

COMITÉ ASESOR Y DE SEGUIMIENTO DE LA COVID-19 EN ASTURIAS

Aportaciones individuales al primer informe de los miembros del Comité
sobre recomendaciones para intervención a corto y medio plazo

25 de noviembre 2020



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SALUD

Miembros del Comité Asesor y de Seguimiento de la COVID-19 en Asturias

D. Usama Bilal Álvarez

D. Ignacio de Blas Giral

Dña. Carmen Cabezas Peña

D. Daniel López Acuña

Dña. Beatriz López Valcárcel

Dña. María de Oña Navarro

D. Javier Padilla Bernáldez

D. Miguel Presno Linera

Dña. Ainhoa Ruiz Azarola

Dña. Leonor Ruiz Sicilia

Dña. Edurne Zabaleta del Olmo

D. Rafael Cofiño Fernández. Presidente

D. Miguel Ángel Prieto García. Presidente suplente

Dña. Carmen Natal Ramos. Secretaria

Dña. María José Villanueva Ordóñez. Secretaria suplente

NOTA SOBRE EVENTUALES MEDIDAS LEGALES QUE PODRÍA ACORDAR EL PRINCIPADO DE ASTURIAS (U OTRA CCAA) PARA CONTENER LA COVID-19

16 de noviembre de 2020

Miguel Presno Linera

presnolinera@gmail.com

En las líneas siguientes comentaré, de forma muy breve, algunas de las medidas jurídicas que, eventualmente, se podrían adoptar para hacer frente a la propagación de la COVID-19, indicando qué autoridad, estatal o autonómica, tendría competencia para ello.

Primera: la actual limitación nocturna de la libertad de circulación (de 22.00 a 07.00 en sus franjas máximas) está prevista en el vigente estado de alarma acordado el 25 de octubre mediante el [Decreto 926/2020, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2](#) y prorrogado, hasta las 00:00 horas del día 9 de mayo de 2021, por el [Decreto 956/2020](#).

Las comunidades autónomas podrían *modular, flexibilizar o suspender* esta limitación, es decir, podrían, por ejemplo, reducir la duración de la medida por debajo de las franjas mínimas fijadas en su momento (entre las 00.000 y las 05.00), aplicarla de forma diferente en distintas partes del territorio autonómico o levantar esa prohibición el tiempo que lo estimen oportuno y ello a la vista de la evolución de los indicadores sanitarios, epidemiológicos, sociales, económicos y de movilidad. En ningún caso podrían ampliar su duración, ni siquiera 5 minutos.

La ampliación de esta libertad de circulación nocturna solo podría acordarla el Estado; en mi opinión, mediante un nuevo Decreto de estado de alarma. Lo mismo exigiría cualquier tipo de limitación generalizada de circulación diurna, ahora inexistente.

Segunda: las comunidades autónomas tienen competencia para restringir la entrada y salida de personas de su territorio salvo para desplazamientos adecuadamente justificados.

Tercera: las comunidades y ciudades autónomas pueden establecer límites a la salida y entrada en ámbitos territoriales de carácter geográficamente inferior a la comunidad (comarcales, municipales) en los términos del vigente estado de alarma, que contempla varias excepciones: a) Asistencia a centros, servicios y establecimientos sanitarios. b) Cumplimiento de obligaciones laborales, profesionales, empresariales, institucionales o legales. c) Asistencia a centros universitarios, docentes y educativos, incluidas las escuelas de educación infantil. d) Retorno al lugar de residencia habitual o familiar... En otras palabras, las comunidades autónomas pueden establecer cierres perimetrales de todos o algunos de los municipios.

Cuarta: no está sometida a restricción alguna la circulación en tránsito a través de los ámbitos territoriales, de manera que se puede ir de un municipio a otro o de una comunidad a otra aunque ello implique pasar por municipios o comunidades confinados.

Quinta: las comunidades autónomas pueden decidir, a la vista de la evolución de los indicadores sanitarios, epidemiológicos, sociales, económicos y de movilidad, y previa comunicación al Ministerio de Sanidad, que el número máximo de personas reunidas en espacios públicos y privados sea inferior a seis personas, salvo que se trate de convivientes.

Sexta: las comunidades autónomas podrán imponer las prestaciones personales obligatorias que resulten imprescindibles en el ámbito de sus sistemas sanitarios y sociosanitarios para responder a la situación de emergencia sanitaria.

Séptima: las comunidades autónomas no pueden, al menos de acuerdo con un reciente [Auto del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, de 6 de noviembre](#), prohibir las salidas de las personas residentes en centros sociosanitarios ni tampoco, de manera casi general, vetar las visitas. No obstante, el TSJ de Andalucía avaló, el 2 de octubre, medidas menos limitativas (se prevén paseos terapéuticos, un régimen de visitas muy restrictivo pero no tanto como en Castilla y León) por entenderlas proporcionales.

Habría que ver si una medida de esta índole puede acordarse mediante un nuevo estado de alarma; en mi opinión, una prohibición general de salir de estas residencias, por el mero hecho de vivir en ellas y al margen de otras consideraciones, sería discriminatoria e inconstitucional.

Octava: las comunidades autónomas, al amparo de la Ley General de Salud Pública, de 2011, y, en su caso, en las leyes de salud públicas autonómicas (como la asturiana de 2019), pueden acordar el cierre preventivo de las instalaciones, establecimientos, servicios e industrias así como la suspensión del ejercicio de actividades, lo que, en las presentes circunstancias, podría incluir el cese de actividades y el cierre de establecimientos que ahora están funcionando y abiertos.

Estas medidas deberían atender a los siguientes principios: a) preferencia de la colaboración voluntaria con las autoridades sanitarias; b) prohibición de ordenar medidas obligatorias que conlleven riesgo para la vida; c) proporcionalidad de las limitaciones sanitarias a los fines que en cada caso se persigan; d) elección de las medidas que menos perjudiquen al principio de libre circulación de las personas y de los bienes, la libertad de empresa y cualesquiera otros derechos afectados.

En otras palabras, las comunidades autónomas pueden acordar el cierre, total o parcial, de establecimientos siempre que justifique estas medidas y lo haga de forma proporcional a la situación en cada momento, optando, si es posible, por las medidas menos gravosas -reducir el horario de apertura o el aforo antes que el cierre total- pero pudiendo acudir a las más restrictivas si viene al caso.

CONCLUSIONES

1ª) El Principado de Asturias no puede ampliar las limitaciones de movilidad nocturnas ni imponer limitaciones generales diurnas.

2ª) El Principado de Asturias puede mantener limitaciones a la entrada y salida de la Comunidad y también las ya vigentes en diversos municipios; también limitar los movimientos por comarcas o imponer una limitación de salidas y entradas para todos los concejos de la Comunidad.

