

1. Disposiciones generales

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

Acuerdo de 30 de marzo de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento del Plan de Medicalización de establecimientos para la atención a pacientes con coronavirus COVID-19.

El Estatuto de Autonomía para Andalucía establece, en su artículo 55.2, la competencia compartida en materia de sanidad interior y, en particular y sin perjuicio de la competencia exclusiva que le atribuye el artículo 61, entre otras, la ordenación, planificación, determinación, regulación y ejecución de los servicios y prestaciones sanitarias, sociosanitarias y de salud mental de carácter público en todos los niveles y para toda la población y la ordenación y la ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos.

La Organización Mundial de la Salud, OMS en adelante, ha declarado la emergencia en salud pública de importancia internacional y la pandemia global ante la situación del coronavirus COVID-19, con fecha de 30 de enero y 11 de marzo de 2020, respectivamente. Hacer frente a esta emergencia requiere adoptar una serie de medidas orientadas a proteger la salud y seguridad de la ciudadanía, contener la progresión de la enfermedad y reforzar el sistema de salud pública. Se trata de medidas de contención extraordinarias que se establecen por las autoridades de salud pública. Andalucía cuenta con un sólido Sistema de Vigilancia Epidemiológica desde el que se realiza una monitorización exhaustiva y permanente de todos los casos. Se hace un llamamiento a la población para que sigan las recomendaciones que se vayan realizando, en revisión permanente, de acuerdo a como vaya evolucionando la enfermedad.

En este contexto, mediante Orden del Consejero de la Presidencia, Administración Pública e Interior, de 25 de febrero de 2020, se acordó activar el Comité Ejecutivo para el Control, Evaluación y Seguimiento de Situaciones Especiales. En el preámbulo de dicha Orden se expone que «La situación generada por el coronavirus (SARS-COV-2) en Andalucía requiere la pronta reacción por parte de las Administraciones Públicas, así como una respuesta conjunta y una política coordinada de actuación para afrontar con las máximas garantías los efectos provocados por el brote de este virus, teniendo en cuenta además el riesgo que supone para la salud y el bienestar de la ciudadanía».

Habida cuenta de la evolución de los acontecimientos y el estado de riesgo inminente y extraordinario para la salud pública, el Gobierno Andaluz entendió obligada la adopción de una serie de medidas cautelares, ajustadas a los principios de minimización de la intervención y de proporcionalidad de las medidas adoptadas a los fines perseguidos, prescindiendo del trámite de audiencia de los interesados.

En virtud de ello, la Consejería de Salud y Familias mediante Orden de 13 de marzo de 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en la Comunidad de Andalucía, como consecuencia de la situación y evolución del coronavirus (COVID-19), estableció diversas medidas preventivas en materia sanitaria, socio sanitaria, de transporte, docencia y empleo, medio ambiente y agricultura, y en materia de cultura, ocio y deporte, que fue tomada en consideración por parte del Consejo de Gobierno mediante Acuerdo de 13 de marzo de 2020.

No obstante, la evolución de la pandemia del coronavirus del COVID-19 hace necesaria la adopción continua de nuevas medidas. En este contexto, con fecha 14 de marzo de 2020, el Consejero de la Presidencia, Administración Pública e Interior activa el Plan Territorial de Emergencia de Andalucía, aprobado por Acuerdo del Consejo de Gobierno de 22 de noviembre de 2011, como director del mismo, en nivel 2. El Presidente de la Junta de Andalucía solicita ese mismo día al Consejero de la Presidencia, Administración Pública e Interior que constituya y convoque el Gabinete de Crisis previsto

en el citado plan territorial. Durante la sesión del Gabinete de Crisis, y bajo la presidencia del Presidente de la Junta de Andalucía, se acuerda que se adopten por la Consejería de Salud y Familias nuevas medidas preventivas en diversos ámbitos al incrementarse el riesgo inminente y extraordinario para la salud de la población.

