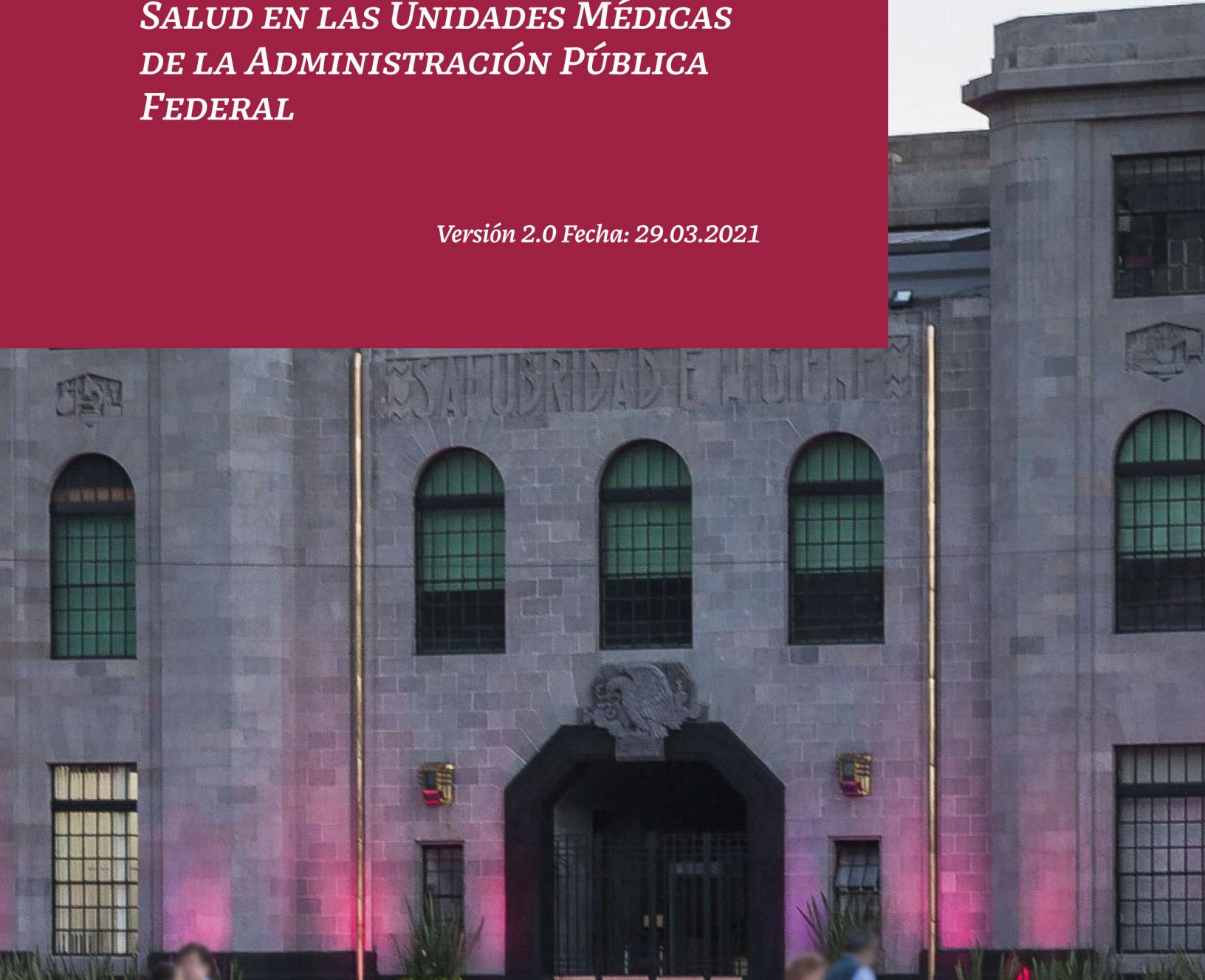




GOBIERNO DE MÉXICO

GUÍA DE CONTINUIDAD DE OPERACIONES PARA EL ACCESO CON OPORTUNIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS UNIDADES MÉDICAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL

Versión 2.0 Fecha: 29.03.2021



Guía de Continuidad de Operaciones para el Acceso con Oportunidad a los Servicios de Salud en las Unidades Médicas de la Administración Pública Federal

Contenido	
1. Introducción.	4
1.1 Resumen Ejecutivo.	5
2. Objetivo	7
3. Semáforo epidemiológico como inicio del proceso de recuperación de camas y servicios hospitalarios	7
4. Integración del Comité multidisciplinario para la <i>Continuidad de Operaciones en la Nueva Normalidad</i>	9
4.2 Las funciones obligadas de este Comité se listan a continuación:	11
5. Metodología planificada para la Continuidad de Operaciones en la Nueva Normalidad	12
5.1 Análisis de factibilidad	12
5.2 Evaluación del semáforo epidemiológico	12
5.3 Análisis de ocupación	13
5.3.1 Evaluación de ocupación hospitalaria actual y la tendencia de ocupación por unidad y por entidad.	13
5.3.2 Ocupación de unidades, desagregada UCI y fuera de UCI, con ventilación, sin ventilación.	13
5.4 Análisis de reconversión	14
5.4.1 Reconversión máxima alcanzada por unidad.	14
5.4.2 Evaluación de reconversión actual	14
5.5 Elaboración de escenarios planificados	15
5.6 Implementación sistematizada	15
6. Ejes Centrales	16
EJE 1. Criterios de continuidad de los servicios médicos	17
• Priorización de servicios	17
• Criterios Técnicos para la Prestación de Servicios Médicos	19
• Intercambio de Servicios entre instituciones públicas de atención a la salud	24
EJE 2. Estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades	24
• Promoción de la salud física y mental	25

● Protección a la salud, prevención y control de infecciones	27
● Atención a personas en condición de vulnerabilidad para presentar un cuadro grave o complicaciones por la COVID-19	31
EJE 3. Insumos y equipo de protección personal.	33
● Uso de Equipo de Protección Personal	33
● Capacitación para el uso adecuado de Insumos y Equipo de Protección Personal	35
EJE 4. Reorganización de Recursos Humanos.	35
● Personal en condición de vulnerabilidad para presentar un cuadro grave de COVID-19	35
Consideraciones a las Personas Vulnerables que laboran en Unidades Médicas en áreas de atención COVID-19 y que no hayan sido vacunadas contra dicha enfermedad.	36
Personal de salud en condición vulnerable vacunado	37
● Cambio Temporal de Adscripción	38
● Dictaminación por Invalidez	38
● Incentivo para la Jubilación	38

1. Introducción.

En México, el 23 de marzo de 2020, el Consejo de Salubridad General emitió el ACUERDO por el que se reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) como una enfermedad grave de atención prioritaria, estableciendo las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia. Posteriormente, la Secretaría de Salud publicó en el Diario Oficial de la Federación del 24 de marzo de 2020, el *ACUERDO por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19)*, instrumento por el que se dictaron diversas medidas comunitarias como la suspensión temporal de actividades de los sectores público, social y privado, y que fue sancionado por el Titular del Ejecutivo Federal mediante DECRETO publicado oficialmente ese mismo día. Así mismo, la Secretaría de Salud publicó en el Diario Oficial de la Federación el *ACUERDO por el que se establece una estrategia para la reapertura de las actividades sociales, educativas y económicas; un sistema de semáforo por regiones para evaluar el riesgo epidemiológico* relacionado con la reapertura de actividades en cada entidad federativa; acciones extraordinarias, y con sus modificatorios de los días 14 y 15 de mayo de 2020, respectivamente.

Como parte del plan de respuesta ante la epidemia por COVID-19, instituciones de todo el sector iniciaron de manera temprana un proceso de reconversión hospitalaria siguiendo los lineamientos publicados¹ el 5 de abril del 2020 que también incluyó la reprogramación de procedimientos electivos y la ampliación de camas de hospitalización para pacientes con infección respiratoria aguda grave (IRAG) tanto críticos (requerimientos de ventilación mecánica) como no críticos, lo que ha permitido brindar atención hospitalaria a las personas con IRAG que lo han requerido.

Consecuentemente, considerando que ha disminuido gradualmente la incidencia de COVID-19 y otros parámetros incluidos en el semáforo en diversas entidades federativas del país, es necesario promover de manera ordenada la reapertura de las unidades de atención médica en todos los niveles, para reiniciar la prestación de servicios médicos para padecimientos no relacionados con la COVID-19; con acciones concretas que permitan la continuidad de operaciones, así como el fortalecimiento de las medidas de prevención y control de enfermedades, exhortando a

¹ Gobierno de México. Lineamiento de reconversión hospitalaria [En línea]. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/personal-de-salud/documentos-de-consulta/>

que la reanudación de las mismas, sea en un marco de no discriminación y manteniendo como eje central la promoción de la salud, para la atención a todos los usuarios, sin disminuir la capacidad de respuesta para los pacientes sospechosos o confirmados por COVID-19.

1.1 Resumen Ejecutivo.

Este documento tiene el objetivo de actualizar la “GUÍA DE CONTINUIDAD PARA GARANTIZAR LOS SERVICIOS EN LAS UNIDADES MÉDICAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL EN LA NUEVA NORMALIDAD”, publicada² el 10 de agosto de 2020 y modificada el 21 de septiembre de 2020, con el propósito de promover el acceso con oportunidad a los Servicios de Salud integrales hacia la nueva normalidad, fomenta de manera ordenada el retorno de los servicios en las Unidades Médicas que fueron reconvertidas para la atención de personas con sospecha o confirmación de infeción por SARS-CoV-2 que tuvieron necesidades de atención intrahospitalaria.

