

Tabla 2. Declaraciones de consenso para poner fin a COVID-19 como una amenaza para la salud pública

Sección	Número	Declaraciones	Nota	A (%)	PA (%)	PD (%)	D (%)	NC (%)
Comunicación	S1.1	El volumen y la velocidad de la información durante la pandemia de COVID-19 han dificultado que las personas evalúen la precisión de la información.	A	81	19	0	1	0
	S1.2	Las autoridades de salud pública contribuyen a la difusión de información falsa cuando sus comunicaciones no reflejan el conocimiento científico actual de que el SARS-Cov-2 se transmite principalmente por el aire.	A	68	24	6	3	1
	S1.3	Los gobiernos han contrarrestado de manera inconsistente la información falsa en el contexto de la pandemia de COVID-19.	A	70	23	4	3	1
	S1.4	Las fuentes de información falsa socavan la cohesión social necesaria para una respuesta eficaz de salud pública.	A	91	8	1	0*	0
	S1.5	Durante la pandemia, los funcionarios de salud pública han involucrado de manera ineficaz a las poblaciones que tienen bajos niveles de confianza en el gobierno.	A	69	25	4	1	1
	S1.6	Culpar a las personas no vacunadas por la continuación de la pandemia desvía la atención de la responsabilidad del gobierno.	B	57	31	8	4	3
	S1.7	La decisión de un gobierno de reducir las medidas de control de la pandemia de COVID-19 no significa que la amenaza a la salud pública haya terminado.	A	94	5	1	0	0
Sistemas de Salud	S2.1	El mundo no ha implementado un conjunto de estándares mínimos de respuesta a la pandemia de COVID-19 acordados a nivel mundial y basados en evidencia que aborden el monitoreo, la prevención, el tratamiento y la atención.	A	73	18	6	3	1
	S2.2	Continúa habiendo riesgos sistémicos de infección por COVID-19 para los	A	82	16	2	1	2

		trabajadores de la salud en muchos entornos de atención médica.						
	S2.3	Los sistemas de salud continúan enfrentando una escasez anormal de personal debido a los impactos en la salud mental y física de sus trabajadores por la pandemia de COVID-19.	A	79	16	4	0	3
	S2.4	Los trabajadores de la salud continúan experimentando problemas de salud mental sin abordar debido a la pandemia.	A	81	17	2	0	5
	S2.5	Los gobiernos no siempre han abordado el alto gasto de bolsillo de los consumidores para algunas medidas de control de pandemias (p. ej., pruebas) y equipo de protección personal (p. ej., mascarillas).	A	78	17	3	2	1
	S2.6	La pandemia de COVID-19 continúa revelando vulnerabilidades en el marco de la cadena de suministro global para suministros esenciales de salud pública.	A	91	8	1	0*	2
	S2.7	La pandemia de COVID-19 ha catalizado oportunidades para una rápida innovación en soluciones de salud digital en todo el proceso de atención.	A	84	14	1	1	1
	S2.8	Aprovechar las economías de escala y alcance a través de adquisiciones conjuntas de varios países puede permitir que los sistemas de salud aumenten el acceso a medicamentos y suministros esenciales durante las crisis de salud pública.	A	85	14	1	1	2
	S2.9	Los sistemas de salud siguen subutilizando las intervenciones y los servicios basados en la comunidad para hacer frente a la pandemia.	A	79	19	2	0*	4
Vacunación	S3.1	Cuando el riesgo de daño a otros es lo suficientemente grave, los gobiernos pueden determinar que el derecho de todos los individuos a una buena salud anula la autonomía de cualquier individuo para optar por no vacunarse.	A	68	24	5	4	1
	S3.2	La autonomía médica individual reconoce que las personas que tienen capacidad de decisión tienen derecho a tomar decisiones sobre vacunación, incluso cuando sus decisiones	B	59	25	8	8	2

