



# Indicadores de monitoreo y evaluación de las medidas administrativas de prevención y control de infecciones en establecimientos de salud para pacientes agudos

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



# Indicadores de monitoreo y evaluación de las medidas administrativas de prevención y control de infecciones en establecimientos de salud para pacientes agudos

Washington, D.C., 2022

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS Américas

Indicadores de monitoreo y evaluación de las medidas administrativas de prevención y control de infecciones en establecimientos de salud para pacientes agudos

© Organización Panamericana de la Salud, 2022

ISBN: 978-92-75-32509-4 (impreso)

ISBN: 978-92-75-32508-7 (pdf)

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO); <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>.



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS".

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción".

Forma de cita propuesta: Indicadores de monitoreo y evaluación de las medidas administrativas de prevención y control de infecciones en establecimientos de salud para pacientes agudos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275325087>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, escribir a [sales@paho.org](mailto:sales@paho.org). Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase [www.paho.org/permissions](http://www.paho.org/permissions).

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

PHE/IHM/2022

Diseño de cubierta: © Prographics/Emilia Palomeque

Ilustración de cubierta: © Emilia Palomeque

Diseño: Prographics

# Índice

Siglas .....	vi
Agradecimientos .....	vii
<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>Parte 1. Antecedentes</b> .....	<b>3</b>
Patógenos emergentes y reemergentes en establecimientos de salud .....	3
Medidas para la contención de patógenos emergentes y reemergentes .....	6
<b>Parte 2. Monitoreo y evaluación</b> .....	<b>8</b>
Principios de monitoreo y evaluación .....	8
Rol de los indicadores en el monitoreo y la evaluación .....	10
Componentes de los planes de monitoreo y evaluación .....	11
Monitoreo y evaluación de las medidas administrativas de prevención y control de infecciones .....	14
<b>Parte 3. Indicadores de monitoreo y evaluación</b> .....	<b>20</b>
Indicadores para el monitoreo y la evaluación de las medidas administrativas de prevención y control de infecciones .....	20
Fichas técnicas para la estandarización de la medición de indicadores .....	22
Técnicas para obtener los indicadores .....	23
Fases de la medición .....	24
Seguimiento del monitoreo y la evaluación .....	25
Notificación de los indicadores .....	25
Fichas técnicas de los indicadores .....	27
Referencias .....	65
Glosario .....	69

Anexo 1. Lista de indicadores seleccionados para el seguimiento de la gestión de medidas administrativas de los componentes básicos de los programas de prevención y control de infecciones.....	73
Anexo 2. Puntuación de referencia de los indicadores según criterios de cumplimiento.....	76
Anexo 3. Matriz para la elaboración del plan de mejora de las medidas administrativas de prevención y control de infecciones para la contención de los patógenos emergentes y reemergentes.....	79
Anexo 4. Metodología de elaboración de esta publicación .....	80
Anexo 5. Declaraciones de conflicto de intereses.....	82

## Figuras

---

1	El monitoreo y la evaluación como partes del ciclo de gestión de cualquier intervención, proyecto o programa . . . . .	9
2	Sistema de los indicadores ( <i>pipeline</i> ) empleados en monitoreo y evaluación . . . . .	11

## Cuadros

---

1	Factores asociados a la emergencia y a la reemergencia de enfermedades infecciosas . . . . .	4
2	Principales patógenos emergentes y reemergentes según grupo . . . . .	5
3	Tipos de indicadores en monitoreo y evaluación . . . . .	10
4	Componente básico 6 de seguimiento, evaluación y notificación de resultados de la Organización Mundial de la Salud para el nivel de los establecimientos de salud . . . . .	15
5	Indicadores propuestos para monitoreo de prácticas de prevención y control de infecciones para contención de patógenos emergentes y reemergentes en los establecimientos de salud, por componente, practica y tipo . . . . .	21
6	Componentes de la ficha técnica de los indicadores para evaluación de prácticas de prevención y control de infecciones . . . . .	22
7	Componentes de la ficha técnica de los indicadores para evaluación de prácticas de prevención y control de infecciones . . . . .	26
A2	Puntuación de los indicadores de estructura, de proceso y de resultado . . . . .	77
A4	Criterios para la validación de los indicadores propuestos . . . . .	81

# Siglas

<b>CDC</b>	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos de América
<b>COVID-19</b>	enfermedad por el coronavirus del 2019
<b>EPP</b>	equipo de protección personal
<b>IAAS</b>	infecciones asociadas a la atención de salud
<b>MyE</b>	monitoreo y evaluación
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PCI</b>	prevención y control de infecciones
<b>SARS-CoV-2</b>	coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo grave
<b>WASH</b>	agua, saneamiento e higiene



# Agradecimientos

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoce la contribución a esta publicación de los siguientes miembros de la Organización.

## **Coordinación general, conceptualización y elaboración**

João Toledo y Francini Placencia coordinaron y lideraron la elaboración y el diseño de la presente publicación. Sylvain Aldighieri brindó supervisión estratégica para su elaboración. Valeska Stempluk realizó aportes al contenido y participó en las discusiones técnicas. Georgegette Pusey Morrell prestó apoyo en los procesos administrativos y Rosario Muñoz, con los de edición y revisión.

## **Proceso de revisión y validación de la publicación**

Los siguientes profesionales técnicos participaron en el proceso de revisión de la publicación y de validación de los indicadores y sus fichas técnicas: **Emy Akiyama Gouveia** (Control de Infecciones Hospitalarias, Hospital Israelita Albert Einstein, Brasil), **Elena Graciela Andión** (Hospital Garrahan, Buenos Aires, Argentina), **Elizabeth Bancroft** (División de Promoción de la Calidad en los Servicios de Salud, Centro Nacional de Enfermedades Infecciosas Emergentes y Zoonóticas, Subdirectora de Enfermedades Infecciosas, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Estados Unidos de América), **David Brett-Major** (Departamento de Epidemiología, Centro Médico de la Universidad de Nebraska, Estados Unidos de América), **Manuel Colomé** (Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza, República Dominicana), **Luci Correa** (Universidad Federal de São Paulo, Brasil), **Sandra Milena Corredor** (Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia), **Ana Paula Coutinho Rehse** (División de Emergencias Sanitarias y Enfermedades Transmisibles, Organización Mundial de la Salud), **Katherine Defalco** (Agencia de Salud Pública, Canadá), **Jonas Gonseth-García** (Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OPS), **Rebeca Guerín Villamayor** (Programa Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Hospitalarias, Dirección General de Vigilancia Sanitaria, Paraguay), **Carolina Guilfre** (Coordinadora Prevención y Control de Infecciones, Hospital Británico, Argentina), **Carolyn Herzig** (División de Promoción de la Calidad en los Servicios de Salud, Centro Nacional de Enfermedades Infecciosas Emergentes y Zoonóticas, Subdirector de Enfermedades Infecciosas, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Estados Unidos de América), **Claudia Andrea Hoyos Murillo** (Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, Ecuador),

