F1.14

**Herramienta de evaluación de los centros de salud en materia de capacidad de gestión de casos de COVID-19: medios de diagnóstico, tratamientos y grado de preparación respecto a las vacunas y otros productos sanitarios**

Módulo de las evaluaciones armonizadas de la capacidad de   
los centros de salud en el contexto de la pandemia de COVID-19

7 de julio de 2021

# Consentimiento

Hola, Soy [nombre del entrevistador]. Le llamo en nombre de [el Ministerio de Sanidad/organismo de ejecución]. [El Ministerio de Salud/organismo de ejecución] está llevando a cabo una evaluación de los centros de salud para ayudar al gobierno a saber más sobre las capacidades de gestión de casos de COVID-19 durante la pandemia de COVID-19 en [nombre del país]. Su centro ha sido seleccionado para participar en este estudio. Le haremos preguntas sobre la capacidad de los servicios de salud. La información recopilada sobre su centro durante este estudio podrá ser utilizada por [el Ministerio de Salud/organismo de ejecución], las organizaciones de servicios de apoyo de su centro y los investigadores, con el objeto de planificar la mejora de los servicios o realizar nuevos estudios sobre los servicios de salud. Ni su nombre ni el de ningún otro miembro del personal que participe en este estudio se incluirá en el conjunto de datos ni en ningún informe.

Solicitamos su ayuda para recopilar esta información. Puede negarse a responder a cualquier pregunta o decidir interrumpir la entrevista en cualquier momento. Sin embargo, esperamos que responda a las preguntas, algo que beneficiará a los servicios que presta y al país. Si hay preguntas respecto a las que convendría que respondiera otra persona, le agradeceríamos que me indicara el nombre de esa persona a fin de ayudarnos a recopilar esa información. ¿Tiene alguna pregunta sobre el estudio? ¿Está de acuerdo en que prosiga con la entrevista?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N.º** | **Pregunta** | **Opciones de respuesta** |
| 1.A | ¿Puedo comenzar la entrevista? | 1. Sí 2. No - PARE. Pase a la pregunta 9.4 |
| 1.B | Escriba el nombre del entrevistador indicando el consentimiento obtenido | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# Sección 1. Identificación y descripción del centro de salud

Las preguntas de esta sección se refieren a la identificación y descripción del centro.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.º** | **Pregunta** | **Opciones de respuesta** | | |
| 1.1 | Código del centro |  | | |
| 1.1.1 | (Adaptación de la pregunta al contexto nacional)  Nombre de la región/provincia |  | | |
| 1.1.2 | (Pregunta opcional específica para el país)a  Distrito/condado |  | | |
| 1.1.3 | (Pregunta opcional específica para el país)b  Pueblo/clan/localidad |  | | |
| 1.2 | ¿Puede confirmar su nombre? |  | | |
| 1.3 | ¿Puede confirmar el nombre del centro? |  | | |
| 1.4 | ¿Dónde está situado el centro? | 1. Zona urbana 2. Periurbana (respuesta opcional específica para el país) c 3. Rural | | |
| 1.5 | ¿Qué tipo de centro es? | (Adaptación de la respuesta al contexto nacional: adaptar la lista en función del sistema sanitario del país)   1. Centro o consultorio de atención primaria 2. Hospitales de referencia de primer nivel (hospital de distrito) 3. Otro hospital general con especialidades u hospital de una única especialidad 4. Centro de atención de larga estancia 5. Otro   Si es otro, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 1.6 | ¿Cuál es el órgano encargado de la gestión del centro? | (Adaptación de la respuesta al contexto nacional: adaptar la lista en función del sistema sanitario del país)   1. Gobierno 2. Privado con fines de lucro 3. Privado sin fines de lucro (por ejemplo, organización no gubernamental, religiosa) 4. Otro | | |
| 1.7 | ¿Cuál es su cargo o puesto en el centro? |  | | |
| 1.8i | Verifique si el encuestado es el director o gerente del establecimiento. En caso afirmativo, pase a la pregunta 1.10. | | | |
| 1.8 | ¿Cómo se llama el director o gerente del centro? |  | | |
| 1.9 | ¿Cuál es el número de teléfono del director o gerente del centro? |  | | |
| 1.10 | Fecha de registro de la información | Día: | Mes: | Año: |

Las siguientes preguntas se refieren a los servicios que se ofrecen en este centro.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N.º** | **Pregunta** | **Opciones de respuesta** | |
| * 1.11 | ¿Este centro ofrece servicios de hospitalización? | 1. Sí 2. No - Pase a la pregunta 1.14 | |
| * 1.12 | ¿De cuántas camas para pasar la noche o para hospitalización dispone el centro en total, excluyendo las camas para partos? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ camas (entrada numérica) | |
| * 1.13 | De esas camas de hospitalización, ¿cuántas son camas de la unidad de cuidados intensivos? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ camas de UCI (entrada numérica) | |
| * 1.14 | ¿Cuenta el centro con los siguientes departamentos y salas o espacios? | 1. Sí | 1. No |
| 1.14.1 | Servicio de urgencias con personal específico las 24 horas del día | ☐ | ☐ |
| 1.14.2 | Quirófano | ☐ | ☐ |

a-b Excluya la pregunta a menos que el nivel administrativo se utilice como estrato de muestreo o sea pertinente para el análisis.

c Excluya esa opción de respuesta a menos que el nivel periurbano sea pertinente en el contexto y significativo para el análisis.

