recién nacidos durante la primera semana después del nacimiento, incluidas las consultas posnatales dentro de las primeras 24 horas después del nacimiento si el parto fue en casa; • dar prioridad al seguimiento de las mujeres y los recién nacidos de alto riesgo. <p>En la medida de lo posible, utilizar plataformas digitales para el asesoramiento y el cribado, incluida la búsqueda de signos de alerta.</p> <p>Si es necesario acudir en persona a la consulta, proporcionar todos los servicios pertinentes en una sola visita.</p> <p>Ofrecer de dos a tres meses de suplementos de los micronutrientes recomendados, mosquiteros tratados con insecticidas y anticonceptivos. Plantearse proporcionar anticonceptivos reversibles de acción prolongada.</p> <p>Comprobar que los planes de preparación para las complicaciones estén adaptados y reflejen los cambios en los servicios.</p> <p>Véanse también las secciones 2.2.1, 2.2.3, 2.3.1, 2.3.3 y 2.3.4.</p>	<p>Velar por que se adopten estrategias de extensión específicas si la cobertura y el recurso a la atención sanitaria disminuyen.</p> <p>Planificar las visitas posnatales o los elementos esenciales que hayan quedado pendientes, incluida la administración de vitamina K y de las dosis neonatales de las vacunas para los recién nacidos.</p> <p>Planificar la manera de poner al día los datos registrados en los hogares que estén incompletos.</p>
Tratamiento de los bebés prematuros y con peso bajo al nacer(33)	<p>Limitar el método madre canguro a una o dos personas con EPP capacitadas en materia de prevención y control de infecciones.</p> <p>Elaborar estrategias que permitan brindar el apoyo necesario para que siga utilizándose el método madre canguro en el hogar.</p> <p>Estudiar el alta temprana con seguimiento de los recién nacidos prematuros o con peso bajo al nacer que estén estables y sigan el método madre canguro.</p>	
Ingresos en la UCI neonatal	<p>Asegurarse de que los progenitores se hayan sometido a las pruebas adecuadas de detección de la COVID-19 antes de acceder a la UCI neonatal.</p>	
Registro de los nacimientos y defunciones maternas y perinatales y estudio de las muertes maternas y perinatales(40)	<p>Dar prioridad al registro del nacimiento de todos los recién nacidos, independientemente del lugar de nacimiento, y supervisar la cobertura de registro de los nacimientos.</p> <p>Dar prioridad al registro de las defunciones maternas y perinatales.</p>	<p>Ponerse al día en el registro de los nacimientos, según sea necesario.</p> <p>Mejorar la vigilancia y la respuesta a las muertes maternas y perinatales.</p>

*Véanse también la sección 1.11 y el anexo.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

2.1.2 Salud del niño y del adolescente

Si bien las tasas de mortalidad por COVID-19 parecen ser bajas en niños y adolescentes,(41) este grupo puede verse afectado desproporcionadamente por la interrupción de los servicios de salud ordinarios. Los síntomas de la COVID-19 no son específicos y se solapan con las principales causas de muerte en niños menores de cinco años (es decir, la neumonía, la diarrea y el paludismo). Según los modelos, se estima que la interrupción de los servicios esenciales durante un periodo de 12 meses podría suponer hasta 2,3 millones de muertes adicionales de niños menores de cinco años en los países de ingresos bajos y medianos.(30) Es sumamente importante garantizar la continuidad de los servicios esenciales prestados a través de la atención primaria de salud integrada, que existan vías de derivación a la atención secundaria explícitas y bien comunicadas y que se siga disponiendo de antibióticos, oxígeno y pulsioxímetros. La OMS recomienda brindar la atención de salud de acuerdo con los protocolos normalizados siempre que sea posible.(42,43) El asesoramiento sobre los cuidados y la nutrición adecuados y el apoyo y la supervisión del estado nutricional de los niños deben incluirse en todas las visitas a los servicios de salud, especialmente si es posible que las visitas de rutina sean limitadas. La salud mental de los cuidadores y sus necesidades de apoyo psicosocial pueden evaluarse con preguntas simples y es necesario proporcionarles el apoyo necesario.

Según los primeros datos, durante la pandemia, los niños y adolescentes corren un mayor riesgo de sufrir depresión y ansiedad,(44) acoso en línea(45) y problemas de salud sexual y reproductiva, como embarazos no deseados y violencia en la pareja.(46) El cierre de las escuelas ha tenido repercusiones dramáticas en el acceso de los adolescentes a los servicios preventivos; por ejemplo, muchos adolescentes con problemas de salud mental solo tienen acceso a los servicios que requieren en el ámbito escolar. Es posible que millones de niños que antes comían en los comedores escolares tengan menos acceso a alimentos, ya que se han interrumpido los servicios de nutrición en las escuelas, incluida la administración semanal de suplementos de hierro y ácido fólico. El retraso de las vacunas, la reducción drástica de las oportunidades de actividad física y el aumento del consumo de tabaco, alcohol y drogas pueden tener consecuencias a largo plazo en la prevención de las enfermedades no transmisibles.

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
Visitas de cuidados intensivos y de urgencias para niños enfermos (enfermedades infantiles comunes y malnutrición aguda)	<p>Modificar los protocolos de evaluación(8) para incluir el tamizaje de la COVID-19 mientras se toman las medidas necesarias de prevención y control de infecciones.(23)</p> <p>Mantener todos los servicios de cuidados intensivos y de urgencias de pediatría, con evaluaciones constantes de las necesidades inmediatas de los casos sospechosos y procesos de derivación adaptados según sea necesario.(23,34)</p>	<p>Supervisar e informar sobre la utilización de los servicios para atender a los niños enfermos y para comparar los datos con años anteriores.</p> <p>Supervisar y notificar los casos de niños afectados por la COVID-19, incluidos los síndromes inflamatorios posinfecciosos.</p>
Visitas para pacientes pediátricos crónicos (enfermedades crónicas y discapacidades del desarrollo)	<p>Plantearse limitar la frecuencia de las visitas en persona para los pacientes estables y mantener el calendario de visitas habitual para los que requieren un seguimiento estrecho.</p> <p>Proporcionar medicamentos y otros suministros para periodos más largos de lo habitual.</p> <p>Brindar más atención a los niños y los adolescentes con retrasos y discapacidades relacionados con el desarrollo.</p> <p>Estudiar el uso de soluciones digitales para comunicarse con los cuidadores y los pacientes.</p> <p>Véanse también las secciones 2.2.2, 2.2.3 y 2.3.1.</p>	
Atención para los niños sanos, incluido el seguimiento y el asesoramiento sobre el crecimiento y el desarrollo	<p>Estudiar la posibilidad de posponer las visitas rutinarias a los niños sanos y planificar cómo recuperarlas.</p> <p>Integrar en todo contacto con los servicios de salud, incluidas las visitas de inmunización, el seguimiento del crecimiento y el desarrollo, el asesoramiento y el apoyo a la nutrición, la detección de abusos y la salud mental del niño y de la persona responsable de sus cuidados, así como el asesoramiento sobre el cuidado responsable.(47)</p> <p>Estudiar el uso de soluciones digitales para transmitir mensajes clave que protejan a los niños y promuevan un crecimiento y un desarrollo saludables.</p> <p>Véanse también las secciones 2.2.1 y 2.2.3.</p>	<p>Reanudar rápidamente los servicios de atención a los niños sanos, incluido el seguimiento y el asesoramiento sobre el crecimiento y el desarrollo.</p> <p>Planificar y preparar la interrupción para el siguiente pico de demanda.</p> <p>Supervisar los cambios en las tasas de desnutrición y sobrepeso.</p> <p>Planificar el modo de ponerse al día con los datos registrados en los hogares.</p>
Inmunización de los niños y adolescentes	<p>Informar a los padres y a los adolescentes sobre las modificaciones en los calendarios de vacunación y tranquilizarlos sobre la seguridad de la reprogramación de las vacunas para los adolescentes.</p> <p>Véase la sección 2.3.3.</p>	<p>Planificar el modo de ponerse al día con los datos registrados en los hogares que estén incompletos.</p> <p>Una vez reabran las escuelas, asegurarse de que los programas escolares de inmunización sigan un plan para administrar las vacunas pendientes.(48)</p>

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
Educación sanitaria en las escuelas y en la comunidad	<p>Cuando sea posible, integrar los mensajes dirigidos a los niños y a los adolescentes(49) en los medios de comunicación tradicionales y digitales en las estrategias de comunicación nacionales y subnacionales.</p> <p>Emitir programas educativos por televisión y radio cuando las escuelas estén cerradas.</p> <p>Establecer mecanismos de telemedicina para asesorar sobre la prevención de las enfermedades no transmisibles y realizar intervenciones breves sobre la prevención del consumo de sustancias y sexualidad.</p>	<p>Una vez que las escuelas vuelvan a abrir y esté permitido reunirse en grupos, diseñar estrategias adaptadas para ponerse al día, especialmente para los estudiantes con vulnerabilidades específicas.</p> <p>Preparar la reapertura con las medidas adecuadas de prevención y control de infecciones.</p> <p>Evaluar el impacto del acceso diferencial a la información y la educación sanitaria durante el cierre de las escuelas.</p>
Servicios de seguridad alimentaria y nutrición en las escuelas	<p>Diseñar estrategias alternativas para salvaguardar la seguridad alimentaria y la nutrición de los niños en edad escolar, por ejemplo, proporcionar suplementos de micronutrientes, raciones para llevar a casa, medicamentos antiparasitarios (según corresponda), transferencias en efectivo a familias con niños escolarizados y asistencia en forma de vales de alimentos.</p> <p>Establecer modalidades alternativas para la recogida de alimentos, como la posibilidad de recoger comidas y refrigerios en los puntos de distribución, incluido en las escuelas que estén cerradas para otros fines.</p> <p>Aprovechar las estructuras de redes de seguridad existentes para asegurar que se atienda a los estudiantes vulnerables.</p> <p>Véase también la sección 2.2.1.</p>	<p>Reanudar y continuar el suministro de paquetes esenciales de salud y nutrición escolar.(50)</p> <p>Crear planes de emergencia para la distribución de comida o cestas de alimentos durante el cierre de las escuelas.</p>
Promoción, prevención y tratamiento de la salud mental (a través de servicios en las escuelas y la comunidad)	<p>Buscar actividades en el hogar que sean seguras y entretenidas, que ofrezcan oportunidades de aprendizaje y que ayuden a los niños y los adolescentes a adaptarse.</p> <p>Crear planes de emergencia para proporcionar servicios de salud mental a los estudiantes que dependen principalmente de los servicios en las escuelas mientras estas estén cerradas.</p> <p>Estudiar el uso de plataformas digitales para prestar apoyo psicosocial y para la detección y el tratamiento tempranos de las afecciones de salud mental.</p> <p>Utilizar programas de aprendizaje socioemocional a distancia y fortalecer las capacidades de las escuelas, el personal de salud mental y los embajadores de la juventud para impartir los programas a distancia.</p> <p>Véase también la sección 2.2.3.</p>	<p>Intensificar el aprendizaje socioemocional en el aula cuando reabran las escuelas.</p> <p>Hacer un seguimiento de los niños no escolarizados para instituir mecanismos de apoyo.</p> <p>Mejorar las oportunidades para que los jóvenes y sus familias accedan a servicios de salud mental y apoyo psicosocial.</p> <p>Siempre que sea posible, tratar de institucionalizar las buenas prácticas puestas en marcha durante la pandemia.</p>
Servicios de salud sexual y reproductiva y de VIH para los adolescentes	<p>Adoptar estrategias alternativas para informar a los adolescentes sobre dónde y cómo acceder a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva y VIH.</p> <p>Considerar la posibilidad de renunciar a las restricciones (si existen) — como la edad o el estado civil, el consentimiento de los padres o del cónyuge y los costos— para facilitar el acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva y de VIH.</p> <p>Establecer mecanismos de telemedicina para el asesoramiento individual de los adolescentes, sujetos a los principios de confidencialidad y de no coerción en la toma de decisiones.</p> <p>De ser posible, implicar a grupos comunitarios y redes juveniles para ampliar la distribución de información y servicios de salud sexual y reproductiva y VIH.</p> <p>Véanse también las secciones 2.1.4 y 2.3.1.</p>	
Prevención y respuesta a la violencia de pareja y la violencia sexual	<p>Informar a los adolescentes —hombres y mujeres— sobre dónde y cómo obtener apoyo y atención en caso de violencia de pareja o violencia sexual. Utilizar los medios de comunicación, si es posible.</p> <p>Asesorar a los trabajadores de la salud sobre la agravación del riesgo que corren los adolescentes de sufrir violencia de pareja y violencia sexual y sobre la necesidad de prestarles apoyo y atención discretamente, así como de garantizar la confidencialidad.</p> <p>Establecer líneas telefónicas de ayuda y centros de acogida, si es posible.</p>	<p>Aconsejar a los adolescentes que busquen apoyo y atención si no pudieron hacerlo en los momentos de movilidad restringida.</p>
Suministro de productos menstruales	<p>Mediar con las autoridades para garantizar que los productos de higiene menstrual se incluyan en las listas de productos sanitarios prioritarios para mitigar la interrupción del suministro.</p> <p>Proporcionar información a las niñas y las mujeres sobre productos de salud menstrual alternativos y reutilizables.</p> <p>En la medida de lo posible, involucrar a los distintos colectivos sociales para facilitar el acceso a los productos menstruales.</p>	<p>Para los programas que dependen del reparto de productos de higiene menstrual en las escuelas, crear planes de emergencia para su distribución durante los cierres escolares.</p>

*Véanse también la sección 1.11 y el anexo.

2.1.3 Personas mayores

Las personas mayores, en particular las que tienen afecciones subyacentes, corren un mayor riesgo de obtener nefastos resultados sanitarios y de fallecer por COVID-19 y son más vulnerables a muchas de las consecuencias indirectas de la pandemia. Es más probable que necesiten medicamentos y cuidados constantes, incluidas visitas domiciliarias y atención comunitaria, por lo que es posible que las restricciones a la circulación de personas les afecten desproporcionadamente (véanse las secciones 2.2.2 y 2.2.3).

Existen orientaciones técnicas específicas de la OMS sobre el cuidado de las personas mayores con COVID-19,(6) la prestación de atención domiciliaria(51) y de atención sanitaria de base comunitaria(8) y la prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia.(38) La OMS recomienda que las personas mayores, sus familias y cuidadores estén informados sobre las medidas de prevención y la importancia de promover la salud física y mental en el contexto de la COVID-19. Las personas mayores deben participar de forma activa en la adaptación de sus planes de atención y es necesario establecer mecanismos específicos para garantizar que tengan acceso seguro a la atención social y de salud integrada, incluido el apoyo, la vigilancia y el seguimiento.(52)

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
Promoción de la salud física y mental de las personas mayores en casa	<p>Dar prioridad a informar a las personas mayores, sus familias y cuidadores sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • las medidas de prevención, incluido asegurarse de que guardan una buena higiene,(53) reducir todo lo posible el número de visitas y reconocer los síntomas de la COVID-19;(54) • cómo promover la actividad física segura y cuidar la salud mental durante la pandemia;(47) • cómo vigilar los impactos negativos del aislamiento social; • cómo obtener ayuda y denunciar el abuso a los mayores;(55) • cuándo y cómo solicitar atención para prevenir resultados de salud graves. <p>Asegurarse de que exista un plan de atención personalizada que se adapte al contexto de la pandemia y que aborde las intervenciones (como la necesidad de medicamentos de prescripción) necesarias para controlar las afecciones subyacentes, la autogestión para mantener las capacidades físicas y mentales y los objetivos y preferencias de tratamiento y atención médica futuros, incluidos los cuidados terminales.</p> <p>Dar prioridad al apoyo psicosocial, incluido para el duelo y la pérdida.</p> <p>Véase también la sección 2.2.2.</p>	<p>Identificar a las personas que no han recibido la vacuna anual contra la gripe o la vacuna antineumocócica conjugada, o ambas, y administrárselas de acuerdo con las políticas nacionales de vacunación. Véase también la sección 2.3.3.</p> <p>Evaluar los casos de atención urgente (por ejemplo, la incidencia de caídas), los ingresos hospitalarios y el desenlace clínico de los pacientes y adoptar medidas según sea necesario, como llevar a cabo actividades de extensión dirigidas a los grupos de riesgo y establecer líneas telefónicas de ayuda específicas.</p>
Servicios de salud para las personas mayores con deficiencias o discapacidades	<p>Velar por que la información esté al alcance de las personas mayores con disfunciones (por ejemplo, baja visión o ceguera, pérdida de audición, deterioro cognitivo o demencia).</p> <p>Facilitar el acceso a los servicios de rehabilitación según sea necesario, incluida la educación, la información sobre la autogestión de la salud, los programas de ejercicios en el hogar y las ayudas técnicas.</p> <p>Véase también la sección 2.2.3.</p>	<p>Evaluar los cambios en la disponibilidad y la utilización de los servicios de rehabilitación.</p>
Servicios de salud para las personas mayores con afecciones subyacentes	<p>Tender la mano a las personas mayores con afecciones subyacentes y a sus cuidadores mediante mecanismos de telesalud(56) y la participación de la comunidad.(8)</p> <p>Siempre que sea posible, garantizar la disponibilidad de medicamentos básicos y mecanismos para distribuirlos.</p> <p>Elaborar un mecanismo de supervisión y seguimiento sistemático de las personas mayores.</p>	<p>Evaluar los cambios en la cobertura del tratamiento de las afecciones subyacentes (por ejemplo, la hipertensión, la diabetes, la neumopatía obstructiva crónica, la demencia, las cataratas) y adoptar medidas adicionales cuando sea necesario, como activar líneas telefónicas de ayuda directa o revisar los mecanismos periféricos.</p> <p>Anticipar y planificar el aumento de la capacidad para gestionar la acumulación de servicios de salud no urgentes que se suspendieron (por ejemplo, la cirugía de cataratas).</p>
Servicios de salud para las personas mayores que son dependientes	<p>Elaborar, con antelación y junto con la persona mayor y la familia, un plan alternativo en caso de que el cuidador principal no esté disponible y encontrar un cuidador o centro alternativo, o ambos.</p> <p>Instruir a los cuidadores acerca de la COVID-19(38,51) y encontrar opciones para aliviar la carga de los cuidadores, incluida la prestación de apoyo psicológico y asistencia de relevo.</p>	<p>Evaluar los cambios en la disponibilidad y la utilización de los servicios de atención social en la comunidad (por ejemplo, guarderías, servicios para visitas domiciliarias) y garantizar que se ejecute un plan de atención alternativo, si es necesario.</p>

*Véanse también la sección 1.11 y el anexo.