Dentro de la Guía se promueven una serie de medidas preventivas y de protección a la salud para limitar posibles contagios a través de una metodología sistematizada que permitan la continuidad de operaciones, basada en el comportamiento de la Pandemia, la aplicación del semáforo de riesgo epidemiológico, el modelo operativo para la implementación de las funciones para la gestión de la respuesta sectorial a emergencias de salud OPS/OMS y mediante el establecimiento de un Comité multidisciplinario para la Continuidad de Operaciones en la Nueva Normalidad, quien será responsable de garantizar la continuidad de los servicios y supervisar la recuperación de camas para atención de padecimientos “No COVID-19”, asegurando la prestación de los servicios de salud y la integridad de los trabajadores.

Se han considerado como elementos clave, la necesidad de contrarrestar el rezago en el otorgamiento de atenciones (detecciones, consulta de control de enfermedades crónico-degenerativas, cirugías no realizadas, etc.), redistribuir los recursos humanos, equipo, insumos que fueron destinados a la atención de pacientes IRAG, así como la readaptación de las áreas que fueron intervenidas para este fin.

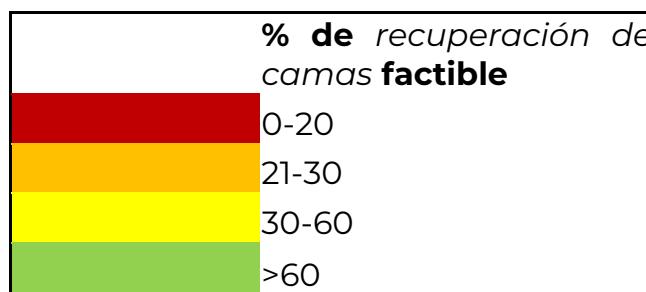
Con base a los criterios técnicos para la recuperación de camas y servicios, se estima es factible obtener una recuperación de camas y servicios

² Disponible en: Gobierno de México. Lineamiento de reconversión hospitalaria [En línea]. <https://coronavirus.gob.mx/personal-de-salud/documentos-de-consulta/>

hospitalarios del 50, 40 o 30% de acuerdo con los datos actuales de ocupación y de capacidad reconvertida. El Comité hospitalario deberá determinar cuáles áreas deben ser recuperadas.

La periodicidad de evaluación para la reconversión vs la recuperación de camas y servicios para la continuidad de operaciones, debe ser de por lo menos cada 2 semanas, lo que permite responder y continuar con acciones de planificación de forma oportuna.

Con base en el número de camas que se proyecta recuperar para la *Continuidad de Operaciones en la Nueva Normalidad* (número de camas destinadas en el máximo de reconversión vs número de camas a mantener para atención de COVID-19) se puede obtener una semaforización continua como indicador en el avance de la recuperación de camas y servicios hospitalarios.



Un establecimiento de salud solo puede iniciar el proceso de recuperación de camas y servicios hospitalarios, si la condición del semáforo está en color naranja para la recuperación de servicios y en color amarillo para la reducción de capacidad instalada destinada a IRAG.

En el caso de las fuerzas armadas y derivado de que dichas unidades se implementaron en la fase de expansión hospitalaria de la estrategia nacional, solo podrán iniciar el proceso de recuperación de camas y servicios hospitalarios NO COVID-19 en acuerdo y coordinación con las autoridades locales, estatales y federales de la unidad que corresponda.

- Rojo, se mantiene apertura prioridad I;
- Naranja apertura del 25% abarcando prioridad I y II;
- Amarillo apertura del 50% capacidad de servicios abarcando prioridad I, II y III considerando todas las actividades.

Adicionalmente, se deben considerar 4 ejes centrales de continuidad para garantizar los servicios de salud en las unidades de atención médica, tomando en cuenta la capacidad instalada, recursos humanos, insumos y equipo de protección personal, demanda del servicio, y normativa interna:

1. Continuidad de los servicios médicos;
2. Estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades;
3. Insumos y equipo de protección personal;
4. Reorganización de Recursos Humanos.

Para la priorización de los Servicios de Salud en los establecimientos de salud, se considerará de acuerdo con la estadística de morbilidad - mortalidad, la demanda de atención y el rezago en la prestación de los servicios, con la finalidad de salvaguardar el derecho a la atención médica de las personas por diversos padecimientos, sin afectar la atención a pacientes con sospecha o confirmados de COVID-19.

El personal de salud que tenga el esquema completo de vacunación contra COVID-19 y haya cumplido dos semanas posteriores a la aplicación de la última dosis, se recomienda se reincorpore a su unidad laboral.

2. Objetivo

Establecer una metodología sistematizada que permita la continuidad de la atención, fomento de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en el contexto de la recuperación de servicios derivado de la atención a la emergencia por COVID-19.

3. Semáforo epidemiológico como inicio del proceso de recuperación de camas y servicios hospitalarios

De acuerdo con lo mencionado en la Guía de Continuidad para garantizar los Servicios en las Unidades Médicas y Unidades Administrativas de la Administración Pública Federal en la Nueva Normalidad en su última versión del **21 de septiembre del 2020**, “toda actividad que se implemente deberá estar alineada en estricto apego a la semafORIZACIÓN difundida por

la Secretaría de Salud Federal, con las consideraciones que para cada entidad federativa vaya generando, de acuerdo con lo siguiente:

ROJO	Se permitirán únicamente las actividades económicas esenciales, asimismo se permitirá también que las personas puedan salir a caminar alrededor de sus domicilios durante el día.
NARANJA	Además de las actividades económicas esenciales, se permitirá que las empresas de las actividades económicas no esenciales trabajen con el 30% del personal para su funcionamiento, siempre tomando en cuenta las medidas de cuidado máximo para las personas con mayor riesgo de presentar un cuadro grave de COVID-19, se abrirán los espacios públicos al aire libre con un aforo (cantidad de personas) reducido.
AMARILLO	Todas las actividades laborales están permitidas, cuidando a las personas con mayor riesgo de presentar un cuadro grave de COVID-19. El espacio público abierto se abre de forma regular, y los espacios públicos cerrados se pueden abrir con aforo reducido. Como en otros colores del semáforo, estas actividades deben realizarse con medidas básicas de prevención y máximo cuidado a las personas con mayor riesgo de presentar un cuadro grave de COVID-19.
VERDE	Se permiten todas las actividades, incluidas las escolares.

Por tal razón, para iniciar de manera segura el proceso de recuperación de camas y servicios en los establecimientos de salud de todas las instituciones, la entidad deberá encontrarse en semáforo amarillo.

En su aplicación, es importante considerar las funciones descritas en el Marco de Respuesta Multiamenaza OPS/OMS³ en cuanto a los elementos del proceso para la disminución de la respuesta y la recuperación temprana en los establecimientos de salud.

³ Disponible en: Organización Panamericana de la Salud. Marco de respuesta multiamenaza del sector de la salud. <https://www.paho.org/es/documentos/marco-respuesta-multiamenaza-sector-salud-0>

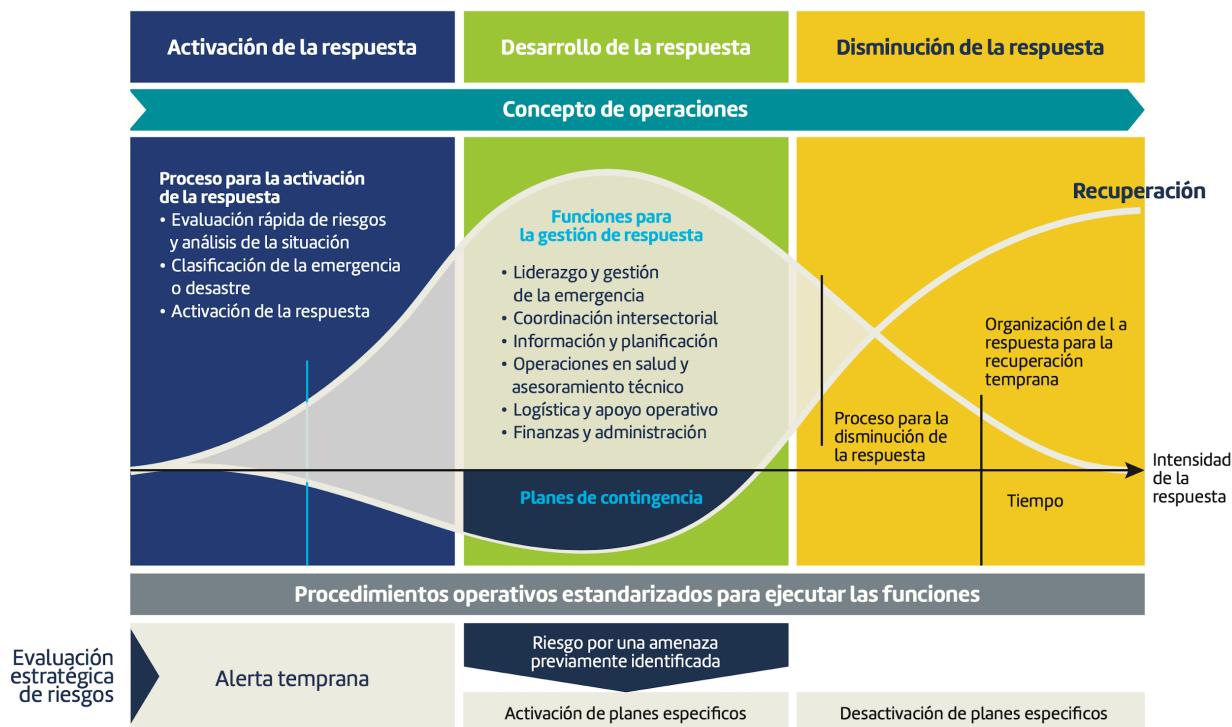


Imagen 1. Mapa conceptual del modelo operativo para la implementación de las funciones para la gestión de la respuesta sectorial a emergencias de salud OPS/OMS.