# Sección 2. Dotación de personal y equipo de apoyo para el manejo de incidentes

Las preguntas de esta sección se refieren a la dotación de personal en los 3 últimos meses.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.º** | **Pregunta** | **Opciones de respuesta** | | | | |
| 2.1 | (Adaptación de la pregunta al contexto nacional: adaptar la lista de personal en función del sistema sanitario del país)  Para cada uno de los siguientes empleos, indique el número total de personal y el número de empleados a los que se les ha diagnosticado COVID-19 en los últimos 3 meses. | 2.1.1.1 Número de empleados | | 2.1.1.2 Número de empleados a los que se les ha diagnosticado COVID-19 en los 3 últimos meses | | |
| * 2.1.1 | Médicos |  | |  | | |
| * 2.1.2 | Personal de enfermería |  | |  | | |
| * 2.1.3 | Personal de partería |  | |  | | |
| * 2.1.4 | Demás personal clínico (incluidos los asociados médicos) |  | |  | | |
| * 2.1.5 | Personal de laboratorio |  | |  | | |
| * 2.1.6 | Radiólogos |  | |  | | |
| * 2.1.7 | Farmacéuticos |  | |  | | |
| * 2.1.8 | Personal administrativo |  | |  | | |
| * 2.1.9 | Personal de apoyo |  | |  | | |
| * 2.1.10 | Otro |  | |  | | |
| * 2.1ai | Vea el número total de empleados calculado que aparece en la pantalla, y ponga ese número entre paréntesis en la siguiente pregunta. | | | | | |
| * 2.1.a | Ha indicado que en el centro trabajan [NÚMERO TOTAL DE PERSONAL] personas. ¿Alguno de ellos ha recibido la vacuna contra la COVID-19? | 1. Sí 2. No - Pase a la pregunta 2.2 | | | | |
| * 2.1.b | ¿Cuántos han recibido la vacuna contra la COVID-19? Cuente a todos los que han recibido al menos una dosis. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ personas (entrada numérica) | | | | |
| * 2.1.c | ¿Cuántos han recibido todas las dosis necesarias? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ personas (entrada numérica) | | | | |
| * 2.2 | ¿Ha estado algún miembro del personal de baja o ausente en algún momento de los últimos 3 meses? | 1. Sí 2. No - Pase a la pregunta 2.4 | | | | |
| * 2.3 | Indique los motivos de las bajas o ausencias del personal en los últimos 3 meses.  ***No lea las opciones de respuesta en voz alta. Seleccione todas las respuestas pertinentes.*** | 1. Vacaciones o permisos personales 2. Baja por enfermedad no relacionada con la COVID-19, incluida la baja por maternidad 3. Baja por enfermedad relacionada con la COVID-19, incluida la cuarentena preventiva 4. Cuidado de miembros de la familia con COVID-19 5. Política gubernamental sobre la obligación de notificación del personal sanitario en el trabajo durante un brote (respuesta opcional específica para el país) 6. Limitaciones de transporte debidas al confinamiento 7. Falta de equipo de protección personal 8. Miedo relacionado con la COVID-19 9. Miedo relacionado con la violencia dirigida al personal sanitario 10. Síndrome de desgaste profesional o problemas de salud mental relacionados con la COVID-19 11. Medidas de presión laboral o huelga (respuesta opcional específica para el país) 12. Otro 13. Se desconoce | | | | |
| * 2.4 | ¿Ha realizado el centro algún cambio en la forma de gestionar el personal sanitario en los últimos 3 meses, específicamente debido a cambios en el volumen de pacientes o el tipo de pacientes relacionados con la COVID-19? | 1. Sí 2. No - Pase a la pregunta 2.6 3. No se aplica, no ha habido cambios en el volumen de pacientes ni en el tipo de pacientes relacionados con la COVID-19 - Pase a la pregunta 2.6 | | | | |
| * 2.5 | ¿Qué cambios se han realizado?  ***Seleccione «Sí» solo si el ajuste está relacionado con cambios en el volumen o el tipo de pacientes en relación con la COVID-19*** | | 1. Sí | | | 1. No |
| * 2.5.1 | Reasignación a diferentes unidades o de responsabilidades en el centro | | ☐ | | | ☐ |
| * 2.5.2 | Aumento de horas del personal a tiempo parcial | | ☐ | | | ☐ |
| * 2.5.3 | Aumento de horas extraordinarias del personal a tiempo completo | | ☐ | | | ☐ |
| * 2.5.4 | Contratación de nuevo personal para hacer frente al aumento del volumen de pacientes | | ☐ | | | ☐ |
| * 2.5.5 | Incorporación de voluntarios para ayudar ante el aumento del volumen de pacientes | | ☐ | | | ☐ |
| * 2.5.6 | Recepción de personal temporal cedido por otros centros | | ☐ | | | ☐ |
| * 2.5.7 | Cesión temporal a otro centro | | ☐ | | | ☐ |
| * 2.5.8 | Despido o permiso no remunerado | | ☐ | | | ☐ |
| * 2.6 | ¿Ha recibido algún miembro del personal del centro formación o apoyo relacionado con la COVID-19 en los últimos 3 meses? | 1. Sí 2. No - Pase a la pregunta 2.8 | | | | |
| * 2.7 | ¿Qué tipo de formación o apoyo han recibido? | | 1. Sí | | 1. No | |
| * 2.7.1 | Formación sobre el control y la prevención de infecciones | | ☐ | | ☐ | |
| * 2.7.2 | Formación sobre el uso adecuado de los equipos de protección personal (EPP) | | ☐ | | ☐ | |
| * 2.7.3 | Formación sobre los protocolos de triaje para la gestión de casos de COVID-19 | | ☐ | | ☐ | |
| * 2.7.4 | Formación sobre la gestión de situaciones de emergencia | | ☐ | | ☐ | |
| * 2.7.5 | (Pregunta opcional específica para el país)  Formación sobre la prestación de asistencia sanitaria a distancia | | ☐ | | ☐ | |
| * 2.7.6 | Salud mental y apoyo psicosocial para el personal en grupo o individualmente, según sea necesario | | ☐ | | ☐ | |
| * 2.7.7 | Supervisión de apoyo a la prevención y el control de infecciones | | ☐ | | ☐ | |
| * 2.7.8 | Supervisión de apoyo sobre el uso adecuado de los EPP | | ☐ | | ☐ | |
| * 2.7.9 | Supervisión de apoyo para la gestión de casos de COVID-19 | | ☐ | | ☐ | |
| * 2.8 | (Pregunta opcional específica para el país)  ¿En qué fecha se hizo la última supervisión sobre cualquier tema?  (Especifique el tipo de supervisión según el contexto del país.) | | MM/AAAA | | | |
| * 2.9 | Esta pregunta se refiere al equipo de apoyo para el manejo de incidentes del hospital.  ¿Ha adoptado el hospital un protocolo o un mandato para el manejo de incidentes o la respuesta a emergencias que comprenda una lista de los miembros del equipo, las actividades que se deben realizar o supervisar y los criterios sobre cuándo y cómo activar el equipo? | | 1. Sí 2. No - Pase a la siguiente sección | | | |
| * 2.10 | ¿Está activado actualmente el equipo de manejo de incidentes o de apoyo a la respuesta de emergencia del hospital? | | 1. Sí 2. No | | | |