2.1.4 Servicios de salud sexual y reproductiva

Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y a los derechos reproductivos de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Plataforma de Acción de Beijing son metas clave de los ODS (3.7 y 5.6). Las lecciones extraídas de los brotes de enfermedad por los virus del Ebola y de Zika muestran que, durante los brotes, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva puede verse gravemente alterado, desempoderando a las personas, en particular a las mujeres y las niñas, y exponiéndolas a riesgos para la salud que podrían prevenirse. La reducción de la disponibilidad de servicios esenciales de salud sexual y reproductiva y de la madre y del recién nacido acarrearán muchos miles de muertes maternas y neonatales debido a los millones de embarazos no deseados adicionales, los abortos en condiciones de riesgo y los partos complicados sin acceso a la atención esencial y de emergencia. Incluso una reducción del 10% en estos servicios podría resultar en unos 15 millones de embarazos no deseados, 3,3 millones de abortos en condiciones de riesgo y 29 000 muertes maternas adicionales durante los próximos 12 meses.(30,31,46)

Cuando se interrumpe la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en los establecimientos de salud, la OMS recomienda que se dé prioridad a los servicios de salud digitales, las intervenciones de autocuidado, la distribución de las tareas y los servicios de extensión para garantizar el acceso a los medicamentos, las pruebas diagnósticas, los dispositivos, la información y el asesoramiento. En esta prioridad debería incluirse la garantía del acceso a los anticonceptivos, el aborto según lo permitido por la ley y los servicios de prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluidos el VIH y los papilomavirus humanos (VPH). Las desigualdades sociales y de género ya existentes se agravan en el contexto de la pandemia, que está afectando a las niñas y las mujeres de maneras diferentes a las que afecta a hombres y niños. Es probable que la exposición de las mujeres y las niñas esté influida por las normas y expectativas sociales en torno a su función de cuidadoras: ellas proporcionan la abrumadora mayoría de los cuidados en el hogar y constituyen la mayor parte del personal sanitario. En general, la falta de protección de los grupos vulnerables las expone a un mayor riesgo de infección y socava la respuesta a la COVID-19 en su conjunto.

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
Acceso a métodos anticonceptivos	<p>Si el método anticonceptivo que suele utilizar una mujer no está disponible, deben facilitarse otras opciones anticonceptivas (incluidos los métodos de barrera, los métodos basados en la observación del ciclo menstrual y los anticonceptivos de emergencia).</p> <p>Relajar los requisitos para la prescripción de anticonceptivos orales o autoinyectables y de anticonceptivos de emergencia y proporcionar suministros para varios meses con información clara sobre el método y la forma de acceder a la atención especializada en caso de reacciones adversas.</p> <p>Permitir que las farmacias y los dispensarios aumenten la gama de anticonceptivos que pueden ofrecer, además de permitir que se expidan recetas para varios meses y que se autoadministren los anticonceptivos inyectables subcutáneos, si están disponibles.</p>	<p>Planificar para que los usuarios retomen los métodos a largo plazo (como los DIU o los implantes) y recurran a métodos permanentes (ligadura de trompas y vasectomía) si se interrumpieron los servicios.</p> <p>Evaluar el inventario y llevar un registro de los datos relacionados con la adquisición de medicamentos anticonceptivos a fin de evitar posibles rupturas de existencias. Supervisar y comunicar dónde acceder a los servicios.</p>
Servicios de reproducción asistida	<p>Dar prioridad en los servicios a las pacientes con una reserva ovárica limitada y considerar el uso de la crioconservación en los casos en que se hayan interrumpido los tratamientos de reproducción asistida.</p>	
Abortos seguros según las disposiciones de la ley y atención después del aborto	<p>Estudiar la reducción de los obstáculos que podrían retrasar la atención y, por lo tanto, aumentar el riesgo para las adolescentes, las supervivientes de violaciones y otras mujeres y niñas especialmente vulnerables en este contexto.</p> <p>Considerar el uso de métodos médicos no invasivos para realizar abortos seguros y tratar los abortos incompletos.</p> <p>Reducir al mínimo las visitas a los establecimientos de salud y el contacto entre el personal sanitario y las usuarias mediante el uso de la telemedicina y los métodos de autogestión de la salud, cuando proceda, al tiempo que se garantiza el acceso a personal sanitario capacitado en caso necesario.</p> <p>Ajustar la previsión de productos básicos y suministros para satisfacer el aumento previsto en la demanda de métodos médicos de aborto.</p>	<p>Evaluar periódicamente los datos de los inventarios de medicamentos y suministros necesarios para los abortos y la atención posterior a un aborto, a fin de evitar un posible agotamiento de las existencias cuando se reanuden los servicios ordinarios.</p> <p>Plantearse ampliar los mecanismos de telemedicina para la distribución de medicamentos en los contextos en los que se haya demostrado su eficacia.</p>

Salud sexual	<p>Facilitar el acceso a preservativos y lubricantes en diferentes puntos de venta para que las prácticas sexuales sean más seguras.</p> <p>Destacar la necesidad de productos menstruales y asegurarse de que se incluyan en las listas de productos sanitarios prioritarios necesarios a fin de mitigar la interrupción del suministro.</p> <p>Informar sobre productos de salud menstrual alternativos y reutilizables.</p> <p>En la medida de lo posible, involucrar a los distintos colectivos sociales para facilitar el acceso a los productos menstruales.</p> <p>Aumentar la disponibilidad de pruebas de autodiagnóstico del VIH y la extracción de muestras para las ITS, incluida la sífilis, por los propios pacientes y las derivaciones al tratamiento si es necesario.</p> <p>Conceder prioridad a los mensajes adecuados para fomentar que las relaciones sexuales sean seguras y consensuales durante los periodos de confinamiento.</p> <p>Garantizar un acceso adecuado a los productos básicos esenciales para las personas en tratamiento crónico (por ejemplo, medicamentos para el VIH, la gestión de la menopausia o los tratamientos hormonales en procesos de cambio de sexo).</p> <p>Véase también la sección 2.3.1.</p>	
Detección y prevención del cáncer cervicouterino	<p>Véanse las adaptaciones específicas para la vacunación contra el VPH que se encuentran en las preguntas frecuentes de la OMS y el UNICEF.(57)</p> <p>Promover la toma de muestras para la prueba del VPH por las propias pacientes y facilitar la recogida de las muestras en las farmacias o en los centros de salud. Promover el asesoramiento en línea si la prueba de detección es negativa y el tratamiento adecuado si fuera positiva.</p> <p>Agrupar en una sola visita la detección y el tratamiento de las lesiones precancerosas si se dispone de la capacidad y se pueden prestar los servicios con seguridad.</p> <p>Dar prioridad en la detección a las mujeres VIH-positivas.</p> <p>Véase también la sección 2.2.2.</p>	<p>Reanudar la vacunación contra el VPH, incluidos los mensajes sobre el sexo seguro y los vínculos con los servicios de salud sexual y reproductiva.</p>
Lucha contra la violencia contra las mujeres y las niñas, la violencia por razón de género y la violencia sexual	<p>Proporcionar información sobre los cambios realizados en los servicios (por ejemplo, la ubicación, el horario de apertura, los datos de contacto).</p> <p>Informar y alertar a todos los proveedores de servicios de salud sobre el mayor riesgo de violencia doméstica derivado de las medidas de prevención y control del brote.</p> <p>Mejorar las respuestas a las supervivientes y apoyarlas en lo que necesiten, incluida la asistencia de salud mental y el apoyo psicológico.</p> <p>Garantizar la disponibilidad de servicios de atención tras una violación, incluidos los anticonceptivos de emergencia, la profilaxis contra el VIH y el tratamiento de las ITS.</p> <p>Localizar centros de acogida, refugios o derivaciones a los servicios sociales para las personas que corren el riesgo de ser víctimas de violencia o que se enfrentan a ella durante los periodos de cuarentena.</p> <p>Fortalecer la detección y los servicios para detectar la violencia contra las mujeres y las niñas, la violencia por razón de género y la violencia sexual.</p>	

*Véanse también la sección 1.11 y el anexo.

DIU: dispositivo intrauterino; ITS: infecciones de transmisión sexual; VPH: virus del papiloma humano.



2.2 Nutrición, enfermedades no transmisibles y salud mental

2.2.1 Nutrición

La pandemia de COVID-19 tendrá consecuencias en el bienestar nutricional de las poblaciones vulnerables mediante múltiples mecanismos. Se prevé que la calidad y la cantidad de los alimentos disminuyan debido a la pérdida de ingresos de los hogares y a las disfunciones de los sistemas alimentarios (por ejemplo, la paralización del comercio y el transporte de los alimentos desde el lugar de producción hasta los mercados) y de los programas de alimentación escolar. Los programas en los que se suministran importantes componentes de nutrición, como los servicios de atención prenatal y posnatal, el asesoramiento sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño, los suplementos de micronutrientes y la detección y el tratamiento tempranos de la emaciación) se verán en peligro, del mismo modo que la vigilancia de las poblaciones de riesgo que se utiliza para localizar los colectivos o las personas que necesitan apoyo nutricional.

Dado que los servicios de salud desvían su atención hacia la pandemia de COVID-19, los servicios de nutrición deben adaptarse para evitar el aumento de la morbilidad y la mortalidad debidas a la malnutrición. Las adaptaciones que se efectúen dependerán de la fase de la pandemia, la respuesta y el contexto del país, incluida la seguridad alimentaria y la carga de la malnutrición. En las zonas con una elevada carga de malnutrición, deben mantenerse en todas las etapas de la respuesta las medidas esenciales de nutrición para los niños, los adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y otras poblaciones vulnerables. La gestión, la vigilancia y el seguimiento de la información sobre nutrición deben adaptarse para garantizar la coordinación de las actividades en la materia.

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
Nutrición materna	<p>Si se reducen las consultas prenatales o posnatales, proporcionar en cada visita los suficientes suplementos recomendados (suplementos de hierro, ácido fólico y calcio en las visitas prenatales; hierro y ácido fólico en las visitas posnatales) para dos o tres meses.</p> <p>En los casos en que la distribución de alimentos sufra una interrupción significativa y en las poblaciones con una alta prevalencia de carencias nutricionales, cabe plantearse utilizar múltiples suplementos de micronutrientes con hierro y ácido fólico para las mujeres embarazadas y lactantes.</p> <p>En las poblaciones desnutridas, proporcionar suplementos dietéticos equilibrados de energía y proteínas a las mujeres embarazadas.</p>	<p>Si se han saltado las visitas prenatales o posnatales y se ha interrumpido la administración de suplementos, debe examinarse la concentración de hemoglobina en la madre al regresar a la clínica y tratar los casos de anemia.</p>
Promoción de la lactancia materna y apoyo a las nuevas madres para que comiencen a amamantar	<p>Brindar información y apoyo a todas las madres al inicio de la lactancia y aclarar información sobre los riesgos y los beneficios en relación con la COVID-19.(34,35)</p> <p>Utilizar plataformas de salud digital para brindar asesoramiento continuo sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño, si es posible.</p> <p>Véase también la sección 2.1.2.</p>	

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
Suplementos de vitamina A para niños de 6 a 59 meses en áreas donde la deficiencia de vitamina A sea un problema de salud pública	Si se producen interrupciones en las visitas pediátricas rutinarias, puede retrasarse la administración de suplementos de vitamina A o integrarse en otros programas, como la inmunización.	Si las interrupciones son prolongadas, observar a los niños en busca de signos oculares de deficiencia de vitamina A. Es posible que sean necesarias campañas para suministrar suplementos de vitamina A, que pueden integrarse en otros programas, por ejemplo, de inmunización.
Suplementos de hierro o múltiples micronutrientes en polvo para los niños y suplementos de hierro y ácido fólico a las adolescentes y las mujeres adultas en las poblaciones en que la anemia sea un problema de salud pública	Si se recomienda administrar los suplementos solo durante varios meses al año, puede retrasarse la distribución.(8) Véase también la sección 2.1.2.	De manera similar a las estrategias para la vitamina A, es posible que sea necesario realizar campañas de detección y recuperación si esos retrasos se prolongan o también pueden llevarse a cabo una vez que se resuelva el brote.
Detección temprana, derivación y tratamiento de la emaciación, incluido el cribado de niños enfermos	Adaptar los protocolos de tratamiento de la emaciación sin complicaciones para tener en cuenta las rupturas de la cadena de suministro u otras limitaciones (por ejemplo, modificando los criterios antropométricos y los calendarios de dosis y distribución de los alimentos terapéuticos listos para el consumo). El tratamiento de la emaciación grave con complicaciones médicas debe ajustarse a las recomendaciones de la OMS para la atención de pacientes hospitalizados con medidas reforzadas de prevención y control de infecciones. Véase también la sección 2.1.2.	Si las interrupciones son prolongadas, priorizar los servicios para los niños con emaciación.

*Véanse también la sección 1.11 y el anexo.

2.2.2 Enfermedades no transmisibles: enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas, nefropatía crónica, afecciones de salud bucodental

La COVID-19 puede perjudicar los resultados en materia de enfermedades no transmisibles en adultos y niños por varias vías, entre ellas, la mayor susceptibilidad a la infección por COVID-19 y las tasas más elevadas de letalidad entre las personas con enfermedades no transmisibles; la demora en el diagnóstico de las enfermedades no transmisibles, que da pie a que las enfermedades pasen a fases más avanzadas; el retraso, la insuficiencia o la interrupción de la gestión (tratamiento, rehabilitación, paliación) de las enfermedades no transmisibles; y el aumento de los factores de riesgo conductuales, como el sedentarismo y el aumento del consumo de sustancias nocivas. Entre los ejemplos figuran el retraso en solicitar atención de urgencia, por ejemplo, en caso de ataque cardíaco o accidente cerebrovascular; el aumento del riesgo de infección de las personas con insuficiencia renal que necesitan tratamiento en centros de diálisis; la crisis diabética causada por la interrupción del suministro de insulina; el empeoramiento del pronóstico del cáncer como consecuencia del retraso en el diagnóstico; y el deterioro de las personas con enfermedades respiratorias crónicas debido a las interrupciones en la rehabilitación pulmonar.

Las pruebas⁽⁵⁸⁾ apuntan a que las personas con cardiopatías o diabetes, así como las que tienen factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, como la hipertensión y la obesidad, corren un mayor riesgo de padecer enfermedades graves y de morir a causa de la COVID-19, y este mal pronóstico parece aumentar con la edad. En este subgrupo, es conveniente realizar una evaluación clínica temprana ante cualquier síntoma sospechoso.

La naturaleza de la COVID-19 puede hacer que algunas enfermedades no transmisibles sean más difíciles de detectar. Por ejemplo, la COVID-19 se ha asociado con complicaciones cardiovasculares que pueden dificultar el diagnóstico preciso de un infarto de miocardio. Además, los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas tienen dificultades específicas para decidir cuándo solicitar atención médica, ya que su enfermedad puede causar signos y síntomas similares a los de la COVID-19. En los planes de tratamiento oncológico debe tenerse en cuenta el aumento de la morbilidad y la mortalidad causada por la COVID-19 en los pacientes con cáncer y la definición de las intervenciones prioritarias puede realizarse con el apoyo de equipos multidisciplinares.

