

encuentra en 0,87 (en descenso desde el 29/08). (El número de reproducción básico instantáneo (R_t) es el número promedio de casos secundarios que cada sujeto infectado puede llegar a infectar en una etapa de tiempo (t)).

...

De acuerdo con los datos de incidencia global del bloque I estaríamos en nivel de riesgo Muy ALTO, con una tendencia decreciente desde el 29 de agosto. En cuanto a la positividad global de las PDIAS por semana estamos en un nivel de riesgo MEDIO.

Para la valoración del nivel de transmisión (Bloque I), también debemos de tener en cuenta, la tendencia de casos diagnosticados que se encuentra en -20,79 y también la tendencia decreciente del R_t por debajo de 1 desde el 29 de agosto, situándose actualmente en 0,83.

...

Según estos datos y la definición de niveles de riesgo, la Ciudad de Melilla estaría en un nivel de riesgo alto decreciente si nos atenemos a las tasas de incidencia. Y en un nivel de riesgo medio en la utilización de los servicios asistenciales.

...

En relación con las pruebas de PCR que son positivas a infección por SARS-CoV-2 nos encontramos con un porcentaje muy significativo, de muestras sospechosas de la nueva variante delta que han ido en aumento, desplazando a la británica, hasta hacerse la variante que predomina actualmente en la Ciudad.

Todas las muestras que pueden ser secuenciadas ($Ct < 30$) se remiten al Centro Nacional de Microbiología para su secuenciación genética y verificación de su linaje.

Las implicaciones de salud pública de la variante Delta, (documento de actualización de las variantes de SARS-CoV-2 de importancia en salud pública en España del Ministerio de Sanidad, de 30 de agosto) son:

- Aumento de transmisibilidad, disminución de la efectividad vacunal y posible incremento en la gravedad.

La presencia de esta variante en nuestra población tiene una importancia que, de acuerdo con la evidencia disponible, supone una mayor transmisibilidad y un aumento en la incidencia de casos de COVID-19..

Si a la presencia de esta variante en nuestra población, le sumamos que la transmisión se ve favorecida en lugares cerrados, mal ventilados, con afluencia de muchas personas y donde no se observen las medidas de distanciamiento e higiene y prevención durante todo el tiempo, situación ésta en la que se ha demostrado que la probabilidad de contagio es muy superior, a la que se produce en los espacios abiertos y bien ventilados, tenemos asegurado un aumento continuado de la epidemia, por lo que las medidas dirigidas a limitar este tipo de exposición serán fundamentales hasta que no alcancemos coberturas vacunales de al menos el 70% de la población.

Otro dato importante que se valora es el nivel de utilización de los servicios asistenciales. A fecha de hoy tenemos una utilización del 8,24 % de utilización de camas de hospitalización y del 11,76% de camas de UCI por casos COVID-19.

...

Las actuaciones que se proponen instaurar han sido consensuadas a nivel técnico teniendo en cuenta la experiencia adquirida en el curso de la pandemia a nivel nacional y la evidencia obtenida a partir de los resultados de estudios internacionales en los diferentes países donde se han implementado.

En los últimos meses se han publicado diversos artículos científicos que tratan de estimar de forma diferenciada la efectividad de las medidas en los distintos sectores, para ayudar a la toma de decisiones sobre la implementación de las mismas. Extraer conclusiones sobre la efectividad de medidas concretas resulta complicado debido a su implementación conjunta en el tiempo, especialmente durante la primera onda epidémica. En uno de los estudios más detallados realizados hasta la fecha, Chang et al utilizaron los datos de GPS de teléfonos móviles en Estados Unidos entre marzo y mayo de 2020 para evaluar el riesgo de infección en diferentes tipos de establecimientos en función del número medio de visitas y el tiempo medio de permanencia, sin contemplar diferencias específicas en el riesgo de infección entre unos locales y otros en función de su tipología.

Según sus resultados, la reapertura de restaurantes produciría el mayor número de infecciones adicionales (comparado con mantenerlos cerrados), seguidos de los gimnasios, hoteles y lugares de culto. El 80% de todas las infecciones estimadas provendría solo del 10% de establecimientos con más transmisión. Los resultados también respaldan la efectividad de las políticas de control de aforos y su eficiencia. Por ejemplo, aforos al 20% redujeron las infecciones en más del 80%, aunque solo redujeron las visitas totales en un 42%. La reducción a la mitad el número de nuevas infecciones esperadas se lograba al establecer aforos de 35% o inferiores. Otras políticas sin aforos pero con reducción generalizada de la movilidad dieron resultados peores. Estos resultados apoyan la efectividad y eficiencia de las medidas de control enfocadas en sectores de mayor riesgo, frente a medidas más generalizadas.