**Kathleen Jharie** (Departamento de Prevención y Control de Infecciones, Hospital Académico de Paramaribo, Suriname), **Joanna Laurent Blaize** (Departamento de Control de Infecciones, Hospital de la Amistad Dominica-China, Dominica), **Magda Machado de Miranda Costa** (Dirección de Vigilancia y Seguimiento de los Servicios de Salud, Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, Brasil), **Mauro Orsini Brignole** (Programa de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, Ministerio de Salud, Chile), **Fernando Otaiza** (Chile), **Surbrena Pedican** (InterHealth Canada, Oficina para las Islas Turcas y Caicos), **Rajeev Peeyush Nagassar** (Departamento de Microbiología, Hospital Sangre Grande, Autoridad Sanitaria de la Región Oriental, Trinidad y Tabago), **Zenobia Eufelia Quispe Pardo** (Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, Dirección de Vigilancia en Salud Pública, Perú), **Catalina Ramírez Hernández** (Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica), **Glendee Reynolds Campbell** (Representación de la OPS en Jamaica), **Irma Riquelme** (Hospital de Clínicas y Hospital de Especialidades Quirúrgicas INGAVI, Paraguay), **Elia Sánchez** (Hospital Santos Anibal Dominicki Carupano, República Bolivariana de Venezuela), **Jackurlyn Sutton** (Ministerio de Salud, Agricultura, Deporte y Servicios Humanos, Islas Turcas y Caicos) y **Kathryn Vogel Johnston** (Departamento de Emergencias de Salud, OPS).

Esta publicación fue elaborada por la OPS gracias al apoyo financiero de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos de América (CDC), en virtud del acuerdo de cooperación NU50CK000494. Las opiniones expresadas son de exclusiva responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista de los CDC ni del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos de América.

# Introducción

La aparición de brotes causados por patógenos emergentes y reemergentes en establecimientos de salud pone de manifiesto que los entornos de atención médica para pacientes agudos pueden desempeñar un papel determinante en la propagación de enfermedades infecciosas si estos no cuentan con las condiciones para interrumpir la cadena de transmisión de los patógenos que las causan (1-5). Desde la perspectiva de los establecimientos de salud, y considerando las consecuencias de la enfermedad por el coronavirus del 2019 (COVID-19), se reconoce de forma generalizada que elaborar programas de [prevención y control de infecciones \(PCI\)](#) causadas por patógenos emergentes y reemergentes es más pertinente que nunca y que contribuye no solo a salvaguardar la seguridad de los pacientes, los visitantes y el personal de salud, sino también a aumentar la capacidad de responder a los brotes y a evitar que los establecimientos de salud se conviertan en amplificadores de casos y propicien que el evento infeccioso se extienda a la comunidad (6, 7).

Las acciones de PCI recaen directamente en el personal que atiende a los pacientes, en el de apoyo y en el que realiza acciones de limpieza, desinfección y esterilización, para que los objetivos y metas de PCI puedan cumplirse. Sin embargo, la gerencia o directiva del establecimiento de salud está llamada a poner en marcha una serie de acciones de tipo administrativo. Entre ellas se incluyen el desarrollo de políticas, estrategias y procedimientos de PCI, la organización de los flujos y áreas de trabajo, la dotación y la capacitación de los recursos humanos, y la provisión de insumos (8, 9).

Asimismo, la gerencia debe contar con información actualizada que le permita mantenerse al tanto de las condiciones de la estructura y de los procesos en los establecimientos de salud, así como de los resultados de la aplicación de las medidas orientadas a prevenir y a controlar las [infecciones asociadas a la atención de salud \(IAAS\)](#). De ahí la importancia de que el establecimiento de salud realice acciones de [monitoreo y evaluación \(MyE\)](#), en concordancia con los componentes básicos para la aplicación de las medidas de PCI (6).

Esta publicación se divide en tres partes. La parte 1 trata de los antecedentes sobre los patógenos emergentes y reemergentes en los establecimientos de salud y la necesidad de monitorear y evaluar las medidas administrativas de PCI en los [establecimientos de atención de salud para pacientes agudos](#). La parte 2 presenta los principios y los elementos fundamentales de los sistemas de MyE y el seguimiento de las medidas administrativas de PCI. La parte 3 describe el proceso de medición de los indicadores e

incluye fichas técnicas de los indicadores de estructura, proceso y resultado. Se incluye, asimismo, un glosario que recoge las deficiones de los principales términos utilizados en el campo del MyE y la PCI.

El conjunto de 35 indicadores —validados por expertos en prevención y control de las IAAS de la Región de las Américas a partir de criterios de viabilidad, relevancia y pertinencia<sup>1</sup>— considera la estructura, el proceso y los resultados de la atención de salud, de acuerdo con la lógica sistémica propuesta por Avedis Donabedian (10) y están distribuidos según los siguientes aspectos o componentes:

- **Precauciones estándar:** evaluación de prácticas de higiene de manos, uso de **equipos de protección personal** (EPP), higiene respiratoria, inyección segura, limpieza del entorno hospitalario, desinfección y esterilización de equipos médicos y manejo de desechos hospitalarios.
- **Precauciones según el mecanismo de transmisión:** evaluación de las prácticas de aislamiento.
- Entorno del establecimiento de salud, programas de PCI y dotación de recursos humanos y evaluación de los **servicios de agua, saneamiento e higiene (WASH**, por su sigla en inglés).

El presente trabajo está dirigido al personal de gestión, administración y dirección de los establecimientos de salud y su objetivo es poner a su disposición un conjunto de **indicadores** para orientar el MyE de las **medidas o controles administrativos** de los componentes de PCI para la contención de patógenos emergentes y reemergentes en establecimientos de salud (11). Estos indicadores pueden medirse también en patógenos habituales causantes de IAAS, en caso de que en un período el establecimiento de salud no cuente con un sistema de **vigilancia epidemiológica** que incluya a patógenos emergentes y reemergentes o no haya tenido infecciones por ese tipo de gérmenes durante el período evaluado.

---

<sup>1</sup> Para más información sobre el proceso de elaboración y validación de la publicación, véase el anexo 4.

# Antecedentes

## **Patógenos emergentes y reemergentes en establecimientos de salud**

Las enfermedades infecciosas surgen y resurgen en los seres humanos, facilitadas por una variedad de factores sociales, políticos y económicos, ambientales y ecológicos, así como por la capacidad de los patógenos para traspasar la barrera de especies entre animales y seres humanos. Los factores responsables incluyen cambios ecológicos, como los ocasionados por el desarrollo agrícola o económico, o modificaciones en el clima debido al calentamiento global. Otros factores son los cambios demográficos y conductuales, los viajes internacionales y el comercio; la tecnología y la industria; así como factores genéticos y biológicos de patógenos y huéspedes y el debilitamiento de las medidas de salud pública (12, 13). El cuadro 1 presenta los factores asociados a la emergencia y la reemergencia de enfermedades infecciosas.