3ª) El Principado de Asturias puede reducir el número máximo (ahora de 6) de personas que se reúnen en espacios públicos y privados, aunque esa limitación no afecta cuando se ejerce el derecho de reunión en un espacio público (por ejemplo, las concentraciones de protesta, aunque las mismas deben desarrollarse con adecuadas medidas de seguridad).

4ª) El Principado de Asturias tiene capacidad normativa para acordar el cierre o la apertura con restricciones de establecimientos y actividades por razones de salud pública.

NOTA SOBRE LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA ATAJAR LA TRANSMISION Y DOBLEGAR LA CURVA DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN ASTURIAS

Daniel López Acuña

17 de noviembre de 2020

La situación epidemiológica de la pandemia de COVID-19 en Asturias, la importante presión asistencial que se ha producido y el elevado número de fallecimientos que ha acontecido hacen necesario tomar medidas adicionales sanitarias y sociales para poder lanzar una ofensiva que permita atajar la transmisión y doblegar la curva de la pandemia de COVID-19 durante las próximas semanas.

Asturias, como el resto de Europa, no ha estado exenta de un vertiginoso incremento de casos de COVID-19 durante el mes de octubre y lo que va de noviembre. Las cifras dadas a conocer por el Ministerio de Sanidad el lunes 16 de noviembre muestran una incidencia acumulada en los últimos 14 días de 628 casos por cada cien mil habitantes. Esta cifra está por encima de la media española de 478. Hay 12 Comunidades Autónomas por encima de la media nacional de incidencia y en el resto del territorio el número de casos por cien mil habitantes sigue siendo muy alto y supera los umbrales de 250 casos del semáforo de alertas acordado por el Consejo Interterritorial, de las recomendaciones del Centro Europeo de Control de Enfermedades (ECDC) y de los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Ante esa evolución y sus proyecciones se planteó por parte del gobierno del Principado de Asturias, con mucho tino, desde el comienzo de noviembre, la necesidad de poner en marcha medidas restrictivas más contundentes, adicionales al toque de queda, para reducir la transmisión y doblegar la curva. Algunas de ellas fueron anunciadas e implementadas en ese momento .A ello se sumaron los confinamientos perimetrales de las principales ciudades asturianas y de la Comunidad Autónoma.

El gobierno del Principado planteo asimismo al Gobierno Central el poder contar con el apoyo jurídico necesario, mediante un estado de alarma revisado, para poder poner en marcha un confinamiento domiciliario como el que ha doblegado exitosamente la curva en Israel y en Irlanda y que ha sido adoptado en las últimas semanas por numerosos países del entorno europeo.

Tengámoslo claro, si no se hubiesen tomado las medidas que se han tomado hasta hoy, ante la incidencia creciente que ha tenido la enfermedad y ante la vertiginosa demanda de hospitalización y cuidados intensivos que se ha producido, tendríamos ahora una incidencia mucho mayor y una presión asistencial inmanejable.

Al plantear la deseabilidad de ir por la vía del confinamiento domiciliario hace dos semanas el Gobierno del Principado vio con claridad la necesidad de tomar medidas restrictivas tajantes que impidiesen la interacción gregaria que amplifica la transmisión del virus. La gravedad de la presión asistencial obligaba asimismo desde hace dos semanas a medidas tajantes. Pero la autoridad sanitaria del Estado no ha tenido la receptividad para atender la petición del gobierno del Principado y de otros gobiernos autonómicos de poner en marcha un confinamiento domiciliario y hemos perdido un tiempo precioso para incidir de manera efectiva en la evolución de la pandemia.

Lo que preocupa en estos momentos y mueve a una reflexión profunda, no son solamente los 6431 casos diagnosticados en los últimos 14 días, sino también el hecho de que la positividad de las pruebas PCR realizadas es de alrededor del 12 %, siete puntos por encima de lo que establece la OMS como el umbral para considerar que la transmisión comunitaria está controlada, **lo cual significa que el virus sigue circulando ampliamente y el riesgo de contagio está muy presente.**

Por si lo anterior fuera poco, la presión asistencial ha crecido de manera muy alarmante. Hay 1039 pacientes de COVID-19 hospitalizados, lo que supone el 30,2 por ciento de las camas hospitalarias disponibles ocupadas por personas afectadas por una sola patología y 146 pacientes de COVID ingresados en UCI, lo que representa el 48,5 % de las camas UCI, cifras muy altas que comprometen la atención hospitalaria e intensiva de pacientes afectados por otras enfermedades.

Alrededor del 16% de los nuevos casos diagnosticados son hospitalizados y el 5,5 % de los hospitalizados son ingresados en UCI. Si no se lograra reducir la transmisión y no se abatiese la curva y se mantuviesen constantes tanto el número de nuevos casos como la severidad que requiere el ingreso en planta o en UCI, el número de nuevos contagios en un mes sería de alrededor de 10,000 personas más. Esto llevaría a tener 1,600 hospitalizaciones y alrededor de 90 ingresos en UCI adicionales, lo cual supondría una elevación de la presión asistencial de hasta el 86% de camas hospitalarias y el 80% de las UCI. Una situación realmente alarmante por las enormes consecuencias que acarrearía y que se debe evitar bajo cualquier concepto.

Las cifras del viernes 13 de noviembre de número de casos nuevos diagnosticados, de incidencia acumulada de 14 días por cien mil habitantes, de positividad a la realización de pruebas diagnósticas, de ocupación de camas hospitalarias y de UCI y de fallecimientos son alarmantes y han sido las peores de esta ola de otoño. Las cifras del sábado 14 y el domingo 15 han sido menos sombrías, pero siguen siendo significativas. Por supuesto habrá que ver las cifras de los primeros días de esta semana para tener un panorama más claro de las tendencias que siguen los indicadores mencionados y ajustar ante ello la intensidad de las medidas adoptadas.

La magnitud y la trascendencia de lo que enfrentamos nos mueven a reflexionar sobre cuáles deben ser las medidas adicionales, altamente efectivas, que en un corto plazo pueden ser puestas en marcha para lograr lo antes posible una reducción de la transmisión, un descenso en la incidencia, una reducción en la positividad a las pruebas diagnósticas, un aplanamiento de la curva de presión asistencial y una reducción en el número de fallecimientos prevenibles.

Sabemos que las medidas que se adopten tendrán que inscribirse dentro de lo que permiten las competencias autonómicas y el estado de alarma declarado el 26 de octubre. El paraguas jurídico con el que se cuenta en este momento no permite dar los pasos que serían necesarios, como el confinamiento domiciliario que en su momento reclamo el gobierno del Principado de Asturias, o la ampliación de los horarios del toque de queda, o las restricciones al movimiento de personas que viven en residencias geriátricas. La Comunidad Autónoma está hasta cierto punto maniatada y no puede ir tan lejos como quisiera y como sería necesario ya que incomprensiblemente no ha contado con el respaldo de la Autoridad sanitaria del Estado para ello.