4. Integración del Comité multidisciplinario para la Continuidad de Operaciones en la Nueva Normalidad

Se debe integrar un Comité hospitalario responsable de garantizar la continuidad de los servicios y supervisar la recuperación de camas y servicios, así como la salud de los trabajadores. Su integración será establecida mediante un acta constitutiva, el cual deberá estar en sesión permanente, para elaborar e implementar la planificación en esta etapa de recuperación.

Los participantes deben ser parte del cuerpo de gobierno de la unidad con capacidad de toma de decisiones, se propone con un máximo de 10 miembros, contando de forma indispensable con el titular de la unidad, el del área administrativa y la representación sindical, quienes podrán designar a un suplente en caso de ausencia.

4.1 Integrantes y funciones.

Integrante	Funciones
Titular de la Unidad	<ul style="list-style-type: none"> I. Convocar, organizar y presidir las sesiones conforme a los criterios establecidos en los lineamientos del Comité. II. Implementar mecanismos de prevención y detección de conflictos de interés dentro del Comité. III. Instrumentar el proceso de asignación y renovación de los integrantes conforme al reglamento interno del Comité. IV. Notificar las recomendaciones y alternativas de resolución emitidas por el Comité a las instancias internas y externas que correspondan. V. Coordinar la elaboración de informes de actividades y facilitar el acceso a la documentación del Comité al titular de la unidad y a las instancias que así lo requieran. VI. Llevar a cabo otras funciones afines a las señaladas.
Subdirector Administrativo Jefes de servicio de áreas críticas (UCI, urgencias, Quirófano)	<p>Las siguientes, son funciones genéricas sugeridas, las específicas deberán ser establecidas de acuerdo al perfil y responsabilidad de cada integrante dentro de la unidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> I. Participar en el análisis y deliberación de acuerdos para la emisión de resoluciones consensadas por el Comité y dar cumplimiento a sus funciones y objetivos. II. Dar seguimiento a los acuerdos tomados e identificar temas que pudieran ser motivo de deliberación por parte del Comité. III. Intervenir en beneficio del funcionamiento del Comité, haciendo aportaciones para su organización y funcionamiento. IV. Colaborar en actividades de formación, actualización en reconversión y la nueva normalidad, y otras acciones, para el personal y la población del área de influencia del hospital. V. Asesorar al Comité en materia de reconversión y la nueva normalidad, para la evaluación de la continuidad de operaciones, ya sea personalmente en las sesiones, o enviando sus comentarios técnicos. VI. Participar con probidad y ajeno a conflictos de interés en las sesiones a las que sea expresamente convocado. VII. Colaborar con el proceso de análisis, ya sea personalmente en las sesiones o enviando sus comentarios técnicos, sin participar en la emisión de las resoluciones. VIII. Mantener la confidencialidad sobre la información a la que se tuvo acceso. IX. Desempeñar cualquier otra función que le asigne el presidente.
Epidemiólogo de la unidad Coordinador de Planeación o Responsable de calidad Coordinador de Enseñanza Coordinador de Recursos Humanos o Jefe de personal Jefa de Enfermería Responsable de Medicina del Trabajo Representante Sindical Titular del área Jurídica o equivalente Responsable de mantenimiento o servicios generales	

4.2 Las funciones obligadas de este Comité se listan a continuación:

- 1)** Realizar el Programa de Continuidad para Garantizar los Servicios en la Unidad.
- 2)** Implementar y dar seguimiento a las estrategias y acciones que se establezcan en el programa de Continuidad para Garantizar los Servicios.
- 3)** Supervisar el retorno del personal a los distintos servicios de la Unidad, en apego a las medidas preventivas.
- 4)** Evaluar de manera periódica, con análisis mínimo de manera quincenal, los resultados de las acciones implementadas.
- 5)** Evaluar la capacidad instalada, productividad y oportunidad de los servicios.
- 6)** Difundir los resultados con el personal para retroalimentación y mantener informado al personal de las medidas preventivas implementadas en la Unidad Médica
- 7)** Supervisar el pleno cumplimiento de las guías y lineamientos vigentes.
- 8)** Proponer adecuaciones que consideren necesarias en los instrumentos normativos internos para asegurar la prestación de los servicios.
- 9)** Fomentar la capacitación continua y promover entre los trabajadores el cumplimiento de las medidas de prevención y control de infecciones.
- 10)** Favorecer la vinculación y coordinación entre distintas áreas para promover la implementación de una estrategia integral de prevención y control de enfermedad respiratoria viral, adaptada al contexto local del sitio laboral.
- 11)** Dar vista a la autoridad médica de la Institución sobre las acciones que realicen o inconsistencias que pudieran encontrar en los procesos, a través de los mecanismos establecidos para el efecto.
- 12)** Toda actividad que se implemente deberá estar alineada en estricto apego a la semaforización difundida por la Secretaría de Salud Federal:
 - a. Modelo que promueve de manera ordenada el retorno de los servicios en las Unidades Médicas y Unidades Administrativas en la Administración Pública Federal.
 - b. Incluye lineamientos específicos para el retorno a las actividades asegurando el cuidado y preservación de la salud de todos los involucrados.

5. Metodología planificada para la Continuidad de Operaciones en la Nueva Normalidad

5.1 Análisis de factibilidad

Para determinar si la *Continuidad de Operaciones en la Nueva Normalidad* es factible de llevarse a cabo, es necesario establecer una metodología que permita identificar de forma sistematizada los elementos clave para ejecutar el proceso de forma gradual, incluyendo la posibilidad de dar marcha a atrás en caso de tener un cambio en el escenario epidemiológico. Este análisis considera el semáforo epidemiológico como resultado de la interacción de las distintas variables que lo conforman y agrega el análisis de ocupación actualizado para cada establecimiento además de la revisión del grado máximo de reconversión alcanzado y el actual. Con estos datos, genera como resultado escenarios posibles, garantizando que un área territorial no comprometa su capacidad de respuesta ante un escenario de rebrote.

5.2 Evaluación del semáforo epidemiológico

Tomando como punto de salida el semáforo epidemiológico de cada entidad, el escenario de este será el disparador para que los establecimientos de salud inicien su evaluación de la *Continuidad de Operaciones en la Nueva Normalidad*, así como la recuperación de servicios y otorgamiento de atenciones a los pacientes. El semáforo considera las siguientes variables:

1. Tasa de reproducción efectiva (R_t) de COVID-19;
2. Tasa de incidencia de casos estimados activos por 100 mil habitantes;
3. Tasa de mortalidad por 100 mil habitantes;
4. Tasa de casos hospitalizados por 100 mil habitantes;
5. Porcentaje de camas generales ocupadas en los hospitales de la Red hospitalaria para la atención de IRAG (Red IRAG);
6. Porcentaje de camas con ventilador ocupadas en los hospitales de la Red IRAG;
7. Porcentaje semanal de positividad al virus SARS-CoV-2;
8. Tendencia de casos hospitalizados por 100 mil habitantes;
9. Tendencia de casos de síndrome COVID-19 por 100 mil habitantes, y;
10. Tendencia de la tasa de mortalidad por 100 mil habitantes

Un establecimiento de salud solo puede iniciar este proceso si la condición del semáforo está en color naranja para la recuperación de servicios y en color amarillo para la reducción de capacidad instalada destinada a IRAG.

5. 3 Análisis de ocupación

5.3.1 Evaluación de ocupación hospitalaria actual y la tendencia de ocupación por unidad y por entidad.

Un factor en la ecuación para evaluar la posibilidad que una unidad pueda iniciar su proceso de recuperación de servicios y/o reducción de capacidad, estará determinado por la ocupación de camas para pacientes IRAG sospechosos o confirmados de COVID19.

La tendencia de ocupación que mantenga en las últimas 4 semanas puede definir parte del comportamiento epidemiológico, sin embargo, la presión operativa que constituye el número de pacientes y los recursos humanos y materiales para su atención, son los principales determinantes.

Es posible que en una misma entidad coexistan hospitales con alta ocupación y otros con baja ocupación de pacientes COVID-19; esto puede obedecer a que, se ha iniciado un proceso de *Continuidad de Operaciones en la Nueva Normalidad* con base en la redistribución de pacientes y capacidades técnicas, por lo que otro aspecto a tomar en cuenta, debe ser la demanda de atención en los módulos respiratorios, así como la cantidad de pacientes que acuden a solicitar atención médica, que resultan sospechosos de COVID19. Es fundamental resaltar que en todas las unidades deberá de permanecer el modelo de triage respiratorio a la entrada independientemente de semáforo para evitar brotes intrahospitalarios.

5.3.2 Ocupación de unidades, desagregada UCI y fuera de UCI, con ventilación, sin ventilación.

Como parte del análisis de ocupación, será importante definir el tipo de pacientes que se encuentran en el momento de la evaluación. Es importante saber cuántos pacientes están con ventilación mecánica invasiva, no invasiva o con algún dispositivo de aporte de oxígeno, toda vez que es posible que su estancia hospitalaria sea más prolongada que aquellos que no tienen requerimientos altos de aporte de oxígeno.