# Sección 3. Gestión de casos y capacidad de camas para pacientes con COVID-19

Estas preguntas se refieren a la capacidad para gestionar a los pacientes afectados por la COVID-19.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N.º** | **Pregunta** | **Opciones de respuesta** |
| 3.1i | Compruebe la respuesta a la pregunta 1.11. Si la respuesta es «No», confirme la respuesta. Si vuelve a confirmar que la respuesta es «No», pase a la siguiente sección. | | |
| 3.1 | En total, ¿a cuántos pacientes hospitalizados con COVID-19 (moderada, grave y crítica) tiene el hospital capacidad de tratar? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (entrada numérica) | |
| 3.2 | Del número total, ¿a cuántos pacientes hospitalizados con COVID-19 grave, que no requieran cuidados intensivos, tiene capacidad el hospital de tratar? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (entrada numérica) | |
| 3.3 | Del número total, ¿a cuántos pacientes hospitalizados con COVID-19 crítica, que requieran cuidados intensivos, tiene capacidad el hospital de tratar? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (entrada numérica) | |
| 3.4 | Refiriéndonos a esta mañana, ¿cuántos pacientes con diagnóstico presunto o confirmado de COVID-19 habían pasado la noche en el hospital? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (entrada numérica) | |
| 3.5 | Refiriéndonos a la mañana de ayer, ¿cuántos pacientes con diagnóstico presunto o confirmado de COVID-19 habían pasado la noche en el hospital? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (entrada numérica) | |
| 3.6 | Del total de camas de hospitalización, ¿cuántas están actualmente preparadas para ser utilizadas como camas de aislamiento respiratorio? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ camas (entrada numérica) | |
| 3.7 | Si fuera necesario, ¿cuántas camas de hospitalización adicionales podrían convertirse o añadirse para su uso como camas de aislamiento respiratorio? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ camas (entrada numérica) | |
| 3.8 | Si fuera necesario, ¿cuántas camas de hospitalización adicionales podrían convertirse o añadirse para utilizarlas como camas de UCI? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ camas (entrada numérica) | |
| 3.9 | Refiriéndonos a esta mañana, ¿cuántos pacientes en total han pasado la noche en el hospital? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (entrada numérica) | |
| 3.10 | Refiriéndonos a todo el mes anterior, ¿cuántos pacientes pasaron la noche en el hospital cada día de media? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (entrada numérica) | |

# Sección 4. Medicamentos y suministros para la gestión de casos de COVID-19

Las preguntas de esta sección se refieren a la disponibilidad de determinados medicamentos y suministros médicos.