Con motivo de la situación de emergencia de salud pública relacionada en los párrafos anteriores, el Gobierno de la Nación acordó declarar, mediante Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria en todo el territorio nacional, con fundamento en las actuales circunstancias extraordinarias y que constituyen una crisis sanitaria sin precedentes y de enorme magnitud. En su artículo 6 se establece que cada Administración conservará las competencias que le otorga la legislación vigente en la gestión ordinaria de sus servicios para adoptar las medidas que estime necesarias en el marco de las órdenes directas de la autoridad competente a los efectos del estado de alarma

Mediante Acuerdo de 26 de marzo de 2020, el Consejo de Gobierno tomó conocimiento de las medidas implementadas por la Dirección General de Cuidados Sociosanitarios en relación con la medicalización y dotación de recursos de los centros residenciales como consecuencia de la situación y evolución del coronavirus COVID-19.

De la experiencia de la evolución de la pandemia por coronavirus en otros países como China, Corea del Sur o Singapur, se pueden extraer una serie de medidas importantes para el control de la misma, todas ellas necesarias, como ya dijo el director de la OMS, pero de cara a esta intervención hay que centrarse en la identificación precoz de los casos y de sus contactos directos y la obligación de que dichas personas permanezcan en aislamiento. En esta línea se ha apreciado que los casos leves de infección de coronavirus han sido los que más han contribuido a la transmisión de casos, así pues, en algunos países como Corea del Sur, los esfuerzos para aislar a las personas infectadas y rastrear y poner en cuarentena sus contactos están dando buenos resultados.

Por tanto, se considera fundamental el aislamiento domiciliario de casos leves y sus contactos para ralentizar la expansión de la pandemia, medidas no fáciles de llevar a la práctica, a veces por motivos relacionados con la estructura y/o tamaño de la vivienda en relación con el número de convivientes de la misma, y otras veces por las condiciones físicas o psíquicas de los casos o de los convivientes que deben quedar en aislamiento. Esto está provocando que los equipos de profesionales que están identificando casos e indicando el aislamiento de los mismos se estén encontrando con situaciones que dificultan el aislamiento real de los casos difíciles de resolver lo cual facilita el contagio de los convivientes, algunos especialmente vulnerables, como por ejemplo, cuando conviven con personas inmunodeprimidas ligadas a determinadas patologías o tratamientos y falta de condiciones en la vivienda para su aislamiento, o casos que viven en residencias de ancianos y es aconsejable aislarlos fuera de dichas instalaciones, contactos directos asintomáticos de casos internos en residencias, etc.

Además, aunque con la declaración del estado de alerta se ha disminuido la movilidad social, sigue existiendo la misma, fundamentalmente relacionada con la asistencia al trabajo o con la realización de actividades necesarias como la compra de alimentos, de medicamentos, la asistencia a los centros sanitarios o la movilidad de familiares de pacientes dependientes.

Otra cuestión a tener en cuenta, es que si no se consigue frenar el ritmo actual de crecimiento de casos, se tendrá una demanda asistencial que puede superar la capacidad de respuesta actual de nuestros hospitales haciendo muy difícil prestar la asistencia sanitaria. Por tanto, se debe establecer planes de contingencia que nos permita incrementar el número de camas disponibles en los hospitales, no sólo mediante la habilitación de más camas en los mismos sino también favoreciendo altas precoces mediante la puesta a disposición de espacios fuera de los hospitales que permitan atender a los pacientes afectados por COVID-19 en fase de remisión de la enfermedad

pero sin test negativos, que no puedan ir a sus domicilios por razones clínicas (prealta), de imposibilidad de un aislamiento eficaz o por estar en riesgo social.

Los motivos anteriormente expuestos justifican la habilitación de establecimientos como pueden ser, a modo de ejemplo, hoteles, residencias de tiempo libre o albergues juveniles para tratar a pacientes afectados por el coronavirus COVID-19 en la situación referida. De dicho Plan se excluyen, dada su especificidad, los centros residenciales de personas mayores.

En virtud del contexto referido, la Consejería de Salud y Familias ha elaborado un Plan de Medicalización de Establecimientos para la Atención a Pacientes con Coronavirus COVID-19, que se adjunta como anexo al presente Acuerdo.

Por todo ello, teniendo en cuenta la situación de emergencia sanitaria declarada por la OMS y la repercusión que las medidas incluidas en el Plan tienen en la ciudadanía andaluza, se considera oportuno y conveniente el mismo sea conocido por parte del Consejo de Gobierno.