Lo mismo ocurre con el número de pacientes que se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivos. De acuerdo a las necesidades y estrategia

coordinada de las entidades, este tipo de pacientes pueden ser transferidos a otros establecimientos en un contexto de presión operativa o para que se les otorgue atención más especializada, siempre y cuando se haya realizado una evaluación de riesgo-beneficio, y no como parte del proceso de recuperación de camas y servicios.

5.4 Análisis de reconversión

5.4.1 Reconversión máxima alcanzada por unidad.

El grado máximo de reconversión (número mayor histórico de camas reconvertidas) que una unidad ha registrado, determina la capacidad de respuesta tanto en recursos de personal, insumos, medicamentos y equipos de soporte que logró destinar para hacer frente a la emergencia por COVID19. Este debe ser el dato base que se debe tomar para evaluar de forma comparativa el grado de reconversión actual.

5.4.2 Evaluación de reconversión actual

El porcentaje de reconversión actual puede reflejar dos situaciones, la primera es que la unidad ha disminuido su capacidad destinada a COVID-19 por razones de la demanda de servicios no COVID-19; la segunda es que no ha disminuido esta capacidad debido a persistir la demanda de pacientes IRAG sospechosos o confirmados de COVID-19 o porque no se tienen las condiciones epidemiológicas para realizarlo. De no existir contraindicación por el escenario epidemiológico, la unidad puede iniciar su proceso de recuperación de servicios, si el resultado final de esta evaluación se lo permite.

Es importante señalar que se debe garantizar al menos el 30% de las camas alcanzadas en el grado máximo de reconversión con el objetivo de mantener de manera permanente una disponibilidad suficiente de camas con capacidad resolutiva para pacientes con IRAG.

- Cama, recursos humanos, equipo médico e insumos, incluyendo equipo de protección personal;
- Contar con suficiencia mínima: 30% de disponibilidad de camas generales y terapia. (A nivel unidad, municipio, estado o sector)
- Aprovechar al máximo la expansión y extensión hospitalaria convertida y evaluar la posibilidad de su permanencia, conservando equipo médico y recursos humanos;
- Recuperar espacios para la atención de pacientes de otros padecimientos dentro de las unidades;

- Establecer mecanismos eficientes para la referencia, contra referencia y traslado de pacientes desde los módulos respiratorios.

5.5 Elaboración de escenarios planificados

Con base en los determinantes descritos, se puede obtener la factibilidad de recuperación de camas y servicios hospitalaria al 50, 40 o 30% de acuerdo con los datos actuales de ocupación y de capacidad reconvertida. Si este análisis indica que es factible la recuperación de camas para otorgar servicios a pacientes NO COVID19, el Comité hospitalario deberá determinar cuáles deben ser estas áreas.

Considerando que las últimas áreas deben ser aquellas que requirieron una intervención e inversión mayor para ser habilitadas incluso en áreas del hospital que originalmente tenían otras funciones (consulta externa, pasillos, salas de espera, etc.). Se debe evaluar si estas instalaciones pueden quedar de forma permanente si no obstaculizan las actividades cotidianas; de no ser así, deberán ser las últimas en desmantelarse tomando en cuenta los costos de inversión en reconversión y en recuperación de camas y servicios. Así como la posibilidad en futuro de requerirlas durante nuevos brotes.

Tres elementos deben ser considerados en este punto por el Comité Hospitalario:

- Toma de decisiones para redistribución o disminución de la capacidad destinada a IRAG;
- Disminución de capacidad por unidad en el contexto de capacidad de respuesta local, municipal, estatal;
- Reducción de unidades por entidad con base en la ubicación geográfica, distancia entre unidades, tiempos de traslado, etc.

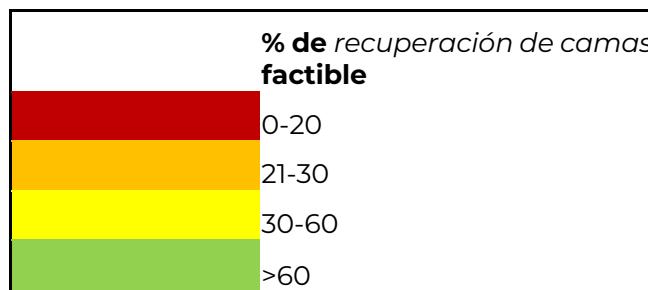
5.6 Implementación sistematizada

Considerando los criterios técnicos para la recuperación de camas y servicios y la *Continuidad de Operaciones en la Nueva Normalidad*, se debe definir la periodicidad con la que se debe ejecutar este análisis; de observarse un cambio desfavorable en el escenario epidemiológico la primera acción es detener el proceso, y mantenerse alerta para implementar acciones de reconversión con tiempo suficiente de antelación de ser necesario.

La periodicidad mínima recomendada es de 2 semanas, siendo lo ideal que se ejecute esta evaluación de forma semanal. Esto puede permitir a

una unidad responder de forma oportuna además de planificar de forma más apegada la recuperación de servicios.

Con base en el número de camas que se proyecta recuperar para la *Continuidad de Operaciones en la Nueva Normalidad* (número de camas destinadas en el máximo de reconversión vs número de camas a mantener para atención de COVID19) se puede obtener una semaforización continua que puede representar un indicador en el avance de la recuperación de camas y servicios hospitalarios NO COVID-19.



6. Ejes Centrales

Se consideran **4 ejes centrales** de continuidad para garantizar los servicios de salud en las unidades de atención médica, mismos que serán implementados y supervisados por el *Comité para la Continuidad de Operaciones en la Nueva Normalidad*, considerando su capacidad instalada, recurso humano, demanda del servicio, normativa interna, siendo éstos:

1. Criterios de continuidad de los servicios médicos

- Priorización de servicios
- Criterios técnicos
- Intercambio de servicios

2. Estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades

- Promoción de la salud física y mental (SE CAMBIO EL TITULO)
- Protección a la salud y acciones para la prevención y control de infecciones (SE CAMBIO EL TITULO)
- Atención a personas en condición de vulnerabilidad para presentar un cuadro grave o complicaciones por la COVID-19

3. Insumos y equipo de protección personal

- Uso de equipo de protección personal
- Capacitación al Personal.

4. Reorganización de Recursos Humanos

- Personal en condición de vulnerabilidad para presentar un cuadro grave de COVID-19
- Cambio Temporal de Adscripción
- Dictaminación por Invalidez
- Incentivo para la Jubilación

EJE 1. Criterios de continuidad de los servicios médicos

• Priorización de servicios

La *Continuidad de Operaciones en la Nueva Normalidad*, será de acuerdo con el color del semáforo en la entidad federativa donde se localice la Unidad, considerando la priorización del servicio⁴. Para la priorización de los Servicios de Salud en los establecimientos de salud, se considerará de acuerdo con la estadística de morbilidad - mortalidad, la demanda de atención y el rezago en la prestación de los servicios, con la finalidad de salvaguardar el derecho a la atención médica de las personas por diversos padecimientos, sin afectar la atención a pacientes con sospecha o confirmados de COVID-19; para ello se establecen las tablas de servicios prioritarios, los cuales podrán ser adaptados a las necesidades específicas de cada institución:

SERVICIOS ESENCIALES	SERVICIOS PRIORITARIOS NO ESENCIALES (mayor demanda alto impacto)	SERVICIOS CON MEDIANA PRIORIDAD (alta demanda, menor impacto)	SERVICIOS OTORGADOS EN NORMALIDAD
Consulta y atención de pacientes			
Atención de urgencias médicas	Consulta de Medicina Familiar*: tamiz neonatal	Atención de Medicina preventiva: vacunación universal,	Atención Médica Continua en los 3 niveles.
Cirugías de urgencia	Atención prenatal, control del embarazo	Consulta de especialidad: Medicina Interna, Oncología médica, psiquiatría, psicología, Hematología	Atención preventiva

⁴ Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/09/Guia_Continuidad_Servicios_Salud_21Sep2020.pdf

Urgencias obstétricas y ginecológicas	Consulta de Enfermedades Crónico-Degenerativas: DM, HTAS, IRC, EPOC.	Atención quirúrgica: Cirugía ambulatoria de baja complejidad, endoscopia diagnóstica.	Servicios de estomatología
Atención de cuidados intensivos neonatales adultos y pediátricos	Consulta de especialidad: Cardiología, Infectología, Angiología, Endocrinología, VIH, Reumatología, Neumología, personal con condiciones estables**		Consulta de especialidad: Alergia e inmunología, dermatología, Gastroenterología, genética médica, Geriatría, pediatría, urología, cirugía plástica reconstructiva, ginecología,
Atención del embarazo de alto riesgo	Atención quirúrgica prioritaria: Cirugía Oncológica, Neurocirugía, Oftalmología, Traumatología y Ortopedia, y Otorrinolaringología		Atención quirúrgica electiva: Urología, Ginecología, Maxilofacial, Cirugía Plástica y reconstructiva.
Servicios de apoyo			
Servicios de hemodiálisis	Clínica de Displasias	Rehabilitación pulmonar	Nutrición y Dietética
Inhaloterapia y terapia respiratoria	Clínica del Dolor, algología	Programa de Diálisis	Mastografía
Servicios de quimioterapia y radioterapia	Electrocardiografía y ecocardiografía	Pruebas de esfuerzo y monitoreo Holter	Servicios de medicina física y rehabilitación
Servicios de hemodinamia	Electroencefalograma		Salud en el trabajo
Servicios de nutrición parenteral y enteral hospitalaria	Endoscopias terapéuticas		Estrategias Educativas de Promoción a la Salud
Banco de sangre	Laboratorio de Citología exfoliativa		Actividades preventivas comunitarias
Laboratorio			Módulos de Planificación Familiar
Radiodiagnóstico			Servicios médicos en guarderías

Anatomía patológica		Electromiografía
Epidemiología		Endoscopias en general
Central de equipos y esterilización		

*En las unidades de atención de primer y segundo nivel, se recomienda considerar servicios esenciales a la atención prenatal, parto, puerperio y del RN (incluido tamiz), anticoncepción, aborto seguro, atención a violencia y violación sexual.