|  | **Pregunta** | | **Opciones de respuesta** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4.1 | Por favor, indique si **disponen actualmente** de los siguientes medicamentos.a  (Adaptación de la pregunta al contexto nacional: la lista de medicamentos puede adaptarse teniendo en cuenta la lista de medicamentos esenciales del país.) | | 1. Actualmente disponible | 1. Actualmente no disponible | 1. No se aplica (nunca está disponible) |
| 4.1.1 | Alcohol (>70% de alcohol en volumen) | | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4.1.2 | Hipoclorito cálcico concentrado al 70% | | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4.1.3 | Paracetamol (para administración oral) | | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4.1.4 | Ampicilina (inyectable) | | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4.1.5 | Ceftriaxona (inyectable) | | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4.1.6 | Azitromicina (para administración oral) | | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4.1.7 | Dexametasona (inyectable)/corticosteroides | | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4.1.8 | Tocilizumab/inhibidores de la IL-6 (inyectables) | | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4.1.9 | Tromboprofilaxis: heparina, heparina de bajo peso molecular (inyectable) | | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4.1.10 | Rocuronio (inyectable) u otro bloqueante neuromuscular | | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4.1.11 | Morfina (inyectable) u otro opiáceo | | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4.1.12 | Haloperidol (inyectable) | | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4.1.13 | Epinefrina o noradrenalina (inyectable) | | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4.1.14 | Líquidos intravenosos: solución salina normal o solución de lactato de Ringer/soluciones cristaloides equilibradas | | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4.1.15 | Oxígeno | | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4.2 | Indique si los siguientes productos están **actualmente disponibles**: | 1. Actualmente disponible | | 1. Actualmente no disponible | 1. No se aplica (nunca está disponible) |
| 4.2.1 | Cánulas y equipos de infusión intravenosa | ☐ | | ☐ | ☐ |
| 4.2.2 | Medio de administración de oxígeno (cánulas nasales) | ☐ | | ☐ | ☐ |
| 4.2.3 | Medio de administración de oxígeno (mascarillas respiratorias) | ☐ | | ☐ | ☐ |

a La lista de medicamentos indicadores es una selección de los grupos de medicamentos más pertinentes para el manejo clínico de la COVID-19 moderada, grave y crítica para el tratamiento en un establecimiento de salud. La selección se basó en los siguientes documentos de referencia «Manejo clínico de la COVID-19: Orientaciones provisionales» (11); versión 4 de «COVID-19 Essential Supplies Forecasting Tool» (6) e «Instrumentos para la atención clínica de infecciones respiratorias agudas graves. Orientaciones provisionales» (en inglés); cuando así se indique, se opta por un tratamiento de primera línea. Teniendo en cuenta el contexto de muchos países de ingresos bajos y medianos, la selección incluye elementos esenciales en el centro de tratamiento de los siguientes grupos: artículos para la prevención y el control de infecciones; meros artículos de apoyo; antibióticos; medicación específica para la COVID-19; artículos necesarios para facilitar la ventilación mecánica; artículos de apoyo a órganos en la UCI, y suministros médicos en relación con el oxígeno. Al adaptar el cuestionario para cada país, la lista de medicamentos indicadores podría tener que adaptarse a la luz de la lista de medicamentos esenciales del país.

# Sección 5. Equipo de protección personal y prevención y control de infecciones

Las preguntas de esta sección se refieren a la prevención y control de la infección y al equipo de protección personal durante la pandemia de COVID-19.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.º** | **Pregunta** | | | **Opciones de respuesta** | | | |
| 5.1 | ¿Hay una persona designada como punto focal para la prevención y el control de infecciones en el centro? | | | 1. Sí 2. No | | | |
| * 5.2 | ¿Ha aplicado el centro alguna medida para crear un entorno seguro en relación con la COVID-19? | | | 1. Sí 2. No - Pase a la pregunta 5.4 | | | |
| * 5.3 | ¿Cuáles de las siguientes medidas se han aplicado en este centro? | | | 1. Sí | | 1. No | |
| 5.3.1 | Cribado de todos los pacientes y visitantes en una entrada específica | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.3.2 | Entrada específica de personal con fines de cribado | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.3.3 | Las consultas de pacientes sospechosos de COVID-19 tiene lugar en una sala separada | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.3.4 | Sistema de triaje que aísla los casos sospechosos y confirmados de COVID-19 | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.3.5 | Zonas de aislamiento de COVID-19 claramente identificadas y separadas de las zonas de pacientes sin COVID-19 | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.3.6 | (Adaptación de la pregunta al contexto nacional)a  Cribado y triaje de pacientes por sospecha de COVID-19 utilizando directrices actualizadas | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.3.7 | Distancia de al menos 1 metro entre pacientes y visitantes en las salas de espera y otras salas | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.3.8 | Poner en un lugar visible las instrucciones sobre las prácticas de higiene respiratoria y de las manos para los pacientes y los visitantes | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.3.9 | Puestos de higiene de manos en todos los puntos de atención | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.3.10 | Uso de los EPP por parte del personal | | | ☐ | | ☐ | |
| 5.3.11 | Limpieza y desinfección del entorno | | | ☐ | | ☐ | |
| * 5.4 | ¿Dispone el centro de directrices de prevención y control de infecciones para la COVID-19? | | | 1. Sí 2. No - Pase a la pregunta 5.6 | | | |
| * 5.5 | ¿Con cuáles de las siguientes directrices de prevención y control de infecciones cuentan? | | | 1. Sí | | 1. No | |
| * 5.5.1 | Detección de signos y síntomas de COVID-19 | | | ☐ | | ☐ | |
| * 5.5.2 | Gestión de los casos sospechosos y confirmados de COVID-19 | | | ☐ | | ☐ | |
| * 5.5.3 | EPP | | | ☐ | | ☐ | |
| * 5.5.4 | Vigilancia de la COVID-19 entre el personal sanitario | | | ☐ | | ☐ | |
| * 5.5.5 | Disposición de los cadáveres | | | ☐ | | ☐ | |
| * 5.5.6 | Control de desechos | | | ☐ | | ☐ | |
| * 5.6 | ¿Proporciona este centro habitualmente EPP al personal sanitario? | | | 1. Sí 2. No - Pase a la pregunta 5.8 | | | |
| * 5.7 | ¿**Disponen actualmente** de los siguientes artículos para cada uno de los funcionariosque deben utilizarlos de acuerdo con las directrices aplicables? | * Disponible actualmente para todo el personal sanitario | * Disponible actualmente solo para algunos trabajadores sanitarios | | * No disponible actualmente para ningún trabajador sanitario | | * No se aplica (nunca se ha adquirido o suministrado) |
| * 5.7.1 | Bata de protección | ☐ | ☐ | | ☐ | | ☐ |
| * 5.7.2 | Guantes de examen | ☐ | ☐ | | ☐ | | ☐ |
| * 5.7.3 | Antiparras de seguridad | ☐ | ☐ | | ☐ | | ☐ |
| * 5.7.4 | Pantalla facial | ☐ | ☐ | | ☐ | | ☐ |
| * 5.7.5 | Mascarillas respiratorias (es decir, N95, FPP2) | ☐ | ☐ | | ☐ | | ☐ |
| * 5.7.6 | Mascarilla médica o quirúrgica | ☐ | ☐ | | ☐ | | ☐ |
| 5.8 | ¿Desecha el centro los EPP usados de forma segura, siguiendo las directrices de la prevención y control de infecciones? | | | 1. Sí 2. No 3. No lo sé | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 5.9 | Indique si **disponen actualmente** de los siguientes artículos o equipos de prevención y control de infecciones: | 1. Actualmente disponible | 1. Actualmente no disponible | 1. No se aplica (nunca se ha adquirido o suministrado) |
| 5.9.1 | Jabón líquido | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 5.9.2 | Gel hidroalcohólico | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 5.9.3 | Bolsa para desechos biopeligrosos | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 5.9.4 | Cajas de seguridad | ☐ | ☐ | ☐ | |
| 5.9.5 | Bolsas para cadáveres | ☐ | ☐ | ☐ | |

