

La evaluación de la prevención y el control de la infección durante la COVID-19 en 22 contextos humanitarios

Claire Eldred, James Kahia, Lilian Kiapi, Bibi Lamond, Stacey Mearns, Laura Miller y Liz Walker

La prevención y control de las infecciones (PCI) es importante para crear un sistema sanitario resiliente, y fundamental durante una pandemia. Una evaluación multinacional llevada a cabo a finales de 2020 ha puesto de relieve las importantes deficiencias que hay que abordar.

Durante los brotes de ébola que tuvieron lugar en África Occidental en 2014-2015 y en la República Democrática del Congo en 2019, las deficientes infraestructuras y prácticas de prevención y control de las infecciones (PCI) provocaron un elevado número de infecciones entre el personal sanitario y redujeron el uso de los servicios de salud por parte de la población debido al miedo al contagio. Basándose en su experiencia con el ébola, el Comité Internacional de Rescate (CIR) elaboró un paquete mínimo de normas de PCI para la COVID-19, con el objetivo de permitir mejorar rápidamente los centros sanitarios que atienden a las poblaciones afectadas por conflictos y desplazamientos. Los componentes básicos de este paquete mínimo para la PCI se centraron en el personal y la responsabilidad, las habilidades y la práctica, y los suministros y la infraestructura.

La evaluación de referencia: poner de relieve los retos que hay que afrontar

El paquete mínimo se utilizó para desarrollar un instrumento de evaluación que proporcionara un punto de referencia del estado actual de la PCI en los centros de salud respaldados por el CIR en cinco regiones. Se recopiló información sobre las siguientes categorías: 1) el triaje, el cribado y el aislamiento; 2) la higiene, la limpieza ambiental, la desinfección y los equipos de protección personal (EPP); 3) el suministro de agua; 4) el saneamiento y los residuos sanitarios; y 5) la gestión. La herramienta se adaptó a partir del instrumento WASH FIT de la OMS/UNICEF para captar información en los centros de salud y utiliza un sistema de semáforo para marcar las cuestiones sobre las que hay que actuar¹. Cada centro recibió una puntuación para cada categoría y una puntuación global al respecto de su PCI.



Una trabajadora del CIR imparte formación sobre higiene durante un brote de ébola en Sierra Leona.

La evaluación de referencia de la PCI se llevó a cabo en 1106 centros de 22 países entre agosto y diciembre de 2020. Cada centro recibió una puntuación para cada categoría y otra global sobre su PCI. Los centros que cumplían con el 80 % o más de los estándares se clasificaron como que “cumplen con el objetivo” y se etiquetaron en verde; los centros que cumplían con entre el 65 y el 79 % de los estándares se clasificaron como que “cumplen parcialmente con el objetivo” y se etiquetaron en ámbar; y los centros con una puntuación del 64 % o menos se clasificaron como “no cumplen con el objetivo” y se etiquetaron en rojo. De los 1106 centros evaluados, el 14 % cumplía con los objetivos generales de PCI, el 17 % los cumplía parcialmente y el 70 % no lo hacía. Hubo algunas variaciones regionales en los resultados, pero en ninguna de las regiones se dio el caso de que más de la mitad de los centros cumplieran con el objetivo general de la PCI y todas se situaron de media por debajo del umbral del 80 % en la puntuación general con respecto a la prevención y control de las infecciones.

Los programas de salud del CIR tienen diferentes enfoques de implementación dependiendo del contexto. En este caso, han sido cinco los enfoques evaluados: los centros gestionados directamente por el CIR; los

centros gestionados directamente por el Ministerio de Sanidad, sin apoyo del CIR; los centros gestionados directamente por el Ministerio de Sanidad, con apoyo actual del CIR; los centros gestionados por socios, sin apoyo del CIR; y los centros gestionados por socios, con apoyo actual del CIR.

Los centros gestionados directamente por el CIR obtuvieron mejores resultados de media que los gestionados por el

Ministerio de Sanidad y otros socios, ya que el 35 % de los evaluados cumplían con el objetivo. Los centros gestionados por socios con apoyo del CIR obtuvieron los siguientes resultados más altos, mientras que los gestionados por socios y sin apoyo del CIR obtuvieron los resultados más bajos. Según el tipo de centro, los hospitales obtuvieron la mejor puntuación (el 62 % cumplía con los estándares) y las clínicas provisionales/móviles, la peor (solo el 3 % los cumplía).