## CUADRO 1 Factores asociados a la emergencia y a la reemergencia de enfermedades infecciosas

ÁMBITO	FACTOR
<b>Desarrollo agrícola o económico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en los ecosistemas acuáticos.</li> <li>• Degradación de los suelos, deforestación y reforestación.</li> <li>• Inundaciones y sequías; hambrunas.</li> <li>• Modificaciones en el clima debido al calentamiento global y al incremento del contacto entre seres humanos y animales.</li> </ul>
<b>Cambios demográficos y conductuales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crecimiento poblacional y de las migraciones (movimiento de zonas rurales a urbanas).</li> <li>• Guerras o conflictos civiles.</li> <li>• Decadencia urbana.</li> <li>• Cambios en el comportamiento sexual.</li> <li>• Uso de drogas intravenosas.</li> <li>• Establecimientos con situaciones de hacinamiento, como residencias o cárceles.</li> </ul>
<b>Viajes internacionales y comercio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento del movimiento mundial de mercancías y de personas.</li> <li>• Viajes aéreos.</li> </ul>
<b>Tecnología e industria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Globalización de los suministros alimentarios.</li> <li>• Contaminación de alimentos por cambios en el procesamiento y el empaque</li> <li>• Trasplante de órganos o tejidos.</li> <li>• Fármacos inmunosupresores.</li> <li>• Uso generalizado de antibióticos.</li> </ul>
<b>Adaptación microbiana</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparición de bacterias resistentes a los antibióticos como resultado del uso abusivo de antimicrobianos.</li> </ul>
<b>Debilitamiento de las medidas de salud pública</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción o desaparición de programas de prevención.</li> <li>• Saneamiento inadecuado y medidas débiles o inexistentes de control de vectores.</li> </ul>

Fuente: Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis. 1995;1(1):7-15.

Se conocen aproximadamente 400 patógenos emergentes, 25% de los cuales afectan a los seres humanos y que, en su gran mayoría, son de origen zoonótico (14, 15). Los virus son el principal grupo de patógenos causantes de infecciones **emergentes** y **reemergentes**, seguidos de las bacterias, los protozoos, los hongos y los helmintos.

Los patógenos emergentes y reemergentes constituyen un grupo importante de organismos infecciosos que pueden causar brotes extensos en la comunidad y en los establecimientos de atención de salud. Los patógenos emergentes se han identificado y clasificado recientemente y pueden ser nuevos para los seres humanos o recién reconocidos por cambios en los ecosistemas o en las dinámicas poblacionales, y aumentar el riesgo de infección en humanos. Las infecciones reemergentes incluyen enfermedades infecciosas ya conocidas que resurgen por cuenta de desequilibrio entre el hospedador, el patógeno

y el ambiente (15, 16). Aunque algunos de estos patógenos no tienen evidencia de transmisión de persona a persona, es fundamental que los profesionales de salud que presten atención a pacientes con diagnóstico confirmado de una enfermedad infecciosa por estos patógenos, apliquen las medidas de precauciones estándar<sup>2</sup> y según el mecanismo de transmisión, a fin de protegerse ellos, sus familiares y a los propios pacientes. El cuadro 2 presenta los principales patógenos emergentes y reemergentes según el grupo y que pueden estar asociados a brotes en los establecimientos de salud por incumplimiento de las prácticas de control de infecciones.

## **CUADRO 2** Principales patógenos emergentes y reemergentes según grupo

<b>GRUPO</b>	<b>PRINCIPALES PATÓGENOS</b>
<b>Bacterias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Acinetobacter baumannii</i></li> <li>• <i>Anaplasma phagocytophilum</i></li> <li>• <i>Bacillus anthracis</i></li> <li>• <i>Bartonella henselae</i></li> <li>• <i>Bordetella pertussis</i></li> <li>• <i>Borrelia</i> spp.</li> <li>• <i>Brucella</i> spp.</li> <li>• <i>Burkholderia</i> spp.</li> <li>• <i>Campylobacter jejuni</i></li> <li>• <i>Chlamydia psittaci</i></li> <li>• <i>Clostridium botulinum</i></li> <li>• <i>Clostridium perfringens</i></li> <li>• <i>Corynebacterium diphtheriae</i></li> <li>• <i>Coxiella burnetii</i></li> <li>• <i>Ehrlichia</i> spp.</li> <li>• <i>Escherichia coli</i> O157</li> <li>• <i>Francisella tularensis</i></li> <li>• <i>Haemophilus Influenzae</i></li> <li>• <i>Klebsiella pneumoniae</i></li> <li>• <i>Leptospira interrogans</i></li> <li>• <i>Listeria monocytogenes</i></li> <li>• <i>Mycobacterium tuberculosis</i>, incluidas las formas multirresistentes</li> <li>• <i>Neisseria meningitidis</i></li> <li>• <i>Ricinus communis</i></li> <li>• <i>Rickettsia</i> spp.</li> <li>• <i>Salmonella</i> spp.</li> <li>• <i>Shigella</i> spp.</li> <li>• <i>Staphylococcus aureus</i></li> <li>• Estreptococos del grupo A</li> <li>• <i>Vibrio cholerae</i></li> <li>• <i>Yersinia enterocolitica</i></li> <li>• <i>Yersinia pestis</i></li> </ul>
<b>Hongos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Aspergillus</i> spp.</li> <li>• <i>Candida auris</i></li> <li>• <i>Coccidioides</i> spp.</li> <li>• <i>Histoplasma capsulatum</i></li> <li>• <i>Microsporidia</i> spp.</li> <li>• <i>Mucor</i> spp.</li> <li>• <i>Rhizopus</i> spp.</li> </ul>
<b>Parásitos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Schistosoma</i> spp.</li> <li>• <i>Trichuris trichiura</i></li> <li>• <i>Taenia solium</i></li> </ul>
<b>Priones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob</li> </ul>

Continúa

<sup>2</sup> Las precauciones estándar incluyen la higiene de manos, el uso de equipos de protección personal según riesgo, las inyecciones seguras, la limpieza del entorno hospitalario y la desinfección de equipos médicos. Para más información, véase Organización Panamericana de la Salud. Prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud. Recomendaciones Básicas. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51447>.

GRUPO	PRINCIPALES PATÓGENOS	
<b>Protozoos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Acanthamebiasis</i> spp.</li> <li>• <i>Babesia microti</i></li> <li>• <i>Balamuthia mandrillaris</i></li> <li>• <i>Cryptosporidium parvum</i></li> <li>• <i>Cyclospora cayatanensis</i></li> <li>• <i>Entamoeba histolytica</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Giardia lamblia</i></li> <li>• <i>Leishmania</i> spp.</li> <li>• <i>Naegleria fowleri</i></li> <li>• <i>Plasmodium falciparum</i></li> <li>• <i>Toxoplasma gondii</i></li> <li>• <i>Trypanosoma cruzi</i></li> </ul>
<b>Virus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BK</li> <li>• Chapare</li> <li>• Chikungunya</li> <li>• Dengue</li> <li>• Ébola</li> <li>• Enterovirus 68 y 71</li> <li>• Fiebre amarilla</li> <li>• Flebovirus</li> <li>• Guanarito</li> <li>• Hantavirus</li> <li>• Hepatitis víricas A, B, C y E</li> <li>• Herpes humano 6 y 8</li> <li>• Influenza (tipos A, B y C)</li> <li>• Influenza aviar (H1N1, H7N7, H7N2 y H7N9)</li> <li>• JC</li> <li>• Junín</li> <li>• Lassa</li> <li>• Lujo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Machupo</li> <li>• Marburgo</li> <li>• MERS-CoV</li> <li>• Nairovirus</li> <li>• Nilo Occidental</li> <li>• Nipah</li> <li>• Poliovirus</li> <li>• Rabia</li> <li>• Rubéola</li> <li>• Sabia</li> <li>• SARS-CoV-2</li> <li>• Variola</li> <li>• VIH</li> <li>• Viruela del mono</li> <li>• Zika</li> </ul>

*Fuente:* adaptado de Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Type and Duration of Precautions Recommended for Selected Infections and Conditions. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings [Internet]. 2007, actualizado en 2018. Último acceso: 5 de agosto del 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/appendix/type-duration-precautions.html>, Organización Mundial de la Salud. Prioritizing diseases for research and development in emergency contexts [Internet]. Último acceso: 4 de agosto del 2021. Disponible en: <https://www.who.int/activities/prioritizing-diseases-for-research-and-development-in-emergency-contexts> y National Institute of Allergy and Infectious Diseases. NIAID Emerging Infectious Diseases/Pathogens. Último acceso: 26 de julio del 2018. Disponible en: <https://www.niaid.nih.gov/research/emerging-infectious-diseases-pathogens>.