En su virtud, de conformidad con el artículo 27.23 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, a propuesta del Consejero de Salud y Familias, y previa deliberación, el Consejo de Gobierno en su reunión del día 30 de marzo de 2020,

A C U E R D A

Tomar conocimiento del Plan de Medicalización de Establecimientos para la Atención a Pacientes con Coronavirus COVID-19.

Sevilla, 30 de marzo de 2020

JESÚS RAMÓN AGUIRRE MUÑOZ
Consejero de Salud y Familias

JUAN MANUEL MORENO BONILLA
Presidente de la Junta de Andalucía

PLAN DE MEDICALIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CON CORONAVIRUS COVID-19**1. Justificación del Plan**

De la experiencia de la evolución de la pandemia por coronavirus en otros países como China, Corea del Sur o Singapur, podemos extraer algunas medidas importantes para el control de las mismas, todas ellas necesarias, como ya dijo el director de la OMS, pero de cara a esta intervención nos vamos a centrar en la identificación precoz de los casos y de sus contactos directos y la obligación de que dichas personas permanezcan en aislamiento. En esta línea se ha apreciado que los casos leves de infección de coronavirus han sido los que más han contribuido a la transmisión de casos¹.

En algunos países, como Corea, los esfuerzos para aislar a las personas infectadas y rastrear y poner en cuarentena sus contactos están dando buenos resultados².

Por tanto, se considera fundamental el aislamiento domiciliario de casos leves y sus contactos para ralentizar la expansión de la pandemia³, medidas no fáciles de llevar a la práctica, a veces por motivos relacionados con la estructura y/o tamaño de la vivienda en relación con el número de convivientes de la misma, y otras veces por las condiciones físicas o psíquicas de los casos o de los convivientes que deben quedar en aislamiento. Esto está provocando que los equipos de profesionales que están identificando casos e indicando el aislamiento de los mismos se estén encontrando con situaciones que dificultan el aislamiento real de los casos difíciles de resolver lo cual facilita el contagio de los convivientes, algunos especialmente vulnerables. Así por ejemplo, nos podemos encontrar con casos que conviven con personas inmunodeprimidas ligadas a determinadas patologías o tratamientos y falta de condiciones en la vivienda para su aislamiento, o casos que viven en residencias de ancianos y es aconsejable aislarlos fuera de dichas instalaciones, contactos directos asintomáticos de casos internos en residencias, etc.

Además, aunque actualmente con la declaración del estado de alerta se ha disminuido la movilidad social, sigue existiendo movilidad, fundamentalmente relacionada con la asistencia al trabajo o a la realización de actividades necesarias como la compra de alimentos, de medicamentos, la asistencia a los centros sanitarios o la movilidad de familiares de pacientes dependientes.

Otra cuestión a tener en cuenta, es que si no conseguimos frenar el ritmo actual de crecimiento de casos, tendremos una demanda asistencial que puede superar la capacidad de respuesta actual de nuestros hospitales haciendo muy difícil prestar la asistencia sanitaria. Por tanto, debemos establecer planes de contingencia que nos permita incrementar el número de camas disponibles en los hospitales, no sólo mediante la habilitación de más camas sino también favoreciendo altas precoces mediante la habilitación de espacios fuera de los hospitales que permitan atender a los pacientes afectados por COVID-19 en fase de remisión de la enfermedad pero sin test negativos, que no puedan ir a sus domicilios por razones clínicas (prealta), de imposibilidad de un aislamiento eficaz o por estar en riesgo social.

¹ Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus. Ruiyun Li, Sen Pei, Bin Chen, Yimen Song, Tao Zha... Science. 16 Mar 2020.

² Countries test tactics in 'war' against COVID-19. 1. Jon Cohen, 2. Kai Kupferschmidt. See all authors and affiliations. Science 20 Mar 2020: Vol. 367, Issue 6484, pp. 1287-1288.

³ How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? Roy M Anderson, Hans Heesterbeek, Don KlinKenberg, TDeirdre, Hollingswoeth. The Lancet. March 20, 2020

Los motivos anteriormente expuestos justifican la habilitación de instalaciones como pueden ser por ejemplo los hoteles, residencias de tiempo libre o albergues para tratar a pacientes afectados por el coronavirus COVID-19. Del presente Plan se excluyen, dada su especificidad, los centros residenciales de personas mayores por cuanto el Consejo de Gobierno ya ha tomado conocimiento de las medidas implementadas en dichos centros en relación al COVID-19

2. Objetivos del Plan

2.1. Objetivo general

Habilitar establecimientos como pueden ser los hoteles, residencias de tiempo libre o albergues como espacios asistenciales para atender a pacientes afectados de coronavirus COVID-19 como medida de contención y de mitigación de dicha pandemia.