En este sentido hay que ser pragmáticos y considerar que si, lamentablemente, de momento, esa puerta está cerrada, el Principado de Asturias no puede quedarse con las manos cruzadas y tiene que actuar en aquellos renglones en lo que no está cortapisado. Por ello **hay que encontrar la forma de intensificar lo que si puede hacerse dentro de los límites competenciales autonómicos** y a ello están referidas las consideraciones que a continuación enuncio y que me gustaría invitar al Comité Asesor a que delibere.

La premisa fundamental es que el virus aun está circulando ampliamente en el territorio asturiano, que la transmisión comunitaria continua presente especialmente en las ciudades más pobladas, que la dinámica de la epidemia no está circunscrita a brotes que puedan ser fácilmente rastreables y controlados, que las medidas restrictivas hasta ahora adoptadas del toque de queda, de los confinamientos perimetrales y del cierre de actividades de hostelería , pequeño comercio , ocio nocturno y bares no son suficientes para frenar la interacción gregaria y por ende la transmisión del virus, que la recomendación del auto confinamiento enfrenta serias limitaciones y sufre del efecto de la fatiga pandémica, que hay un número importante de personas asintomáticas positivas que circulan e interactúan y no están ni aisladas ni sujetas a cuarentenas, y que aun hay un fragmento del iceberg de la enfermedad, quizá un 30 %, que podemos visibilizar con esfuerzos diagnósticos poblacionales adicionales que nos conduzcan aun mayor aislamiento de personas con potencial de contagiar la enfermedad.

Frente a esta situación y ante la imposibilidad de reducir las interacciones gregarias diurnas ya que no puede aplicarse el confinamiento domiciliario u otras medidas restrictivas que afectan derechos individuales o restringen la movilidad en tanto no se tenga un estado de alarma revisado que lo permita, **sugiero las siguientes medidas sanitarias y sociales que podrían ser puestas en marcha de inmediato y comunicadas a la población cuanto antes.** Habrá que hacerlo con una estrategia de comunicación que insista en el **sentido de urgencia** que tiene la situación, en la perentoriedad con la que deben aplicarse las medidas y en la importancia de la corresponsabilidad ciudadana en este esfuerzo colectivo.

A continuación, se plantean las doce medidas que se proponen y que pueden ser adoptadas de inmediato

1) PROFUNDIZAR EL ANALISIS EPIDEMIOLOGICO PARA FOCALIZAR AUN MAS LA ACCION SANITARIA

No nos basta con la epidemiología descriptiva más clásica y habitual: necesitamos profundizar el análisis epidemiológico para focalizar aún más la acción sanitaria. La lógica y el paradigma de la caracterización de brotes y de sus contactos nos resulta insuficiente

Necesitamos establecer más y mejores correlaciones del grado de movilidad de las personas positivas y de sus contactos

Necesitamos entender mejor la distribución de casos y contactos no solo por su lugar de residencia sino también en función de los lugares por los que transcurren durante el día y la noche

Necesitamos más información sobre la incidencia en los entornos, escolar, laboral y de centros sociosanitarios

Requerimos de información desagregada por grupos de edad no solo de los casos sino también de las personas que han sido testadas, a fin de poder identificar tasas de ataque y grupos en los que se concentra la positividad y relacionar esta información con la relativa a ingresos hospitalarios, y ocupación de UCI

Hay que conocer mejor donde está el virus y donde está la transmisión. Hay que precisar aún más en que espacios comunitarios se concentra. Saber mejor donde tenemos que atajar el virus

Hay que hacer más análisis de *space-time interactions* que nos permita caracterizar clústeres más allá de los brotes y focalizar intervenciones

Tenemos que hacer un análisis pormenorizado de la mortalidad por causas para determinar que ha originado la mortalidad excesiva que estamos observando. Cuanto es COVID y cuanto son otras causas

Estos son solo algunos ejemplos del tipo de análisis que se requiere para poder dirigir mejor las intervenciones hacia colectivos y espacios de mayor riesgo

2) ENFOQUE COMUNITARIO Y NO SANITARIOCENTRICO: IR A POR LA ENFERMEDAD Y NO ESPERAR A QUE VENGA

En estos momentos hay que dar un gran giro de timón en la estrategia sanitaria y hay que privilegiar un enfoque comunitario de promoción de la salud, diagnóstico precoz, seguimiento, rastreo y consiguiente aislamiento de positivos.

Hay que ir a por la enfermedad para detectarla y para prevenir más contagios y no esperar que vengan los casos sospechosos y con claros síntomas a la atención sanitaria.

Esto implica no aguardar a que la gente vaya a urgencias y a los centros de salud sino montar operativos móviles que *busquen* casos, rastreen de manera proactiva posibles circuitos de contagio y apoyen la realización de cribados más amplios.

Hay que ir a por el 30% del iceberg que no se ve y que no acude a los servicios sanitarios y con ello intensificar el aislamiento de positivos

Esto implica reorganizar equipos de salud pública, atención primaria y asistencia social municipal o autonómica en apoyo a una un operativo que salga a la comunidad y vaya a la ofensiva y no quedar en los bastiones sanitarios de primaria y urgencias a la espera de la llegada de más casos.

Esto no quiere decir no seguir haciendo el rastreo exhaustivo para la caracterización de brotes, pero eso es solo una parte de lo que hay que hacer.

La gran mayoría de casos sintomáticos y asintomáticos, de contagios positivos, no son rastreables y requieren un abordaje diferente que no puede ni debe aguardar a que lleguen al sistema sanitario

3) DUPLICAR LA CAPACIDAD DE REALIZAR PRUEBAS DIAGNOSTICAS

La realidad es que habrá que incrementar la capacidad de realizar pruebas diagnosticas para poder tener una estrategia exitosa. Habrá que ser muy cuidadosos con el balance adecuado de pruebas rápidas de antígenos y PCRS.

Recordemos la menor fiabilidad de las pruebas antigénicas rápidas en asintomáticos y en fases tempranas de la enfermedad

No se puede pensar en que las PCR quedaran sustituidas por las pruebas de antígenos. Hay que definir una complementariedad y la indicación de cada uno de ellos.

Sugiero hacer lo necesario para incrementar la capacidad de toma de muestras y realización de PCR hasta 10.000 por día y movilizar toda la capacidad de laboratorios en el Principado que permita lograrlo.

Por otra parte, sugiero ir incrementando la capacidad de realización de pruebas de antígenos rápidos hasta llegar a 5.000 diarios y concentrar su uso en personas sintomáticas que están en sus domicilios o acuden a centros de salud y a urgencias y no en cribados masivos.