En el tratamiento de los pacientes afectados por las enfermedades no transmisibles y la COVID-19, es fundamental controlar los efectos secundarios y las interacciones de los medicamentos. Por ejemplo, el uso no autorizado de medicamentos para tratar la COVID-19, como los antirretrovíricos, que suelen utilizarse para tratar la infección por VIH, o la cloroquina, puede tener efectos secundarios cardiovasculares. Además, es necesario confrontar y corregir la información errónea sobre los medicamentos para las enfermedades no transmisibles y su impacto en la susceptibilidad o el resultado de la COVID-19.^(59,60)

Asimismo, es importante reforzar los comportamientos que promueven la salud de los niños y los adultos y mantener las intervenciones en la población para el control del tabaco y el alcohol, la alimentación y la actividad física. Entre esas intervenciones pueden figurar medidas reglamentarias y fiscales relativas a los alimentos, el alcohol y el tabaco, incluida la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y las recomendaciones de la OMS sobre las mejores inversiones⁽⁶¹⁾ para las ENT. La pandemia de COVID-19 ofrece la oportunidad de incentivar a la población a dejar de fumar, lo que también contribuirá a la prevención y el control de las enfermedades respiratorias crónicas y otras enfermedades no transmisibles.⁽⁶²⁾

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
Prevención y detección		
Prevención de las ENT mediante la reducción de los factores de riesgo relacionados con el comportamiento	Adaptar las actividades de promoción de la salud (por ejemplo, sobre el control y el abandono del tabaquismo, el uso nocivo del alcohol, la actividad física, la dieta saludable y la gestión del estrés) para poder realizarlas por teléfono, mediante mensajes de texto o recursos en línea, según sea posible. Aumentar el apoyo para dejar de fumar según las directrices de la OMS. ^(63,64)	Revisar cuando disminuya la transmisión en la colectividad. Supervisar la eficacia de los mecanismos de prestación de servicios y estudiar la posibilidad de ampliar aún más los mecanismos virtuales si se ha demostrado su eficacia.
Vacunación para prevenir el cáncer (VHB, VPH) y proteger a las personas de alto riesgo	Véanse las adaptaciones específicas para la vacunación en las escuelas y la vacunación de los adultos, las personas mayores, las personas de alto riesgo y los trabajadores de la salud, que pueden encontrarse en las orientaciones de la OMS y el UNICEF incluidas en las preguntas más frecuentes. ⁽⁵⁷⁾	
Evaluación de riesgos cardiovasculares y programas de control de la salud de los adultos	Mantener asesoramiento sobre la reducción del riesgo de las ENT mediante estrategias de prestación de servicios modificadas como se indicó antes y plantearse suspender temporalmente los programas de detección en los establecimientos de salud.	Revisar cuando disminuya la transmisión en la colectividad.

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
Detección del cáncer (cervicouterino, mamario, colorrectal)	<p>Modificar y estudiar retrasar temporalmente los programas de detección del cáncer, en particular aquellos que se realizan en los establecimientos sanitarios.</p> <p>Estudiar la posibilidad de promover la toma de muestras en el hogar para el cáncer cervicouterino (prueba del VPH) y el cáncer colorrectal en entornos con la infraestructura y la capacidad adecuadas.</p> <p>Mantener la comunicación y el seguimiento diagnóstico para aquellos que se han hecho una prueba de detección. El asesoramiento, si el resultado de la prueba es negativo, y la planificación del tratamiento, si el resultado es positivo, pueden realizarse a distancia. Podría darse prioridad en las pruebas de detección a las personas de alto riesgo (como las pruebas de detección de cáncer cervicouterino para las mujeres VIH-positivas).</p> <p>Véase también la sección 2.1.4.</p>	Revisar cuando disminuya la transmisión en la colectividad.
Detección de la retinopatía diabética	Considerar suspender temporalmente los programas de detección en los establecimientos de salud hasta que disminuya la transmisión en la colectividad.	Vigilar la incidencia de la ceguera y, para ponerse al día, dar prioridad en las pruebas de detección a los adultos que hayan tenido diabetes de tipo 1 durante más de cinco años, las personas diabéticas con retinopatía proliferativa confirmada que no hayan acudido a la consulta y las personas con nefropatía diabética.

Diagnóstico

Programas de diagnóstico precoz del cáncer	<p>Iniciar o intensificar las campañas para alentar al público en general a solicitar asesoramiento médico en caso de presentar posibles síntomas de cáncer.</p> <p>Utilizar las consultas virtuales para minimizar los retrasos en el diagnóstico.</p> <p>Mantener las citas médicas presenciales, según sea necesario, para los servicios (por ejemplo, evaluación de sangrado anormal) y las decisiones urgentes.</p>	Supervisar el número de nuevos diagnósticos de cáncer al mes e implantar medidas correctivas rápidas si se detecta una reducción significativa.(65)
Diagnóstico del cáncer	Dar prioridad a los estudios de imagenología oncológica que puedan ayudar en la toma de decisiones sobre el tratamiento.	
Diagnóstico de enfermedades respiratorias crónicas	<p>Dado que la broncoscopia y la mayoría de las pruebas de la actividad pulmonar pueden generar aerosoles que contengan el coronavirus, es necesario examinar a los pacientes para detectar la COVID-19 antes de realizar estos procedimientos y limitarse a llevar a cabo únicamente los imprescindibles para la atención del paciente, incluidos los que formen parte de un tratamiento oncológico.</p> <p>Véase también la sección 2.3.2.</p>	Revisar los cambios constantemente y supervisar su impacto en el acceso de los pacientes al tratamiento.

Gestión y tratamiento especializado de las enfermedades crónicas (66,67,68)

Gestión general de las ENT crónicas	<p>Concienciar a los pacientes con enfermedades no transmisibles sobre su mayor susceptibilidad a la COVID-19 y sobre los modos de reducir el riesgo de transmisión y reconocer los síntomas de la enfermedad; en esta actividad también debe incluirse información sobre las implicaciones de la autogestión de las enfermedades no transmisibles.</p> <p>Asegurarse de que los pacientes con enfermedades no transmisibles crónicas sepan cuándo y cómo acceder a la telemedicina o a los servicios en línea para el seguimiento habitual o a los servicios de urgencias en caso de empeoramiento o agravamiento agudos.</p> <p>Crear planes de autogestión y apoyar la autovigilancia de la enfermedad, si procede, con el apoyo de los trabajadores de la salud y mediante mecanismos alternativos de prestación de servicios, si es necesario.</p> <p>Aumentar los suministros de medicamentos y las existencias para los dispositivos de monitoreo en los hogares.</p> <p>Modificar las rutinas de control médico (por ejemplo, la frecuencia y la vía por la que se prestan los servicios), según corresponda.</p> <p>Véase también la sección 2.1.2.</p>	Supervisar la incidencia del agotamiento de las existencias de medicamentos, las complicaciones de las enfermedades, los pacientes de COVID-19 con afecciones subyacentes, los casos que requieren atención urgente, los ingresos hospitalarios y los resultados de los pacientes; adoptar medidas correctivas cuando sea necesario, como garantizar la difusión de información a los grupos de riesgo, activar líneas telefónicas de ayuda específicas y revisar las vías de cribado y atención.
Gestión de enfermedades respiratorias crónicas como el asma y la neumopatía obstructiva crónica	<p>Además de modificar la gestión de las ENT crónicas en general:</p> <ul style="list-style-type: none"> educar a los pacientes para que diferencien los síntomas de la COVID-19 de la tos u otros síntomas habituales; dirigir a los pacientes a recursos en línea para obtener apoyo o capacitación en la técnica correcta de inhalación y realizar consultas virtuales para reforzar la comprensión de los pacientes y evitar los factores desencadenantes de los ataques agudos, a fin de reducir todo lo posible el riesgo de hospitalización; si procede, asegurarse de que los pacientes con asma dispongan de tratamientos de rescate (es decir, un breve tratamiento con esteroides) para controlar con ayuda las crisis asmáticas agudas en el hogar, de acuerdo con el plan de autocontrol acordado con el médico. 	Plantearse ampliar aún más los mecanismos virtuales de prestación de servicios de salud cuando se haya comprobado su eficacia.

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
Gestión de la diabetes	<p>Además de modificar la gestión de las ENT crónicas en general:</p> <ul style="list-style-type: none"> • modificar el tratamiento de la hipoglucemia grave en personas con diabetes tratada con insulina poniendo a disposición de sus familias inyecciones de glucagón y educándolas sobre cómo utilizarlas en casa; • proporcionar a las personas con diabetes de tipo 1 tiras de autocontrol de cetonas en la orina y asegurarse de que se establezca contacto telefónico con un proveedor de servicios de salud. 	<p>A partir de la vigilancia antes descrita, adoptar las medidas correctivas que sean necesarias, como garantizar los servicios de extensión para los grupos de riesgo, activar líneas telefónicas de ayuda específicas y revisar las vías de cribado y atención.</p>
Gestión de las enfermedades cardiovasculares (prevención secundaria, incluida la rehabilitación cardíaca, para las personas con cardiopatías previas)	<p>Además de modificar la gestión de las ENT crónicas en general:</p> <ul style="list-style-type: none"> • elaborar programas de promoción de la salud adaptados a las necesidades individuales, modificándolos para que se puedan ejecutar mediante campañas en los medios de comunicación, por teléfono, por mensaje de texto o mediante recursos en línea, según sea factible; la telerrehabilitación es una opción para los pacientes dados de alta del hospital después de una crisis aguda; • prolongar los planes de tratamiento que probablemente expiren durante las restricciones a la circulación de personas; • subrayar la importancia de detectar sin demora las cardiopatías isquémicas y los accidentes cerebrovasculares —cuando se presentan los tres signos (el entumecimiento de la cara, la debilidad de los brazos y la dificultad para hablar), es el momento de pedir ayuda— y de seguir acudiendo al médico ante cualquier signo de urgencia derivada de una enfermedad no transmisible; • asegurarse de que haya un seguimiento proactivo y un acercamiento a los pacientes, en particular a los que evitan visitar los centros de salud. 	<p>Revisar cuando disminuya la transmisión en la colectividad.</p> <p>Supervisar la eficacia de los mecanismos de prestación de los servicios en los comportamientos de riesgo y los resultados.</p> <p>Plantearse ampliar aún más los mecanismos virtuales de prestación de servicios de salud cuando se haya comprobado su eficacia.</p>
Gestión de la fibrilación auricular para prevenir los accidentes cerebrovasculares	<p>Estudiar modificar la vigilancia del tratamiento anticoagulante en los establecimientos de salud, por ejemplo, recogiendo muestras de sangre a domicilio o en otro lugar designado, y asegurarse de que se dispone de vías de acceso si los valores de las pruebas requirieran adoptar medidas adicionales (como la consulta a un especialista).</p>	<p>Revisar cuando disminuya la transmisión en la colectividad.</p>
Tratamiento agudo y de urgencias y atención especializada para las ENT	<p>Modificar las vías de tratamiento para los servicios de atención especializada y de urgencias, tanto para las personas con COVID-19 como para pacientes no infectados, y asegurarse de que los pacientes se someten a un proceso de detección de la COVID-19 en el primer punto de contacto.</p> <p>Instituir una estrategia de alta multidisciplinaria con apoyo de la atención primaria si todavía no existe.</p> <p>Modificar las decisiones de tratamiento según la enfermedad y adaptadas a cada paciente, en consulta con el especialista, el equipo multidisciplinario o ambos.</p>	<p>Supervisar las tasas de admisión y de mortalidad en los hospitales, los principales indicadores de rendimiento y calidad y los desenlaces clínicos de los pacientes; de haber variaciones significativas (por ejemplo, en las admisiones), deben iniciarse estrategias específicas y campañas de comunicación.</p>
Atención en caso de síndrome coronario agudo y accidente cerebrovascular	<p>Mantener los sistemas y protocolos de urgencias para la gestión de los síndromes coronarios agudos y los accidentes cerebrovasculares.</p> <p>Modificar las redes de atención del síndrome coronario agudo y el accidente cerebrovascular (establecimientos centrales y sus satélites y vías diferenciadas), en función de si el paciente presenta una infección por COVID-19.</p> <p>Mantener las intervenciones urgentes (por ejemplo, trombólisis, trombectomía).</p> <p>Encontrar opciones seguras de rehabilitación durante la atención hospitalaria.</p> <p>Reconocer las posibles interacciones medicamentosas y reacciones cardiovasculares adversas de varios medicamentos no autorizados para el tratamiento de la COVID-19.</p> <p>Dar prioridad a las consultas de seguimiento de los sobrevivientes a un accidente cerebrovascular, ya que tienen un mayor riesgo de neumonía.</p>	<p>Vigilar la demora en recurrir a la atención médica y modificar los protocolos de cribado en las líneas de ayuda telefónica y en las ambulancias, según sea necesario.</p> <p>En los establecimientos o redes satelitales, supervisar las tasas de supervivencia, la recuperación funcional de los pacientes y las variaciones en los servicios e intervenciones para los accidentes cerebrovasculares; ajustar las vías de acceso y mejorar la atención según sea necesario.</p> <p>Estudiar la elaboración de un plan de contingencia para mejorar las instalaciones y las ambulancias con, por ejemplo, instrumentos de diagnóstico y equipos de tratamiento y sus protocolos pertinentes, y proporcionar capacitación al personal para activar el protocolo en caso de síndrome coronario agudo o de accidente cerebrovascular con el apoyo a distancia de la red clínica pertinente.</p> <p>Revisar los reglamentos y protocolos de comunicación con el paciente y los miembros de sus familias y asegurarse de que incluyan, por ejemplo, llamadas telefónicas, mensajes de texto y videollamadas.</p>

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
Atención oncológica especializada	<p>Dar prioridad a la iniciación oportuna del tratamiento del cáncer en los casos en que los retrasos afectan a los resultados.</p> <p>Debido a que los pacientes con cáncer en una fase avanzada a los que se les diagnostica COVID-19 tienen un riesgo relativo más alto de un peor resultado, puede ser necesario adaptar los planes de tratamiento.</p> <p>Dar prioridad al tratamiento de los cánceres para los que los beneficios de iniciar el tratamiento a tiempo superan los riesgos de iniciarlo en el contexto de una pandemia, teniendo en cuenta los riesgos de exposición y en qué medida el paciente está inmunodeprimido.</p> <p>Adaptar y modificar a las circunstancias individuales y el contexto del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el orden en que se administra el tratamiento (como el uso de quimioterapia o radioterapia antes de la cirugía); • la pauta terapéutica (como la duración del tratamiento para los pacientes en remisión clínica); o • el plan de tratamiento (por ejemplo, los candidatos a un trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas). <p>Para las personas con cáncer diagnosticadas con COVID-19, estudiar cambiar de inmediato los planes de tratamiento del cáncer, incluida la posible suspensión de los tratamientos inmunodepresores.</p>	<p>Es posible que sea necesario adaptar constantemente los servicios de tratamiento oncológicos en función de los cambios en el personal disponible, la infraestructura, el volumen de casos y los desenlaces clínicos.</p>
Diálisis	<p>Facilitar los desplazamientos a los centros de hemodiálisis y plantearse disminuir la frecuencia del tratamiento, de tres a dos veces por semana, en los pacientes que puedan soportarlo, a fin de reducir el riesgo de infección, mitigar la escasez de suministros de diálisis o ambos.</p> <p>Debe plantearse la posibilidad de realizar consultas a distancia para ayudar a los pacientes que se someten a diálisis en casa.</p> <p>Es posible que sea necesario adaptar la distribución de suministros de diálisis en el hogar (por ejemplo, facilitar una mayor cantidad de kits o de líquidos).</p>	<p>Anticipar el posible aumento del número de pacientes con nefropatías en fase terminal o sin recuperación de lesiones renales agudas que requieran admisión en diálisis en la fase pospandémica y establecer prioridades para la gestión, incluidos los procedimientos de toma de vías y los programas de trasplante.</p>
Servicios de salud bucodental	<p>Suspender temporalmente las intervenciones programadas y la atención de salud bucodental no urgente, pero mantener los servicios para las urgencias bucodentales, como las infecciones agudas, el dolor, el sangrado o los traumatismos, con medidas de prevención y control de infecciones avanzadas. Utilizar plataformas digitales remotas, si están disponibles, para la evaluación inicial.</p> <p>Puesto que los servicios de salud bucodental se consideran entornos de alto riesgo para la infección cruzada, estudiar modificar los procedimientos en la materia para incluir las intervenciones esenciales que no generen aerosoles o solo generen un volumen mínimo.</p>	
Rehabilitación		
Rehabilitación para todas las ENT	<p>Modificar los programas de rehabilitación para adaptarlos a las circunstancias individuales y elaborar consejos prácticos para logopedas y foniatras, fisioterapeutas, psicoterapeutas y ergoterapeutas; ayudar a los trabajadores a encontrar la forma de realizar consultas a distancia de manera rápida y eficaz.(69)</p>	<p>Realizar evaluaciones de riesgos individuales para iniciar los cambios en la gestión y controlar las complicaciones.</p>
Rehabilitación tras la amputación de extremidades	<p>Encontrar opciones seguras de rehabilitación durante la atención hospitalaria y utilizar en la medida de lo posible la telerrehabilitación para los pacientes dados de alta recientemente y sus familiares.</p>	<p>Analizar los indicadores de calidad (es decir, las medidas de resultado) que pueden utilizarse para activar medidas adicionales que garanticen el acceso a la rehabilitación.</p>
Rehabilitación para las enfermedades respiratorias crónicas	<p>Evitar las clases de rehabilitación pulmonar y los grupos de apoyo presenciales para los pacientes y plantearse utilizar mecanismos de atención alternativos, como la telesalud, los recursos en línea o ambos, para no interrumpir la prestación de los servicios.</p>	<p>Revisar cuando disminuya la transmisión en la colectividad.</p>
Rehabilitación para los accidentes cerebrovasculares y las cardiopatías	<p>Activar la telerrehabilitación para los pacientes de accidentes cerebrovasculares recientemente dados de alta y sus familiares. Si no es posible, elaborar opciones seguras para el seguimiento comunitario y ambulatorio.</p> <p>Para la rehabilitación cardíaca, véase arriba Gestión de las enfermedades cardiovasculares (prevención secundaria, incluida la rehabilitación cardíaca, para las personas con cardiopatías previas).</p>	<p>Analizar los indicadores de calidad de la red de centros de tratamiento de accidentes cerebrovasculares (por ejemplo, la tasa de funcionalidad) que pueden utilizarse para activar medidas adicionales que garanticen el acceso a la rehabilitación.</p>

Cuidados paliativos

Cuidados paliativos para las ENT

Consultar las orientaciones de la OMS sobre los cuidados paliativos y las cuestiones éticas durante las emergencias y la pandemia de COVID-19.(70,71)
 Actualizar los documentos de voluntades anticipadas para las personas con enfermedades no transmisibles, y compartirlos en todo el sistema de salud, si es posible.
 En el entorno de la atención domiciliaria, modificar los servicios de modo que las inyecciones de opiáceos se reemplacen por opiáceos orales, parches o ambos. Capacitar a los familiares que se ocupan de los pacientes con ENT en la prestación de cuidados paliativos.
 Proporcionar material educativo para el paciente sobre, por ejemplo, la gestión domiciliaria de la disnea para aquellos con cardiopatías crónicas y afecciones pulmonares que no puedan ser derivados al hospital.
 Los familiares que se encargan de cuidar a personas con ENT u otras afecciones deben estar exentos de las restricciones a la circulación de personas.