**Para personas con reciente diagnóstico o inestables que requieran atención especializada se deberán de considerar de alta prioridad, ejemplo Personas que viven con VIH de reciente diagnóstico e inicio de tratamiento, personas con diagnóstico reciente de LES, insuficiencia cardíaca descompensada, etc.

• Criterios Técnicos para la Prestación de Servicios Médicos

Para hacer una adecuada planeación del retorno de actividad, se considerarán los criterios técnicos para estar en posibilidad de priorizar la prestación de servicios de salud en las Unidades, estos criterios son:

- **Para el grupo de Servicios esenciales**, estos comprenden la atención a patologías que ponen en riesgo la vida o la función de un órgano o sistema, así como las terapias de soporte de vida como hemodiálisis o diálisis peritoneal, el control prenatal, en las unidades de primer y segundo nivel, se brindarán sin importar el color del semáforo. Los módulos respiratorios son parte de estos servicios, por lo que deben continuar operativos en todos los establecimientos de salud, independientemente del color del semáforo, con las medidas de bioseguridad, principalmente, en hospitales híbridos con las separación de Cohortes correspondientes entre urgencias COVID y NO COVID; debiendo apegarse a las guías operativas y lineamientos sectoriales para el suministro de equipo de protección personal⁵, considerando al personal que asiste al paciente en estado crítico en unidades de reanimación y quirófanos de urgencia. Asimismo, se deberá asegurar la instalación de la señalética para la separación de áreas y rutas con adecuaciones físicas para conservar la bioseguridad, permitiendo la protección y el uso óptimo de los insumos.

⁵ Gobierno de México. Lineamiento técnico de uso y manejo del equipo de protección personal ante la pandemia por COVID-19 [En línea]. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/personal-de-salud/documentos-de-consulta/>

- **Los servicios que son prioritarios pero no esenciales** y además tienen alta demanda y por lo mismo un mayor rezago; la atención de enfermedades crónico-degenerativas, se integran en este grupo. La consulta de especialidades que se incluyan, deberán ser de aquellas patologías en seguimiento con mayor demanda.
- En el grupo de servicios con mayor demanda, pero menor impacto, el criterio base se tomará de acuerdo al tipo de patologías que atienden, excluyendo aquellas situaciones en las que éstas representan una urgencia y deban ser atendidas en el primer grupo.

La *Continuidad de Operaciones en la Nueva Normalidad*, será de acuerdo con el color del semáforo en la entidad federativa donde se localice la unidad, considerando la priorización del servicio. Conforme al color del semáforo se aplicará la siguiente priorización:

- Rojo, se mantiene apertura prioridad I;
- Naranja apertura del 25% abarcando prioridad I y II;
- Amarillo apertura del 50% capacidad de servicios abarcando prioridad I, II y III considerando todas las actividades.
- **Para los servicios de Apoyo de Diagnóstico y Terapéutico** deberá considerarse su prioridad en función de ser complementos de servicios esenciales, con la programación quirúrgica, control del paciente crónico, control prenatal y procedimientos, diagnósticos y terapéuticos prioritarios, deberán realizarse estudios los 7 días de la semana, manteniendo la ampliación de turnos y jornadas laborales extraordinarias.
- **Para los servicios de Consulta Externa y de Especialidades** se retornará a la atención de conformidad al color del semáforo correspondiente, además de su priorización correspondiente. Se deben utilizar los consultorios de especialidades de menor prioridad para disminuir el flujo de paciente en los de alta demanda, manteniendo la atención los 7 días de la semana.

Se impulsará el uso de la tecnología para consultas a distancia (telemedicina, centros de atención telefónica), se reorganizarán los servicios de acuerdo con la demanda y capacidad de atención de cada unidad.

A nivel de unidad hospitalaria o institución al interior de cada entidad federativa, se deberá documentar una tendencia de al menos dos semanas de disminución consecutiva en las hospitalizaciones por enfermedad respiratoria aguda grave (pacientes críticos y no críticos) para iniciar los procesos de continuidad de operaciones de la unidad hospitalaria, manteniendo al menos un 30% de disponibilidad para pacientes con IRAG en caso de rebrote.

Los servicios quirúrgicos tendrán que ser evaluados de acuerdo con la necesidad de intervención, riesgo-beneficio y situación clínica de la persona; cuando sea conveniente se programará en todos los turnos, los 7 días de la semana, de acuerdo con las siguientes consideraciones:

- **Relacionados con la patología que motiva la indicación quirúrgica:**
 - Existencia de alternativa de tratamiento conservador y su eficacia con relación a la cirugía.
 - El impacto en la sobrevida y calidad de vida al diferir la cirugía por corto tiempo, por ejemplo, artoplastía de cadera.
- **Relacionados con el procedimiento:**
 - Tipo de procedimiento, incluyendo la localización anatómica de la cirugía.
 - Tiempo estimado de duración de la cirugía.
 - Tiempo probable de estancia posoperatoria.
 - Probabilidad de complicaciones postoperatorias.
 - Posibilidad de ingreso a UCI.
 - Pérdida hemática.
 - Número de participantes del equipo quirúrgico.
- **Relacionados con el estado de la persona que requiere la intervención quirúrgica:**
 - Edad.
 - Índice de masa corporal.
 - Enfermedades preexistentes.
 - Convivencia con personas con sospecha de COVID-19 en los últimos 14 días.
- **Para los casos de cirugía electiva se considerará lo siguiente:**
 - A todos los pacientes programados se les deberá realizar un triage respiratorio para detectar posible infección por SARS-CoV2, que consta de una encuesta con preguntas dirigidas a la detección de riesgo de la COVID-19.

- En caso de que, durante la valoración prequirúrgica, la persona profesional de la medicina identifique personas con sospecha de enfermedad respiratoria aguda, mediante el interrogatorio y/o alteraciones de los estudios de laboratorio o radiografía de tórax, se recomienda en caso de ser posible la reprogramación y realizar una nueva valoración prequirúrgica posterior a los 14 días.
 - Durante la preparación del paciente para ingresar a quirófano, se realizará nuevamente triage para la identificación de signos o síntomas sugerentes de enfermedad respiratoria aguda antes de la intervención.
 - El paciente que no tenía síntomas respiratorios a su ingreso, pero que los desarrolla durante su estancia prequirúrgica, se deberá estudiar con estudios complementarios incluyendo la detección del virus SARS-CoV2, con apego a las precauciones por contacto y gotas, para decidir reprogramación.
 - La prueba RT-PCR no se realizará para la programación de cirugía en pacientes sin síntomas de enfermedad respiratoria aguda, en apego al Lineamiento Estandarizado para la Vigilancia Epidemiológica y por Laboratorio, emitido por la Secretaría de Salud.
 - No se requiere contar con prueba de RT-PCR negativa para la reprogramación.
- **Para los casos de cirugía de urgencia se deberá apegar a lo siguiente:**
 - Cuando el paciente se encuentre en estado de conciencia y pueda proporcionar información con respecto a su estado de salud, se realizará triage respiratorio quirúrgico. Sin embargo, el presentar síntomas respiratorios asociados no deberá de ser una indicación para aplazar procedimientos de urgencia.
 - En caso de que el paciente requiera intubación o exista la posibilidad de generación de aerosoles, así como la intervención quirúrgica de sitios anatómicos con alta carga viral como el tracto respiratorio, deberán utilizarse siempre Equipo de Protección Personal de precauciones de contacto y vía aérea.
 - En casos de cirugía de urgencias, no se realizará toma de muestra para RT- PCR, por lo que se deberá apegar a las medidas preventivas.

- Las personas con COVID-19 que sean sometidas a procedimientos quirúrgicos, en caso de tolerar cubreboca de triple capa, deberán portarlo durante los traslados, en áreas de atención y cuando sea factible.

- **Durante el proceso quirúrgico se recomienda:**

- Permanecer el mínimo de personal dentro de la sala quirúrgica.
- Mantener las puertas del quirófano cerradas durante la intervención, evitando el flujo del personal dentro y fuera de la sala.
- Al finalizar el procedimiento, realizar limpieza y desinfección de la sala quirúrgica.
- La limpieza y esterilización del instrumental quirúrgico, deberá realizarse conforme a lo establecido de forma habitual, con el Equipo de Protección Personal para precauciones por gotas y contacto
- Las jornadas quirúrgicas deberán planearse considerando el semáforo de riesgo en la entidad, procurando usar unidades móviles y con el equipo de protección personal para áreas quirúrgicas, de la siguiente manera:

RECOMENDACIONES DEL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL EN ÁREAS QUIRÚRGICAS								
Tipo de cirugía	Actividad y precauciones		Higiene de manos	Bata quirúrgica	Cubrebocas de triple capa	Mascarilla N95 o equivalente	Guantes	Protección ocular
Cirugía electiva	Triage respiratorio quirúrgico					---		
	Contacto	Gotas				---		
	Procedimiento quirúrgico con paciente sin ERV					---		
	Contacto	Gotas				---		
Cirugía urgente	Procedimiento quirúrgico en paciente sin ERV y en caso sospechoso o confirmado sin generación de aerosoles					---		
	Contacto	Gotas				---		
	Procedimiento quirúrgico con paciente sospechoso o confirmado a ERV con generación de aerosoles				---			
	Contacto	Vía aérea						

*Para personal encargado de intubación de pacientes durante el procedimiento quirúrgico deberá utilizar precauciones de contacto, vía aérea y protección ocular.