|  |
| --- |
| N95: Mascarilla no resistente al aceite, 95% de filtro; FFP2: mascarilla con filtro, con un porcentaje mínimo de filtración del 94% y un máximo de infiltración hacia el interior del 8%.  a Indicar el nombre específico o el número de versión de las directrices |

# Sección 6. Diagnóstico de laboratorio de la COVID-19

Las preguntas de esta sección se refieren al diagnóstico de laboratorio en este centro.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.º** | **Preguntas** | **Opciones de respuesta** | | | |
| 6.1 | ¿Recoge el centro muestras de los pacientes para diagnosticar la COVID-19? | 1. Sí 2. No - Pase a la siguiente sección | | | |
| 6.2 | Indique si disponen actualmente de cada uno de los siguientes elementos para la obtención de muestras: | 1. Actualmente disponible | 1. Actualmente no disponible | | 1. No se aplica (nunca está disponible) |
| 6.2.1 | Cajas de embalaje triple para el transporte | ☐ | ☐ | | ☐ |
| 6.2.2 | Medios de transporte para virus con hisopo | ☐ | ☐ | | ☐ |
| 6.3 | ¿Realiza el centro las siguientes pruebas *in situ* para diagnosticar la COVID-19? | 1. Sí | | 1. No | |
| 6.3.1 | Pruebas de PCR | ☐ | | ☐ | |
| 6.3.2 | Pruebas rápidas de detección de antígenos | ☐ | | ☐ | |
| 6.4i | Compruebe la respuesta a la pregunta 6.3.1. Si la respuesta es afirmativa, continúe. En caso negativo, pase a la pregunta 6.8i. | | | | |
| 6.4 | Ha mencionado que el centro realiza pruebas de PCR. ¿Funciona el termociclador para PCR para el diagnóstico de la COVID-19?  **Si hay más de uno, seleccione «Sí, funciona» en caso de que al menos uno funcione** | 1. Sí, funciona - Pase a la pregunta 6.6 2. No, no funciona | | | |
| 6,5 | ¿Por qué no funciona el termociclador?  **Seleccione todas las respuestas pertinentes** | 1. Todavía no se ha instalado o no se ha impartido formación sobre su uso 2. Faltan reactivos para procesar las muestras 3. Falta material fungible y accesorios (cables, sensores, pilas) 4. Falta personal, formación y herramientas para repararlo dentro el centro 5. Faltan fondos para el mantenimiento externo o repuestos 6. Falta una fuente de energía 7. Otros (sírvase especificar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | | |
| 6.6 | ¿Cuántos resultados de pruebas de PCR para el diagnóstico de la COVID-19 suele procesar el centro en un solo día? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pruebas (entrada numérica)  (No lo sabe = −99) | | | |
| 6.7 | ¿Cuál es el número máximo de resultados de pruebas por PCR para el diagnóstico de la COVID-19 que el laboratorio del centro puede procesar en un solo día? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pruebas (entrada numérica)  (No lo sabe = −99) | | | |
| 6.8i | Compruebe la respuesta a la pregunta 6.3.2. Si la respuesta es afirmativa, continúe. En caso negativo, pase a la pregunta 6.11i. | | | | |
| 6.8 | Ha mencionado que el centro realiza pruebas de diagnóstico rápido de detección de antígenos. Indique si disponen actualmente de los siguientes artículos | 1. Actualmente disponible | | 1. Actualmente no disponible | |
| 6.8.1 | Kits de PDR-Ag | ☐ | | ☐ | |
| 6.8.2 | Material de control de PDR-Ag | ☐ | | ☐ | |
| 6.9 | ¿Cuántos resultados de PDR-Ag para la COVID-19 suele procesar el centro en un solo día? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pruebas (entrada numérica)  (No lo sabe = −99) | | | |
| 6.10 | ¿Cuál es el número máximo de resultados de PDR-Ag para la COVID-19 que el laboratorio del centro puede procesar en un solo día? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pruebas (entrada numérica)  (No lo sabe = −99) | | | |
| 6.11i | Compruebe las respuestas a las preguntas 6.3.1 y 6.3.2. Si la respuesta es afirmativa en cualquiera de las dos, pase a la pregunta 6.11. Si la respuesta es negativa en ambas preguntas, pase a la pregunta 6.12. | | | | |
| 6.11 | Para eliminar los desechos de la obtención de muestras o de las pruebas, ¿utiliza el centro suministros de eliminación de desechos de peligros biológicos, como bolsas para residuos infecciosos? | 1. Sí 2. No   Una vez completada la pregunta 6.11, pase a la siguiente sección. | | | |
| 6.12 | ¿Disponen de un sistema de transporte de muestras en funcionamiento para enviarlas desde el centro a un laboratorio de referencia? | 1. Sí 2. No | | | |
| 6.13 | ¿Cuál es el tiempo habitual de entrega de los resultados de las pruebas, es decir, el tiempo que transcurre entre la recogida de la muestra en el centro y la recepción del resultado del laboratorio de referencia? | 1. Menos de 24 horas 2. De 24 a 47 horas (1-2 días) 3. De 48 a 71 horas (2-3 días) 4. De 3 a 6 días 5. 7 días o más | | | |
| PCR: reacción en cadena de la polimerasa. | | | | | |