Supervisar diaria o semanalmente el número de pacientes que tienen COVID-19 y de los que no necesitan cuidados paliativos, para adaptar mejor la prestación de los servicios.

*Véanse también la sección 1.11 y el anexo.

ENT: enfermedades no transmisibles; VHB: virus de la hepatitis B; VPH: virus del papiloma humano.

2.2.3 Trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias

Las afecciones relacionadas con la salud mental incluyen una serie de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias y sus discapacidades psicosociales, cognitivas e intelectuales asociadas. Las consecuencias directas e indirectas de la pandemia repercuten en estas afecciones de múltiples formas. Los estresantes fuertes son un grave factor de riesgo para el desarrollo, la agravación y la recaída de una serie de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias y de pautas de comportamiento poco saludables, como el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, la ludopatía y las apuestas.(47) Para las personas con trastornos por consumo de sustancias, la interrupción del suministro de alcohol y drogas durante la pandemia puede dar pie a graves estados de abstinencia. La propia COVID-19 se asocia a síntomas neurológicos, como el delirio, la encefalopatía, la agitación, los accidentes cerebrovasculares y la meningoencefalitis. El aislamiento social, la reducción de la actividad física y la disminución de la estimulación cognitiva pueden aumentar los riesgos de deterioro cognitivo y demencia y las personas con demencia son más susceptibles a la COVID-19 y tienen mayores tasas de mortalidad asociadas a la enfermedad.

La suspensión de los servicios de atención de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias puede costar vidas, como en el caso de la interrupción de los tratamientos de la epilepsia, la falta de atención a los pacientes con riesgo de suicidio, la discontinuidad de los servicios de reducción de daños y la omisión de intervención en las sobredosis de opiáceos y los síndromes de abstinencia alcohólica grave. También puede causar problemas con la justicia o causar un sufrimiento insoportable (por ejemplo, en casos de depresión grave, psicosis aguda, abstinencia de opiáceos o demencia grave) y puede tener repercusiones en el desarrollo de los niños cuando los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias son prenatales o posnatales.

La OMS recomienda que se refuercen y fortalezcan los servicios de salud mental en el contexto de la pandemia. Proporcionar atención segura para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en las prisiones y los centros de detención es una prioridad, dadas las altas tasas de trastornos de esta naturaleza en la población carcelaria y el alto riesgo de infección durante el confinamiento.

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
Atención de urgencias y de cuidados intensivos para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados y ambulatorios	Mantener los servicios de urgencias y cuidados intensivos para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (por ejemplo, riesgo inminente de suicidio, convulsiones, delirio, psicosis aguda, manía aguda, sobredosis de opiáceos, síndromes graves y complicados de abstinencia) y asegurarse de que se siga prestando cierta atención hospitalaria a dichos trastornos. Dado que la COVID-19 está asociada con ciertos síntomas neurológicos (por ejemplo, delirio o encefalopatía, agitación, accidente cerebrovascular, meningoencefalitis, deterioro del sentido del olfato o del gusto), asegurarse de que todos los pacientes que presenten dichos síntomas se sometan a pruebas de COVID-19, entre otras.	

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
<p>Tratamiento y atención de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en entornos ambulatorios</p>	<p>Conceder prioridad a la atención presencial para la gestión inicial de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias graves que impliquen bien graves disfunciones o bien situaciones que pongan en peligro la vida del paciente.</p> <p>Establecer protocolos claros para garantizar la disponibilidad de pruebas diagnósticas y de laboratorio para escenarios clave (por ejemplo, para determinar las causas en caso de delirio o las interacciones entre medicamentos, el nivel de litio en la sangre, el recuento de glóbulos blancos para el uso de clozapina, el neurodiagnóstico por la imagen para los accidentes cerebrovasculares).</p> <p>Incorporar el reconocimiento temprano y el tratamiento de los casos prenatales de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en los protocolos de atención prenatal y posnatal modificados. Véase también la sección 2.2.1.</p> <p>Para las personas con trastornos por consumo de sustancias, mantener las intervenciones clave de reducción de daños y los servicios psicosociales, incluido el tratamiento ininterrumpido de agonistas opioideos y la gestión de los síndromes de abstinencia graves.</p> <p>Establecer contacto con los trabajadores de primera línea en todos los establecimientos de salud (incluido el personal de los centros de cuidados a pacientes crónicos) para ofrecer acceso a servicios de salud mental y materiales de autoayuda.</p> <p>Implantar periodos de prescripción más largos que impliquen ya sea ampliar la práctica de llevar los medicamentos a casa (por ejemplo, para el tratamiento con metadona o buprenorfina, los medicamentos anticonvulsivos de liberación lenta o los medicamentos neurolépticos de absorción lenta con consentimiento informado) o la distribución periódica de medicamentos en el hogar. Involucrar a los cuidadores a fin de garantizar que los medicamentos se almacenen de forma segura para reducir el riesgo de suicidio.</p> <p>La atención sanitaria digital o la telemedicina pueden empezar a utilizarse para: las visitas de seguimiento;</p> <ul style="list-style-type: none"> • los tratamientos psicológicos, si el paciente no presenta graves disfunciones; • los cuidadores de personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias; • los grupos de atención psicosocial (por ejemplo, los grupos de ayuda mutua). <p>Redirigir la atención inicial de la depresión leve y la ansiedad a la autoayuda (por ejemplo, materiales digitales o escritos).⁽⁷²⁾</p> <p>Mejorar la atención para las personas aisladas con graves trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, según sea necesario.</p> <p>Velar por que se mantengan las visitas domiciliarias en situaciones específicas (por ejemplo, para brindar servicios a los adultos mayores con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias).</p> <p>Retrasar las cirugías programadas para la epilepsia y todas las evaluaciones psicométricas.</p>	<p>Reinstaurar el seguimiento rutinario mediante pruebas de laboratorio para las personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias con tratamientos a base de medicamentos psicotrópicos cuando regresen al centro de salud.</p> <p>Prepararse para un mayor uso de los servicios (niveles superiores a la época preandémica) para una serie de afecciones, entre ellas el trastorno depresivo, el trastorno de ansiedad, los trastornos por consumo de alcohol y drogas, el trastorno de duelo prolongado, la psicosis, el trastorno de estrés postraumático y las autolesiones y las conductas suicidas.</p> <p>Asegurarse de que las personas con graves trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias y con las discapacidades psicosociales, intelectuales y cognitivas conexas tienen acceso a los servicios de rehabilitación.</p>
<p>Servicios prestados en establecimientos hospitalarios o residenciales especializados (por ejemplo, hospitales psiquiátricos, hogares para personas con demencia, centros de rehabilitación de alcohol y drogas)</p>	<p>Limitar las admisiones a casos urgentes. Realizar las pruebas de la COVID-19 antes del ingreso y velar por el cumplimiento de los protocolos de cuarentena recomendados, con la plena aplicación de las medidas de prevención y control de infecciones en los casos positivos.</p> <p>Establecer y mejorar la supervisión de los mecanismos de denuncia por negligencia o violaciones de los derechos humanos.</p> <p>Habilitar mecanismos de apoyo familiar a distancia si se suspenden las visitas.</p> <p>Utilizar formatos accesibles y canales de comunicación familiares para proporcionar información sobre las medidas de prevención y control de infecciones para las personas con discapacidades psicosociales, intelectuales o cognitivas.</p> <p>Asegurarse de que el acceso a un tratamiento de alta calidad y los criterios de aislamiento sean los mismos para las personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias que para el resto de la población.</p>	
<p>Prestación intersectorial de servicios de salud para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (mediante las escuelas, los servicios sociales, el sistema de justicia penal)</p>	<p>Intensificar la participación de los agentes gubernamentales y de las organizaciones no gubernamentales para movilizar los recursos y la sociedad en apoyo de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (por ejemplo, en el hogar y en las escuelas, los centros de atención y las cárceles) y velar por que las personas con trastornos graves de esta naturaleza tengan acceso a servicios que cubran sus necesidades básicas.</p> <p>Modificar los servicios de salud mental en las escuelas para que puedan prestarse mediante plataformas en línea.</p>	<p>Estudiar los efectos a largo plazo de la respuesta de la COVID-19 en los grupos de alto riesgo (por ejemplo, las personas con trastornos preexistentes mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, las personas mayores, las mujeres, los jóvenes, los niños); mejorar los servicios intersectoriales.</p>
<p>Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias</p>	<p>Proporcionar acceso a información sobre métodos de afrontamiento positivos.</p> <p>Apoyar los entornos de aprendizaje enriquecedores para los niños y los jóvenes que están confinados en el hogar.</p> <p>Apoyar actividades que ayuden a los adultos mayores que estén aislados a mantenerse en contacto con los demás.</p>	

*Véanse también la sección 1.11 y el anexo.



2.3 Enfermedades transmisibles

2.3.1 VIH, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual

De las personas VIH-positivas, las que tienen un bajo recuento de células CD4 y una alta concentración vírica y las que no están recibiendo tratamiento antirretrovírico tienen, en general, un mayor riesgo de infecciones y complicaciones conexas. Si bien se desconoce si la inmunosupresión asociada a la infección por el VIH aumenta el riesgo de COVID-19 o de las infecciones bacterianas concomitantes que se producen durante la ventilación de pacientes con trastornos respiratorios agudos, dado el contexto pandémico es prudente tomar precauciones adicionales para las personas con infección por el VIH avanzada o mal controlada.

Es indispensable realizar pruebas tempranas, aplicar medidas preventivas, incluida la reducción de daños, y garantizar la continuidad de los tratamientos antirretrovíricos para mantener una respuesta eficaz al VIH durante la pandemia de COVID-19. Según los modelos, en África subsahariana, una interrupción de seis meses del tratamiento antirretrovírico provocaría más de 500 000 muertes de adultos a causa de la infección por el VIH durante un periodo de cuatro años y hasta el doble de transmisiones del VIH de la madre al hijo. La atención clínica deficiente resultante de la sobrecarga de los establecimientos de salud, las interrupciones del suministro de medicamentos y la suspensión de las pruebas de detección del VIH también tendrían graves repercusiones en la población.⁽⁷³⁾

Para limitar las interrupciones en el suministro del tratamiento antirretrovírico y de otros medicamentos esenciales, la OMS recomienda que se dispensen suficientes medicamentos para cubrir el tratamiento durante hasta seis meses. Las personas que actualmente reciben tratamiento para la infección por hepatitis B o C también deben recibir suministros de medicamentos para un periodo más prolongado. En el caso de las personas infectadas por la hepatitis B o C que aún no están en tratamiento, puede estudiarse aplazar el inicio del tratamiento, a menos que sea imprescindible. Las personas con enfermedades hepáticas avanzadas debidas a la hepatitis B o C o a otra causa, o que han recibido un trasplante de hígado, pueden correr el riesgo de enfermarse gravemente a causa de la COVID-19 y deben extremar la cautela y las medidas de protección.

Tan pronto como se relajen las restricciones a la circulación de personas, debería contemplarse la posibilidad de realizar campañas para ponerse al día con el fin de mejorar la cobertura de las intervenciones de diagnóstico, prevención y tratamiento. En los programas nacionales deben figurar procedimientos operativos normalizados para orientar a los proveedores de salud sobre la mejor manera de localizar y volver a inscribir a los usuarios en los servicios de atención, especialmente si se ha interrumpido su tratamiento.

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
Prevención		
Suministro de preservativos y lubricantes	Modificar la distribución para que se realice en puntos de distribución en la comunidad. Fomentar una vía secundaria de distribución entre compañeros y en las farmacias.	Reanudar la distribución en las comunidades.
Suministro y cambio de agujas y jeringas	Mantener las actividades de extensión y en los establecimientos de salud.	
Profilaxis preventiva	Permitir la emisión de prescripciones para varios meses, incluso para los usuarios que inician la profilaxis preventiva, si procede. Hacer una visita en el establecimiento transcurrido el primer mes, a menos que no haya exposición en las tres semanas previas.	Proporcionar el seguimiento mediante sistemas de tele salud y la dispensación en la comunidad; puede considerarse la posibilidad de realizar pruebas de autodiagnóstico del VIH de calidad garantizada como mantenimiento.

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
Circuncisión médica masculina voluntaria	Suspender las campañas médicas de circuncisión masculina voluntaria; mantener los servicios de seguimiento posoperatorio.	Asegurarse de que las instalaciones estén preparadas (suministros suficientes, incluidos los EPP y el personal de salud competente) y reanudarlas centrándose en los varones de 15 años o más. Realizar campañas para ponerse al día con los varones mayores de 15 años.
Inmunización infantil contra la hepatitis B, incluidas las dosis neonatales cuando corresponda	Véase la sección 2.3.3.	
Recuperación de las vacunas pendientes para los adultos de los grupos de alto riesgo	Véase la sección 2.3.3.	
Prevención de la transmisión de la madre al hijo de la hepatitis B (pruebas de detección del HBsAg y uso de antiviricos como el TDF o la inmunoglobulina de la hepatitis B)	Mantener las actividades en los centros sanitarios.	Proporcionar servicios a las madres y los recién nacidos para ponerse al día en el caso de los partos en el hogar.
Tratamiento y seguimiento de la dependencia de opioides	Mantener los servicios en los centros sanitarios para las personas que no reúnen los requisitos para recibir medicamentos para llevar a casa, las que han iniciado recientemente el tratamiento, los residentes de instituciones de atención para pacientes crónicos o de prisiones y las personas hospitalizadas para recibir tratamiento o rehabilitación. Véase también la sección 2.2.3.	
Detección y pruebas		
Pruebas del VIH en los establecimientos de salud	Adaptar la información previa a la prueba y el asesoramiento posterior a la prueba para incluir consultas en línea o por teléfono. Dar prioridad a las pruebas del VIH para los individuos de alto riesgo, los que presentan afecciones específicas (como la tuberculosis) y los niños, para el diagnóstico temprano en la primera infancia. Estudiar las opciones para realizar pruebas de autodiagnóstico del VIH (véase abajo Pruebas de autodiagnóstico del VIH).	Planificar cómo ponerse al día. Reanudar los servicios en materia de VIH que prestan los asociados y los enfoques basados en las redes de contactos.
Pruebas de las hepatitis víricas en los centros sanitarios	Adaptar la información previa a la prueba y el asesoramiento posterior a la prueba para incluir consultas en línea o por teléfono. Dar prioridad a las pruebas de la hepatitis B y C para las personas de alto riesgo y las personas con síntomas de hepatopatía, y considerar la posibilidad de aplazar otras pruebas, si es posible.	Planificar cómo ponerse al día.
Pruebas del VIH y las hepatitis víricas en la comunidad	Espaciar las pruebas del VIH en la comunidad para fomentar el distanciamiento físico. Estudiar las opciones para realizar pruebas de autodiagnóstico del VIH (véase abajo Pruebas de autodiagnóstico del VIH). Suspender las campañas de pruebas de las hepatitis víricas en la comunidad.	Llevar a cabo campañas para ponerse al día, incluido el diagnóstico temprano del lactante en la primera vacunación o en otras visitas que hayan quedado pendientes en el caso de los niños sanos.
Pruebas de autodiagnóstico del VIH	Dar prioridad a las personas que reciben profilaxis preventiva, a las parejas de personas VIH-positivas y a las mujeres embarazadas; entregar kits de autodiagnóstico del VIH a los compañeros sexuales varones. Promover las pruebas de autodiagnóstico del VIH entre las parejas, los compañeros y los contactos de los grupos de población clave. Ampliar el número de pruebas de autodiagnóstico mediante los puntos de distribución comunitarios, los puntos de recogida en los centros sanitarios (también privados), internet y el correo electrónico. Establecer vías claras para acceder a servicios de prueba avanzados y el vínculo con la atención sanitaria.	Realizar actividades de extensión selectiva para ponerse al día con las poblaciones clave y otras poblaciones de mayor riesgo y en zonas con una alta carga de VIH.
Servicios para las parejas y enfoques de diagnóstico basados en el círculo social de las personas VIH-positivas	Dar prioridad a la pareja y al círculo social de las personas VIH-positivas para que se hagan las pruebas mediante el seguimiento por internet y por teléfono y las pruebas de autodiagnóstico (incluir la opción de autodiagnóstico para que la distribuyan la pareja y los compañeros).	
Pruebas a las mujeres embarazadas para detectar la hepatitis B	Dar prioridad a la detección de la hepatitis B en las visitas prenatales.	