• Intercambio de Servicios entre instituciones públicas de atención a la salud

- a) Aprovechar al máximo la reconversión y expansión hospitalaria, y evaluar la posibilidad de su permanencia.
 - Mantener equipamiento médico y de recursos humanos.
 - Recuperar espacios para la atención de pacientes de otros padecimientos dentro de las unidades
- b) Mantener de manera permanente una disponibilidad suficiente de camas con capacidad resolutiva para pacientes con infección respiratoria aguda grave.
 - Cama, recursos humanos, equipo médico e insumos.
 - Suficiencia mínima: 30% de disponibilidad de camas generales y terapia
(A nivel municipio, estado o sector).
- c) Establecer mecanismos eficientes para la referencia, contra-referencia y traslado interinstitucional de pacientes, así como entre los tres niveles de atención.
 - No será requisito solicitar pruebas rápidas ni de RT-PCR para la identificación de SARS-CoV2, para la aceptación de pacientes referidos en ningún servicio o bien, previo a llevar a cabo algún procedimiento médico, a excepción de los casos que cumplan definición operacional de Enfermedad Respiratoria Viral o Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG).
- d) Las instituciones deberán favorecer convenios de intercambio de servicios de salud considerados como programados, con la finalidad de compartir servicios ambulatorios, hospitalarios y quirúrgicos.
- e) Uso de Unidades Móviles que favorezcan campañas de salud de servicios de consulta, apoyo de diagnóstico y cirugías menores

EJE 2. Estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades

Las Unidades Médicas deberán implementar las estrategias de promoción, prevención, control de la salud y medidas de prevención y control de infecciones, establecidas por el Sistema Nacional de Salud con la finalidad de coadyuvar a contener la diseminación del SARS-CoV-2 al

interior de los establecimientos. Es necesario tomar en cuenta las consideraciones particulares que estén señaladas en los lineamientos y reglamentos internos, para asegurar el cuidado adecuado en cada contexto específico, con las siguientes estrategias:



Dichas estrategias están relacionadas estrechamente, de tal manera, que en su aplicación se debe tomar en cuenta la importancia de todos los elementos para el logro del objetivo común.

- **Promoción de la salud física y mental**

- Promoción y Educación para la salud.**

Todo el personal de salud deberá promover la participación de la población en el autocuidado de la salud sobre las enfermedades que más afectan a la comunidad, con el fin de disminuir los riesgos sanitarios entre sus habitantes e identificar a la población en riesgo para la implementación de las medidas de control, haciendo énfasis en las medidas de control para la enfermedad por SARS Cov2.

Todos los programas de promoción de promoción y educación para la salud y sus diferentes componentes deberán estar activos.

Se recomienda integrar la estrategia APS-I para COVID-19, para las unidades de medicina familiar y unidades de salud de primer nivel, a fin de monitorear el estado de morbilidad de la comunidad, como estrategia ante posible rebrote(s), asegurando intervención anticipatoria, donde el eje central es la promoción y educación para la salud haciendo hincapié

en el barrido georreferencial por parte de la brigada de promoción comunitaria y la búsqueda intencional de casos.

Salud mental y Apoyo Psicosocial.

Es probable que quienes regresan al lugar de trabajo después de un período de aislamiento por condición de vulnerabilidad para presentar cuadros graves de COVID-19, o bien que hayan padecido la pérdida de un familiar o conocido, o que hayan prestado servicio activo de apoyo para la atención de pacientes con COVID 19, o en su caso que hayan padecido la enfermedad y sobrevivido a ella, tengan preocupaciones, particularmente TEPT (trastorno de estrés postraumático), TEA (trastorno de estrés agudo), ansiedad crónica, burnout; o también que aun presenten ansiedad por probable el riesgo de infección o reinfección; con la consecuente incertidumbre que provoque sentimientos de ansiedad, ambivalencia, resentimiento, duelo, o depresión.

Es importante comprender sus inquietudes, proporcionar información sobre qué medidas de seguridad se han tomado y el apoyo en salud mental que pueden encontrar.

Se sugiere:

1. Mantener información constante y cercana con el personal.
 - Difundir de primera mano sobre las medidas de seguridad e higiene que se realiza en las unidades, puede ayudar a reducir el estrés, así como informar lo más pronto posible sobre los ajustes durante la transición y vuelta a la nueva normalidad.
2. Difundir ampliamente los servicios de apoyo en salud mental.
 - Es importante dar promoción a los servicios disponibles para la atención a la salud mental del personal sanitario y el tamizaje referencia UNAM-INPRFM para evaluación y canalización confidencial de atención en salud mental al personal de salud.
 - a) Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz:
Teléfono: 800 9531 705
 - b) Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
 - c) 55-5487-4278
 - d) Tamizaje: www.coronavirus.gob.mx/salud-mental
 - e) Servicios similares ofrecidos en cada entidad federativa e instituciones.
3. Identificar de manera proactiva al personal que se recuperó de COVID-19, que han tenido alguna pérdida familiar reciente o que se encuentran

en situación de riesgo por salud o al cuidado de personas en una situación de vulnerabilidad.

- Las personas que han pasado por pérdidas familiares durante el confinamiento y aquellas que han sobrevivieron a COVID-19, pueden requerir flexibilizar condiciones de trabajo y de monitorear su estado de salud y emocional. En caso de que sea necesario, informar los servicios de salud mental y apoyo emocional disponibles para personal de salud (www.coronavirus.gob.mx/salud-mental).
- También es importante considerar flexibilizar las condiciones de trabajo si la persona tuviera que hacerse cargo de personas en riesgo o de niñas y niños. Esto puede ayudar a disminuir el estrés asociado a la carga mental por cuidados.

4. Promover una cultura de cuidado del bienestar y salud mental en el lugar de trabajo.

- Difundir información sobre medidas de autocuidado para salud mental. En la página <http://www.saludmentalcovid19.mx/>, se ha concentrado información y videos sobre las acciones de autocuidado en:

- f) Actividad física
- g) Higiene de sueño
- h) Técnicas Mindfulness y de relajación (grabaciones para escucharlas en cualquier momento).

5. Prevenir estigma de personal sobreviviente a COVID-19.

- Realizar esfuerzos especiales para prevenir la estigmatización social de los trabajadores sospechosos de tener COVID-19, o que se han recuperado. Esto es mantener la confidencialidad de las condiciones de salud y realizar una campaña de no discriminación, ni exclusión.

6. Prever riesgos psicosociales del personal según la zona de alta, media o baja exposición.

- Es más probable que aumente ansiedad y estrés, así como la resistencia a regresar al lugar de trabajo, según la zona de exposición. Asegurar al personal que se cuenta con las medidas sanitarias, así como difundir información sobre cuidados que pueden tomar al salir de casa y llegar al trabajo y viceversa, puede mitigar estos impactos.

• **Protección a la salud, prevención y control de infecciones**

Se deberán implementar las medidas preventivas necesarias para asegurar la protección a la salud en las Unidades Médicas y Unidades Administrativas, considerándose como mínimo las siguientes:

1) Control del ingreso y egreso a los establecimientos de salud.

- a. Filtro en todos los accesos con entrega de alcohol gel $\geq 60\%$, identificación de síntomas respiratorios, sana distancia, sin filas de espera y la señalética correspondiente para los flujos de pacientes y personal.
- b. Brindar información general sobre la COVID-19, los mecanismos de transmisión, síntomas que ocasiona, las mejores maneras de prevenir la infección y el contagio de otras personas.
- c. Escalonamiento de los horarios de atención y verificar la entrada de solamente un familiar en caso de que la persona lo requiera.
- d. Evitar la estancia innecesaria de personas dentro de las instalaciones, respetando en todo momento los horarios de atención.
- e. Las personas externas deberán apegarse a todas las medidas preventivas.

2) Higiene de manos.

- a. Realizar higiene de manos de forma constante; proporcionar soluciones alcoholadas al $>60\%$ o bien, un lavado con agua y jabón durante al menos 20 a 30 segundos de manera obligatoria al ingreso y durante su estancia en las Unidades Médicas, el personal de salud se deberá apegar a la técnica y los 5 momentos establecidos por la OMS;
- b. En el caso de checar entrada y salida mediante control de acceso biométrico, se deberá realizar higiene de manos previo y posterior a la acción garantizando el escalonamiento de los registros, para evitar aglomeraciones del personal;
- c. Evitar el contacto de las manos con la cara, nariz, boca y ojos.

3) Higiene respiratoria.

- a. Se deberá promover en el personal de las Unidades Médicas, la higiene respiratoria, con las siguientes medidas preventivas:
 - i. Toser o estornudar en la cara interna del antebrazo;
 - ii. Al toser, estornudar o sonarse la nariz con un pañuelo desechable, depositarlo de inmediato en un contenedor de basura y realizar higiene de manos;
- b. No escupir, si es necesario hacerlo, utilizar un pañuelo desechable y tirarlo a la basura, después realizar higiene de manos;

- c. Evitar contacto directo al saludar, se sugiere evitar dar la mano, besos o abrazos, adoptando nuevas formas amables de saludar.