2.2. Objetivos específicos

- a) Facilitar el aislamiento de pacientes, normalmente en estado leve, afectados de COVID-19 con imposibilidad para llevar a cabo el aislamiento domiciliario, en las residencias de mayores, u otro tipo de instituciones semicerradas (albergues, centros de refugiados, centro de discapacitados, etc...) donde habitan.
- b) Incrementar el número de camas disponibles en los hospitales.

3. Plan de actuación

3.1. Selección de hoteles, Residencias de tiempo libre o albergues juveniles.

El primer paso es identificar en colaboración con las Consejerías competentes por razón de la materia aquellos hoteles, residencias de tiempo libre o albergues juveniles que se han ofrecido para colaborar cediendo sus instalaciones al SSPA para la atención de pacientes afectados por el coronavirus COVID-19. Una vez identificados estas instalaciones se visitarán por personal técnico experto en hospitales para valorar la idoneidad de los mismos, valorando los aspectos relacionados en el Anexo.

De cada una de dichos establecimientos considerados idóneas se elaborará un informe donde se especificará el hospital del SSPA del que dependerá, a que área dará cobertura y como solucionará los aspectos relacionados con los servicios necesarios para su funcionamiento, tanto los servicios generales como los asistenciales que veremos más adelante en el plan de actuación.

El informe debe haber explorado en profundidad y ser lo suficientemente explícito en la organización y gestión a realizar en todos los aspectos necesarios para la puesta en funcionamiento de cada una de las instalaciones, de forma que en caso de necesidad, su puesta en funcionamiento sea como máximo en un periodo de 3 días.

Todas estas instalaciones consideradas idóneas para atender pacientes afectados de coronavirus COVID-19 serán ordenadas por el nivel de idoneidad, de forma que primero se pondrá en funcionamiento el número uno. Cuando el número uno llegue al 70% de ocupación se iniciará la adaptación del segundo más idóneo y así sucesivamente.

3.2. Plan de actuación para la utilización de los establecimientos para prestar atención sanitaria a los pacientes afectados por el coronavirus COVID-19

Cada establecimiento que se habilite para prestación de asistencia sanitaria se adscribirá al hospital público más cercano, considerándose el mismo, ya sea el edificio completo o una o algunas de sus plantas, como parte del mismo.

Como en cualquier hospital para la puesta en funcionamiento del dicha instalación como centro habilitado para prestar servicios a pacientes afectados de coronavirus COVID-19 se organizarán

los servicios generales (limpieza, residuos, lavandería, catering, mantenimiento, comunicaciones internas y externas, entretenimiento) y los servicios de apoyo directo a la asistencia sanitaria (Servicio de admisión, configuración de las habitaciones, sistemas de información/H^a clínica, unidad de farmacia, área trabajo de personal, área de estar del personal, almacén de material sanitario, equipamiento médico, perfil de pacientes derivado a dichas instalaciones.

3.3. Servicios Generales

Como regla general, todos los servicios generales que el hospital al que esté adscrito la instalación tenga contratado con empresas externas ampliarán el contrato para prestarlos en el establecimiento como si de un edificio, o en su caso, planta nueva del hospital se tratara.

La gestión administrativa y organizativa debe hacerse desde la plataforma logística de compras y desde las direcciones económico-administrativas y de servicios generales del hospital al cual se le adscribe el establecimiento para ganar en agilidad y acortar los tiempos.

En aquellos servicios generales que son prestados actualmente con personal propio del hospital habrá que valorar en cada caso que es más eficiente, teniendo en cuenta que dicha prestación será temporal, si prestarlos por el propio hospital con su personal o contratarlo con una empresa externa, a ser posible con la misma que viene prestando servicios para el hotel. En todo caso, estos servicios generales se prestarán en la totalidad del edificio o exclusivamente en la parte del mismo habilitada para COVID-19.