Para atajar la transmisión necesitaremos de este tipo de *scaling up* de la capacidad diagnóstica como eje clave de la estrategia de prevención y control

Habrà que valorar la posibilidad de movilizar a farmacéuticos y farmacias y ponerlas al servicio de la sanidad pública para que apoyen a los servicios sanitarios en la realización de pruebas diagnósticas. Pero no como una ventanilla paralela, porque esas pruebas deben estar adecuadamente indicadas para hacerlas en las personas que las ameritan y no simplemente dar escopetazos a ciegas que solo darían falsa seguridad. No puede ser un enfoque *first come, first served*

4) MAS CRIBADOS POBLACIONALES DIRIGIDOS A ENTORNOS Y POBLACIONES DE RIESGO

Los protocolos de realización de pruebas a casos sintomáticos, sospechosos y contactos, útiles para el diagnóstico clínico y la investigación de brotes aislados no son suficientes

Hay que dar un paso que supone un cambio de paradigma y hay que hacer más cribados poblacionales dirigidos a entornos y poblaciones de riesgo. De esa manera encontraremos muchos más asintomáticos positivos que deben ser aislados y que pasan por debajo del radar de la investigación de brotes

Esto supone un abordaje flexible y creativo que tome en cuenta múltiples variables y circunstancias y que tome como eje de la realización de cribados aquellos entornos que tienen un alto grado de riesgo de transmisión por tener un elevado índice de interacción gregaria

Esto debería llevar a la realización de cribados periódicos en:

- a) Residencias sociosanitarias
- b) Hospitales y Centros de Salud
- c) Centros educativos y sus entornos inmediatos incluidos colegios mayores
- d) Centros de trabajo

- e) Personal que trabaja en primera línea de contacto con el público como comercios de alimentación y supermercados
- f) Fuerzas y cuerpos de seguridad
- g) Personal sanitario
- h) Personal sociosanitario

Y a la realización de cribados poblacionales o perimetrales bien dirigidos en

- a) Poblaciones pequeñas con alta incidencia y positividad
- b) Conjuntos habitacionales o bloques de edificios con alta incidencia, positividad y densidad de población
- c) Barrios *calientes* o seriamente afectados en ciudades de tamaño mediano y grande
- d) Ámbitos de convivencia deportiva

5) MEDICALIZACION Y BLINDAJE DE RESIDENCIAS GERIATRICAS Y PERSONAS MAYORES QUE RECIBEN CUIDADOS DOMICILIARIOS

Debemos evitar a toda costa las residencias geriátricas y las personas mayores que reciben cuidados domiciliarios el que se conviertan de nuevo en el talón de Aquiles de esta fase de la pandemia. Hay que evitar que las residencias sean sitios de amplificación de la transmisión, de concentración de la severidad y de alta letalidad. Y hay que proteger a los adultos mayores dependientes que viven en sus domicilios

Para ello hay que evitar que el virus entre a las residencias y facilitar el manejo adecuado de residentes contagiados y su ingreso en instituciones sanitarias cuando lo requieran y hay que extremar las precauciones con los adultos dependientes que residen en sus domicilios

Los cribados periódicos de los residentes, del personal que trabaja en las residencias y del personal que se ocupa de cuidados domiciliarios son esenciales y deben intensificarse todo lo que sea posible

Sugiero además que se intervengan sanitariamente todas las residencias públicas y privadas. Que se extremen los protocolos de conductas de protección y uso de equipo de protección personal. Que se tenga una referencia temprana de los casos serios a hospitales y/o UCI. Que se practique una adecuada segmentación y cuando es posible aislamiento. Que se refiera a Arcas de Noé a las personas positivas con cuadros leves a quienes deba aislarse y a los contactos que haya que poner en cuarentena cuando las residencias no permitan condiciones adecuadas de aislamiento

Y desde mi punto de vista habría que blindar las residencias a visitas de familiares y amigos por un periodo de un mes y suprimir entradas y salidas de los residentes. Sin embargo, al parecer esto requiere de una modificación del estado de alarma

6) MAYOR PROTECCION DE TRABAJADORES SANITARIOS Y SOCIOSANITARIOS

Hay que extremar las medidas para proteger a los trabajadores sanitarios y sociosanitarios. En las últimas tres semanas se han diagnosticado en España más de 10.000 casos confirmados en trabajadores sanitarios y esto hay que evitarlo a toda costa

Ello supone reforzar los protocolos de uso de equipo de protección individual, de circuitos COVID y no COVID en los establecimientos sanitarios y de cribados periódicos al personal sanitario y sociosanitario

7) VIGILAR ESTRECHAMENTE EL AISLAMIENTO Y LAS CUARENTENAS Y APOYAR CON PROGRAMAS PUBLICOS CUANDO NO PUEDAN HACERSE EN LO PRIVADO

De poco servirá un esfuerzo diagnóstico intensificado y una identificación de positivos sintomáticos o asintomáticos que deban aislarle o un rastreo exhaustivo que identifique personas que deben someterse a cuarentena si esto no se ve acompañado de un cumplimiento a rajatabla de dichas medidas

Está muy claro que habrá que contar con intervenciones públicas para aislar a quienes no puedan ser aislados adecuadamente en sus domicilios y esto requerirá de un incremento de los hoteles medicalizados disponibles

Pero de igual importancia será el vigilar estrechamente el aislamiento y la cuarentena de las personas que deban cumplirlas a través de dispositivos reforzados y mutuamente apoyados de enfermería de atención primaria y de trabajo social municipal y autonómico. Hay que movilizar al personal que hace otras funciones de trabajo social para que colabore en estas tareas

8) CIERRE DE GIMNASIOS, LUGARES DE CULTO, ESPACIOS DE REUNIONES GRUPALES, CENTROS CULTURALES, RECREATIVOS Y DEPORTIVOS

Al no poder poner en marcha el confinamiento domiciliario hay que extremar medidas de reducción del riesgo de contagio en todos aquellos lugares que suponen interacciones gregarias con alta probabilidad de transmisión

Un estudio recientemente publicado en la revista *Nature* muestra el alto riesgo de contagio en este tipo de espacios públicos

Ante ello, y si no hay un descenso considerable en la incidencia y en la positividad sugiero proceder al cierre de gimnasios, lugares de culto, espacios de reuniones grupales, centros culturales, recreativos y deportivos y por supuesto proseguir con el cierre de hostelería, bares y lugares de ocio nocturno

Habría que considerar también la posibilidad de cierre de peluquerías y centros estéticos y locales de masajes. Suiza ha hecho incluso una prohibición explícita a la prostitución

9) VIGILANCIA ESTRECHA DE AGLOMERACIONES Y CONGREGACION DE PERSONAS EN LA CALLE

Ante los cierres de hostelería y bares y la ausencia del confinamiento domestico muchas personas se han volcado a la calle para dar paseos o reunirse informalmente sin ajustarse a las medidas de protección establecidas y recomendadas

Además de promover los mensajes de responsabilidad individual y colectiva y de alentar el auto confinamiento, medidas todas que tienen serias limitaciones de cumplimiento efectivo, habría que poner en marcha una vigilancia muy estrecha por parte de las policías municipales, la Policía Nacional y la Guardia Civil para que los paseos por las calles no se den en circunstancia de aglomeración ni de falta de ajuste a las disposiciones de protección

10) INTENSIFICAR LA VACUNACION CONTRA LA GRIPE ESTACIONAL

Por último, es muy importante proseguir con los esfuerzos que promuevan una cobertura tan amplia como sea posible de la vacunación contra la gripe estacional para reducir la carga potencial de esa enfermedad en circunstancias de alta presión asistencial

Aliento al Comité Asesor a que discutamos estas diez sugerencias y formulemos recomendaciones para el Gobierno del Principado que puedan ser puestas en marcha cuanto antes.