# Sección 7. Equipos médicos para el diagnóstico, supervisión de pacientes y gestión de casos

En esta sección se presentan preguntas sobre los equipos médicos.

Solo se enumeran los equipos principales, aunque el material fungible y los accesorios son indispensables para la gestión de los pacientes. Para más información, consulte la Lista de dispositivos médicos prioritarios en el contexto de la COVID-19 *(5)*.

| **N.º** | **Preguntas** | **Opciones de respuesta** | |
| --- | --- | --- | --- |
| 7.1 | ¿Cuántas unidades de los siguientes tipos de equipos están disponibles en cualquier lugar de este centro y cuántas de ellas funcionan actualmente? | Número total de equipos disponibles | Número total de equipos funcionales |
| 7.1.1 | Rayos X | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (entrada numérica) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (entrada numérica) |
| 7.1.2 | Pulsioxímetros (de mesa, portátil o integrado) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (entrada numérica) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (entrada numérica) |
| 7.1.3 | Respirador de unidad de cuidados intensivos  (adulto o pediátrico) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (entrada numérica) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (entrada numérica) |
| 7.1.4 | Respiradores para ventilación mecánica no invasiva: presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP), bipresión positiva en las vías respiratorias (Bipap) y cánula nasal de alto flujo (CNAF) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (entrada numérica) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (entrada numérica) |
| 7.2i | Compruebe si el número total de equipos disponibles es el mismo que el número total de equipos funcionales de la pregunta 7.1.3. Si es así, pase a la pregunta 7.3i, | | |
| 7.2 | ¿Por qué no funciona el respirador de la unidad de cuidados intensivos?  **Seleccione todas las respuestas pertinentes** | 1. Todavía no se ha instalado o no se ha impartido formación sobre su uso 2. Falta material fungible y accesorios (cables, sensores, pilas) 3. Falta personal, formación y herramientas para repararlo en el centro 4. Faltan fondos para el mantenimiento externo o repuestos 5. Falta una fuente de energía 6. Otros (especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | |
| 7.3i | Compruebe si el número total de equipos disponibles es el mismo que el número total de equipos funcionales de la pregunta 7.1.4. Si es así, pase a la pregunta 7.4i, | | |
| 7.3 | ¿Por qué no funciona el respirador para ventilación mecánica no invasiva?  **Seleccione todas las respuestas pertinentes** | 1. Todavía no se ha instalado o no se ha impartido formación sobre su uso 2. Falta material fungible y accesorios (cables, sensores, pilas) 3. Falta personal, formación y herramientas para repararlo en el centro 4. Faltan fondos para el mantenimiento externo o repuestos 5. Falta una fuente de energía 6. Otros (especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | |
| 7.4 | Indique las fuentes de oxígeno medicinal de que dispone el centro: | 1. Sí | 1. No |
| 7.4.1 | Concentrador de oxígeno | ☐ | ☐ |
| 7.4.2 | Suministro externo (adquirido a granel) | ☐ | ☐ |
| 7.4.3 | Suministro externo (botellas de oxígeno) | ☐ | ☐ |
| 7.4.4 | Plantas generadoras de oxígeno mediante adsorción por oscilación de la presión u oxígeno líquido | ☐ | ☐ |
| 7.5 | ¿Dispone el centro actualmente de distribución de oxígeno canalizado a las terminales de oxígeno de pared? | 1. Sí 2. No | |
| 7.6 | ¿Dispone actualmente el centro de una bombona de gas medicinal portátil para oxígeno, equipada con válvula y regulador de presión y de flujo? | 1. Sí 2. No | |