4) **Distanciamiento de seguridad.**

- a. Son importantes los procesos para favorecer el distanciamiento físico entre las personas, a fin de reducir el riesgo de exposición a través del contacto. También es necesaria la disminución de la frecuencia de encuentros, esto incluye la adecuación de los espacios y áreas de trabajo de tal manera que se limite la cantidad de personas presentes en ellos.
- b. Las medidas implementadas por el comité deberán ser como mínimo las siguientes:
 - Garantizar la sana distancia de al menos un metro y medio entre el personal, o procurar la colocación de barreras físicas. Capacitar sobre uso correcto de cubrebocas de acuerdo a lineamiento de uso de Equipo de Protección personal.
 - Señalar las áreas comunes (como baños, vestidores, casilleros, cafeterías, comedores elevadores, salas de espera y salas de juntas) con marcas en el piso, paredes o mobiliario recordando la distancia mínima de metro y medio entre personas.
 - Evitar aglomeraciones en espacios laborales.
 - Establecer horarios alternados de comidas, uso de casilleros y otras actividades cotidianas para reducir el contacto entre personas.
 - De ser el caso, incrementar el número de vehículos destinados al transporte de personal.
 - Evitar reuniones que no permitan mantener la sana distancia, optando de ser posible, la utilización de plataformas virtuales.

5) **Limpieza y desinfección de áreas.**

- a. Mantener limpieza y desinfección del 100% de las áreas antes del retorno a las labores de servicios programados en lugar; la periodicidad deberá llevarse a cabo de acuerdo con lo establecido por la clasificación de áreas, con el uso de sustancias como hipoclorito de sodio y alcohol etílico o

isopropílico, dependiendo de la superficie y siguiendo lineamientos correspondientes.

- b. Desinfectar superficies y objetos de uso común en oficinas, sitios cerrados, transporte, centros de reunión, entre otros.
- c. Promover la desinfección adecuada de herramientas de trabajo u objetivos personales previo a compartirlas.
- d. Establecer un programa de limpieza y mantenimiento permanente. Se deberá realizar limpieza y desinfección de las áreas laborales con dilución de cloro al 0.1% (1000 ppm).
- e. Favorecer la ventilación natural en espacios comunes o de mayor concentración de personal.
- f. Mantener funcionales las tarjas en los cuartos de limpieza, además de los lavabos para la higiene de manos con agua y jabón.
- g. En los espacios interiores, no se debe de realizar la aplicación rutinaria de desinfectantes en las superficies ambientales mediante nebulización ya que puede provocar riesgos para los ojos, irritación de la piel o las vías respiratorias y los efectos para la salud resultantes.
- h. No se debe de rociar a las personas con desinfectantes (como en el uso de túnel, gabinete o cámara). Esto podría ser físicamente perjudicial y no reduciría la capacidad de una persona infectada de propagar el virus a través de gotas o contacto. Además, rociar a las personas con sustancias químicas podría provocar irritación en los ojos y la piel, broncoespasmo debido a la inhalación y efectos gastrointestinales como náuseas y vómitos.

ZONA DEL PACIENTE	FRECUENCIA	GUÍA ADICIONAL
Área triage	Al menos una vez por turno	Concéntrese en superficies de alto contacto (toque)
Salas de hospitalización / cohorte – ocupada	Más dos veces por turno	Concéntrese en superficies de alto contacto comenzando con superficies compartidas /comunes, luego a cada cama del paciente; use un paño limpio para cada unidad del paciente y finalmente los pisos.
Habitaciones para pacientes hospitalizados – desocupadas	Tras el egreso/traslado	Superficies de bajo contacto, superficies de alto contacto, suelos (<i>en ese orden</i>); residuos y ropa de cama, cama limpia y desinfectada
Consultorios de atención ambulatorias	Después de cada visita al paciente y al menos una vez al día, limpieza terminal	Superficies de alto contacto se desinfectan después de cada visita al paciente Una vez al día superficies de bajo contacto, superficies de alto contacto, pisos (<i>en ese orden</i>);
Pasillos / corredores	Más una vez por turno	Superficies de alto contacto, incluyendo barandillas y equipos en pasillos, luego pisos (<i>en ese orden</i>)
Baños	Baño individual: al menos dos veces al día Baños compartidos: al menos dos veces por turno.	Superficies de alto contacto, incluyendo manijas de puertas, interruptores de luz, grifos, luego recipientes de fregadero, luego inodoros y finalmente piso (<i>en ese orden</i>)
Áreas Administrativas	Al menos una vez al día	Superficies de alto contacto, incluyendo manijas de puertas, escritorios, equipo de computo, sillas, material de escritura, tazas, luego pisos (<i>en ese orden</i>), escaleras, elevadores.

• Atención a personas en condición de vulnerabilidad para presentar un cuadro grave o complicaciones por la COVID-19
Atención diferenciada a personas vulnerables.

Hacer visibles a las personas con condición de vulnerabilidad (personas con discapacidad, personas adultas mayores) que integran los grupos de riesgo para la presentación de complicaciones y cuadros graves de la enfermedad, es el primer paso para atender sus necesidades de forma integral. Para ello resulta necesario fortalecer las acciones preventivas y de capacitación del personal con la finalidad de evitar la posible transmisión a este sector de personas.

Identificación de grupos de mayor vulnerabilidad para complicaciones

Existen grupos de riesgo para la presentación de complicaciones y cuadros graves de la enfermedad, por lo que resulta necesario la continuidad de las acciones preventivas con la finalidad de evitar la posible transmisión a este sector de personas.

Por personas vulnerables se entienden aquellas que padeczan comorbilidades como son: la hipertensión, obesidad, Infección por Virus

de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), diabetes, entre otras enfermedades crónicas; o aquellas con condiciones específicas como son las personas mayores de 60 años o las mujeres embarazadas. Es necesaria la promoción de estilos de vida saludable, así como la prevención de dichas enfermedades, el control adecuado de las mismas y el seguimiento médico de las condiciones antes señaladas.

Las medidas de protección para el personal de riesgo en unidades médicas:

- Identificar las características del personal con condiciones de vulnerabilidad o mayor riesgo para cada una de las áreas o departamentos de las unidades administrativas y unidades médicas, esto permitirá comunicar e implementar las medidas adecuadas para proteger al personal, tomando en consideración las actividades que desarrollan, las características del espacio físico donde laboran y la posibilidad del control de la comorbilidad.
- En caso de que no sea posible el trabajo a distancia se recomienda asignar personal responsable que supervise las siguientes medidas:
 - Cerciorarse de que dicha población cuente con equipo de protección personal adecuado a su área de trabajo y actividades, con acceso a los insumos para la higiene de manos;
 - Verificar que no haya aglomeraciones en sus áreas de trabajo, garantizar una distancia mínima de un metro y medio;
 - Permitir el ingreso en horarios diferentes al resto del personal, para evitar los horarios pico en transporte público o en las áreas de asistencia.
 - Establecer áreas exclusivas en comedores, vestidores y áreas comunes, donde se garantice sana distancia. En caso de no ser posible, organizar horarios diferidos;
 - Se deberá de garantizar que la implementación de estas medidas, no se utilicen para discriminar o limitar sus derechos al trabajador.
 - En caso de presentar síntomas respiratorios (fiebre, dificultad para respirar, tos, dolor de garganta, dolor de cabeza, malestar general, escurrimiento nasal, dolor muscular o articular, anosmia, disgeusia, conjuntivitis), referir con el médico responsable del triage de su centro de trabajo.

EJE 3. Insumos y equipo de protección personal.

• Uso de Equipo de Protección Personal

Las Unidades Médicas y Unidades Administrativas deberán gestionar y asegurar de manera oportuna el suministro de insumos - equipos de protección personal (EPP) de calidad, a la par de garantizar la adecuada utilización en la operación de las actividades para brindar confianza y seguridad a los trabajadores de conformidad con las guías y lineamientos vigentes.

Es indispensable mantener la capacitación en el uso, reúso, retiro y desecho del Equipo de Protección Personal, de las medidas de bioseguridad con enfoque preventivo, programa de higiene de manos, sobre las recomendaciones establecidas en las precauciones basadas en el mecanismo de transmisión, así como el fortalecimiento de procesos de prevención y control de infecciones, implementando supervisión y evaluación continua.

La eficacia del Equipo de Protección Personal depende de:

- Utilizar el equipo de protección personal adecuado conforme a exposición.
- El personal haya sido instruido sobre cómo colocarse y quitarse correctamente el equipo.
- El personal cumpla con el resto de las medidas de prevención y control.

El Equipo de Protección Personal debe usarse evaluando al menos los siguientes 3 criterios:



1. Modo de transmisión de la enfermedad (contacto, gota o aerosol)
2. Tipo de interacción con el ambiente (actividades administrativas) consultorio, imagenología, toma de muestras, hospitalización o unidad de cuidados intensivos.
3. Procedimientos o áreas en donde se generan aerosoles (Solo en este caso se deberá de utilizar respirador N95 o equivalente).

Considerando la transmisión comunitaria se recomienda uso de cubrebocas de tela tricapa reutilizable para TODO el personal en áreas donde NO se tiene contacto con pacientes, así como en espacios cerrados, mal ventilados o cuando no es factible mantener un distanciamiento físico adecuado. Estos cubrebocas deberán de cumplir con las especificaciones de uso y manejo establecidas (coronavirus.gob.mx).