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
Pruebas de ITS	<p>Dar prioridad a las pruebas de detección de la sífilis en las mujeres embarazadas durante las visitas prenatales ordinarias siempre que sea posible.</p> <p>Modificar las pruebas de ITS para facilitar que las propias pacientes tomen las muestras en sus casas, garantizando que se proporcione información sobre cómo hacerlo correctamente y sobre dónde enviar las muestras.</p> <p>Modificar la entrega de los resultados de las pruebas, el tratamiento y los mensajes de prevención mediante plataformas digitales, incluidos los teléfonos móviles.</p>	<p>Reanudar las pruebas y los exámenes clínicos. Garantizar el tratamiento adecuado de las ITS.</p> <p>Puede mantenerse la toma de muestras por parte de los propios usuarios. Debe proporcionarse tratamiento e información.</p> <p>Llevar a cabo las pruebas de detección de la sífilis pendientes y facilitar el tratamiento para las madres y los niños si el parto fue en el hogar o si no se realizó la prueba.</p>

Tratamiento y seguimiento

Pruebas de detección ordinarias para personas con VIH	Realizar el recuento de células CD4 en el lugar donde se prestan los servicios al inicio del tratamiento antirretrovírico y visitar de nuevo los servicios de atención para diagnosticar la enfermedad avanzada por VIH.	
Prevención de comorbilidades comunes en la infección por VIH y el sida	Modificar la prescripción para aumentar los suministros de los pacientes de tratamiento preventivo de la tuberculosis (isoniazida, 3HP, 1HP), sulfametoxazol y trimetoprima, y fluconazol.	
Tratamiento antirretrovírico: adultos y adolescente	<p>Hacer hincapié en el inicio en el mismo día del tratamiento antirretrovírico, incluido cuando el paciente comienza el tratamiento fuera de un establecimiento (por ejemplo, en servicios periféricos o móviles).</p> <p>Ampliar a seis meses la dispensación de medicamentos y promover la distribución en puntos asignados en la comunidad.</p>	<p>Restablecer los grupos de apoyo para garantizar el cumplimiento del tratamiento (por ejemplo, grupo pequeño, virtual, teléfono móvil).</p> <p>Retomar la dispensación cada tres meses si se prefiere.</p>
Tratamiento antirretrovírico ordinario: niños	<p>Prescribir prioritariamente los regímenes óptimos que contengan LPV/r o DTG y empezar a facilitar tres meses de tratamiento por anticipado para los niños de más de tres años.</p> <p>Para los niños menores de tres años, estimar si será necesario ajustar la dosis antes de la próxima visita y prescribir el tratamiento en consecuencia.</p> <p>Realizar el seguimiento por teléfono o por mensajes de texto, incluido para realizar los ajustes previstos de las dosis.</p> <p>Si no hay existencias suficientes, distribuir los antirretrovirales en el hogar o en la comunidad.</p>	Realizar campañas de recuperación para el diagnóstico precoz del lactante e iniciar el tratamiento antirretrovírico en la primera vacunación o en otras visitas en el caso de los niños sanos, si hubiera quedado pendiente.
VIH: cumplimiento y permanencia en tratamiento	<p>Hacer hincapié en las estrategias de ciber salud y de telesalud.</p> <p>Establecer modalidades de telesalud para el asesoramiento individual que cumplan los principios de confidencialidad y toma de decisiones no coercitivas.</p>	Ampliar el asesoramiento entre pares y en grupo como apoyo para reforzar el cumplimiento y el rastreo, así como para volver a incorporar a las personas que se hayan desvinculado.
Coinfección de tuberculosis y VIH	<p>Proporcionar existencias adecuadas de medicamentos contra la tuberculosis a todos los pacientes para que se las lleven a casa, a fin de garantizar que terminan el tratamiento sin tener que visitar los centros de tratamiento innecesariamente para recoger los medicamentos.</p> <p>Utilizar plataformas de ciber salud y de telesalud para facilitar el cumplimiento terapéutico.</p>	Poner en marcha campañas para ponerse al día en la iniciación del tratamiento preventivo de la tuberculosis si se retrasó o quedó pendiente.
Servicios preventivos y de diagnóstico para los pacientes con una enfermedad por VIH avanzada	<p>Realizar las modificaciones necesarias para promover la administración fuera de los centros sanitarios de elementos del paquete de atención de enfermedades avanzadas (profilaxis y recuento de CD4 y detección del antígeno criptocócico, así como las pruebas de la tuberculosis que detectan el antígeno lipoarabinomano).</p> <p>Reforzar la vacunación contra la gripe.</p> <p>Véase también la sección 2.3.3.</p> <p>Realizar un seguimiento periódico mediante revisiones médicas a distancia o plataformas de salud electrónicas o móviles.</p>	Reconocimiento médico completo.
Seguimiento del tratamiento antirretrovírico	Reducir las pruebas de concentración vírica a una vez cada 12 meses, a menos que el cuadro clínico justifique lo contrario.	Poner en marcha una campaña para ponerse al día en las mediciones de la concentración vírica.
Tratamiento y seguimiento de las hepatitis víricas	<p>Modificar el suministro de medicamentos al inicio del tratamiento a seis meses para la hepatitis B y, para la hepatitis C, a un tratamiento completo de 12 o 24 semanas.</p> <p>Implicar a empresas de mensajería o grupos comunitarios para facilitar la entrega a domicilio.</p> <p>Reprogramar la confirmación de la curación de la hepatitis C (respuesta virológica sostenida de la concentración vírica del VHC durante 12 semanas, o RVS12) y el control anual de la concentración vírica de la hepatitis B.</p>	Mantener un registro o historial de las personas en espera de una visita de control (es decir, para la prueba de curación de la hepatitis C o de la concentración vírica anual de la hepatitis B) y programarlas cuando se levanten las restricciones de movimiento.

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
Tratamiento de las ITS	<p>Garantizar la gestión de los síndromes en la medida de lo posible.</p> <p>Conceder prioridad a los pacientes sintomáticos y asegurarse de que las parejas sexuales reciben el mismo tratamiento que el caso del índice.</p> <p>Crear capacidad para gestionar los casos de ITS a distancia mediante servicios de salud en línea o por teléfono.</p> <p>Permitir que el caso del índice dispense el tratamiento a su pareja.</p>	<p>Llevar a cabo las pruebas de detección de la sífilis pendientes y facilitar el tratamiento para las madres y los niños si el parto fue en el hogar o no se ha realizado la prueba de detección de la sífilis.</p>
Hepatopatía avanzada: atención y seguimiento	<p>Dar prioridad al acceso al tratamiento de las complicaciones agudas (por ejemplo, hepatopatía descompensada, várices esofágicas sangrantes).</p> <p>Reprogramar las citas para la detección del cáncer de hígado o las actividades del programa de cáncer de hígado.</p> <p>Reprogramar la vacunación contra la gripe. Adaptar la vacunación neumocócica en función de la política nacional.</p>	

Véase también la sección 2.3.3.

*Véanse también la sección 1.11 y el anexo.

1HP y 3HP: regímenes de prevención de la tuberculosis que combinan rifapentina e isoniazida; DTG: dolutegravir; HBsAg: antígeno de superficie del virus de la hepatitis B; ITS: infección de transmisión sexual; LPV/r: lopinavir y ritonavir; RVS: respuesta virológica sostenida; TDF: fumarato de disoproxilo de tenofovir; VHC: virus de la hepatitis C.

2.3.2 Tuberculosis

Una estimación reciente obtenida por modelización sugiere que si la pandemia de COVID-19 condujera a una reducción del 25% en la detección prevista de la tuberculosis durante tres meses —una posibilidad realista dados los niveles de interrupción de los servicios de tuberculosis que se están observando en múltiples países— las muertes por tuberculosis aumentarían en un 13%, con lo que la mortalidad por tuberculosis volvería a los niveles de hace cinco años. Entre 2020 y 2025, podrían llegar a registrarse 1,4 millones de muertes más por tuberculosis como consecuencia de la pandemia de COVID-19.⁽⁷⁴⁾

El solapamiento de las características clínicas de la COVID-19 y la tuberculosis —incluida la tos, la fiebre y la dificultad respiratoria— dificulta el cribado y la evaluación de ambas enfermedades. Ambas atacan principalmente a los pulmones y ambos agentes biológicos se transmiten principalmente por contacto estrecho. Se prevé que, probablemente, los resultados del tratamiento de las personas con tuberculosis y COVID-19 sean peores, especialmente si se interrumpe el tratamiento de la primera. En las zonas con transmisión de la tuberculosis, los médicos siempre deben plantearse si las personas que presentan tos, fiebre o dificultad para respirar deben someterse a las pruebas de ambas enfermedades. Incluso en el caso de una persona diagnosticada con COVID-19 o tuberculosis, siempre debe tenerse en cuenta la posibilidad de una coinfección y realizarse las pruebas cuando esté clínicamente indicado. Debe facilitarse el tratamiento en el hogar a todas las personas con tuberculosis, incluido el tratamiento oral de la tuberculosis multirresistente y de la tuberculosis ultrarresistente.

Debe intensificarse el uso de las tecnologías sanitarias digitales para brindar apoyo a los pacientes y los programas de tuberculosis a fin de garantizar una mejor comunicación, asesoramiento, atención y gestión de la información. La planificación y el seguimiento adecuados son esenciales para garantizar que no se interrumpa la adquisición y el suministro de medicamentos y pruebas diagnósticas para la tuberculosis. Los países se preparan para compartir las plataformas moleculares existentes para las pruebas de la COVID-19, pero los servicios existentes de diagnóstico molecular de la tuberculosis deben mantenerse y los equipos de diagnóstico de los laboratorios actualmente designados para la tuberculosis no deben asignarse a las pruebas de la COVID-19, a pesar de la demanda.

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
Prevención	<p>Aprovechar los mecanismos de seguimiento de los contactos establecidos para la tuberculosis para el rastreo de contactos de la COVID-19.</p> <p>Proporcionar existencias adecuadas de medicamentos para el tratamiento preventivo de la tuberculosis a los hogares con el fin de minimizar las visitas a los establecimientos de salud.</p>	<p>Supervisar el volumen de inscripciones en el tratamiento preventivo de la tuberculosis y el número y el rendimiento de las investigaciones realizadas en los contactos de los pacientes de tuberculosis.</p> <p>Ponerse al día con las investigaciones de los contactos y las actividades de tratamiento preventivo de la tuberculosis que se suspendieron.</p>
Diagnóstico	<p>Mantener los servicios de diagnóstico molecular para la tuberculosis y no asignar los equipos de los laboratorios que se utilizan para la tuberculosis para responder a la demanda de pruebas de la COVID-19.</p> <p>En las zonas con transmisión de la tuberculosis, realizar las pruebas tanto de la COVID-19 como de la tuberculosis siempre que esté clínicamente indicado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario tomar precauciones especiales al recoger y transportar las muestras de esputo y el líquido de lavado broncoalveolar, así como al recibir y desembalar las muestras en el laboratorio. • Recoger el esputo en un espacio abierto, bien ventilado, lejos de los demás y preferiblemente al aire libre. • Fomentar la recogida de esputo en casa y proporcionar instrucciones específicas como se detalla en el punto anterior. 	<p>Supervisar las solicitudes de pruebas de tuberculosis o el número de casos de tuberculosis confirmados por laboratorio (o notificaciones de tuberculosis) para evaluar las interrupciones en los servicios de tuberculosis durante las medidas de emergencia y el uso concurrente de las plataformas de diagnóstico para las pruebas de la COVID-19.</p> <p>Observar las precauciones universales de bioseguridad; retomar la recogida de esputo en los establecimientos.</p>
Tratamiento y atención	<p>Proporcionar existencias adecuadas de medicamentos contra la tuberculosis a todos los pacientes para que se las lleven a casa, a fin de garantizar que terminen el tratamiento, al tiempo que se limitan las visitas a los centros de tratamiento.</p> <p>Tomar medidas alternativas para reducir las visitas de seguimiento de la tuberculosis.</p> <p>Utilizar tecnologías de comunicación innovadoras para mantener el apoyo al tratamiento.</p>	<p>Supervisar el uso de tecnologías digitales que fomenten el cumplimiento terapéutico.</p> <p>Ponerse al día con el tratamiento y las actividades de atención de la tuberculosis que se hayan suspendido (por ejemplo, ver a las personas en la lista de espera para el tratamiento de la tuberculosis resistente).</p> <p>Reanudar las encuestas epidemiológicas que se suspendieron.</p>

*Véanse también la sección 1.11 y el anexo.

2.3.3 Inmunización

Las interrupciones de los servicios de inmunización, incluso durante un breve periodo, provocan un aumento del número de personas susceptibles de contraer enfermedades prevenibles mediante vacunación y del riesgo de brotes de dichas enfermedades (por ejemplo, el sarampión, la poliomielitis, la difteria, la tos ferina, la enfermedad meningocócica, la fiebre tifoidea, el cólera, la gripe y la fiebre amarilla), lo que acarrea una mayor morbilidad y mortalidad. La OMS ha publicado orientaciones sobre los servicios de inmunización durante la pandemia de COVID-19(75) y, con el UNICEF, ha respondido a las preguntas frecuentes (57) donde se incluyen principios rectores y consideraciones en la materia. Dada las altas tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a los brotes de enfermedades prevenibles mediante vacunación, la OMS recomienda que los países continúen con los servicios de inmunización sistemática siempre que sea posible. En muchos países ya se han pospuesto temporalmente las campañas de vacunación masiva de prevención o respuesta a brotes. En los países afectados simultáneamente por brotes de enfermedades prevenibles mediante vacunación y COVID-19, puede ser complicado determinar cuál es el modo de actuación más adecuado. Debe realizarse una evaluación de riesgos en el que se incluya un examen detallado de las pruebas epidemiológicas, así como la consideración de las consecuencias para la salud pública a corto y medio plazo de la ejecución inmediata o del aplazamiento de una campaña de vacunación masiva, sopesada frente al posible agravamiento de la transmisión de la COVID-19 de realizarse la campaña.(76)

Entre las adaptaciones de los programas recomendadas figuran la mejora de la microplanificación, la capacitación y la creación de capacidades. Será importante vigilar de cerca las existencias e iniciar la previsión de las vacunas necesarias y los suministros conexos para administrar las vacunas pendientes y ponerse al día en otras actividades de inmunización. Se recomienda encarecidamente a los países que mantengan la vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación y el seguimiento de los eventos adversos tras la inmunización y que vigilen de cerca cualquier interrupción de las actividades de inmunización a fin de intensificar los esfuerzos por rastrear y vacunar lo antes posible a las personas que no lo hayan hecho.