COMENTARIOS, IDEAS Y SUGERENCIAS SOBRE LA COVID-19 ASTURIAS DIRIGIDOS AL COMITÉ ASESOR Y DE SEGUIMIENTO DE LA COVID-19 EN ASTURIAS

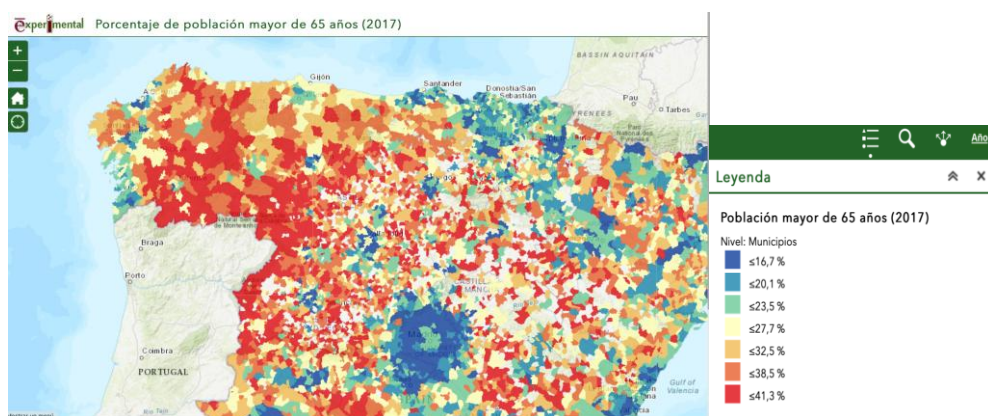
Beatriz González López-Valcárcel

24 de noviembre 2020

1. Evolución epidemiológica: atención a los mayores y a los económicamente desfavorecidos

Según el último informe del Ministerio de Sanidad ¹ y del Instituto de Salud Carlos III², la IA7 y la IA14 en Asturias parece que están empezando a bajar. Persiste el problema de la alta incidencia en mayores de 65 años, que conlleva mayor carga asistencial, gravedad y letalidad. Las IA7 e IA14 de este grupo de edad son mayores que para el conjunto de la población, a diferencia de otras provincias y CCAA. Posiblemente este problema tenga un componente puramente demográfico, la población en el Principado presenta mayores tasas de envejecimiento que en otras CCAA, y tal vez con mayor convivencia intergeneracional en domicilios. Convendría indagar en esta dirección.

El INE, con su proyecto de Estadística experimental³, es una fuente para explorar este fenómeno. En el siguiente mapa vemos, por ejemplo, como Asturias presenta un perfil de envejecimiento más acusado que Madrid, la costa levantina o el País Vasco:

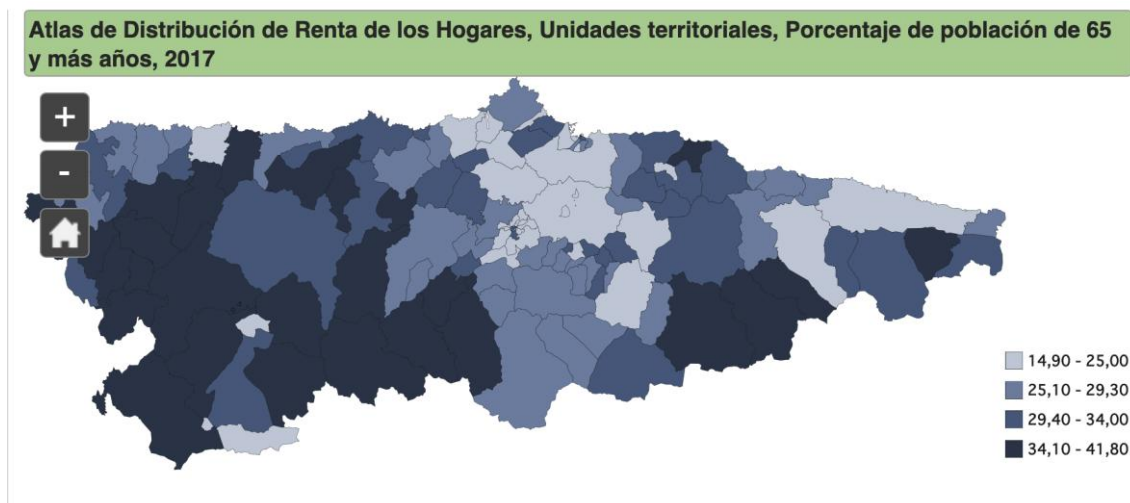
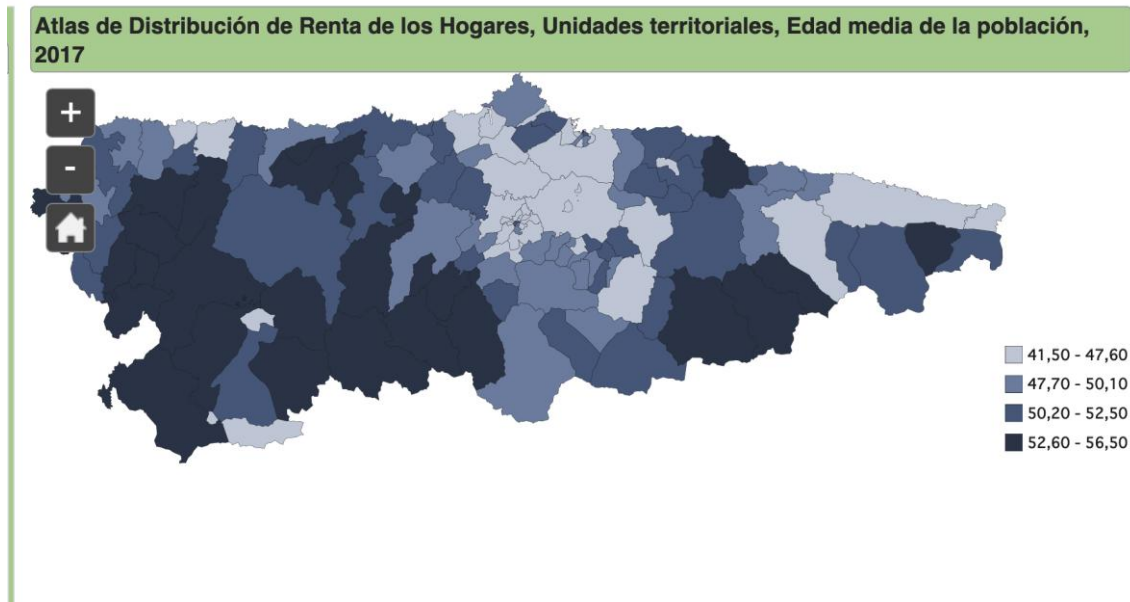