# Sección 8. Grado general de preparación en materia de vacunas

En esta sección se formulan preguntas sobre la capacidad de prestar servicios generales de inmunización.

| **N.º** | **Preguntas** | **Opciones de respuesta** |
| --- | --- | --- |
| 8.1 | ¿Ofrece el centro algún servicio de inmunización para niños? | 1. Sí 2. No |
| 8.2 | ¿Ofrece el centro algún servicio de inmunización para adultos? | 1. Sí 2. No |
| 8.3i | Compruebe las respuestas a las preguntas 8.1 y 8.2. Si la respuesta a ambas es «No», pase a la siguiente sección. | |
| 8.3 | ¿Dispone el centro de un frigorífico para vacunas? En caso afirmativo, ¿funciona?  **Si hay más de un frigorífico de vacunas, seleccione «Sí, funciona» si al menos uno funciona.** | 1. Sí, funciona 2. Sí, pero no funciona 3. No - Pase a la pregunta 8.5 |
| 8.4 | ¿Dispone el centro actualmente de un dispositivo de registro continuo de la temperatura? En caso afirmativo, ¿funciona?  **Si hay más de uno, seleccione «Sí, funciona», si al menos uno funciona.** | 1. Sí, funciona 2. Sí, pero no funciona 3. No |
| 8.5 | ¿Dispone el centro actualmente de neveras portátiles? | 1. Sí 2. No - Pase a la pregunta 8.8 |
| 8.6 | ¿Cuántas neveras portátiles tiene el centro? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ neveras portátiles (entrada numérica) |
| 8.7 | ¿Dispone el establecimiento de un juego completo de bolsas de hielo para las neveras portátiles? | 1. Sí, un juego de bolsas de hielo para todas las neveras portátiles 2. Sí, un juego de bolsas de hielo solo para algunas neveras portátiles 3. No |
| 8.8 | ¿Tiene el centro actualmente algún transportador de vacunas? | 1. Sí 2. No - Pase a la pregunta 8.11i |
| 8.9 | ¿Cuántos transportadores de vacunas tiene el centro? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ transportadores de vacunas (entrada numérica) |
| 8.10 | ¿Dispone el centro de un juego completo de bolsas de hielo para los transportadores de vacunas? | 1. Sí, un juego de bolsas de hielo para todos los transportadores 2. Sí, un juego de bolsas de hielo solo para algunos transportadores 3. No |

| **N.º** | **Preguntas** | **Opciones de respuesta** |
| --- | --- | --- |
| 8.11i | Compruebe las respuestas a las preguntas 8.5 y 8.8. Si la respuesta a ambas preguntas es «No», pase a la pregunta 8.12.  Compruebe las respuestas a las preguntas 8.7 y 8.10. Si la respuesta a ambas es «No», pase a la pregunta 8.12. | |
| 8.11 | En un solo día, ¿cuántas bolsas de hielo para neveras portátiles o transportadores de vacunas puede congelar el centro? | 1. Todas las bolsas de hielo del centro 2. Solo algunas de las bolsas de hielo del centro 3. Ninguna (no se dispone de un congelador funcional) |
| 8.12 | ¿Dispone el centro de recipientes para objetos punzocortantes («cajas de seguridad»)? | 1. Sí 2. No |
| 8.13 | ¿Dispone el centro de un kit de tratamiento de evento adverso posvacunal? | 1. Sí 2. No |
| 8.14 | (Adaptación de la pregunta al contexto nacional)a  ¿Dispone el centro de un sistema para notificar eventos adversos asociados a las vacunas al centro nacional de farmacovigilancia? | 1. Sí 2. No |

a Sustituir el «centro nacional de farmacovigilancia» por el nombre específico del centro en el país. Si el país no tiene un centro nacional de farmacovigilancia, excluya esta pregunta.

# Sección 9. Grado de preparación en materia de vacunas contra la COVID-19

En esta sección se formulan preguntas sobre la capacidad de prestar servicios de inmunización contra la COVID-19.