## Medidas para la contención de patógenos emergentes y reemergentes

En los últimos años se ha desarrollado una mayor conciencia de la necesidad de abordar los problemas de salud a través de la gestión en las interfaces de la salud humana, la salud animal y la salud ambiental. El enfoque de “Una sola salud” plantea integrar las iniciativas de múltiples disciplinas para reducir las brechas existentes entre la salud humana y animal, así como para dotar a los sistemas de salud de estrategias que permitan mitigar las amenazas que las enfermedades zoonóticas emergentes plantean a la salud pública, y así asegurar la resiliencia frente a estas amenazas (17-19).

Es inevitable que la emergencia y reaparición de patógenos causantes de infecciones continúen ocurriendo. Pero para reducir sus efectos es necesario mantener o desarrollar un enfoque multisectorial basado en las fases del ciclo de intervención ante emergencias: mitigación, prevención, respuesta y recuperación, con la colaboración de todos los sectores afectados, a fin de fortalecer la capacidad de los países y las comunidades de responder a las amenazas (12, 19). En el ámbito de los establecimientos de



salud, esto se traduce en la necesidad de organizar la atención para contener la transmisión y proveer seguridad a pacientes, visitantes y al [personal de salud](#) a través de las prácticas de PCI (6, 20) en los [puntos de atención](#).

La gerencia de los establecimientos de salud tiene la responsabilidad de proporcionar a los pacientes y visitantes una adecuada protección contra las infecciones y de ofrecer un ambiente de trabajo seguro a todo el personal de la institución. Entre sus responsabilidades se incluyen las siguientes (6):

- Apoyo para la aplicación de todos los componentes de los programas de PCI.
- Creación de capacidad para implantar nuevas tecnologías de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de casos.
- Dotación de recursos para fortalecer la capacidad del laboratorio de microbiología.
- Monitoreo de base para exposiciones previas de los trabajadores a patógenos durante la atención de salud.
- Acceso del personal a programas de exámenes apropiados, vacunas y consejería.
- Ajuste de los procedimientos de trabajo a los [estándares](#) y mejores prácticas de seguridad.
- Suministro de medicamentos, insumos y equipos acorde al nivel de complejidad del establecimiento de salud, del perfil epidemiológico de los pacientes y de las patologías infecciosas prevalentes.
- Dotación del EPP necesario y del equipo de seguridad a fin de prevenir accidentes con agujas y objetos cortantes, por ejemplo, cajas duras adecuadas para el desecho de [objetos o instrumentos cortopunzantes](#) o material usado en inyecciones y operaciones quirúrgicas.
- Establecimiento de procedimientos para monitorear regularmente el ambiente y las prácticas de trabajo, a fin de evaluar el programa de PCI.
- Procedimientos para asegurar que las precauciones estándar y las medidas de aislamiento se están llevando a cabo en todas las instalaciones del establecimiento de salud.
- Adecuación y mantenimiento de la infraestructura.
- Procedimiento para la notificación de enfermedad, accidentes y heridas con el seguimiento apropiado, que incluya realizar investigaciones relacionadas con la ocurrencia de enfermedades y accidentes ocupacionales.
- Procedimientos para notificar los accidentes graves a la autoridad de salud.
- Educación y capacitación del personal sobre los principios, políticas y procedimientos de control de infecciones (para todos los trabajadores de salud, que incluya a los de atención directa, personal administrativo y a los que tienen funciones de apoyo).
- Instauración de controles administrativos adecuados para la condición de riesgo, por ejemplo, la implementación de los controles de ingeniería.

# Monitoreo y evaluación

## Principios de monitoreo y evaluación

Los componentes de monitoreo y evaluación (MyE) son una parte esencial del ciclo de gestión de cualquier intervención, proyecto o programa. Si bien están interrelacionados, no son sinónimos. El monitoreo es un proceso continuo de gestión de los datos (recopilación, procesamiento y análisis) en torno a lo que se ejecuta y la evaluación es una actividad periódica de análisis, valoración y apreciación crítica a partir de la información proporcionada por el monitoreo (21, 22). La figura 1 presenta los aspectos de MyE como partes del ciclo de gestión.

Actualmente, el MyE se concibe como un sistema de información imprescindible para la toma de decisiones que identifica los cambios que hay que realizar desde el inicio de una intervención o conjunto de ellas hasta la obtención de los resultados. Un buen sistema de MyE debe ser capaz de proveer información pertinente, oportuna, veraz y sintética sobre los diferentes ámbitos y dimensiones del desempeño (23).

**FIGURA 1** El monitoreo y la evaluación como partes del ciclo de gestión de cualquier intervención, proyecto o programa



*Fuentes:* Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Introducción a los sistemas de monitoreo y evaluación: curso a distancia [Internet]. ILPES/CEPAL, folleto informativo; 2021. Último acceso: 1 de septiembre del 2021. Disponible en: [https://www.cepal.org/sites/default/files/courses/files/introduccion\\_sistemas\\_monitoreo\\_y\\_evaluacion.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/courses/files/introduccion_sistemas_monitoreo_y_evaluacion.pdf) y Frankel N, Gage A. Fundamentos de monitoreo y evaluación. Curso autodirigido [Internet]. MEASURE Evaluation, Agencia de Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional; 2009. Último acceso: 12 de agosto del 2021. Disponible en: [https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-07-20-es/at\\_download/document](https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-07-20-es/at_download/document).

Más que una actividad puntual, el MyE se concibe como un proceso continuo que se aplica a lo largo del período de ejecución de una intervención, programa o proyecto. Para que sea más eficaz, se deberá planificar en la fase de diseño y asignar con anticipación el tiempo, los recursos financieros y el personal requeridos. El MyE es una herramienta que ayuda a la gerencia a llevar a cabo las siguientes actividades (24):

- Tomar decisiones fundamentadas respecto a las operaciones de los programas.
- Medir el progreso hacia los objetivos y metas.
- Evaluar de forma objetiva hasta qué punto el programa produce la repercusión deseada.
- Asegurarse de que los recursos se utilicen de forma efectiva y eficaz.
- Justificar los cambios en los planes de trabajo y los presupuestos.
- Identificar las áreas de asistencia técnica o creación de capacidad.
- Compartir la información y las lecciones extraídas con los colaboradores.

El monitoreo se debe llevar a cabo en todas las fases del programa y es necesario recopilar, analizar y utilizar datos en forma continua. En cambio, las evaluaciones se realizan al final de los programas. Sin embargo, es necesario planificarlas al principio porque se basan en los datos recopilados durante la ejecución del programa, y los datos de línea base son especialmente importantes.