¹https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_256_COVID-19.pdf

²https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20Nº%2053_18%20de%20noviembre%20de%202020.pdf

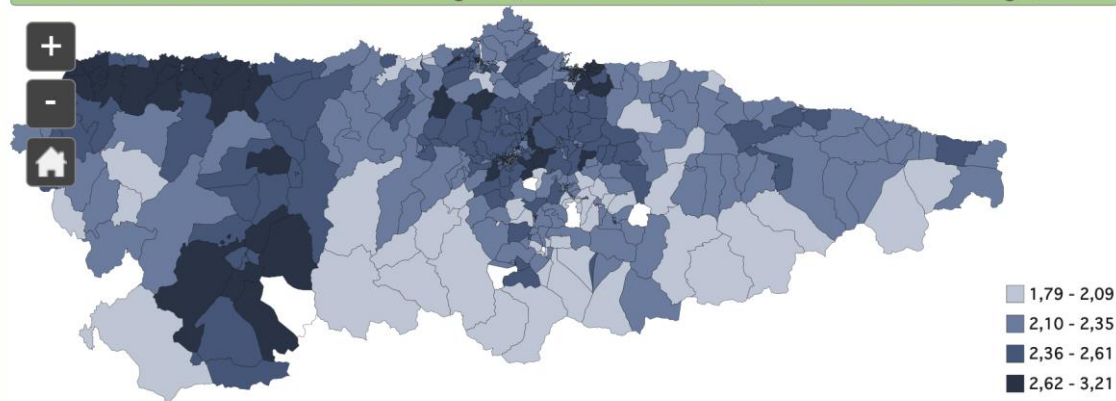
³ INE Estadística Experimental: <https://www.ine.es/experimental/experimental.htm>. Los datos se pueden bajar, en Excel, por secciones censales.

Con datos del INE se puede ver la heterogeneidad en la composición etaria de la población asturiana (edad media de la población y % de mayores de 65 años, ver figuras), que predominan en algunos municipios y distritos censales:



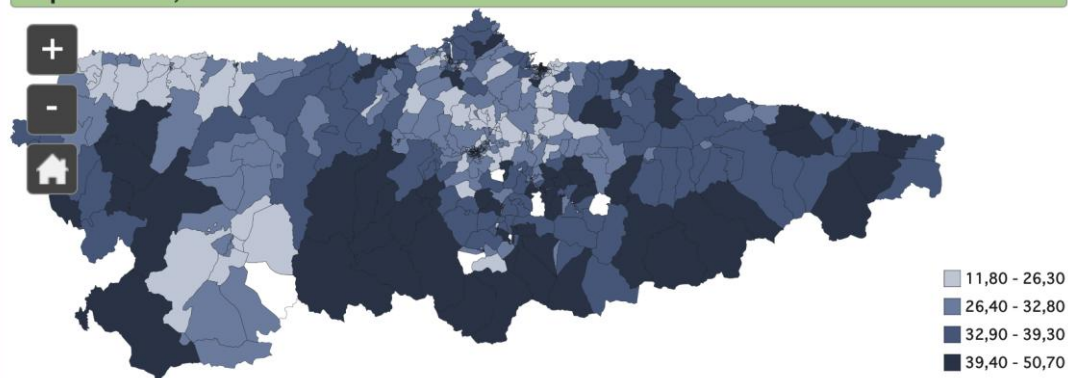
El tamaño de los hogares también presenta heterogeneidad territorial, como muestra este mapa:

Atlas de Distribución de Renta de los Hogares, Unidades territoriales, Tamaño medio del hogar, 2017



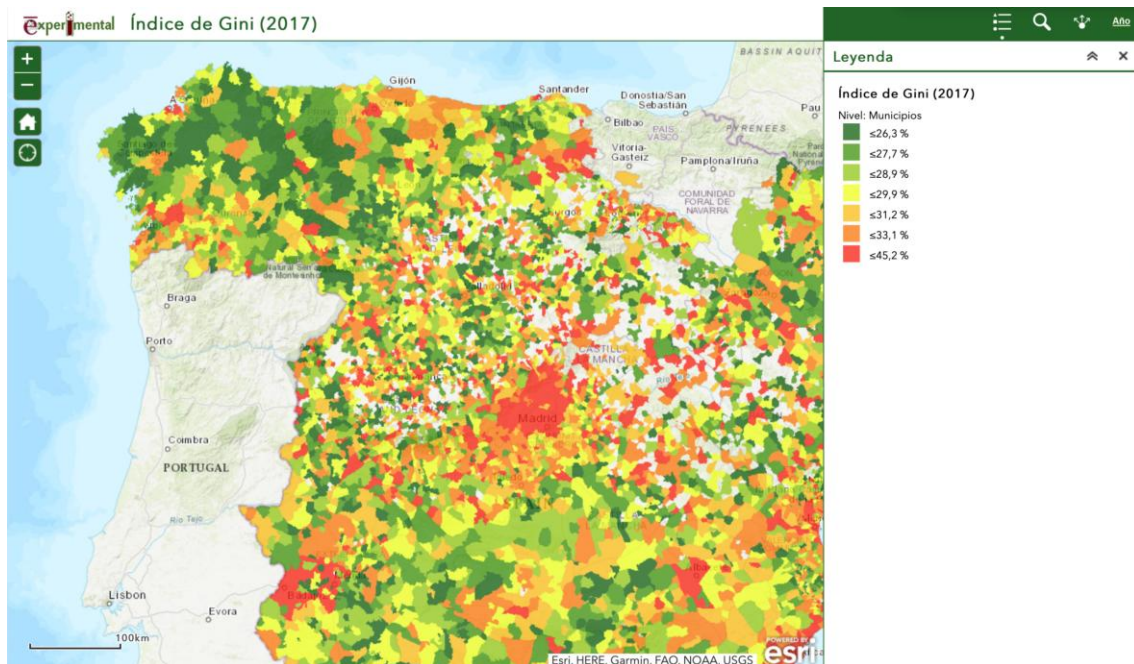
Complementario al mapa anterior es este, que representa el % de hogares unipersonales:

Atlas de Distribución de Renta de los Hogares, Unidades territoriales, Porcentaje de hogares unipersonales, 2017