Los centros cumplían con los estándares de **limpieza y EPP** (71 %) más que con cualquier otra categoría, seguidos por el agua (el 64 % cumplía con el objetivo), luego el saneamiento (47 %), la gestión (43 %) y el cribado (29 %). Aunque al principio garantizar los EPP fue un reto, en los primeros seis meses de la pandemia se hizo un esfuerzo global para garantizar el acceso a los equipos de protección personal a todos los centros sanitarios gestionados y respaldados por el CIR, y parece que dio sus frutos.

El 64 % de los centros sanitarios cumplían con los **estándares sobre el agua**. Si bien esta categoría fue el segundo estándar mejor calificado en la evaluación de referencia, también es el más fundamental para poder cumplir con los estándares de PCI y, por lo tanto, la puntuación es preocupante.

julio/agosto 2021

www.fmreview.org/es/edicion67

Dentro de esta categoría, la actividad menos practicada fue la cloración del agua; esto es un problema, ya que el agua no clorada puede estar muy contaminada con diversos patógenos que podrían invalidar fácilmente las actividades de limpieza y desinfección, y provocar la transmisión de enfermedades a través de ella.

Menos del 50 % de los centros cumplían con el **estándar de saneamiento**, y muchos no contaban con aseos separados por género o aseos para el personal. La mayoría de los centros contaban con sistemas funcionales de recogida de residuos, pero lo más preocupante era que un menor número de ellos contaba con los mecanismos correctos para la eliminación final de esos residuos, lo que suponía un riesgo no solo para el personal y los pacientes de los centros sanitarios, sino también para las comunidades vecinas.

Menos del 50 % de los centros cumplían con el **estándar de gestión**, y muchos de ellos no contaban con comités de PCI que celebraran reuniones periódicas con un mandato claro. Muchos de los componentes de esta categoría requieren pocos medios económicos o ninguno, por lo que se consideran fáciles de conseguir para mejorar la PCI.

El **cribado y el triaje** obtuvieron los peores resultados, con una media según la cual solo tres de cada siete centros cumplían con este estándar. La mayoría de los centros no disponía de cribado o triaje a la entrada y, si lo hacía, a menudo no funcionaba todo el tiempo o no contaba con el material necesario para hacerlo correctamente. Entre los retos para poder cumplir con este estándar, se incluye la falta de personal.

¿Por qué son difíciles de alcanzar estos estándares?

Los resultados de referencia de la PCI ponen de manifiesto no solo los puntos fuertes, sino también —y esto es más importante— los aspectos que es necesario mejorar para que los centros sanitarios alcancen los niveles mínimos para la prevención y control de las infecciones. Sin embargo, estos resultados no ponen de manifiesto por qué los estándares mínimos de PCI son tan difíciles de alcanzar

en los entornos humanitarios. El personal de los 22 países aportó información sobre los principales retos que experimentan para alcanzar los estándares de PCI:

La disponibilidad de agua salubre: En muchos contextos humanitarios, no es fácil acceder a fuentes de agua salubre, o esta generalmente escasea. En los lugares en que hay agua suficiente, no suele estar tratada con cloro. Si no hay agua o es insuficiente, o si no está bien tratada, es imposible practicar adecuadamente la PCI.

La cadena de suministro: En más de la mitad de los países, el personal de los centros sanitarios denunció uno o más problemas para garantizar el suministro constante de los artículos prioritarios que componen los EPP. Entre los retos se encuentran la falta de disponibilidad a nivel local de materiales adecuados, la imposibilidad de que los mercados internacionales proporcionen suministros debido a la escasa oferta y la gran demanda, y los retrasos en los envíos de suministros debido a las restricciones de viaje o de vuelo. A estos retos se sumaron los habituales, no pandémicos, relacionados con las cadenas de suministro.

La infraestructura de los centros de salud: Muchos centros de salud no están diseñados para poder cumplir con las precauciones estándar para la prevención y control de las infecciones, y mucho menos las necesarias para luchar contra la transmisión de la COVID-19. Muchos centros son pequeños y no se puede cumplir con el distanciamiento social, establecer entradas y salidas separadas, salas de aislamiento y áreas específicas de cribado y triaje. Aunque la financiación era un obstáculo para realizar muchos de los cambios necesarios, el espacio limitado y las restricciones locales también dificultaron mucho las mejoras.