## Rol de los indicadores en el monitoreo y la evaluación

Los indicadores desempeñan un papel esencial en el MyE, ya que sin ellos cualquier MyE es casi imposible. Además de definir operacionalmente los objetivos, componentes o productos esperados, los indicadores proveen una base para demostrar los logros, entre ellos la mejora de la **calidad**. Esto permite a la gerencia identificar las áreas que requieren medidas correctivas y posicionar el programa o servicio estratégicamente ante las autoridades y el público (21).

Uno de los enfoques más ampliamente reconocidos para evaluar la calidad de los servicios de salud es el uso de las categorías de “estructura”, “proceso” y “resultado” propuesto por Donabedian, que desarrolló un modelo que establece que las buenas estructuras de salud aumentan la probabilidad de tener buenos procesos, y a su vez, ambos aumentan la probabilidad de obtener buenos resultados (10, 25).

En esa lógica sistémica, los indicadores pueden referirse a los aspectos de la estructura, del proceso y de los resultados (cuadro 3). Los de estructura son las características más fijas del sistema de salud; los de procesos describen las actividades más importantes que contribuyen al logro de resultados y los de resultado de la atención de salud reflejan el estado de salud de los pacientes y la población (10, 25, 26). Algunos autores denominan “indicadores de entrada” a los indicadores de estructura y consideran cuatro tipos de elementos estructurales: físicos, ocupacionales, financieros y organizacionales (27).

### **CUADRO 3** Tipos de indicadores en monitoreo y evaluación

---

#### **Indicadores de estructura**

En los establecimientos de salud se miden las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de la estructura, el personal, las normas, los equipos y los insumos para ofrecerlos. Esto permite saber si los recursos para la atención al usuario están disponibles, organizados y cumplen con las normas.

---

#### **Indicadores de proceso**

Se refieren a las actividades, interrelacionadas entre sí, que tienen un determinado objetivo. Los indicadores de proceso están llamados a evidenciar cuántas de estas actividades se adhieren a los estándares definidos por un organismo con autoridad o a lo que la institución haya establecido como “buena práctica”.

---

#### **Indicadores de resultado**

Miden el nivel de éxito alcanzado y si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas. Los que evidencian los cambios en la población meta son denominados indicadores de impacto.

---

*Fuente:* adaptado de Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana. Medición de indicadores de calidad de los servicios de salud: aspectos conceptuales, metodológicos y procedimentales [Internet]. República Dominicana; 2020. Último acceso: 5 de abril del 2021. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/2042?show=full>.

La selección de indicadores apropiados es uno de los pasos más críticos en el diseño de un sistema de MyE. Se recomienda utilizar un conjunto definido de indicadores y que el número de cada tipo de ellos se vaya reduciendo (28). Así, habrá menos indicadores de impacto y de resultado que de actividades (referidas al proceso) y estos, a su vez, serán menos que los de estructura, tipo en el que se consideran, además de los aspectos propios de la construcción, los insumos, equipos y recursos humanos, entre otros. Este concepto, conocido como sistema de los indicadores (*pipeline*), se muestra en la figura 2.

**FIGURA 2** Sistema de los indicadores (*pipeline*) empleados en monitoreo y evaluación



*Fuente:* Ministerio de Salud de Brasil. Manual da oficina de capacitação em avaliação com foco na melhoria do programa (Manual del taller de capacitación sobre evaluación focalizada en la mejoría del programa). Cuaderno de trabajo. Brasília: Secretaría de Vigilancia en Salud. Programa Nacional de ITS y sida; 2007. Disponible en: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/oficina\\_capacitacao\\_avaliacao\\_programa\\_4ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/oficina_capacitacao_avaliacao_programa_4ed.pdf).

## Componentes de los planes de monitoreo y evaluación

La decisión de los gerentes o administradores de poner en marcha una serie de procesos de seguimiento de intervenciones, programas o conjunto de prácticas requiere desarrollar un plan de MyE como punto de partida. El plan de MyE es un documento que describe los objetivos, las intervenciones que se desarrollarán para alcanzar estos objetivos y los procedimientos que hay que aplicar para determinar si se alcanzaron o no dichos objetivos. Además, muestra cómo se relacionan los resultados esperados de un programa con sus respectivos objetivos y metas, detalla qué datos se recopilarán y analizarán, cómo se utilizará la información y qué recursos se requerirán. Estos planes, que deberán elaborarse durante la fase de diseño de la intervención, incluyen los siguientes componentes (26).

## Introducción

La introducción de un plan de MyE incluye una descripción de los antecedentes, con información sobre las motivaciones de los interesados internos y externos, sobre el propósito del programa, las actividades concretas de MyE requeridas y la razón por la que son importantes.

## Descripción y marco del programa

La descripción y el marco del programa consta, a su vez, de los siguientes subcomponentes:

- **Problema:** es una descripción concisa del problema que hay que abordar y que proporciona información sobre la situación que se debe cambiar, a quién afecta, sus causas, su magnitud, su impacto y su trascendencia.
- **Objetivo:** es un enunciado general sobre el resultado esperado a largo plazo. Los objetivos expresan las intenciones o efectos del programa o intervención. Cada uno de ellos incluye un conjunto de metas relacionadas.
- **Metas:** son enunciados de resultados esperados concretos. Expresan el nivel de desempeño que hay que alcanzar y deben tener las siguientes características: específicas, medibles, apropiadas, realistas y oportunas.
- **Intervenciones:** se deben describir las intervenciones concretas que hay que realizar y su duración, alcance y población diana.
- **Marco conceptual:** es una representación gráfica de los factores que se considera que influyen en el problema de interés y en qué forma se relacionan estos factores.
- **Marco lógico o marco de resultados:** vincula el objetivo y las metas con las acciones de la intervención.

## Recursos requeridos

Se especificarán los recursos financieros, humanos y los relacionados con la infraestructura, entre otros. El plan de MyE detallará las capacidades necesarias para llevar a cabo las iniciativas descritas en el documento que contiene el plan.

## Descripción detallada de los indicadores del plan

Los indicadores muestran cuánto se apega la intervención al curso de acción y a los resultados esperados. Por su carácter tangible y cuantificable, el MyE desarrollado mediante medición de indicadores provee una base sólida para la toma de decisiones oportunas y para el desarrollo de planes de mejora de la calidad de la atención.

## Plan de recopilación de datos

Las fuentes de datos son los registros que se utilizan para recopilar los datos necesarios para calcular los indicadores. El plan de recopilación de datos incluirá diagramas que representan los sistemas utilizados para la recopilación, el procesamiento, el análisis y la notificación de los datos. La solidez de estos sistemas determina la validez de la información obtenida. Por tanto, al determinar la utilidad

de las fuentes de datos, es necesario considerar cuidadosamente los posibles errores en la recopilación de datos o en los propios datos.

### **Plan de monitoreo y plan de evaluación**

El plan de monitoreo describe los componentes específicos que hay que monitorear, la periodicidad que ocurrirá y la forma en la que llevará a cabo el monitoreo. El plan de evaluación incluye el objetivo de la evaluación, cuándo esta será realizada y los enfoques metodológicos a aplicar para identificar si los cambios en los resultados pueden atribuirse a una intervención dado.

### **Plan del uso de la información recabada**

En la etapa de planificación se debe establecer cómo se almacenará, difundirá y utilizará la información. Esto ayudará a asegurar que los hallazgos resultado de las iniciativas contribuyan a la toma de decisiones para la mejoría de la intervención o programa.