***Nota respecto a la adaptación del cuestionario al contexto* nacional: *Esta sección se incluirá solo en los lugares donde se estén distribuyendo vacunas contra la COVID-19. Si se incluye esta sección, no utilice la sección 8, «Grado general de preparación en materia de vacunas».***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.º** | **Preguntas** | **Opciones de respuesta** | | | |
| 9.1.a | ¿Dispone el centro de un frigorífico para vacunas? En caso afirmativo, ¿funciona?  **Si hay más de un frigorífico de vacunas, seleccione «Sí, funciona» si al menos uno funciona.** | 1. Sí, funciona 2. Sí, pero no funciona 3. No | | | |
| 9.1.b | ¿Dispone el centro de un congelador de vacunas que pueda garantizar la temperatura recomendada? En caso afirmativo, ¿funciona?  **Si hay más de un frigorífico de vacunas, seleccione «Sí, funciona» si al menos uno funciona.** | 1. Sí, funciona 2. Sí, pero no funciona 3. No | | | |
| 9.2i | Compruebe las respuestas a las preguntas 9.1.a y 9.1.b. Si la respuesta a la pregunta 9.1.a es «No», pase a la pregunta 9.2.b; si la respuesta a la pregunta 9.1.b es «No», pase a la pregunta 9.3; si la respuesta a ambas es «No», pase a la pregunta 9.3. | | | | |
| 9.2.a | ¿Dispone actualmente el centro de un dispositivo de registro continuo de la temperatura para el frigorífico de vacunas? En caso afirmativo, ¿funciona?  **Si hay más de uno, seleccione «Sí, funciona», si al menos uno funciona.** | 1. Sí, funciona 2. Sí, pero no funciona 3. No | | | |
| 9.2.b | ¿Dispone actualmente el centro de un dispositivo de registro continuo de la temperatura para el congelador de vacunas? En caso afirmativo, ¿funciona?  **Si hay más de uno, seleccione «Sí, funciona», si al menos uno funciona.** | 1. Sí, funciona 2. Sí, pero no funciona 3. No | | | |
| 9.3 | ¿Ofrece este centro la vacuna contra la COVID-19? | 1. Sí 2. No - Pase a la siguiente sección | | | |
| 9.4 | (Adaptación de la pregunta al contexto nacional)a  Indique si se administra cada una de las siguientes vacunas y si están **disponibles actualmente**: | 1. Sí, se administra y está disponible actualmente | 1. Sí, se administra, pero actualmente no está disponible | | 1. No se administra |
| 9.4.1 | Vacuna de Pfizer-BioNTech | ☐ | ☐ | | ☐ |
| 9.4.2 | Vacuna Moderna | ☐ | ☐ | | ☐ |
| 9.4.3 | Vacuna AstraZeneca/Oxford COVID-19 | ☐ | ☐ | | ☐ |
| 9.4.4 | Vacuna de Janssen/Johnson & Johnson | ☐ | ☐ | | ☐ |
| 9.4.5 | Otras vacunas (por ejemplo, Sinopharm, Sinovac u otras) | ☐ | ☐ | | ☐ |
| 9.5 | ¿Ha recibido el personal formación sobre los siguientes temas en relación con la vacuna contra la COVID-19 suministrada en el centro? | 1. Sí | | 1. No | |
| 9.5.1 | Almacenamiento de la vacuna | ☐ | | ☐ | |
| 9.5.2 | Administración de la vacuna | ☐ | | ☐ | |
| 9.5.3 | Manejo de los eventos adversos, incluido el choque anafiláctico | ☐ | | ☐ | |
| 9.5.4 | Notificación de eventos adversos | ☐ | | ☐ | |
| 9.6 | ¿Dispone el centro de suficientes jeringuillas para la vacuna contra la COVID-19 suministrada en el centro? | 1. Sí 2. No | | | |
| 9.7 | ¿Dispone el centro de recipientes para objetos punzocortantes («cajas de seguridad»)? | 1. Sí 2. No | | | |
| 9.8 | ¿El almacenamiento en frío de la vacuna contra la COVID-19 está actualmente en el rango de temperatura recomendado? | 1. Sí 2. No | | | |
| 9.9 | Durante la última semana, ¿se ha mantenido el almacenamiento en frío de la vacuna contra la COVID-19 siempre en el rango de temperatura recomendado? | 1. Sí 2. No | | | |
| 9.10i | (Pregunta específica del país)b  Compruebe la respuesta a las preguntas 9.4.1 a 9.4.3. Si la respuesta a las tres preguntas es «No», pase a la pregunta 9.11. | | | | |
| 9.10 | (Pregunta específica del país)b  ¿Se informa a las personas vacunadas sobre cuándo deben volver para la próxima dosis? | 1. Sí 2. No | | | |
| 9.11 | ¿Se informa a las personas vacunadas de los posibles efectos secundarios? | 1. Sí 2. No | | | |
| 9.12 | ¿Se informa a las personas vacunadas sobre qué hacer en caso de que se produzcan eventos adversos tras la inmunización? | 1. Sí 2. No | | | |
| 9.13 | ¿Dispone el centro de un kit de tratamiento de eventos adversos posvacunales? | 1. Sí 2. No | | | |
| 9.14 | (Adaptación de la pregunta al contexto nacional)c  ¿Dispone el centro de un sistema para notificar eventos adversos asociados a las vacunas al centro nacional de farmacovigilancia? | 1. Sí 2. No | | | |

a Para las subpreguntas, indique las vacunas COVID-19 que han sido aprobadas y distribuidas en el país.

b Excluya esta pregunta si solo se dispone de una vacuna de una sola dosis.

c Sustituya «centro nacional de farmacovigilancia» por el nombre específico del centro en el país. Si el país no tiene un centro nacional de farmacovigilancia, excluya esta pregunta.

# Sección 10. Resultado de la entrevista

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N.º** | **Pregunta** | **Opciones de respuesta** |
| 10.1 | Gracias por responder a la entrevista. Nos gustaría volver a hablar con usted en el futuro.  ¿Tiene un número más conveniente que podamos utilizar para ponernos en contacto con usted en el futuro? | 1. Sí 2. No, el número actual es el mejor - Pase a la pregunta 10.4 |
| 10.2 | ¿Cuál es el número alternativo? |  |
| 10.3 | ¿Puede repetir el número, por favor? |  |
| 10.4 | Registre el resultado de la entrevista. | 1. Completada 2. Aplazada 3. Parcialmente completada y aplazada 4. Parcialmente completada 5. Rechazada 6. Otro |

Si tiene alguna duda o pregunta sobre este cuestionario, póngase en contacto con nosotros escribiendo a [EHSmonitoring@who.int](mailto:EHSmonitoring@who.int)