3.3.1. Limpieza

- a) El servicio de limpieza se prestará a cargo de la misma empresa que ya viene prestando dicho servicio en el hospital, mediante la ampliación de contrato en vigor, empezando a facturar el primer día de entrada en funcionamiento de la instalación que se trate como centro asistencial. Al finalizar la vigencia del contrato se ajustarán los días de limpieza previos al inicio de la actividad.
- b) La empresa de limpieza usará el mismo protocolo establecido para el hospital.
- c) Deberá tener en cuenta, si dichas instalaciones fueran hoteles, la necesidad del equipamiento necesario para limpiar en su caso la moqueta que habitualmente suelen tener en los pasillos para evitar el ruido.

3.3.2. Residuos

- a) Debemos aplicar el protocolo establecido en el hospital.
- b) Debemos dotar a las plantas de contenedores verdes con bolsas rojas.
- c) Seleccionar un lugar adecuado para su almacenaje y un sistema de recogida.

3.3.3. Lavandería:

Tenemos 3 opciones que debemos valorar en función del nivel de eficiencia:

- a) Si el hospital tiene el servicio de lavandería externalizado, debemos prestar el servicio con la misma empresa.
- b) Si el servicio de lavandería es propio del hospital y puede asumir la ropa de la instalación de que se trate con los mismos recursos, dicho servicio se prestaría por el servicio de lavandería del hospital.
- c) Si el servicio de lavandería es propio del hospital y necesita ampliar sus recursos para asumir la ropa de dicha instalación, dicho servicio se contrataría por una empresa externa, a ser posible por la misma que le prestaba servicio a la instalación concreta de que se trate.

3.3.4. Lencería

- a) Dotar a la instalación concreta de ropa de cama, toallas, uniformidad para pacientes y profesionales, etc.
- b) Dejar en todas las habitaciones solo una cama individual para unificar la ropa de cama. Se debe sustituir la cama de matrimonio por una individual. La segunda cama individual se puede quitar o dejarla en la habitación sin vestir

3.3.5. Servicio de Catering: Al igual que con la lavandería tenemos 3 opciones que debemos valorar en función del nivel de eficiencia:

- a) Si el hospital tiene el servicio de catering externalizado, debemos prestar el servicio con la misma empresa.
- b) Si el servicio de catering es propio del hospital y puede asumir el servicio de catering de la instalación concreta con los mismos o con incremento mínimo de recursos, dicho servicio se prestaría por el servicio de catering del hospital.
- c) Si el servicio de catering es propio del hospital y necesita ampliar sus recursos para asumir los menús de la instalación habilitada, dicho servicio se contrataría por una empresa externa.

3.3.6. Servicio de mantenimiento

El servicio de mantenimiento a ser posible se mantendrá el mismo que tenía la instalación concreta ya que conoce las instalaciones y no merece la pena incluir un servicio nuevo, ya sea propio o contratado, para un periodo corto de tiempo.

3.3.7. Comunicaciones internas y externas

- a) Comunicaciones internas: Para las comunicaciones entre las habitaciones y el control centra se utilizarán las comunicaciones internas de la instalación concreta que se trate.
- b) Comunicaciones externas: Las comunicaciones de los pacientes con el exterior se realizará a través de los móviles privados de los pacientes. Y las comunicaciones externas de los profesionales que trabajan para mitigar el COVID-19 y viceversa se harán a través de móviles.

3.3.8. Servicio de seguridad

- a) Cubrir la seguridad con el contrato del hospital.
- b) Servicio de seguridad de 24 horas.

3.3.9. Oficio limpio en cada planta

Para ropa limpia, material sanitario, ropa del personal, EPI, etc.

3.3.10. Oficio sucio en cada planta

Productos y material de limpieza, etc.