### **Mecanismos para actualizar el plan**

El plan deberá definir un mecanismo de revisión y actualización, ya que cualquier cambio que se realice al programa puede afectar los planes originales de MyE.

## Monitoreo y evaluación de las medidas administrativas de prevención y control de infecciones

### Contexto del monitoreo y evaluación en los programas de prevención y control de infecciones

El equipo de gestión de un establecimiento de atención de salud para pacientes agudos debe preguntarse si dicho establecimiento cumple los requerimientos mínimos de PCI para prevenir y contener brotes ocasionados por patógenos emergentes y reemergentes en su entorno, y evitar así la diseminación a otros pacientes, a trabajadores de la salud y a la comunidad (7, 29, 30).

Contestar ese interrogante requiere que los establecimientos de salud: 1) establezcan o tengan un programa de PCI, con objetivos basados en datos y prioridades locales según evaluación de riesgo, y profesionales capacitados y con dedicación específica a estas actividades, y 2) cuenten con un sistema de MyE de las medidas de PCI. Así, un sistema de MyE monitorea y evalúa no solo las prácticas de PCI que se llevan a cabo en los establecimientos de salud, sino también las medidas administrativas que sustentan el quehacer de los trabajadores de atención directa. Entre dichas medidas están la disponibilidad de recursos, las condiciones apropiadas de la infraestructura y la dotación de personal, equipos, materiales e insumos necesarios para garantizar la calidad en prestación de servicios, y proteger la salud y la vida de los pacientes y del personal de salud.

En el contexto de los componentes básicos de la OMS para los programas de PCI,<sup>3</sup> el componente básico 6, “seguimiento, evaluación y notificación de resultados”, presenta una serie de recomendaciones y buenas prácticas que los establecimientos de salud deben adoptar en el tema de MyE y que están resumidas en el cuadro 4 (6). El componente básico 6 se relaciona con los demás componentes, por lo que se considera un eje transversal de los programas de PCI. Las directrices de la OMS establecen que los programas de PCI deben ser evaluados periódicamente para determinar en qué medida se logran los objetivos y las metas propuestas, si las actividades se están realizando según las normas y los protocolos o, por el contrario, se desvían respecto a los requisitos exigidos, y para detectar oportunidades de mejora en la prestación de servicios de salud incrementar la calidad y la seguridad de la atención.

---

<sup>3</sup> Los componentes básicos de los programas de prevención y control de infecciones de la OMS incluyen: 1) programas de prevención y control de infecciones; 2) directrices de prevención y control de infecciones a nivel nacional y a nivel de establecimiento de atención de salud; 3) formación y capacitación en prevención y control de infecciones; 4) vigilancia de infecciones relacionadas con la atención de salud; 5) estrategias multimodales para la ejecución de actividades de prevención y control de infecciones; 6) seguimiento, evaluación y notificación de resultados; 7) carga laboral, dotación de personal y ocupación de camas a nivel de establecimientos de atención de salud, y 8) entorno construido, materiales y equipo para la prevención y control de infecciones a nivel del establecimiento de atención de salud.



#### **CUADRO 4** Componente básico 6 de seguimiento, evaluación y notificación de resultados de la Organización Mundial de la Salud para el nivel de los establecimientos de salud

---

##### **Recomendación o buena práctica\***

Realizar el seguimiento y la evaluación regulares y la notificación oportuna de los resultados de las prácticas de atención de salud según las normas de PCI, en la prevención y el control de las IAAS y de la resistencia a los antimicrobianos a nivel de los establecimientos de atención de salud. Deben notificarse los resultados a todas las personas evaluadas y al personal pertinente.

---

##### **Aspectos clave**

- La finalidad principal de las prácticas de evaluación y seguimiento y la notificación de los resultados es alcanzar un cambio de conducta u otra modificación del proceso, con objeto de mejorar la calidad de la atención y de las prácticas y, de esta manera, de reducir el riesgo de IAAS y de propagación de la resistencia a los antimicrobianos. El seguimiento y la notificación de los resultados también tienen como finalidad hacer participar a los interesados directos, establecer colaboraciones y crear redes y grupos de trabajo.
- La puesta en común de los resultados de la evaluación y la notificación de los resultados no solo a las personas evaluadas (cambio individual), sino también al personal de gestión del hospital y al personal de administración superior (cambio de la organización), son etapas cruciales. También es necesario incluir a los equipos y comités de PCI (o los comités de calidad de la atención de salud), puesto que las prácticas de PCI constituyen marcadores de calidad para esos programas.
- Los programas de PCI deben evaluarse periódicamente para determinar en qué medida se logran los objetivos y las metas alcanzadas, si las actividades se están realizando según lo exigido y para detectar aspectos que puedan necesitar mejoras identificándolos a través de evaluaciones estandarizadas. La información importante que puede utilizarse para este fin incluye los resultados de la evaluación del cumplimiento de las prácticas de PCI, otros indicadores del proceso (por ejemplo, actividades de capacitación), el tiempo dedicado por el equipo de PCI y la asignación de recursos.

---

\*Según la metodología GRADE para la evaluación de la calidad de la evidencia y la graduación de la firmeza de las recomendaciones, para este componente básico, las recomendaciones se clasifican como firmes y la calidad de la evidencia, como baja.

Fuente: adaptado de Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nivel nacional y de establecimientos de atención de salud para pacientes agudos [Internet]. Ginebra: OMS; 2017. Último acceso: 27 de julio del 2021. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255764>.

La información que aporta el seguimiento de las prácticas de PCI a través de la medición periódica de indicadores es útil para desarrollar intervenciones orientadas a promover cambios de conducta individuales y en los equipos de trabajo, a nivel de los servicios; asimismo, contribuye a sensibilizar a la dirección del hospital y a la gerencia superior para tomar decisiones dirigidas a lograr transformaciones institucionales de naturaleza sistémica. Además, el seguimiento y la notificación de los resultados tienen como finalidad hacer participar a los interesados directos, establecer colaboraciones y crear redes y grupos de trabajo.

#### **Relevancia de las medidas administrativas de los programas de prevención y control de infecciones**

Si bien las intervenciones de los programas de PCI requieren la práctica uniforme de procedimientos preventivos (como la higiene de las manos y respiratoria, la profilaxis antimicrobiana quirúrgica y la manipulación aséptica de los dispositivos invasivos, entre muchos otros), la idoneidad de su realización depende del comportamiento de los profesionales de la atención de salud, individualmente y como

equipo, y de la aplicación de una serie de medidas administrativas que son responsabilidad última de la gerencia de los centros.

Una evaluación realizada en el 2006 y el 2007 (31, 32) mediante una herramienta específica para el MyE de prácticas de PCI en establecimientos de salud caracterizó los programas de PCI en 67 instituciones hospitalarias de siete países de América Latina. En la evaluación se valoraron los ámbitos de organización, vigilancia epidemiológica, microbiología, estrategias de intervención, esterilización y desinfección de alto nivel, salud del personal, entorno hospitalario y saneamiento, entre otros, por medio de entrevistas, revisión de documentos y observación directa de los procesos. El estudio evidenció que la mayoría de las medidas administrativas se cumplían solo en alrededor de la tercera parte de los centros. Por ejemplo, había regulaciones escritas actualizadas sobre prevención de infecciones en 33%. Contaban con instalaciones para el lavado de manos<sup>4</sup> en las áreas de atención a pacientes y las áreas de preparación de medicamentos o de realización de procedimientos invasivos 19% y 28% de los centros, respectivamente; se contaba con las condiciones para el aislamiento respiratorio de pacientes en 36% y con una separación de las camas de 1 metro o más en salas de pediatría y de neonatología, en 34% y 31%, respectivamente.