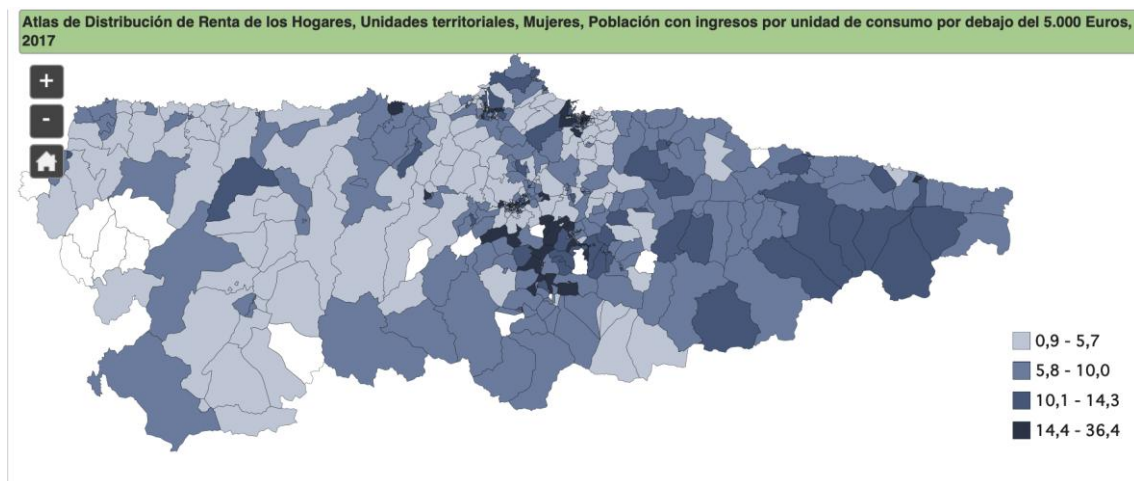
Por tanto, el reto es identificar hogares en riesgo donde vivan personas mayores en convivencia intergeneracional o con cuidadores expuestos al contagio.

Un riesgo añadido para el contagio y la gravedad por comorbilidad es el de la condición socioeconómica, la pobreza y la propia distribución desigual de la renta. En este sentido, el Principado se encuentra en una posición intermedia de índice de Gini (que mide la desigualdad en la distribución de la renta), mucho menos desigual Asturias que Madrid aunque con alguna zona de mayor nivel de desigualdad (ver mapa):



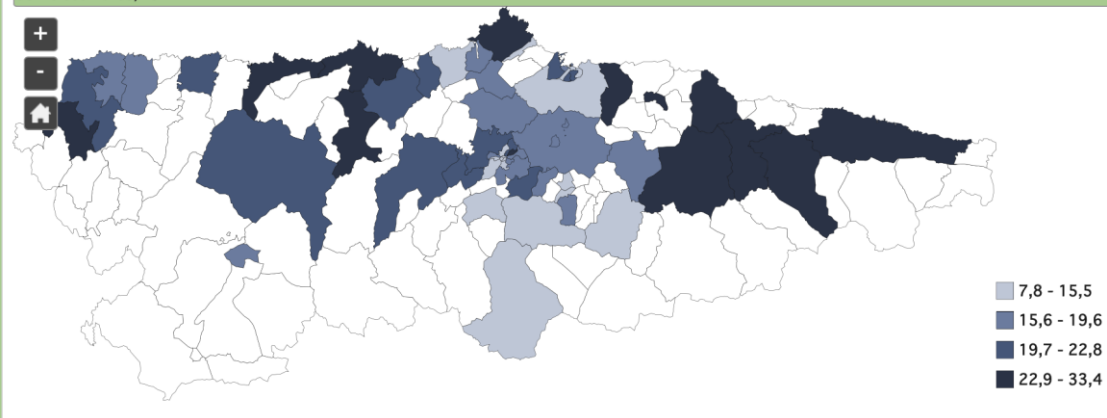
El proyecto de estadística experimental del INE permite detectar secciones censales (distritos y municipios, yendo de abajo arriba) con índices de pobreza significativamente mayores que el resto. Permitiría intensificar los esfuerzos selectivamente en esas zonas. Los siguientes mapas reflejan la heterogeneidad en pobreza.

Este es el mapa de pobreza extrema para mujeres menos de 5.000 euros año por unidad de consumo:



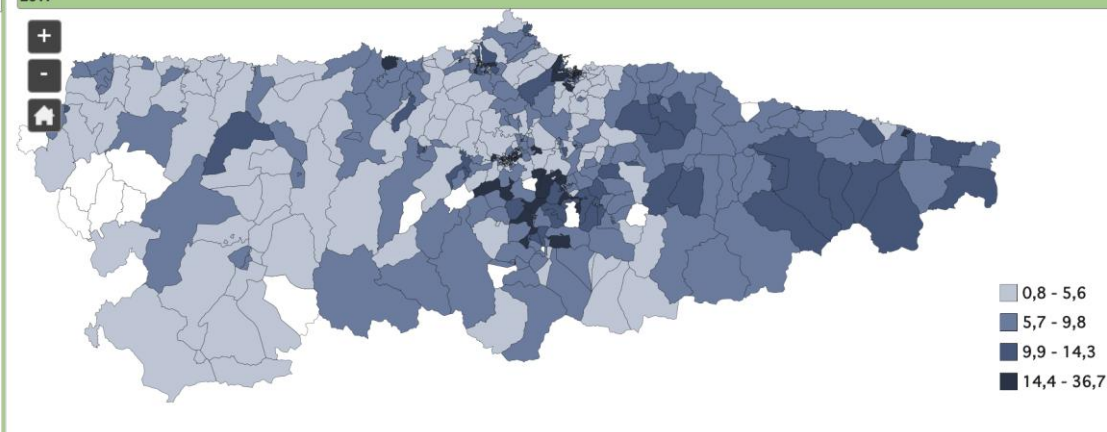
Este es el de mujeres mayores de 65 años (por debajo de 10.000 euros año):

Atlas de Distribución de Renta de los Hogares, Unidades territoriales, Mujeres, 65 y más años, Población con ingresos por unidad de consumo por debajo del 10.000 Euros, 2017



Por último, este es el mapa por secciones censales de pobreza extrema (% de población con menos de 5000 euros año por unidad de consumo):

Atlas de Distribución de Renta de los Hogares, Unidades territoriales, Total, Población con ingresos por unidad de consumo por debajo del 5.000 Euros, 2017



Sería recomendable que los técnicos hicieran estudios detallados de los brotes con datos individuales (RENAVE) -muy posiblemente esos estudios se están haciendo, pero no los conozco- para entender el problema de la mayor IA en personas mayores de 65 años.

Se podrían implementar medidas específicas dirigidas a la población mayor, como reservar franjas horarias exclusivas para ellos (paseos, compras). No solo serían efectivas, también transmitirían a la población la cultura del cuidado comunitario.

2. Adaptabilidad, comunicación, confianza.

Las medidas de contención deben ser adaptadas continuamente a los cambios en la situación epidemiológica, y moduladas con criterios socioeconómicos, como se ha

venido haciendo desde el 19/6 con las modificaciones del 14/7, 23/7, 29/7, 18/8 y 9/10. Frente a la ventaja de la flexibilidad y capacidad de reacción rápida, esos cambios tienen el riesgo de que una parte de la población se sienta desconectada, ajena, incluso desconozca los detalles de las normas en vigor, y con creciente desafección hacia los esfuerzos de contención de la epidemia. Este problema puede afectar especialmente a los jóvenes, objetivamente menos susceptibles a formas graves de la enfermedad.