3.3.11. Creación de un circuito de sucio y otro de limpio diferenciados en el hotel

3.3.12. TV/WIFI

- a) La instalación habilitada mantendrá su servicio de TV.
- b) Dicha instalación mantendrá el WIFI para los pacientes siempre que no sea necesario para las comunicaciones con los sistemas de información corporativos del hospital (DIRAYA)

3.3.13. Régimen de visitas

No existirá régimen de visitas, ya que no se podrá visitar a ningún paciente

3.3.14. Disponer de un almacén para productos de limpieza y de aseo

3.3.15. Accesos internos y externos

- a) Accesos externos: Limitar los accesos con el exterior a uno solo para controlar la entrada de visitantes y la salida de pacientes
- b) Accesos internos a las habitaciones: El acceso a las habitaciones suele ser mediante tarjeta. Cada habitación tendrá una tarjeta (con fecha de caducidad de 20 días) para el dispositivo de luz. Los pacientes están en régimen de aislamiento y por tanto no pueden salir de la habitación ni recibir visitas.
- c) Todo el personal debe disponer de una tarjeta maestra para acceder a las habitaciones cuando sea necesario.

3.4. Servicios de apoyo directo a la asistencia sanitaria

A continuación se va a desarrollar los servicios ligados a la gestión asistencial necesarios para que los profesionales puedan desarrollar su labor adecuadamente. La gestión y organización de estas áreas serán llevadas a cabo por la estructura de gestión asistencial de los sistemas de información del hospital al cual se adscribe la instalación de que se trate.

3.4.1. Perfil de los pacientes que ingresaran en las instalaciones COVID-19

3.4.1.1. En líneas generales serán pacientes leves afectados por el coronavirus COVID-19 que cumplen los siguientes requisitos:

- a) Pacientes ingresados en el hospital positivos a coronavirus COVID-19 en fase de remisión de la enfermedad que no pueden recibir el alta ya que no pueden ser aislados en sus domicilios por no cumplir con los requisitos mínimos para ello.
- b) Pacientes internos en residencias de personas mayores y otro tipo de instituciones semicerradas, positivos a coronavirus COVID-19, a los cuales no se les puede garantizar un aislamiento efectivo y ponga en peligro de contagio al resto de internos de la residencia.
- c) Pacientes positivos a coronavirus COVID-19 a los que se les ha indicado aislamiento domiciliario y no disponen de las mínimas necesidades para su cumplimiento por motivos de infraestructuras su vivienda o por estar en riesgo social y no contar con ningún apoyo social.
- d) Pacientes positivos a coronavirus COVID-19 que conviven en el domicilio con personas de muy alto riesgo (pacientes con baja inmunidad) y no existe otra alternativa de aislamiento.

3.4.1.2. Origen de los pacientes. ¿Quién puede derivar pacientes a dichos establecimientos COVID-19?

- a) Pacientes derivados desde urgencias hospitalarias y desde los SUAP: Los profesionales de urgencias cuando atiendan a un paciente con las características descritas en el punto anterior podrá ordenar el ingreso en dichos establecimientos COVID-19 previa confirmación por parte de la unidad de epidemiología.
- b) Traslado desde otra planta de hospitalización: Por parte del servicio donde esté ingresado el paciente se puede solicitar el traslado a la instalación COVID-19 por cumplir con las condiciones mencionadas en el punto anterior.
- c) Distrito AP: el paciente es derivado por la unidad de epidemiología del Distrito de AP, por iniciativa propia o previa petición desde un centro de salud, previa gestión directa con la unidad de admisión o cargo intermedio responsable del hotel COVID-19-1 y acompañado por el DCCU.

3.4.2. Área de Admisión y Sistema de Información Clínica.

- a) Se va a definir en la estructura DIRAYA al establecimiento concreto de que se trate como una nueva área de hospitalización, dependiente del hospital al que lo hemos adscrito, habilitada en un edificio externo y a dotarla del hardware de puesto de usuario y comunicaciones necesario para el control de las ubicación de los pacientes y demás tareas relacionadas con el área de admisión, así como para el acceso a la Historia de Salud Digital.
- b) Esta solución es técnicamente fácil, rápida y sin coste adicional y nos permite tener toda la información de estos pacientes integradas en la admisión del hospital y la información clínica en su H^a clínica.
- c) Se habilitará un área de admisión, con 1 ó 2 puestos de trabajo, en función del tamaño del establecimiento. Dicha área se ubicará cerca de la entrada de pacientes.
- d) La comunicación exterior de familiares se hará con la admisión del establecimiento, la cual podrá ver la localización de cada paciente y dar la información pertinente. La comunicación entre ambas admisiones será a través de teléfonos móvil.
- e) Las habitaciones se utilizarán como habitaciones individuales y estarán identificadas por el número de habitación dado por el establecimiento.
- f) Se establecerán de forma muy detallada las tareas TIC que hay que realizar para convertir el establecimiento en una planta más de hospitalización del hospital al cual se ha adscrito.