Los países deben reevaluar frecuentemente las decisiones para adaptar los servicios de inmunización y reanudar los servicios en su totalidad tan pronto como sea posible hacerlo en condiciones de seguridad, al tiempo que controlan las existencias de vacunas, los suministros conexos y la necesidad de cubrir los casos acumulados. Es necesario examinar y plantearse la revisión de todas las políticas que puedan limitar los esfuerzos de recuperación (por ejemplo, las restricciones de edad o del grupo destinatario) y del momento en que se lleva a cabo la inmunización. Los calendarios de recuperación de las vacunas pendientes deben estar vinculados al calendario nacional de inmunización e incluir directivas claras sobre los intervalos mínimos permitidos entre las dosis, además de tener una amplia difusión.(77) Deben elaborarse planes de participación comunitaria para ayudar a garantizar que se atienden las preocupaciones de los trabajadores de la salud y de la población, además de alentar a las comunidades a solicitar servicios de vacunación y a sentirse seguras en ellos. La revisión del estado de vacunación, con la derivación para obtener las vacunas necesarias, debe formar parte de todas las visitas a los centros sanitarios.

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
<p>Inmunización rutinaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios fijos • servicios periféricos o de extensión • clínicas móviles 	<p>Mantener la inmunización sistemática, pero modificar las sesiones para eliminar el riesgo de transmisión de la infección de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar al personal en la prevención y control de infecciones y en los protocolos de la prestación de servicios. • Proporcionar instalaciones con equipos adecuados de prevención y control de infecciones, incluida la gestión de los desechos. • Planificar varias sesiones cortas al día en horarios diferentes para limitar los contactos. • Limitar la duración de la estancia en el centro de salud. • Modificar la ubicación de las sesiones para garantizar la separación de los servicios de inmunización de las áreas de tratamiento e informar proactivamente a las comunidades sobre esta estrategia al tiempo que se hace hincapié en el valor de la vacunación. • Establecer un proceso de cribado antes de permitir el acceso al área de vacunación. • Para los servicios de extensión y móviles, colaborar proactivamente con las comunidades para localizar áreas al aire libre que permitan el distanciamiento físico. <p>Las adaptaciones específicas de la dosis neonatal,(78) la vacunación en las escuelas y la vacunación de adultos, personas mayores, personas de alto riesgo y trabajadores de la salud pueden encontrarse en las preguntas frecuentes(57) de la OMS y el UNICEF.</p>	<p>Reanudar los servicios integrales tan pronto como se garantice el funcionamiento de las cadenas de suministro, se capacite a suficientes trabajadores de la salud en la prevención y el control de infecciones y se pongan en marcha procedimientos operativos revisados para dar cabida al distanciamiento físico.</p> <p>No es necesario esperar a que se levanten las restricciones para iniciar las actividades de puesta al día y estas deben continuar incluso si se suspenden otras actividades de inmunización.</p> <p>Es posible que, en algunos países, los servicios de inmunización deban reanudarse a nivel subnacional (distrito) en función de la situación de la COVID-19.</p> <p>Estudiar una intensificación periódica de los servicios de inmunización ordinaria para garantizar que los niños y los adolescentes se pongan rápidamente al día.(79)</p>

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
<p>Campañas de vacunación masiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • preventivas • de respuesta a un brote 	<p>Emprender un proceso sistemático de adopción de decisiones para evaluar los riesgos y los beneficios de las campañas de vacunación masiva (tanto preventivas como de respuesta a los brotes) con la participación activa de los órganos locales de supervisión, como los grupos nacionales de asesoramiento técnico sobre inmunización.</p> <p>Las modificaciones podrían incluir el uso de medidas de distanciamiento físico, medidas para evitar la contaminación de los goteros (cuentagotas) orales y adaptaciones adecuadas al contexto para que los cuidadores puedan administrar vacunas a los niños bajo la supervisión de los vacunadores.</p>	<p>Utilizar paneles operativos y la información actualizada de las regiones y los asociados a fin de evaluar las necesidades para las estrategias de puesta al día.</p> <p>Controlar el aumento de las enfermedades prevenibles mediante vacunación para detectar la necesidad de realizar campañas y garantizar la preparación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • adoptar microplanos para hacer un seguimiento de todas las cohortes con vacunas pendientes; • confirmar que hay suficientes vacunas y suministros conexos; • asegurarse de que los trabajadores de la salud estén capacitados en las nuevas medidas de distanciamiento físico y de prevención y control de infecciones. <p>Considerar la posibilidad de realizar campañas de vacunación masiva que integren múltiples antígenos o de realizar otras intervenciones sanitarias.</p>
<p>Vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación (incluida la poliomielitis, el sarampión y otras enfermedades prioritarias)</p>	<p>Mantener las actividades mínimas recomendadas para la vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación y de evaluación de riesgos.⁽⁸⁰⁾</p> <p>Para reducir al mínimo la exposición del personal y las comunidades a la COVID-19, estudiar <i>a)</i> retrasar las actividades de capacitación y las reuniones presenciales o llevarlas a cabo a distancia de ser posible y <i>b)</i> desalentar la vigilancia comunitaria de la poliomielitis.</p> <p>Establecer protocolos para la vigilancia conjunta de las enfermedades prevenibles mediante vacunación y la COVID-19 y actualizar los datos y los sistemas de laboratorio según sea necesario para apoyar esta cartera de trabajo ampliada.</p> <p>Mantener los mecanismos de detección y notificación de casos y la recogida de muestras, con las modificaciones necesarias en caso de interrupción del transporte, para garantizar que las muestras se almacenen en condiciones adecuadas hasta que se entreguen al laboratorio.</p> <p>Dar prioridad al procesamiento de las muestras en función de la epidemiología conocida de la enfermedad y de la evolución de los riesgos.</p> <p>Trazar un mapa de los niveles actuales de los suministros de laboratorio, establecer nuevas prioridades y redistribuirlos para satisfacer las necesidades que vayan surgiendo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detectar las áreas de alto riesgo con necesidades urgentes de reactivos y pruebas. • Preparar redes de laboratorio para el posible aumento en el número de casos debido a la reducción de las actividades de inmunización. 	<p>Reanudar plenamente la vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación cuando sea posible.</p> <p>Realizar los ajustes necesarios en función de la evolución de la epidemiología de las enfermedades.</p>
<p>Certificación de erradicación o eliminación de las enfermedades prevenibles mediante vacunación</p>	<p>En las regiones libres de poliomielitis y en la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS, las reuniones presenciales de los comités nacionales de certificación y las comisiones regionales de certificación deben suspenderse temporalmente a menos que puedan celebrarse por medios telemáticos.</p> <p>En la Región de África de la OMS, deben continuar las actividades de certificación que se puedan realizar sin necesidad de desplazarse. La preparación para la certificación regional en 2020 debe continuar.</p> <p>En cuanto a las estrategias de eliminación de otras enfermedades prevenibles mediante vacunación (por ejemplo, sarampión-rubéola, tétanos materno y neonatal), la continuación o el aplazamiento de las actividades de verificación dependerán del contexto local, de la capacidad del país para dar respuesta a la COVID-19 y de la viabilidad de cumplir con los requisitos de distanciamiento físico.</p>	<p>La totalidad de las actividades de certificación podrá reanudarse gradualmente, según los planes nacionales, regionales y mundiales. Incorporar las lecciones aprendidas de las técnicas de colaboración a distancia para aumentar la costoeficacia de las actividades de certificación.</p>

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
Contención del poliovirus	<p>Los inventarios de suministros para la vacunación contra la polio de tipos 1 y 3 deben realizarse y notificarse a los comités regionales de certificación mediante los coordinadores de las autoridades nacionales de contención o del comité nacional de certificación, cuando sea posible.</p> <p>Las autoridades nacionales de contención deben seguir dialogando y supervisando sus centros esenciales para el poliovirus y para avanzar en el proceso de certificación de la contención.</p> <p>Deben continuar los intercambios entre las autoridades nacionales de contención, el Grupo de trabajo sobre confinamiento de la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomieltitis y el Grupo consultivo sobre confinamiento.</p>	
Coordinación mundial del suministro de vacunas	<p>Actualizar el inventario funcional de equipos de cadena de frío.</p> <p>Mantener un inventario actualizado de las vacunas y los suministros conexos, teniendo en cuenta las necesidades futuras de vacunas.</p> <p>Iniciar la reposición de vacunas y los suministros conexos, teniendo en cuenta las interrupciones en el flete internacional durante la pandemia de COVID-19.</p> <p>Llevar un registro de las fechas de caducidad para mitigar el riesgo de que se agoten las existencias, así como de que se desperdicien los viales cerrados.</p> <p>Cuando sea seguro y factible, estudiar la integración de otros productos sanitarios esenciales y termosensibles (por ejemplo, las pruebas diagnósticas y los suministros para el tratamiento de la COVID-19, la oxitocina, la insulina y los kits de diagnóstico del VIH) en el equipo existente de la cadena de frío para la inmunización a fin de gestionar los picos de demanda de almacenamiento.⁽⁸¹⁾</p> <p>Estudiar la posibilidad de aceptar el suministro de vacunas próximas a su vencimiento (por ejemplo, con una fecha de caducidad a los 12 meses de la entrega) si se han retrasado las partidas previstas y el riesgo de agotamiento de las existencias es inminente.</p>	<p>Supervisar la capacidad mundial de producción de vacunas y el transporte internacional de mercancías. Ejecutar planes de mitigación de riesgos.</p> <p>Planificar la reanudación gradual de las actividades a medida que se vaya recuperando la capacidad de suministro.</p>

*Véanse también la sección 1.11 y el anexo.

2.3.4 Enfermedades tropicales desatendidas

Algunas enfermedades tropicales desatendidas son propensas a brotes y otras son mortales o causan discapacidades profundas si no se diagnostican y tratan con prontitud. Si se producen demoras prolongadas en la realización de las intervenciones en la materia, puede producirse un aumento de la transmisión de las infecciones o un rebrote de casos, especialmente en las zonas de alta transmisión. Los servicios e intervenciones en torno a las enfermedades tropicales desatendidas se han visto afectados por la pandemia de COVID-19. Para las enfermedades tropicales desatendidas que requieren que los casos se gestionen en los establecimientos sanitarios, los informes anecdóticos indican que se ha reducido el número de pacientes que acuden a las visitas de evaluación clínica, tratamiento y seguimiento, lo que ha provocado interrupciones en las vías de atención. Además, en el caso de algunas enfermedades tropicales desatendidas, el transporte de muestras para confirmar el diagnóstico o determinar la especie se ha visto afectado por la falta de transporte entre laboratorios o el cierre de fronteras; por otro lado, se han producido retrasos en los análisis de las muestras, debido a la prioridad concedida a las pruebas diagnósticas de la COVID-19 y a las bajas de personal. En las evaluaciones preliminares también se han señalado ciertas alteraciones en las cadenas de fabricación y suministro de medicamentos y pruebas diagnósticas para las enfermedades tropicales desatendidas, ya que se ha suspendido o reducido la producción, la exportación y la importación de suministros médicos que no están relacionados con la pandemia de COVID-19.

La OMS ha aconsejado que se pospongan las intervenciones en materia de enfermedades tropicales desatendidas basadas en la comunidad, incluido el tratamiento masivo, las encuestas basadas en la comunidad y la búsqueda activa de casos. (8,82) La OMS recomienda que en los programas se mantengan los servicios de diagnóstico y gestión para los casos más críticos (por ejemplo, la úlcera de Buruli, la enfermedad de Chagas, el dengue, la tripanosomiasis africana humana, la lepra, la rabia, el envenenamiento por mordedura de serpiente, la leishmaniosis visceral o la neurocisticercosis) y para las complicaciones graves de otras enfermedades tropicales desatendidas. Es importante mantener sistemas y bases de datos para la supervisión de los programas (incluidos los registros de pacientes y laboratorios y las tarjetas de seguimiento de los resultados de los tratamientos) para seguir recopilando datos sobre las actividades realizadas. También es fundamental cumplir los plazos de entrega de los informes anuales sobre los progresos y las solicitudes de adquisición o donación de medicamentos y pruebas diagnósticas. Las enfermedades propensas a brotes (por ejemplo, el dengue y la leishmaniosis cutánea y visceral) deben vigilarse para localizar los conglomerados y, si se detectan brotes, deben adoptarse medidas preventivas para reducir la transmisión.

Es necesario revisar los planes nacionales de aplicación, según convenga, procurando al mismo tiempo seguir bien encaminados para cumplir los objetivos de eliminación establecidos. Podrían proponerse nuevas fechas para las actividades aplazadas en función de los conocimientos y las proyecciones actuales en torno a la COVID-19 y de las políticas nacionales. Los programas deben asegurarse de que se dispone de recursos para realizar las actividades en las nuevas fechas provisionales, habida cuenta de la necesidad de mantener las medidas de protección establecidas. Hay que dar prioridad a la finalización de toda evaluación de los impactos previstos lo antes posible.

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
Úlcera de Buruli: diagnóstico, diagnóstico confirmatorio con RCP y tratamiento antibiótico	Administrar tratamiento de sospecha ante la falta de confirmación por RCP. Proporcionar a los pacientes suficientes medicamentos para cubrir todo el tratamiento.	Restablecer la capacidad de realizar la prueba de la RCP para detectar la <i>Mycobacterium ulcerans</i> . Plantearse emprender una búsqueda activa de casos para ponerse al día en las zonas donde disminuyan las visitas a los centros de salud durante la pandemia.
Úlcera de Buruli: intervenciones quirúrgicas y rehabilitación	Suspender las intervenciones quirúrgicas no urgentes y la rehabilitación si el riesgo de deformidad en caso de retrasar el tratamiento es mínimo.	Retomar los protocolos normales cuando se reanuden los servicios quirúrgicos y de rehabilitación ordinarios.
Enfermedad de Chagas: detección en recién nacidos y otros hijos de madres infectadas para el diagnóstico y tratamiento tempranos	Mantener el cribado de los recién nacidos y los hijos de madres infectadas de ser posible; si no lo fuera, derivarlos a otros establecimientos o modificar el cribado de acuerdo con los servicios de salud materno-infantil.	
Dengue: diagnóstico con una prueba de diagnóstico rápido de buena calidad y PCR confirmatoria	Corroborar el diagnóstico diferencial de casos sospechosos de dengue con respecto a la COVID-19. En las zonas endémicas de dengue en las que se estén produciendo transmisiones, deben realizarse pruebas diagnósticas para el dengue (pruebas de diagnóstico rápido de alta calidad y RCP). Los trabajadores de la salud deben estar atentos a los signos de advertencia y a los indicios de dengue grave y deben estar preparados para un aumento del número de estos casos, asegurando el acceso a la atención médica para evitar una mortalidad innecesaria.	
Equinococosis: gestión de los casos	Pueden posponerse los servicios de detección. La gestión de los casos puede posponerse en función del tipo de equinococosis (es decir, el retraso suele ser menos arriesgado en el caso de la equinococosis quística que en el de la equinococosis alveolar), la etapa, la ubicación de los quistes, los recursos y la capacitación.	Reanudar las actividades cuando se haya restaurado la capacidad adecuada de detección y gestión de los casos.

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
Leishmaniasis cutánea: diagnóstico temprano y tratamiento	Siempre que sea posible, dar prioridad al tratamiento de los casos graves, incluidas las formas difusas, diseminadas y mucocutáneas, o los casos en que el paciente corre el riesgo de sufrir desfiguraciones y complicaciones que pongan en peligro su vida.	Retomar cuando se restablezca la capacidad de tratar la leishmaniasis cutánea.
Lepra (enfermedad de Hansen): tratamiento	Proporcionar medicamentos suficientes para dos o tres meses de tratamiento, en lugar de solo un mes. Proporcionar a los pacientes información adecuada para identificar rápidamente las reacciones leprosas y sobre cómo consultar a los profesionales de la salud de la atención primaria. Reducir el contacto con los pacientes promoviendo el autocuidado e instruyendo a los pacientes y sus familiares sobre las medidas básicas para evitar y gestionar las secuelas (por ejemplo, las úlceras).	
Linfedema por filarías: gestión	Mantener los cuidados agudos en los establecimientos para atender las heridas y los episodios agudos de adenolinfangitis. A fin de limitar las visitas a los centros, instruir a los familiares o a los cuidadores en la gestión del linfedema cuando sea posible. Posponer cualquier actividad de extensión en la comunidad y de búsqueda de casos hasta que se realice la transición a las actividades ordinarias del programa.	Reanudar las actividades cuando se haya restaurado la capacidad ordinaria de gestión del linfedema o los tratamientos de urgencias.
Cirugía para el hidrocele por filarías linfática	Cuando la disponibilidad de los servicios quirúrgicos es limitada, las cirugías de hidrocele pueden posponerse. Los campamentos quirúrgicos deben posponerse.	Retomar cuando se haya restaurado la capacidad de gestión rutinaria del hidrocele. Promover la reanudación de los servicios; puede que sea necesario aumentar temporalmente la capacidad de los servicios para gestionar los casos pendientes.
Sarna: tratamiento rápido de los casos con crema o loción de permetrina tópica o ivermectina oral	Controlar de cerca cualquier aumento de los casos, especialmente en las zonas de alto riesgo, para la detección temprana y el control de posibles brotes.	
Tracoma: tratamiento de la triquiasis en pacientes que acuden a establecimientos sanitarios	Cuando los servicios quirúrgicos sean limitados, dar prioridad a la corrección quirúrgica de los casos de triquiasis en los que un mayor número de pestañas toque la córnea o cuando la triquiasis afecte al único ojo que tiene buena visión. En el resto de los pacientes, considerar la posibilidad de instruir a un familiar para que realice una depilación cuidadosa con fórceps de alta calidad.	Reanudar cuando se hayan restablecido los servicios de cirugía oftálmica y promover activamente el restablecimiento de los servicios a las poblaciones afectadas. Es posible que sea necesario aumentar temporalmente la capacidad de los servicios para gestionar los casos pendientes acumulados.
Pian: tratamiento	Administrar tratamiento de sospecha a falta de confirmación de laboratorio.	