El personal: Muchos países denunciaron que el personal sanitario era insuficiente y que la capacidad de PCI era escasa; un problema no poco frecuente en estos entornos, pero que se vio exacerbado durante la pandemia de

COVID-19 porque dicho personal enfermaba o tenía miedo. Entre los que seguían trabajando en los centros de salud, se denunció que algunos carecían de motivación para practicar la PCI, ya que la percibían como un añadido a su carga de trabajo habitual y no formaba parte de la descripción de su trabajo. El cumplimiento de las precauciones para evitar la transmisión de la COVID-19 por parte de los trabajadores sanitarios, como el uso de mascarillas, fue extremadamente bajo, lo que dio la sensación de que no se tomaban en serio dicha enfermedad.

La financiación: La insuficiente financiación contribuyó a que las prácticas de PCI fueran deficientes. Aunque los equipos sanitarios del CIR recibieron pequeñas asignaciones de fondos para apoyar las mejoras para la prevención y control de las infecciones durante la pandemia, hubo muy pocos donantes que financiaran grandes proyectos de PCI, como sí lo han hecho en otros brotes de enfermedades infecciosas. Muchos donantes también se lo tomaron con calma a la hora de permitir reajustes presupuestarios durante la pandemia para mejorar los estándares de PCI en los centros sanitarios. El aumento de los costes de algunos artículos durante la pandemia — como los EPP— supuso una gran presión sobre los pequeños presupuestos existentes.

La mejora de la PCI: una prioridad Esta evaluación de referencia ha puesto de manifiesto las principales vulnerabilidades de los centros sanitarios durante la pandemia y la importancia de centrarse en las mejoras de la PCI durante la COVID-19. A largo plazo, las mejoras en este ámbito contribuirán a mejorar la calidad general de la prestación de servicios sanitarios y la evolución de los pacientes. Proteger a los trabajadores sanitarios y a los pacientes es fundamental para construir un sistema sanitario resiliente. Por ello, el refuerzo de los sistemas y prácticas relacionados con la PCI es fundamental para que dichos sistemas puedan responder a las emergencias, para prestar una atención sanitaria rutinaria segura y gestionar futuros brotes.

Es importante señalar que los centros gestionados por el CIR obtienen mejores resultados en general que los gestionados por el Ministerio de Sanidad y otros socios. Esta diferencia se atribuye a que el CIR puede realizar cambios más fácilmente en los centros que gestiona directamente que en aquellos en los que solo ofrece su apoyo. Esto debería ser un indicador de que sí es posible contar con buenas medidas de PCI incluso en los contextos más complejos.

La Asamblea Mundial de la Salud aprobó cuatro resoluciones en 2019 en las que los Estados miembro acordaron mejorar los servicios de WASH en los centros de salud². Los Estados miembro también instaron a los países a reforzar la PCI, incluso en el sector del WASH, con el fin de garantizar los más altos estándares de atención sanitaria universal. A pesar de estos compromisos mundiales, se sigue dando a la PCI menos prioridad de la necesaria.

Claire Eldred Claire.Eldred@rescue.org
Responsable de Seguimiento y Evaluación

James Kahia James.Kahia@rescue.org
Asesor técnico, Salud Ambiental

Lilian Kiapi [@LilianKiapi](mailto:Lilian.Kiapi@rescue.org)
Directora, Apoyo Sanitario al País

Bibi Lamond Bibi.lamond@rescue.org
Asesora técnica, Prevención y Control de Infecciones

Stacey Mearns Stacey.Mearns@rescue.org
Asesora técnica superior, Salud en Emergencias

Laura Miller Laura.Miller@rescue.org
Asesora técnica superior, Programas de Salud

Liz Walker Liz.Walker@rescue.org
Asesora técnica superior, Salud Ambiental

Unidad de Salud del Comité Internacional de Rescate

1. OMS/UNICEF (2018) *Instrumento de mejora del agua, el saneamiento y la higiene en los establecimientos de salud "WASH FIT"* [www.who.int/es/publications/i/item/water-and-sanitation-for-health-facility-improvement-tool-\(wash-fit\)](http://www.who.int/es/publications/i/item/water-and-sanitation-for-health-facility-improvement-tool-(wash-fit))

2. 72.ª Asamblea Mundial de la Salud (2019) "Waste, sanitation and hygiene in health care facilities" https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R7-en.pdf