3.4.3. Control de enfermería

Se creará un control de enfermería o varios en función del tamaño del establecimiento, no siendo necesario la existencia de un control de enfermería por planta. Los profesionales de enfermería determinarán el lugar que consideren más oportuno para ello.

3.4.4. Lugar para la colocación y retirada de los EPI por parte de los profesionales

- a) Medicina preventiva junto con los profesionales que vayan a desarrollar su labor en dicho establecimiento.
- b) Se especificarán espacios diferenciados idóneos para la colocación y retirada de los EPI por parte de los profesionales, garantizando la mayor seguridad posible. Para ello se utilizaran si es necesario habitaciones del establecimiento, si es la mejor opción, aunque esto suponga la pérdida de algunas habitaciones destinadas a pacientes.

3.4.5. Área de trabajo y sala de estar del personal

- a) Se habilitará una zona de trabajo para el personal con acceso a DIRAYA.
- b) Se habilitará un área de estar para el personal con utensilios para poder desayunar o comer.
- c) Se habilitará una zona de vestuario y aseos específicos para los profesionales con ducha.

3.4.6. Área de farmacia.

- a) El área de farmacia será organizada por el servicio de farmacia del hospital (SFH).
- b) La opción de organización de dicho área que se adopte debe ser rápida.
- c) Para ello proponemos las siguientes opciones:
 - o Opción A: En la farmacia sólo estará la medicación básica para el tratamiento de los pacientes leves y la medicación hospitalaria de los pacientes ingresados que no se pueda adquirir por recetas.
Con objeto de evitar tener que montar una farmacia con multitud de medicamentos o evitar sobrecargar la farmacia del hospital preparando la medicación habitual de los pacientes ingresados en el hotel, la medicación

específica de cada paciente por patologías previas (HTA, diabetes, Hiperuricemia, medicación oftalmológica, etc.) que el paciente venía tomando mediante la prescripción en recetas por su médico de familia, seguirá siendo obtenida a través de la tarjeta sanitaria.

El personal de enfermería destinado al establecimiento elaborará una ficha con los datos del paciente y la medicación habitual que necesita sacar de la farmacia, que conjuntamente con su tarjeta sanitaria será recogida por la farmacia que decida el Colegio de Oficial de Farmacéuticos de la provincia, la cual llevará dicha medicación clasificada por paciente al establecimiento habilitado.

El personal de enfermería recibirá la medicación de la farmacia, la revisará y la entregará al paciente que será responsable de autoadministrarse la medicación. En el caso de que lo precise el paciente solicitará la ayuda del personal de enfermería.

Ante cualquier problema de disponibilidad de medicamentos el SFH de acuerdo con el médico buscaría alternativas terapéuticas.

En el caso de que el paciente tenga indicada medicación específica para el coronavirus COVID-19, esta será dispensada por SHF y la enfermera hará el seguimiento del cumplimiento del tratamiento por parte del paciente.

- Opción B: Esta opción sería considerar al establecimiento como si se tratase de un Centro Residencial Socio Sanitario. En este caso existirá un control y validación por parte del Servicio de Farmacia del tratamiento prescrito semejante al Sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria. La distribución de medicamentos se realizaría, de forma general, una vez a la semana y diariamente se distribuirían los medicamentos que se necesitasen por cambios en los tratamientos.

Como en la opción anterior la medicación específica para el COVID-19 será dispensada por el SFH siguiendo las normas establecidas.

Esta opción es mucho más compleja que la primera, requiere muchos más recursos para mantenerla.

Esta opción solo se llevará a cabo si su organización y puesta en marcha no retrasa la puesta en funcionamiento del establecimiento COVID-19 y no satura el SFH. También habrá que tener en cuenta que este modelo no se podría mantener conforme aumente el número de instalaciones que se pongan en funcionamiento.

