# ANÁLISIS SOBRE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y LAS CAPACIDADES ESTRATÉGICAS SANITARIAS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA DENTRO DEL PLAN DE TRANSICIÓN HACIA UNA NUEVA NORMALIDAD

En base a la Orden SND/387/2020, de 3 de mayo, por la que se regula el proceso de cogobernanza con las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla para la transición a una nueva normalidad,

Tras el análisis por parte de los servicios del centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias y de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad de la propuesta remitida por la Consejería de Sanidad de la Ciudad Autónoma de Ceuta el 18 de mayo de 2020,

Teniendo en cuenta que la decisión sobre el avance o retroceso en los diferentes territorios a través de las distintas fases se adopta mediante un proceso de gobernanza conjunta con todas las comunidades y ciudades autónomas, en permanente diálogo y bajo los principios de cooperación y colaboración,

Y habiéndose celebrado al menos una reunión bilateral de carácter virtual entre el Ministerio de Sanidad y la Consejería con competencias en materia sanitaria de la comunidad o ciudad autónoma solicitante,

Esta Dirección General **INFORMA**, de acuerdo a lo dispuesto en la Orden SND/387/2020, de 3 de mayo, y en aplicación de los criterios e indicadores contenidos en el Plan para la transición a una nueva normalidad:

- La **Ciudad de Ceuta avanzaa Fase II** a partir del lunes 25 de mayo de 2020

Asimismo, esta Dirección General **INFORMA** sobre las conclusiones y recomendaciones del análisis realizado:

El nivel de circulación actual de SARS-CoV-2 en Ceuta es bajo, con una incidencia acumulada en los últimos 14 días de 18,9/100.000. Esta incidencia se debe a casos asintomáticos detectados durante cribados o pruebas, existiendo un único caso que inició síntomas en los últimos 14 días, con incidencia acumulada por fecha de inicio de síntomas de 1,2/100.000.

No ha habido nuevas hospitalizaciones ni ingresos en UCI en los últimos 14 días, y solo hay 1 persona ingresada por COVID. La presión asistencial por COVID es baja en la actualidad, con 8 casos en seguimiento domiciliario y 1 ingresado en el hospital en planta.

El nivel de ocupación de camas de agudos (menor del 38%) y de UCI (31%) sugiere que a nivel hospitalario el sistema es capaz de ir retomando el nivel de atención de la casuística no COVID. Es importante dar seguimiento a este restablecimiento a medida en que se retoman a partir del 11 de mayo las actividades asistenciales.

Las capacidades diagnósticas están basadas en Atención Primaria y se ha realizado un notable esfuerzo organizativo y de refuerzo de plantilla. Desde el informe anterior, se ha reforzado la capacidad de realización de pruebas PCR, que ha pasado de 300 a 400 (4,7 por 1.000) lo que garantiza en mayor medida la capacidad diagnóstica en caso de brote. La tasa de casos sospechosos en los últimos 7 días ha sido de 61,6 /100.000 en Atención Primaria y 11,8 en el Hospital; realizándose PCR en todos los casos, con positividad de 1,9% en Primaria y 0% en Hospital, lo que muestra un adecuado nivel de sospecha y una baja circulación del virus. Se recomienda reforzar de forma adicional las plantillas, especialmente en vigilancia epidemiológica.

La capacidad máxima de número de camas de agudos y camas de UCI es de 38,7 y 3,7 por 10.000, respectivamente, lo que cumple los mínimos establecidos.

Las reservas de materiales esenciales son suficientes, aunque se debe dar seguimiento a los procedimientos para evitar roturas de stock. Como punto de mejora, se podrían considerar aspectos adicionales dentro del Plan de Contingencia como el establecimiento de mecanismos más ágiles de indicación de la prueba, así como mecanismos de refuerzo de recursos en Atención Primaria en caso de necesidad.

Existen mecanismos operativos de coordinación entre las diferentes instituciones involucradas en la gestión de casos. Es muy destacable la implementación y pilotaje del sistema informatizado para la declaración a vigilancia epidemiológica a través de una plataforma desde los servicios asistenciales, incluyendo proveedores privados. Este sistema, que actualmente coexiste con el anterior, incrementará las capacidades en vigilancia y alerta temprana. El volcado a SIVIES está automatizado desde esta plataforma y está funcionando correctamente.

En cuanto al aislamiento precoz de casos y trazabilidad de contactos, el sistema ha sido muy eficaz y ha logrado muy buenos indicadores de diagnóstico de casos posibles y seguimiento de contactos. Los contactos en sanitarios se realizan desde el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Laboral del Hospital (INGESA), mientras que los contactos de los demás casos se realizan desde la Consejería de Sanidad, requiriendo alta coordinación entre

ambas instituciones. Al tratarse de un sistema manual intensivo en recursos humanos, podría manifestar una fragilidad si los casos incrementan de forma importante, por lo que se recomienda reforzar la plantilla.

Madrid, 22 de mayo de 2020

LA DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA,

CALIDAD E INNOVACIÓN DEL MINISTERIO DE SANIDAD

Pilar Aparicio Azcárraga