Recientemente, Tartari et al. (33) presentaron los resultados de un estudio transversal para evaluar el estado de aplicación de los programas nacionales de PCI según los componentes básicos para los programas de PCI de la OMS. De los 88 países incluidos en el análisis final (85,4% de los 103 países elegibles), 22,7% eran de ingreso bajo, 19,3% de ingreso bajo y mediano, 23,9% de ingreso mediano alto y 34,1% de ingreso alto. En 62,5% de los países existía un programa nacional de PCI, pero solo 26,1% contaba con un presupuesto específico. Las directrices nacionales estaban disponibles en 67,0%, pero solo 36,4% y 21,6% de los países disponían de una estrategia de aplicación y evaluaban el cumplimiento de las directrices, respectivamente. Se notificó la existencia de vigilancia de las IAAS en 46,6% de los países, con diferencias entre 83,3% (ingreso alto) y cero (ingreso bajo) ( $p < 0,001$ ). En 65,9% de los países, estaban presentes los elementos del componente básico 6 relativo al seguimiento, la evaluación y la notificación de los resultados. Finalmente, solo 12,5% de los países habían aplicado todos los componentes básicos.

El *Plan de acción sobre la resistencia antimicrobiana: informe final* de la OPS (34) muestra avances en los aspectos relacionados con estrategias de PCI en los países de la Región.<sup>5</sup> Respecto al período

---

<sup>4</sup> Este indicador mide la presencia de lavamanos accesibles y operativos con jabón e insumos para secado de manos en todas las áreas de atención de pacientes y no la estrategia de higiene de manos. Para más información, véase: Organización Panamericana de la Salud. Guía de evaluación rápida de programas hospitalarios en prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud 2011. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/SPA-Guia-Evaluacion-IAAS.pdf>.

<sup>5</sup> El denominador de los cálculos es 35 (número de Estados Miembros). Los aspectos de prevención y control de infecciones medidos por el plan se contemplan en la línea estratégica 3, "reducir la incidencia con medidas eficaces de saneamiento, higiene y prevención de infecciones y en su objetivo 3.1, "establecer estrategias que mejoren las capacidades nacionales para la contención, el tratamiento, la prevención, la vigilancia y la evaluación y comunicación del riesgo de enfermedades causadas por organismos multirresistentes".

comprendido entre el 2015 y el 2020, 68,6% de los países cuentan con datos nacionales de IAAS, objetivo que se incrementa en 33% con relación a la meta del 2020. Realizan evaluaciones de las capacidades de PCI 51,4% de los países, valor excedido en 38,5% con relación a la meta del 2020. Por último, para el 2020, 31 países habían evaluado su infraestructura de salud respecto al control de infecciones transmitidas por aerosoles, lo que correspondió a un aumento de 100% respecto a la línea de base.

Los resultados reflejan que la aplicación de los programas de PCI en los países de la Región es una tarea compleja; en muchos, la situación general se caracteriza por la falta de personal con las competencias necesarias, un seguimiento escaso y presupuestos limitados o inexistentes, factores de tipo administrativo que limitan la eficacia de las acciones de prevención y control de patógenos emergentes y reemergentes (35). La relevancia de prestar atención a las medidas administrativas de los programas de PCI ha sido ampliamente estudiada, demostrándose, por ejemplo, su capacidad para reducir la carga de tuberculosis en servicios de salud (9, 36).

### **Objetivo de la evaluación de las medidas administrativas de prevención y control de infecciones**

La evaluación de las medidas administrativas tiene como objetivo determinar fortalezas y brechas referentes a los aspectos de los programas de PCI que son de atribución directa e indirecta de los gerentes de los establecimientos; en consecuencia, tiene carácter de herramienta diagnóstica. Los hallazgos que se realicen mediante su aplicación constituirán los puntos de partida de la elaboración de planes de mejora orientados a superar problemas o deficiencias relevantes referentes al cumplimiento de normas nacionales e internacionales.

En apego a las recomendaciones del *Marco de evaluación de prevención y control de infecciones al nivel de los establecimientos de atención de salud de la OMS* (37), la evaluación no está pensada para comparar diferentes establecimientos de atención de salud en virtud de que el tamaño, el tipo de atención médica, el entorno socioeconómico y el contexto sanitario son variables de gran incidencia en la disponibilidad de recursos y en la forma en que se realiza la gestión hospitalaria. Por tanto, se concibe como una herramienta de uso interno, no de evaluación externa.

Como también establece el marco de evaluación de la OMS, las actividades de mejora continua de la calidad deben llevarse a cabo con cuidado de no promover la culpabilización de las personas involucradas. En aras de fomentar una cultura no punitiva, se recomienda a los gerentes de los establecimientos imprimir objetividad y un alto grado de estandarización al proceso de evaluación.

Las medidas administrativas de PCI están referidas a elementos de entrada y de proceso que necesitan ser aplicados por la gerencia de los establecimientos de salud para garantizar la seguridad de los trabajadores y de los pacientes. Estas medidas favorecen la aplicación de otras medidas de prevención

y control de patógenos emergentes y reemergentes e inciden directamente en los resultados de los programas de PCI porque van a:

1. Reducir el riesgo de exposición del personal de salud, de los pacientes y de los visitantes a agentes infecciosos.
2. Aumentar la capacidad de los establecimientos de salud de responder a brotes.
3. Evitar que los establecimientos de salud se conviertan en amplificadores del evento infeccioso.

Si bien las medidas administrativas de PCI comprenden un amplio conjunto de intervenciones y controles con capacidad de incidir en la reducción o la mitigación del riesgo de transmisión de una enfermedad infecciosa en los establecimientos de salud, las que se consideran prioritarias son las relativas a los ámbitos mencionados a continuación (6, 8, 38).

### **Recursos humanos y salud del personal**

Se trata de medidas para garantizar la suficiencia de personal, la seguridad de los trabajadores y el apego a procedimientos normalizados para la prevención y el control de infecciones. Entre ellas, cabe mencionar las siguientes:

- Dotación de personal para garantizar que la plantilla de personal de atención directa sea apropiada para el volumen de pacientes.
- Personal de limpieza suficiente en relación con las áreas y los servicios del hospital.
- Normas o directrices actualizadas para el desecho de instrumentos cortopunzantes.
- Capacitación del personal en PCI.
- Pautas establecidas para el cuidado de los trabajadores de salud expuestos a patógenos emergentes y reemergentes.
- Calendario o directrices de vacunación para el personal de salud.
- Normas o directrices para el seguimiento al estado de salud del personal.
- Vigilancia activa de la ocurrencia de infecciones en los trabajadores de salud.
- Supervisión del cumplimiento, por parte de los trabajadores de salud, de las precauciones estándar y según mecanismos de transmisión de la enfermedad.