*Véanse también la sección 1.11 y el anexo.

RCP: reacción en cadena de la polimerasa.

2.3.5 Paludismo

El paludismo es una enfermedad febril que se propaga con rapidez, es potencialmente mortal y presenta síntomas que se superponen a los de la COVID-19. En un reciente análisis de modelización(83) se estima que las interrupciones en la distribución de los mosquiteros tratados con insecticidas y la acusada reducción del acceso al tratamiento contra el paludismo en África subsahariana podrían ocasionar unos 46 millones de casos adicionales de paludismo y duplicar el número de muertes en comparación con 2018 (se estima que se producirán 769 000 muertes en 2020).(84)

Estas cifras destacan la importancia de no interrumpir las tareas de prevención, diagnóstico y tratamiento del paludismo en el contexto de la pandemia. La OMS y sus asociados han elaborado orientaciones sobre la manera de mantener los servicios de prevención y tratamiento del paludismo con garantías de seguridad.(8,85) Si se introducen modificaciones sencillas en los procesos de prestación de servicios actuales, la prevención del paludismo puede llevarse a cabo con un riesgo mínimo para los trabajadores de la salud y la comunidad, incluido el control vectorial, la quimioprofilaxis estacional y el tratamiento preventivo intermitente para las mujeres embarazadas y los lactantes.

El diagnóstico y el tratamiento tempranos de los casos leves de paludismo son fundamentales para evitar que se conviertan en una enfermedad grave o causen la muerte. Los mensajes de salud pública deben adaptarse para garantizar que la población solicite sin demora atención médica para las enfermedades febriles.

Para minimizar el riesgo de transmisión de la COVID-19, se recomienda que los trabajadores de salud que realizan pruebas de diagnóstico rápido del paludismo en personas con COVID-19 confirmado o sospechoso utilicen un EPP completo. La falta de EPP o de pruebas de diagnóstico rápido no debe ser óbice para iniciar el tratamiento. En tales circunstancias y en áreas de transmisión de paludismo, todas las personas con fiebre deben ser tratadas como presuntos casos de paludismo. En los países donde se utilice el tratamiento por presunto paludismo deben preverse un aumento de las necesidades de suministro.

Los países que están cerca de lograr la eliminación y los que se esfuerzan por impedir su reaparición deben, de ser posible, mantener las actividades intensivas de vigilancia del paludismo, además de las actividades básicas de control de vectores y gestión de casos, utilizando las mejores prácticas para proteger a los trabajadores de la salud y a las comunidades. La interrupción de estas actividades pone a los países en riesgo de brotes o de reaparición del paludismo, o ambos.

A medida que las circunstancias evolucionan durante la pandemia de COVID-19, es posible que los programas nacionales se enfrenten a diversas razones para invocar medidas excepcionales a fin de reducir rápidamente el paludismo en las poblaciones. Para cualquier medida extraordinaria, debe tenerse en cuenta de qué forma pueden modificarse todas las intervenciones para lograr dos objetivos principales:

- reducir la carga del sistema de salud debida al paludismo a fin de facilitar la respuesta a la pandemia emergente de COVID-19 (en particular, reduciendo el número de personas con fiebre que requieran tratamiento por parte de los trabajadores de la salud); y
- reducir la carga de paludismo en la población (es decir, la infección, la enfermedad, la enfermedad grave y la muerte) en los países donde el paludismo es endémico y está apareciendo la COVID-19.

Existe la oportunidad de ampliar los beneficios de la quimioprofilaxis estacional del paludismo mediante la ampliación de su alcance geográfico y del grupo de edad al que se dirige, así como el aumento del número de rondas, de ser necesario, para cubrir toda la estación de transmisión.

La administración masiva de medicamentos es otra estrategia preventiva recomendada por la OMS para reducir el paludismo rápidamente durante las epidemias y en emergencias complejas. La administración masiva de medicamentos a gran escala y de gran cobertura, junto con estrategias de control de vectores ampliadas y oportunas, debe considerarse como una medida excepcional durante la pandemia de COVID-19.

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
Campañas de reparto de mosquiteros tratados con insecticidas y fumigación de interiores de acción residual	Cambiar la planificación y el presupuesto a una estrategia de distribución puerta a puerta y de una vez de mosquiteros tratados con insecticidas. Suspender los procedimientos de recogida de datos y rendición de cuentas que aumentan el contacto interpersonal. Garantizar los EPP necesarios (incluidas las máscaras N95 o su equivalente) para proteger a los trabajadores que realizan tareas de fumigación de interiores de la exposición a insecticidas; esto puede requerir disposiciones especiales de suministro en el contexto de una pandemia.	Restablecer los procedimientos de recogida de datos y rendición de cuentas.
Quimioprofilaxis con tratamiento preventivo intermitente para las mujeres embarazadas y los lactantes	Modificar los servicios prenatales y las sesiones de inmunización en los establecimientos para reducir el contacto interpersonal: pueden administrarse comprimidos de sulfadoxina/pirimetamina sin necesidad de tocarlos y manteniendo una distancia de un metro. (En las orientaciones en vigor no se recomienda administrarlos en la comunidad).	
Quimioprofilaxis estacional del paludismo	Modificar la administración y facilitar un tratamiento monofásico directamente en los hogares. Permitir que el cuidador administre el medicamento, lo cual puede hacerse bajo supervisión mientras se mantiene el distanciamiento físico.(86) Ampliar la quimioprofilaxis estacional, según proceda, ensanchando la cobertura geográfica y aumentando el número de tandas de tratamiento. Teniendo en cuenta el carácter excepcional de las circunstancias, puede lograrse un mayor impacto en la lucha contra la transmisión si se amplían los grupos de edad incluidos.	

Actividades ordinarias de los programas	Modificaciones necesarias para prestar los servicios de forma segura	Consideraciones para la transición hacia el restablecimiento de las actividades*
Administración masiva de medicamentos	<p>Como medida excepcional para controlar el paludismo, es posible que sea necesario recurrir a la administración masiva de medicamentos para reducir al mínimo la enfermedad y la muerte por paludismo durante la pandemia de COVID-19 y esta debe plantearse antes de que los servicios de salud se vean desbordados.</p> <p>La administración masiva de medicamentos solo debe utilizarse tras un detenido examen del contexto y del riesgo de transmisión de COVID-19.(87)</p> <p>En la medida de lo posible, para la administración masiva de medicamentos deberían utilizarse medicamentos antipalúdicos de acción prolongada.</p>	<p>La administración masiva de medicamentos debe realizarse únicamente en circunstancias excepcionales y durante periodos limitados.</p>
Diagnóstico	<p>En las zonas de transmisión del paludismo, será conveniente realizar pruebas de diagnóstico del paludismo en la mayoría de las personas a las que se examine para detectar la COVID-19. Para garantizar la seguridad es necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • realizar pruebas para casos sospechosos o confirmados de COVID-19 en un área designada lejos de otros pacientes. Las pruebas podrían hacerse nada más llegar el paciente, de tal manera que los resultados estén disponibles en el momento en que el trabajador de la salud lo evalúe; • para los casos sospechosos de COVID-19, utilizar el EPP completo para realizar las pruebas de COVID-19 y de paludismo. Si no se dispone de un EPP completo, administrar un tratamiento presuntivo con el antipalúdico recomendado y organizar pruebas confirmatorias del paludismo cuando sea posible. • en todos los casos, seguir los protocolos locales para aislar a las personas con casos de COVID-19 sospechosos o confirmados. <p>Modificar al tratamiento presuntivo de la fiebre con TCA cuando no haya pruebas de diagnóstico rápido debido a las dificultades en la cadena de suministro o cuando no haya capacidad para realizarlos.</p> <p>Como medida temporal, pueden tomarse decisiones sobre qué grupos deben recibir el tratamiento presuntivo. Entre ellos se incluyen las personas con alto riesgo de enfermedades graves y muerte (incluidos los niños menores de cinco años y las mujeres embarazadas).</p> <p>Asimismo, debe decidirse cómo utilizar los suministros disponibles de pruebas de diagnóstico rápido y TCA para tratar de forma segura otras enfermedades palúdicas y no palúdicas sospechosas.</p> <p>En tales circunstancias, la prioridad es obtener las pruebas de diagnóstico rápido y los EPP pertinentes.</p> <p>Véanse las orientaciones actualizadas de la OMS sobre la prevención y el control de infecciones.(6)</p>	<p>Las pruebas parasitológicas previas al tratamiento deben retomarse tan pronto como se disponga de las pruebas de diagnóstico rápido y de los EPP adecuados.</p> <p>El tratamiento presuntivo debe reducirse al mínimo, ya que este enfoque agotará rápidamente las existencias de TCA y, a partir de ese momento, no habrá tratamiento para el paludismo, con lo que aumentará notablemente el riesgo de enfermedad grave y muerte.</p>
Garantizar un acceso rápido a la atención y el tratamiento	<p>Modificar los mensajes de salud pública para garantizar que la población no se demora en buscar atención para enfermedades que podrían ser paludismo.</p> <p>Estudiar la posibilidad de aumentar el apoyo al tratamiento de la fiebre y el paludismo en las comunidades para reducir la carga de paludismo en los establecimientos de salud y mejorar el acceso a la atención en las comunidades rurales y aisladas.</p> <p>Cuando no sea posible confirmar el diagnóstico parasitológico, iniciar un tratamiento presuntivo para el paludismo en función de los síntomas.</p>	<p>Subrayar la importancia del diagnóstico y la atención rápida de la fiebre en las zonas de riesgo de paludismo.</p> <p>Cuando proceda, mantener las adaptaciones con las que se haya logrado ampliar las actividades de tratamiento y diagnóstico del paludismo en la comunidad.</p>
Vigilancia	<p>Dar prioridad a la obtención de datos básicos mínimos (por ejemplo, el número de personas sometidas a pruebas; el número de personas positivas, por especie de parásito y gravedad; la edad; y si tienen COVID-19, si se dispone de ellos) mediante el sistema de información sobre gestión sanitaria para garantizar el mantenimiento de la planificación operacional crítica sobre el paludismo (por ejemplo, la previsión de productos básicos).</p> <p>Cuando sea posible y esté indicado, hacer la prueba del paludismo y de la COVID-19 simultáneamente.</p>	<p>Volver a recoger todo el conjunto de datos que permite la planificación nacional y subnacional.</p>
Investigaciones específicas y de casos y actividades de respuesta	<p>Simplificar los procesos de notificación e investigación para limitar la exposición de los responsables de la vigilancia al riesgo de transmisión de la COVID-19 y llevar a cabo las investigaciones por teléfono siempre que sea posible.</p> <p>Las investigaciones específicas también pueden simplificarse para incluir únicamente la verificación de la cobertura del control de vectores, mientras que las deficiencias pueden tratarse por teléfono cuando sea posible.</p> <p>Si no hay suficientes EPP para llevar a cabo la detección reactiva de casos, puede administrarse un tratamiento presuntivo en los casos de fiebre.</p>	<p>Retomar los procesos de notificación e investigación una vez que se haya interrumpido la transmisión de la COVID-19.</p>

*Véanse también la sección 1.11 y el anexo.

EPP: equipo de protección personal; TCS: tratamiento combinado basado en la artemisinina.

Bibliografía



1. Parpia AS, Ndeffo-Mbah ML, Wenzel NS, Galvani AP. Effects of response to 2014–2015 Ebola outbreak on deaths from malaria, HIV/AIDS, and tuberculosis, West Africa. Volumen 22, Número 3 – Marzo 2016 – Emerg Infect Dis, 2016;22(3):433-441. doi:10.3201/eid2203.150977.
2. Brolin Ribacke KJ, Saulnier DD, Eriksson A, von Schreeb J. Effects of the West Africa Ebola virus disease on health-care utilization – a systematic review. Front Public Health. 2016;4:222. doi: 10.3389/fpubh.2016.00222.
3. Elston JWT, Cartwright C, Ndumbi P, Wright J. The health impact of the 2014–15 Ebola outbreak. Public Health. 2017;143:60–70. doi: 10.1016/j.puhe.2016.10.020.
4. Estrategias, planes y operaciones [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/strategies-plans-and-operations>, consultado el 23 de mayo de 2020).
5. Addressing human rights as key to the COVID-19 response, 21 April 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (WHO/2019-nCoV/SRH/Rights/2020.1; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331811>, consultado el 23 de mayo de 2020).
6. Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Infection prevention and control / WASH [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/infection-prevention-and-control>, consultado el 23 de mayo de 2020).
7. COVID-19: operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak: interim guidance, 25 March 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (WHO/2019-nCoV/essential_health_services/2020.1; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331561>, consultado el 23 de mayo de 2020).
8. Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic: interim guidance, May 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331975?locale-attribute=es&>, consultado el 23 de mayo de 2020).
9. Interim guidance on public health and social measures for COVID-19 preparedness and response operations in low capacity and humanitarian settings. Ginebra: Comité Permanente entre Organismos; 2020 (<https://interagencystandingcommittee.org/health/interim-guidance-public-health-and-social-measures-covid-19-preparedness-and-response>, consultado el 23 de mayo de 2020).
10. OMS y CICR. Atención básica de emergencia: abordaje de lesionados y enfermos agudos [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Comité Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332275>, consultado el 23 de mayo de 2020).
11. Global surveillance for human infection with coronavirus disease (COVID-19) [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 ([https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov)), consultado el 23 de mayo de 2020).
12. Rapid guidance for strengthening human resources for health in the context of COVID-19. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2020 (<https://www.corecommitments.unicef.org/covid19db/Rapid-guidance-on-HRH-in-the-context-of-COVID-19-UNICEF-8May20-%281%29.pdf>, consultado el 23 de mayo de 2020).
13. New WHO tools launched to help hospitals manage surge in COVID-19 patients [sitio web]. Copenhagen, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/4/new-who-tools-launched-to-help-hospitals-manage-surge-in-covid-19-patients>, consultado el 23 de mayo de 2020).

14. COVID-19 essential supplies forecasting tool [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/who-documents-detail/covid-19-essential-supplies-forecasting-tool>, consultado el 23 de mayo de 2020).
15. An unnecessary evil? User fees for healthcare in low-income countries. Londres, Save the Children, 2005 (<https://resourcecentre.savethechildren.net/node/2736/pdf/2736.pdf>, consultado el 23 de mayo de 2020).
16. Soucat A. Financing common goods for health: fundamental for health, the foundation for UHC. Health Syst Reform. 2019 Oct 2;5(4):263-7. doi:10.1080/23288604.2019.1671125.
17. Common goods for health [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/health-topics/common-goods-for-health>, consultado el 23 de mayo de 2020).
18. Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. Implementing health financing reform: lessons from countries in transition. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, en nombre del Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2010 (<https://www.who.int/publications-detail/implementing-health-financing-reform-lessons-from-countries-in-transition>, consultado el 23 de mayo de 2020).
19. Saxena S, Piedra M. Preparing Public Financial Management Systems for Emergency Response Challenges. Special Series on Fiscal Policies to Respond to COVID-19. Washington, DC, FMI, 2020.
20. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhague, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa, 2019 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-europe-2019>, consultado el 23 de mayo de 2020).
21. UNICEF's Global social protection programme framework [sitio web]. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (<https://www.unicef.org/reports/global-social-protection-programme-framework-2019>, consultado el 23 de mayo de 2020).
22. Assessment tools [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/hospitals/assessment-tools-and-checklists/en/>, consultado el 23 de mayo de 2020).
23. Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community: interim guidance, 19 March 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331492>, consultado el 23 de mayo de 2020).
24. National eHealth strategy toolkit. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Unión Internacional de Telecomunicaciones, 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/75211?locale-attribute=es&>, consultado el 23 de mayo de 2020).
25. Atlas Digital de la Salud [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://digitalhealthatlas.org/es/-/>, consultado el 23 de mayo de 2020).
26. WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/self-care-interventions/en/>, consultado el 23 de mayo de 2020).
27. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311941>, consultado el 23 de mayo de 2020).
28. UNICEF's approach to digital health [sitio web]. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2020 (<https://www.unicef.org/innovation/reports/unicefs-approach-digital-health%E2%80%8B%E2%80%8B>, consultado el 23 de mayo de 2020).
29. Proyecto de estrategia mundial sobre salud digital 2020-2024, 22 de marzo de 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (https://www.who.int/docs/default-source/documents/gs4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf?sfvrsn=f112ede5_42, consultado el 23 de mayo de 2020).
30. Robertson T, Carter ED, Chou VB, Stegmuller AR, Jackson BD, Tam Y, et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. Lancet Glob Health. 2020. doi:10.1016/S2214-109X(20)30229-1.
31. Riley T, Sully E, Ahmed Z, Biddlecom A. Estimates of the potential impact of the COVID-19 pandemic on sexual and reproductive health in low- and middle-income countries. Int Perspect Sex Reprod Health. 2020;46:73-6. doi: 10.1363/46e9020.
32. WHO recommendations on child health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017(WHO/MCA/17.10, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259268>, consultado el 23 de mayo de 2020).
33. WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (WHO/MCA/17.07, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259269>, consultado el 23 de mayo de 2020).
34. Clinical management of COVID-19: interim guidance, 27 March 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (WHO/2019-nCoV/clinical/2020.5, <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>, consultado el 27 de mayo de 2020).
35. Preguntas frecuentes: Lactancia materna y COVID-19. Para trabajadores de la salud, 12 de mayo de 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/breastfeeding-covid-who-faqs-es-12may2020.pdf?sfvrsn=f1fdf92c_8, consultado el 23 de mayo de 2020).
36. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?ua=1, consultado el 23 de mayo de 2020).
37. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>, consultado el 23 de mayo de 2020).
38. Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales, 21 marzo de 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331643>, consultado el 23 de mayo de 2020).
39. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/97603?locale-attribute=es&>, consultado el 23 de mayo de 2020).