Un reto principal en este momento es de **comunicación** hacia la población, para que las normas sean claras y ampliamente conocidas. Se trata de conseguir que los distintos grupos socioeconómicos y etarios se sientan implicados en las medidas, protagonistas de las soluciones (*Nunca salvar vidas ha sido tan fácil. Quédate en casa* fue un lema muy efectivo durante el confinamiento) y solidarios. Esto a su vez requiere **estrategias de comunicación** que utilicen redes sociales, voces de líderes sociales que lleguen a los jóvenes (desde cantantes *raperos* hasta científicos o periodistas de prestigio, además de los políticos y técnicos del Principado).

Requiere que haya confianza de los ciudadanos hacia el gobierno, pero también de los gobernantes hacia los ciudadanos. Buscar la *complicidad* de la población, su implicación activa.

Las medidas han de ser comunicadas con claridad, justificadas y evaluadas regularmente. Posiblemente, en este momento ya puede apreciarse la efectividad de las últimas medidas, si es así, debe comunicarse adecuadamente.

Transparencia: los resultados de la App radar COVID también deberían hacerse públicos (¿cuántas personas han bajado la App?; ¿cuántos casos se han detectado gracias a la App?; ¿cuántos falsos positivos ha habido?; ¿cuántos confinamientos se han hecho a raíz de contactos anónimos detectados con la App?), y evaluados también económicamente.

3. El coste de la COVID-19 ha de ser repartido.

Ni la epidemia en sí ni las medidas tomadas para contenerla impactan en las personas y familias por igual. Los mayores tienen mayor riesgo para la salud, los jóvenes sufren un mayor impacto en su economía. Los sectores afectados por los cierres y restricciones sufren desproporcionadamente los costes a corto plazo de la epidemia. El gobierno del estado ha puesto en marcha medidas económicas (ERTES, exenciones tributarias, IMV, ayudas a autónomos, créditos blandos) pero el gobierno regional es el responsable último de sus ciudadanos y debería complementar esas medidas con

intervenciones efectivas, rápidas y creativas, cuando se detecten grupos sensibles y problemas específicos.

En este sentido, cuando se toman medidas restrictivas específicas para sectores de actividad (hostelería) o grupos de población, deberían acompañarse de un estudio de impacto económico y medidas paliativas, y comunicarlo a la población y a los sectores implicados.

4. La estrategia de prueba-rastreo y aislamiento es muy coste-efectiva... Pero bien hecho, siguiendo los protocolos

No son solo necesarias medidas paliativas de esa pobreza repentina, también ayudas activas para garantizar el aislamiento de personas contagiadas asintomáticas y de contactos estrechos. De nada sirve un buen rastreo y altas tasas poblacionales de PCRs si algunos trabajadores no pueden dejar de acudir al trabajo, aunque hayan dado positivos, por miedo a perderlo o quedarse sin ingresos, o por no tener condiciones de habitabilidad en su hogar para aislarse. Cuando hay convivencia intergeneracional, con mayores en casa, el riesgo puede ser muy alto.

Mediante una evaluación económica de la actual estrategia de test-rastreo y aislamiento (TRA) en España (aun no publicado, enviado a revista científica) hemos estimado que **por cada euro que se gasta en España en TRA se recuperan 7 €**. Pero esto si los protocolos se cumplen, si no hay retrasos en los diagnósticos y si los aislamientos son eficaces.

ADENDUM AL PRIMER INFORME DE 25 DE NOVIEMBRE DEL COMITÉ ASESOR DE SEGUIMIENTO LA COVID 19 EN ASTURIAS

30 de noviembre de 2020

María de Oña Navarro

En este *adendum* quisiera exponer algunos comentarios ó aclaraciones para su valoración fuera del informe final del mismo:

Cribados

Como he comentado, no considero que estos cribados de manera general sean eficientes, o supongan un aumento de la capacidad diagnóstica. Aún así, quería añadir a los comentarios que he realizado en el informe:

La identificación de clústeres de asintomáticos tal y como está planteada en el documento es prácticamente imposible. Dichos clústeres solo pueden ser identificados en un espacio físico y único común, donde se hayan detectado una alta incidencia de positivos, por ejemplo una fábrica o edificio. Seleccionar una población determinada como en los cribados del Valle del Nalón, o de los barrios de Oviedo y Gijón, no supone un clúster, sino simplemente la selección de un estrato de la población, debido a la tremenda dispersión de la misma.

Respecto al umbral establecido para replantearse los cribados, he sugerido un 2,5% por ser la mitad del valor que la OMS considera que la positividad está en umbrales manejables. Es decir, dicho umbral es un umbral laxo o permisivo a la hora de valorar dichos cribados. De ser eficientes, deberían superarlo con relativa facilidad (restando del cálculo aquellos que en la monitorización sean sintomáticos).

Propuesta de nuevo protocolo de diagnóstico y cuarentenas

Resumo aquí lo que considero sería una estrategia más efectiva tanto para el aumento de la capacidad diagnóstica, como para evitar un daño económico mayor:

Actuación tras detección de un positivo:

- Realizar una PCR inicial a todos los contactos estrechos del positivo en 48-72 horas tras el contacto, en los cuales existe más probabilidad de identificar asintomáticos.
- Si el resultado es negativo, realizar una segunda PCR 5 días después de la primera. Es decir, unos 7 después del contacto estrecho. Si esa PCR es negativa, dar el alta del paciente reduciendo así el tiempo de cuarentena necesario, ya que con dos PCRs negativas en dicho intervalo de tiempo, el tiempo de incubación del virus, ya no va a ser positivo, y por lo tanto no hay necesidad de que siga guardando cuarentena.

Planteo este cambio en el protocolo por varios motivos:

- Es la manera más eficaz de detectar positivos asintomáticos.

- Además, hay realidades más allá de las estrictamente sanitarias que afectan al manejo de la pandemia. Establecer cuarentenas tan largas, hace que haya gente que debido a su situación laboral actual, no vaya a respetar las cuarentenas en varios aspectos: Saltarse la cuarentena; mentir a la hora de decir que se es o no un contacto estrecho porque no puede faltar al trabajo; gente a la que no le dan la baja laboral sin un diagnóstico positivo (con el protocolo actual de PCR a los 10 días puede darse el caso de que se infecte con pocos o ningún síntoma, y ya haya resuelto la infección para cuando le hacen la PCR, por lo que a pesar de ser positivo, no consta como tal).

Por lo tanto, estableciendo pruebas diagnósticas más frecuentes y cuarentenas más cortas, estos y otros problemas podrían paliarse, que no desaparecer. Así mismo, supondría un menor impacto económico y social de las cuarentenas.