		contradigan las recomendaciones de sus proveedores de atención médica.						
	S3.3	La reticencia a la vacunación, que va desde la demora hasta el rechazo a pesar de la disponibilidad de los servicios de vacunación, sigue siendo un desafío importante para poner fin a la pandemia de COVID-19 como una amenaza para la salud pública.	A	75	21	3	1	1
	S3.4	Discutir la reticencia a la vacunación principalmente como una función de la información o la visión del mundo es inexacto, ya que la reticencia a la vacunación es un fenómeno multifactorial que comprende otros factores (p. ej., socioeconómicos).	A	82	12	3	2	1
	S3.5	Los bajos niveles continuos de confianza en la información de fuentes gubernamentales están asociados con la reticencia a la vacunación.	A	78	17	4	2	1
	S3.6	La vacunación por sí sola es insuficiente para poner fin a la pandemia de COVID-19 como una amenaza para la salud pública.	A	83	14	3	1	0
Prevención	S4.1	El SARS-CoV-2 es un virus transportado por el aire que presenta el mayor riesgo de transmisión en áreas interiores con poca ventilación.	A	92	8	0*	0*	0
	S4.2	La suposición de que la endemidad automáticamente significa que las variantes tendrán menor virulencia no es científicamente sólida y no debe ser una base para la toma de decisiones de política pública.	A	81	15	2	1	5
	S4.3	La transmisión al aire libre de mamífero a mamífero del SARS-CoV-2 representa un reservorio para futuras variantes zoonóticas.	A	76	20	3	1	14
	S4.4	Confiar en el cumplimiento voluntario e individual de las medidas de prevención de la transmisión no es suficiente para acabar con el COVID-19 como una amenaza para la salud pública.	A	81	15	3	1	0
	S4.5	Las tasas de infección tienden a aumentar cuando los gobiernos interrumpen las medidas sociales, incluidas las intervenciones no	A	75	19	4	2	2

		farmacéuticas, independientemente del nivel de vacunación.						
	S4.6	El uso generalizado de máscaras faciales de alta filtración y bien ajustadas (p. ej., N95, KF94, KN95, FFP2/3) es importante para reducir la transmisión, particularmente en entornos de alto riesgo.	A	87	9	3	1	1
	S4.7	La mayoría de los países no han protegido adecuadamente a los niños durante la pandemia, es decir, evitando la transmisión del SARS-CoV-2 y al mismo tiempo abordando su bienestar físico, mental y social.	A	77	17	5	2	1
Tratamiento y Atención	S5.1	Priorizar el tratamiento de la COVID-19 grave sobre la prevención de la transmisión del SARS-CoV-2 corre el riesgo de aumentar las infecciones, la larga duración de la COVID y la carga general de la enfermedad.	A	72	20	5	2	4
	S5.2	Se necesitan opciones terapéuticas de COVID-19 más eficaces, así como modelos de prestación de atención.	A	91	8	1	0	3
	S5.3	Además de la definición estandarizada de caso de COVID prolongado para adultos, se necesita una definición estandarizada para niños.	U	90	10	0*	0	4
	S5.4	Se necesita investigación para determinar si la infección por distintas variantes del SARS-CoV-2 está asociada con diferencias significativas en la morbilidad a largo plazo.	A	91	8	1	0	2
Desigualdades pandémicas	S6.1	La pandemia de COVID-19 afecta de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables dentro de las comunidades, los países y a nivel mundial.	A	93	6	1	1	0
	S6.2	La decisión de la mayoría de los países de ingresos altos de proteger los derechos de propiedad intelectual de las vacunas y los tratamientos contra la COVID-19 ha contribuido a que las opciones disponibles para los países de ingresos bajos y medianos sean limitadas para hacer frente a la pandemia.	A	83	11	4	3	3

	S6.3	Lo mejor para los países de altos ingresos es financiar la distribución equitativa de vacunas y tratamientos a los países de bajos y medianos ingresos.	A	88	9	2	0*	1
	S6.4	Hay un consumo desproporcionado de los recursos del sistema de salud por parte de quienes no se vacunan voluntariamente.	A	65	25	7	3	5
	S6.5	Cuando se expande el uso de la tecnología de comunicaciones digitales (p. ej., sistemas de citas en línea, comunicaciones móviles con pacientes y aplicaciones de telesalud), los sistemas de salud pueden contribuir inadvertidamente a un acceso desigual a los servicios de atención médica.	A	64	30	6	1	1
	S6.6	La respuesta mundial a la pandemia generalmente no ha tenido en cuenta el papel subyacente de los determinantes sociales de la salud.	A	77	21	2	0*	1
	S6.7	Pocos gobiernos han involucrado adecuadamente a las poblaciones vulnerables para informar las prioridades de respuesta a la pandemia.	A	78	17	4	0*	3
	S6.8	La incorporación de paradigmas de investigación de diversas disciplinas tiene un mayor potencial para acabar con la COVID-19 como una amenaza para la salud pública que la dependencia de un solo paradigma de investigación (p. ej., medicina basada en la evidencia).	A	88	9	2	1	1

Nota: Las categorías de respuesta se abrevian como De Acuerdo (A); Parcialmente de acuerdo (PA); Parcialmente en desacuerdo (PD); en desacuerdo (D); No calificado para responder (NC). Un asterisco (*) indica que el redondeo resultó en 0% a pesar de la presencia de ≥ 1 respuesta en la categoría. El % NC se presenta con fines informativos, pero se excluye del denominador para los cálculos de % de acuerdo/desacuerdo.