3.4.7. Equipamiento asistencial y material sanitario

El equipamiento mínimo básico para hacer un seguimiento de constantes básicas a pacientes leves (El número equipos estará en función del número de enfermos):

- a) Fonendos (uno por profesional)
- b) Esfigmomanómetros
- c) Termómetros
- d) 1 ECG
- e) Pulsioxímetros
- f) Bombonas de oxígeno
- g) 1 carro de paradas
- h) Material para extracción de muestras de sangre y su traslado al laboratorio del hospital
- i) Material para tomas de muestras para el coronavirus COVID-19
- j) Materia de curas

- k) Material de protección
- l) EPI 's completos
- m) Otros

3.4.8. Recursos humanos para la prestación asistencial: Categorías profesionales y número aproximado

- a) Enfermera de bloque o supervisora de enfermería: Será la responsable del nuevo centro. Estará en turno de mañana y tarde.
- b) Médico especialista en Medicina de Familia o Médico especialista en Medicina Interna: Preferentemente una de estas especialidades, pero puede ser otra el área médica que tengamos disponible. De forma aproximada habrá un facultativo por cada 140 pacientes de presencia en turno de mañana y tarde y localizado por la noche.
- c) Enfermeras: Una enfermera por cada 40 pacientes en todos los turnos.
- d) Técnicos en cuidados de auxiliares de enfermería: 1 por cada 20 pacientes en turnos de mañana, 1 por cada 30 pacientes en turno de tarde y 1 por cada 40 en turno de noche.
- e) Celador: 1 celador en turno de mañana y tarde.
- f) Administrativo: 1 para el área de admisión en el turno de mañana y tarde. El turno de noche se cubrirá si hubiera alguna incidencia desde el hospital.
- g) El número de profesionales es aproximado y se irá ajustando a la baja o al alza en función de las necesidades.

ANEXO I: ASPECTOS PARA VALORAR LA IDONEIDAD DEL HOTEL PARA SU ADAPTACION A USO ASISTENCIAL PARA PACINETES LEVES AFECTADOS POR EL CORONAVIRUS COVID-19

A continuación vamos a establecer criterios a valorar para ver el grado de idoneidad del establecimiento, algunos serán criterios imprescindibles, de forma que si no se cumplen se descartará y otros los usaremos para valorar el nivel de la idoneidad.

- 1) **Tamaño del establecimiento:** Lo ideal es que tenga al menos 80 habitaciones para que los recursos humanos dedicados a dicho centro sean eficientes. No será un requisito, pero si un criterio importante a la hora de ordenar los establecimientos de nivel de idoneidad. Las instalaciones con menos de 40 habitaciones deben ser descartadas para este uso, aunque si pueden ser utilizados para ubicar personal sanitario.
- 2) **Ubicación geográfica:** Lo ideal es que esté lo más cerca posible del hospital al cual se ha adscrito, pero no es un requisito imprescindible.
- 3) **Accesibilidad para vehículos:** Se debe poder acceder hasta la entrada al hospital en ambulancia. Instalaciones que estén ubicado en calles donde no puedan acceder vehículos del tamaño de una ambulancia deben ser descartados.
- 4) **Condiciones requeridas por el propietario para la cesión:** Debe ser un aspecto importante a la hora de valorar el nivel de idoneidad del establecimiento.
- 5) **Espacios suficientes para ubicar las siguientes áreas:**
 - a) Área de trabajo de admisión (el equivalente a un despacho)
 - b) Área de trabajo y de estar del personal
 - c) Áreas para almacenes para material sanitario, lencería, farmacia, material de limpieza.
 - d) Aseos de profesionales
- 6) **Existencia de montacargas y ascensores:** Deberán existir al menos dos ascensores como requisito imprescindible para que el establecimiento se pueda considerar idóneo.
- 7) **Existencia de fibra óptica con acceso a internet y/o buena cobertura wifi:** La idoneidad o no dependerá de la solución técnica que se le pueda dar las comunicaciones.

- 8) **Existencia de oficio sucio y limpio por planta:** Aspecto a tener en cuenta para valorar la idoneidad, pero no requisito imprescindible ya que siempre se puede solucionar aunque suponga perder alguna habitación.
- 9) **Posibilidad de establecer un circuito limpio y otro sucio:** Este aspecto es muy importante ya que estamos hablando de pacientes contagiados por el coronavirus, especialmente para proteger a los profesionales que desarrollen su labor en dicho centro.