40. Maternal death surveillance and response: technical guidance. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/87340>, consultado el 23 de mayo de 2013).
41. Sinha IP, Harwood R, Semple MG, Hawcutt DB, Thursfield R, Narayan O. COVID-19 infection in children. *Lancet Respir Med.* 2020;8:P446-7. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30152-1.
42. WHO recommendations on child health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (WHO/MCA/17.08, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259267>, consultado el 23 de mayo de 2020).
43. WHO recommendations on adolescent health: guidelines approved by the WHO guidelines review committee. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (WHO/MCA/17.09, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259628>, consultado el 23 de mayo de 2020).
44. Liang L, Ren H, Cao R, Hu Y, Qin Z, Li C, et al. The effect of COVID-19 on youth mental health. *Psychiatr Q.* 2020. doi: 10.1007/s11126-020-09744-3.
45. Coronavirus disease (COVID-19) and its implications for protecting children online [sitio web]. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2020 (<https://www.unicef.org/documents/covid-19-and-implications-protecting-children-online>, consultado el 23 de mayo de 2020).
46. Repercusión de la pandemia de COVID-19 en la planificación familiar y la eliminación de la violencia de género, la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil: *La pandemia representa un peligro para la consecución de los resultados transformadores que el UNFPA se ha comprometido a lograr.* Nueva York, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2020 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_impact_brief_for_UNFPA_23_April_2020_ES.pdf, consultado el 23 de mayo de 2020).
47. Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19, 18 de marzo de 2020. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 2020 (<https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19>, consultado el 23 de mayo de 2020).
48. Consideraciones para las medidas de salud pública relativas a las escuelas en el contexto de la COVID-19, 10 de mayo de 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332107/WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-Schools-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consultado el 23 de mayo de 2020).
49. Preguntas y respuestas para los adolescentes y los jóvenes en relación con la COVID-19 [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/q-a-for-adolescents-and-youth-related-to-covid-19>, consultado el 23 de mayo de 2020).
50. Global monitoring of school meals during COVID-19 school closures [sitio web]. Roma, Programa Mundial de Alimentos, 2020 (<https://cdn.wfp.org/2020/school-feeding-map/index.html>, consultado el 23 de mayo de 2020).
51. Atención en el domicilio a pacientes presuntamente infectados por el nuevo coronavirus (COVID-19) que presentan síntomas leves, y gestión de sus contactos: orientaciones provisionales, 4 de febrero de 2020 Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331397/WHO-nCov-IPC-HomeCare-2020.2-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consultado el 23 de mayo de 2020).
52. Atención integrada para las personas mayores (ICOPE): Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 2019 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51973>, consultado el 23 de mayo de 2020).
53. Water, sanitation, hygiene, and waste management for the COVID-19 virus: interim guidance, 19 March 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (OMS/2019-nCoV/IPC_WASH/2020.2, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331499>, consultado el 23 de mayo de 2020).
54. Preguntas y respuestas sobre la COVID-19 para personas mayores [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/q-a-on-on-covid-19-for-older-people>, consultado el 23 de mayo de 2020).
55. Elder abuse [sitio web]. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 2020 (https://www.who.int/health-topics/elder-abuse#tab=tab_1, consultado el 23 de mayo de 2020).
56. Mobile health for ageing (mAgeing) [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<http://www.who.int/ageing/health-systems/mAgeing/en/>, consultado el 23 de mayo de 2020).
57. La inmunización en el contexto de la pandemia de COVID-19: preguntas frecuentes, 16 de abril de 2020 Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (WHO/2019-nCoV/immunization_services/FAQ/2020.1, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331818?locale-attribute=es&>, consultado el 23 de mayo de 2020).
58. Driggin E, Madhavan MV, Bikdeli B, Chuich T, Laracy J, Biondi-Zoccai G, et al. Cardiovascular considerations for patients, health care workers, and health systems during the COVID-19 pandemic. *J Am Coll Cardiol.* 2020;75(18):2352-71. doi: 10.1016/j.jacc.2020.03.031.
59. COVID-19 and the use of angiotensin-converting enzyme inhibitors and receptor blockers: scientific brief, 7 May 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (WHO/2019-nCoV/Sci_Brief/ACE-I/2020.1, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332021>, consultado el 23 de mayo de 2020).
60. The use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in patients with COVID-19: scientific brief, 19 April 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (WHO/2019-nCoV/Sci_Brief/NSAIDs/2020.1, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331796>, consultado el 23 de mayo de 2020).
61. Lucha contra las ENT: «mejores inversiones» y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259351>, consultado el 23 de mayo de 2020).
62. Tobacco Free Initiative (TFI): smoking cessation [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (http://www.who.int/tobacco/publications/smoking_cessation/en/, consultado el 23 de mayo de 2020).
63. Preguntas y respuestas sobre el tabaco y la COVID-19 [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-on-smoking-and-covid-19>, consultado el 23 de mayo de 2020).

64. Manténgase activo durante la pandemia de COVID-19 [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/being-active-during-covid-19>, consultado el 23 de mayo de 2020).
65. Guide to cancer early diagnosis. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf?sequence=1>, consultado el 23 de mayo de 2020).
66. Coronavirus (COVID-19): rapid guidelines [sitio web]. Londres, National Institute for Health and Care Excellence, 2020 (<https://www.nice.org.uk/covid-19>, consultado el 23 de mayo de 2020).
67. Framework for healthcare systems providing non-COVID-19 clinical care during the COVID-19 pandemic [sitio web]. Atlanta (EE.UU.), Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2020 (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/framework-non-COVID-care.html>, consultado el 23 de mayo de 2020).
68. Vías de transmisión del virus de la COVID-19: repercusiones para las recomendaciones relativas a las precauciones en materia de prevención y control de las infecciones: Reseña científica, 29 de marzo de 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>, consultado el 23 de mayo de 2020).
69. Consideraciones relativas a la rehabilitación durante el brote de COVID-19. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2020 (OPS/NMH/MH/COVID-19/20-0010, <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-relativas-rehabilitacion-durante-brote-covid-19>, consultado el 23 de mayo de 2020).
70. Integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274565>, consultado el 23 de mayo de 2018).
71. Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>, consultado el 23 de mayo de 2016).
72. Doing what matters in times of stress: an illustrated guide. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331901>, consultado el 23 de mayo de 2020).
73. Jewell BL, Mudimu E, Stover J, Kelly SL, Phillips A. Potential effects of disruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-19: results from multiple mathematical models. 2020; Disponible en: https://figshare.com/articles/Potential_effects_of_disruption_to_HIV_programmes_in_sub-Saharan_Africa_caused_by_COVID-19_results_from_multiple_mathematical_models/12279914.
74. Updated WHO Information Note: Ensuring continuity of TB services during the COVID-19 pandemic. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/news-room/detail/12-05-2020-updated-who-information-note-ensuring-continuity-of-tb-services-during-the-covid-19-pandemic>, consultado el 23 de mayo de 2020).
75. Principios rectores para las actividades de inmunización durante la pandemia de COVID-19: orientaciones provisionales. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331670/WHO-2019-nCoV-immunization_services-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consultado el 23 de mayo de 2020).
76. Polio eradication programme continuity: implementation in the context of the COVID-19 pandemic: Interim guide. Polio Global Eradication Initiative, 2020 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/03/COVID-POL-programme-continuity-guide-May-upd-v2.0-20200512.pdf>, consultado el 23 de mayo de 2020).
77. Recomendaciones de la OMS para la inmunización rutinaria – tablas resumen. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (https://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/es/, consultado el 23 de mayo de 2020).
78. Bacille Calmette-Guérin (BCG) vaccination and COVID-19. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 ([https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/bacille-calmette-guérin-\(bcg\)-vaccination-and-covid-19](https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/bacille-calmette-guérin-(bcg)-vaccination-and-covid-19), consultado el 23 de mayo de 2020).
79. Immunization policy and strategies [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (http://www.who.int/immunization/programmes_systems/policies_strategies/en/, consultado el 23 de mayo de 2020).
80. Vaccine Preventable Diseases Surveillance Standards [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/standards/en/, consultado el 23 de mayo de 2020).
81. Temperature-sensitive health products in the Expanded Programme on Immunization cold chain: Interim Update on COVID-19 Response [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2020 (https://www.rhsupplies.org/uploads/tx_rhscpublications/EPI-cold-chain-WHO-UNICEF-joint-statement_A4_rev2_5-14-15-3.pdf, consultado el 23 de mayo de 2020).
82. COVID-19: WHO issues interim guidance for implementation of NTD programmes. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (http://www.who.int/neglected_diseases/news/COVID19-WHO-interim-guidance-implementation-NTD-programmes/en/, consultado el 23 de mayo de 2020).
83. The potential impact of health service disruptions on the burden of malaria: a modelling analysis for countries in sub-Saharan Africa. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331845>, consultado el 23 de mayo de 2020).
84. World malaria report 2019. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://www.who.int/publications-detail/world-malaria-report-2019> consultado el 23 de mayo de 2020).
85. Tailoring malaria interventions in the COVID-19 response [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<http://www.who.int/malaria/publications/atoz/tailoring-malaria-interventions-in-the-covid-19-response/en/>, consultado el 23 de mayo de 2020).
86. Adapting seasonal malaria chemoprevention in the context of COVID-19: Operational Guidance [sitio web]. Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, 2020 (https://endmalaria.org/sites/default/files/Adapting%20seasonal%20malaria%20chemoprevention%20in%20the%20context%20of%20COVID-19_0.pdf, consultado el 23 de mayo de 2020).
87. Mass drug administration for falciparum malaria: a practical field manual [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (<http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241513104/en/>, consultado el 23 de mayo de 2020).



Indicadores de muestra para monitorear los servicios de salud esenciales

Dado que los sistemas de salud están cada vez más desbordados por el volumen de pacientes que necesitan atención para la COVID-19, los ejemplos que figuran a continuación tienen por objeto ser específicos, pertinentes y con plazos determinados y se refieren a un conjunto básico de indicadores que pueden servir de referencia para vigilar el impacto de la pandemia en los servicios de salud esenciales. El orden de prioridad dependerá del contexto específico de cada país, incluida la lista de servicios que se mantendrán o modificarán, y el contexto de transmisión de COVID-19. No es una lista exhaustiva, sino una guía para controlar la interrupción de los servicios de salud esenciales o para activar la aplicación de modificaciones en las actividades de los programas durante las diferentes fases de la pandemia. Entre los criterios para seleccionar los indicadores prioritarios figuran: *a)* la disponibilidad de datos y la facilidad para reunirlos y comunicarlos en las comunidades y los establecimientos, *b)* su cobertura de los servicios esenciales y *c)* la relación directa entre los resultados sanitarios deficientes y su incumplimiento o falta de prestación. Estos deben extraerse de los indicadores existentes para los que ya hay mediciones. Es necesario hacer un seguimiento de los indicadores y presentar informes al respecto cada cierto tiempo (es decir, semanal o mensualmente) que estén desglosados siempre que sea posible (por ejemplo, por edad y sexo). Se está elaborando un conjunto completo de metadatos de los indicadores, incluido el grado de desglose recomendado, y orientaciones analíticas destinadas a facilitar la supervisión de los servicios de salud esenciales.

Lista ampliada de indicadores de muestra para el seguimiento de los servicios de salud esenciales durante la pandemia de COVID-19

- Número total de visitas ambulatorias o de consultas de atención primaria.
- Número total de altas hospitalarias, incluidas las muertes (relacionadas o no con la COVID-19).
- Número de trabajadores de la salud disponibles, desglosados por grupo profesional (es decir, según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones o Clasificación CIUO-8).
- Número de trabajadores de la salud infectados por la COVID-19, desglosados por grupo profesional, incluidos los trabajadores de la salud o asistenciales en residencias de ancianos y centros de atención a pacientes crónicos o dependientes.
- Porcentaje de servicios de urgencias hospitalarios que disponen de una herramienta de cribado validada.
- Relación de muertes hospitalarias por lesiones agudas con respecto al total de muertes por lesiones agudas.
- Número de admisiones hospitalarias por urgencias cardiovasculares y cerebrovasculares agudas.
- Porcentaje de pacientes con COVID-19 con una ENT subyacente.
- Número de ingresos y altas hospitalarios (incluidas las muertes) por hipoglucemia e hiperglucemia.
- Medicamentos o suministros esenciales para los que hay menos de dos meses de existencias y para los que no se haya podido confirmar el reabastecimiento o el reabastecimiento a tiempo.
- Número de mujeres y niñas que reciben anticonceptivos a) orales y b) inyectables.
- Número de mujeres que acuden al establecimiento con complicaciones relacionadas con un aborto.
- Número de mujeres embarazadas que han recibido al menos una visita prenatal.
- Número de visitas de atención prenatal en las que se administró o prescribió suplementos con hierro a las mujeres embarazadas.
- Número de nacimientos en los establecimientos sanitarios.
- Número de nacimientos por cesárea.
- Incidencia de peso bajo al nacer (menos de 2500 g) en los recién nacidos.
- Número de bebés a término que se colocaron en el pecho de la madre en la primera hora desde el nacimiento.
- Número de mujeres que reciben atención posnatal en los dos días posteriores al parto.
- Número de recién nacidos que reciben atención posnatal en los dos días posteriores al nacimiento.
- Número de recién nacidos que pesan ≤ 2000 g que reciben el cuidados mediante el método madre canguro.
- Número de recién nacidos ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales.
- Número de niños que acuden al establecimiento de salud con algún signo de infección respiratoria aguda.
- Número de niños menores de un año que reciben la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DPT3) o la primera dosis de vacuna contra el sarampión.
- Tasa de cobertura de inmunización por vacuna para cada vacuna incluida en el calendario nacional.
- Número de niños de 0 a 59 meses ingresados en un establecimiento de salud para el tratamiento de la emaciación grave y el edema de fóvea bilateral.
- Número de niños de 0 a 59 meses examinados para detectar emaciación grave y edema de fóvea bilateral.
- Número de niños de 0 a 59 meses dados de alta, recuperados o tratados por emaciación grave y edema de fóvea bilateral.
- Número de niños de 0 a 59 meses que recibieron una dosis de vitamina A adapta a su edad cada semestre.
- Porcentaje de casos confirmados de paludismo tratados con tratamientos combinados basados en la artemisinina.
- Número de casos de tuberculosis (nuevos y recaídas) notificados.
- Porcentaje de adultos VIH-positivos y reciben tratamiento antirretrovírico que se ven afectados por las interrupciones en el tratamiento.
- Porcentaje de personas con hepatitis B y en tratamiento a largo plazo que se ven afectadas por alteraciones del tratamiento.
- Número de mujeres que se sometieron a las pruebas de detección del cáncer cervicouterino.
- Número de casos de violencia contra mujeres y niñas (física, sexual u otra), por tipo de autor, registrados por centro de salud.
- Número de personas con afecciones graves de salud mental (por ejemplo, depresión moderada a grave, psicosis, trastorno afectivo bipolar, trastornos por abuso de sustancias) que utilizan los servicios de consulta.
- Tasa de suicidios.
- Número de nuevos diagnósticos de cáncer.
- Número de pacientes con COVID-19 y de pacientes sin COVID-19 que necesitan cuidados paliativos.
- Número de personas mayores que acuden al establecimiento con algún signo de infección respiratoria aguda.
- Número de muertes en adultos mayores de 60 años debido a afecciones no relacionadas con la COVID-19.



Organización Mundial de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Avenue Appia 20
1211 Geneva 27
Switzerland

Emergencias sanitarias:
www.who.int/emergencies/es/