Se recomienda a todo el personal en Unidades Médicas y áreas No COVID-19, que entre en contacto directo con pacientes y no se encuentren en áreas o procedimientos donde se produzcan aerosoles, utilice cubrebocas quirúrgico y protección ocular (gafas o careta), junto con el resto de las acciones para prevención de infecciones.

Finalmente, es importante señalar que en caso de realizar procedimientos que generan aerosoles se debe utilizar mascarilla (respirador) para biopartículas N-95 o equivalente.

El tipo de actividades durante la atención de las personas, y área determinará qué EPP deberán utilizar durante el retorno a la Continuidad de Operaciones para la Nueva Normalidad, considerando los lineamientos técnicos actualizados de uso de EPP. Es importante recordar que las recomendaciones podrán tener variaciones conforme a la evolución de la pandemia, sindemia durante la temporada de influenza, estado epidemiológico, semáforos, existencia y efectividad de la vacuna, entre otros factores operativos.

El Comité para la Continuidad de Operaciones para la Nueva Normalidad vigilará que se use racionalmente y se apegue el tipo de equipo con los servicios que otorga el personal de salud, considerando siempre las vías de transmisión del SARS-CoV-2, que son importantes conocer para la implementación de elementos de prevención dentro de las unidades de atención a la salud. Los servicios de atención de pacientes posiblemente portadores de SARS-CoV2 asintomáticos y con cuadro atípicos del padecimiento, usarán Equipos de Protección Personal de acuerdo con el nivel de riesgo, cuando menos en los siguientes servicios:

- Triage respiratorio
- Cirugía de cabeza, cuello y tórax
- Endoscopia
- Unidad de reanimación área de urgencias
- Rehabilitación Pulmonar
 - Consulta de otorrinolaringología, oftalmología, neumología, estomatología, maxilofacial
- Unidades de Cuidados Intensivos
- Otros servicios con exposición a aerosoles

- **Capacitación para el uso adecuado de Insumos y Equipo de Protección Personal**

El Comité para la Nueva Normalidad planeará y supervisará que se lleven a cabo la capacitación a la totalidad del personal en relación con el uso y retiro adecuado del EPP, así como las precauciones basadas en el mecanismo de la transmisión de la enfermedad.

La capacitación deberá realizarse al menos una vez al mes en las unidades administrativas, por lo que compete a las unidades médicas deberá ser de manera permanente, generando lista de asistencia del personal con temas abordados.

Los temas deberán ser acorde al tipo de personal y grado de exposición para una capacitación mas integral, siendo:

- Personal administrativo;
- Personal de salud;
- Personal de limpieza;
- Personal de vigilancia;
- Proveedores,
- Otros.

EJE 4. Reorganización de Recursos Humanos.

- **Personal en condición de vulnerabilidad para presentar un cuadro grave de COVID-19**

La persona trabajadora considerada como *en condición de vulnerabilidad*, de conformidad al ACUERDO por el que se da a conocer el medio de difusión de los criterios para las poblaciones en situación de

vulnerabilidad⁶, es aquella que, por sus condiciones de vida es susceptible de sufrir o desarrollar una complicación por COVID-19. Es necesario identificar al personal en situación de mayor riesgo de complicaciones para que se supervisen las medidas preventivas para salvaguardar su integridad.

Consideraciones a las Personas Vulnerables que laboran en Unidades Médicas en áreas de atención COVID-19 y que no hayan sido vacunadas contra dicha enfermedad.



Personas trabajadoras que NO CUMPLEN con las condiciones de vulnerabilidad **regresan a sus actividades**, sin importar que el semáforo se encuentre en ROJO



Personas trabajadoras que SÍ CUMPLEN con las condiciones de vulnerabilidad y **trabajan en áreas COVID se reincorporarán** semáforo amarillo en áreas NO COVID y en semáforo VERDE a su área de adscripción*.



Personas trabajadoras que SÍ CUMPLEN con las condiciones de vulnerabilidad. **Se reincorporan a partir de semáforo AMARILLO a áreas No COVID** excepto **Lactancia:** se incorpora al final del periodo de incapacidad por maternidad, encualquier color de semáforo. En semáforo rojo, naranja y amarillo en áreas No COVID. En semáforo verde en cualquier área.
Cáncer con quimioterapia en el último mes: se incorpora hasta semáforo VERDE*

*Las personas trabajadoras que caigan en los supuestos establecidos deberán realizar el procedimiento definido en la normativa aplicable para la expedición de licencias médicas o Dictaminación por Invalidez, según sea el caso, con la finalidad de salvaguardar sus derechos laborales. En caso de reincorporación se deberá de cumplir con recomendaciones de prevención y control de infecciones.

Se consideran en situación de vulnerabilidad a las personas que se encuentren en las siguientes condiciones, quienes deberán manifestar el *valor de vulnerabilidad* estipulado en el recuadro, por lo que en caso contrario deberán reincorporarse de manera inmediata a su unidad de adscripción, sin importar el color del semáforo. Los valores de

⁶ Gobierno de México. Criterios para las poblaciones en situación de vulnerabilidad que tienen mayor riesgo de desarrollar una complicación o morir por COVID-19 en la reapertura de actividades económicas en los centros de trabajo [En línea]. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/documentos-de-consulta/>

vulnerabilidad se publicaron en la página <https://coronavirus.gob.mx/documentos-de-consulta/>

Personal de salud en condición vulnerable vacunado

Todo trabajador que se considere como personal vulnerable en resguardo que haya recibido la vacuna contra COVID-19, podrán retomar sus actividades labores **14 días después de haber completado el esquema de vacunación^{7,8,9}** sin importar el semáforo epidemiológico en el que se encuentre su unidad laboral.

Cuando se trate de unidades médicas el personal debe de reincorporarse, de preferencia en áreas NO COVID-19, a menos que existan necesidades operativas y en apoyo al personal que ha permanecido en áreas COVID-19, esto con la finalidad de salvaguardar los servicios de atención médica que ya se tienen en rezago.

En ambos casos se debe de seguir reforzando las medidas preventivas y de bioseguridad.

Para las personas que se encuentren dentro de las condiciones que los pone en situación de vulnerabilidad, se podrá considerar el trabajo en casa, siempre y cuando su trabajo se pueda realizar fuera de las instalaciones y con entregables de acuerdo a su jornada (considerándose como medio de comunicación oficiales que se establezcan como el correo electrónico, teléfono, y redes sociales como WhatsApp, etc.); cuando no sea posible realizarlo por la propia naturaleza y relevancia, tendrán que apegarse a la normatividad vigente y justificar la ausencia mediante:

- Incapacidad temporal (*licencia médica*)
- Incapacidad permanente (*dictaminación de invalidez*).

⁷ Logunov, D. Dolzhikova, I. Shcheplyakow, D. (2021, febrero 20) Safety and efficacy of an rAd26 and rAd5 vector-based heterologous prime-boost COVID-19 vaccine: an interim analysis of a randomised controlled phase 3 trial in Russia. *Lancet*, 367, 671-81 p.p.

⁸ Voysey, M. Costa SA, Madhi S. (2021, enero 09) Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK. *The Lancet*, 397-10269, 111p.

⁹ Polack F, Thomas S, Kitchin N, Absalon J. (2021, diciembre 31) Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. *The New England Journal of Medicine*, 383, 2603-15pp

La incapacidad temporal, se deberá realizar conforme a la normatividad aplicable y agregando el *visto bueno del Comité para la Continuidad de Operaciones en la Nueva Normalidad*; con la finalidad de que este grupo colegiado evalúe los estudios y expediente clínico del trabajador que se considere como persona vulnerable.

• Cambio Temporal de Adscripción

Cuando el trabajador lo considere podrá realizar la solicitud de cambio temporal de adscripción ante las comisiones facultadas por cada institución

- Subcomisión de Planeación de Recursos Humanos
- Subcomisión de Escalafón (o su equivalente según corresponda).

Se deberá remitir copia al Comité para la Continuidad de Operaciones en la Nueva Normalidad, para que sea evaluada la factibilidad de acuerdo con la productividad, demanda de los servicios y espacios en las unidades; asimismo, se deberá acordar la temporalidad del cambio, para salvaguardar los derechos de los trabajadores. El Comité Comité de Continuidad de Operaciones en la Nueva Normalidad, deberá dar el visto bueno a los cambios temporales de adscripción, con la finalidad de asegurar una adecuada planeación en la continuidad de los servicios.

• Dictaminación por Invalidez

Cuando la enfermedad imposibilite al trabajador para desempeñar su actividad laboral, tendrá derecho a licencia médica de acuerdo con la comorbilidad o evento agudo que le sea diagnosticado, estas podrán ser:

- Incapacidad temporal (*licencia médica*)
- Incapacidad permanente (*dictaminación por invalidez*)

En caso de realizar el proceso de dictaminación por invalidez, se apegarán a la normativa de Medicina del Trabajo vigente.

• Incentivo para la Jubilación

El personal que cuente con los años de servicio cumplidos o sean adultos mayores de 65 años podrán iniciar su trámite de jubilación, y se les brindará todas las facilidades, considerando las prestaciones de ley, apoyo por las áreas administrativas encargadas del proceso y, principalmente proceso expedito, de acuerdo con la normatividad aplicable.

Se buscará establecer acuerdos sectoriales que beneficien a los trabajadores; considerando que en algunas instituciones se cuenta hasta con un 92% de los médicos jefes de servicio mayores de 60 años y un 44% personal de enfermería mayor de 50 años, debiéndose implementar acciones de planeación adecuadas.