### **Precauciones estándar y otras medidas de prevención de infecciones**

Incluyen la disponibilidad de insumos, la existencia de directrices, normas o protocolos, la supervisión programada de procedimientos y el aislamiento de pacientes con enfermedad infecciosa sospechada o confirmada. Las más importantes son las siguientes:

- Dotación completa y suficiente de EPP.
- Existencia de planes de contingencia para la detección y prevención de la diseminación de patógenos emergentes y reemergentes.
- Existencia de normas o directrices para el uso de EPP.

- Uso adecuado de EPP por parte de los trabajadores de salud de atención directa.
- Normas o protocolo para la higiene de manos.
- Adherencia de los trabajadores de la salud de atención directa al protocolo de higiene de manos.
- Supervisión de procedimientos de atención relacionadas con la prevención de patógenos emergentes y reemergentes.
- Procedimientos e insumos adecuados para limpieza y desinfección y esterilización de equipos médicos quirúrgicos.
- Insumos para prácticas de inyección segura.

### **Entorno hospitalario e infraestructura**

Son medidas que tienen por objetivo evitar la diseminación de patógenos y reducir su concentración en el ambiente. Entre ellas figuran las siguientes:

- La ocupación de camas no excede la capacidad ordinaria del establecimiento de salud.
- Camas de pacientes ubicadas con al menos 1 metro de separación.
- Disponibilidad garantizada de productos para la higiene de las manos en los puntos de atención.
- Lavamanos operativos y con insumos para el lavado y secado de las manos en la entrada de las áreas de atención y de preparación de medicamentos.
- Servicios de WASH funcionales.
- Normas o directrices para el triaje de pacientes.
- Estación de triaje en la entrada del establecimiento de salud.
- Normas o directrices para el manejo de los servicios de WASH.
- Normas o procedimientos escritos para la limpieza y desinfección.
- Supervisión de los procedimientos de limpieza y desinfección del ambiente.
- Existencia de sistemas de regulación de la calidad del aire.
- Habitaciones con condiciones para el aislamiento de pacientes.
- Normas o directrices para el aislamiento de pacientes.
- Señalización en las zonas de aislamiento sobre el uso correcto de los EPP.

# Indicadores de monitoreo y evaluación

## Indicadores para el monitoreo y la evaluación de las medidas administrativas de prevención y control de infecciones

Para que los gerentes de los establecimientos de salud cuenten con una herramienta de seguimiento de la aplicación de las medidas administrativas de PCI que más inciden en la contención de patógenos emergentes y reemergentes se ha definido un conjunto reducido de indicadores de estructura, de proceso y de resultado. A fin de facilitar la comparación de la situación del establecimiento de salud en diferentes momentos, se recomienda que se realice una valoración inicial o basal de los indicadores, que servirá para fundamentar la toma de decisiones, a través de planes de intervención, y mediciones periódicas que permitirán documentar progresos, o retrocesos, de las medidas administrativas concernientes a los componentes de los programas de PCI.

Se presenta un total de 35 indicadores: 18 de estructura, 15 de proceso y 2 de resultado.<sup>6</sup> Se definieron tres ejes o componentes de indicadores que sirvieron para clasificarlos por tipos: 1) los relacionados con las precauciones estándar, 2) con las precauciones según el mecanismo de transmisión y 3) con las precauciones según el entorno hospitalario, los programas de PCI y la dotación de recursos humanos.

---

<sup>6</sup> Para más información sobre el proceso de desarrollo y validación de los indicadores, véase el anexo 3.

Para cada uno de los indicadores, se identificaron las prácticas que más inciden en la reducción de las infecciones ocasionadas por patógenos emergentes y reemergentes en los establecimientos de salud. Si bien la lógica planteada es sistémica, difícilmente puede atribuirse un resultado a un solo proceso o a un insumo debido a que, generalmente, son muchos los factores intervinientes.

El cuadro 5 presenta el panorama de los indicadores propuestos según componente, práctica y estructura para monitoreo de las prácticas de PCI para contención de patógenos emergentes y reemergentes en los establecimientos de salud.

**CUADRO 5** Indicadores propuestos para monitoreo de prácticas de prevención y control de infecciones para contención de patógenos emergentes y reemergentes en los establecimientos de salud, por componente, practica y tipo

COMPONENTE	PRÁCTICA	TIPO DE INDICADOR		
		ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
<b>Precauciones estándar</b>	Higiene de manos	2	2	2
	Uso de equipos de protección personal	2	2	
	Higiene respiratoria	1	1	
	Inyección segura	1	1	
	Limpieza del entorno hospitalario	1	1	
	Desinfección y esterilización de equipos médicos	1	1	
	Manejo de desechos hospitalarios	2	2	
<b>Precauciones según el mecanismo de transmisión</b>	Aislamiento	3	2	
<b>Precauciones según el entorno hospitalario, los programas de prevención y control de infecciones y la dotación de recursos humanos</b>	Agua, saneamiento e higiene (WASH)	1	1	
	Programas de PCI	3	1	
	Dotación de recursos humanos	1	1	
		18	15	2
		<b>Total: 35</b>		

PCI: prevención y control de infecciones.

## Fichas técnicas para la estandarización de la medición de indicadores

Para cada uno de los indicadores mediante los cuales se realizará la evaluación de las medidas administrativas de los programas de PCI atinentes a la contención de patógenos emergentes y reemergentes se ha definido una ficha técnica que orientará el proceso de medición. De esta manera, las evaluaciones se realizarán de forma estandarizada y se garantizará la comparabilidad de los resultados alcanzados en diferentes mediciones a lo largo del tiempo. Las informaciones contenidas en las fichas técnicas de los indicadores se presentan en el cuadro 6.

### **CUADRO 6** Componentes de la ficha técnica de los indicadores para evaluación de prácticas de prevención y control de infecciones

ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
<b>Nombre</b>	Nomenclatura que se ha dado al indicador (puede ir acompañada de un código).
<b>Relevancia</b>	Enunciado que indica la utilidad del indicador y que describe la importancia de su medición para el seguimiento de las medidas administrativas de contención de patógenos emergentes y reemergentes.
<b>Tipo</b>	Clasificación del indicador (estructura, proceso o resultado).  Indicar también si se trata de un número absoluto, una proporción o una tasa, entre otros.
<b>Numerador</b>	Número de áreas, servicios, puntos de atención o elementos que cumplen con el estándar.
<b>Denominador</b>	Número de áreas, servicios, puntos de atención o elementos evaluadas.
<b>Fórmula de cálculo</b>	Para los indicadores relativos, la fórmula puede seguir la lógica de una proporción (el numerador proviene del denominador, estableciendo la relación de la parte con el todo) o de una razón (el numerador no proviene del denominador, midiendo la relación de la parte con la parte). En los indicadores que son proporciones, el resultado se multiplica por 100 para obtener un porcentaje.
<b>Línea de base</b>	Resultado del indicador en la primera medición. Es el valor que se emplea para comparar mediciones sucesivas (monitoreo) y determinar el avance o retroceso del establecimiento de salud en la adherencia a las normativas nacionales o internacionales relativas a las prácticas de PCI y a las medidas administrativas para la prevención de patógenos emergentes y reemergentes.
<b>Fuente del dato</b>	Registro primario en el que el establecimiento de salud consigna los valores de las variables pertinentes a las medidas administrativas de PCI evaluadas. Esos valores son los datos necesarios para medir el indicador. No aplica para indicadores medidos a partir de observaciones (inspecciones) ni los referidos a revisión de protocolos, normas u otros documentos.
<b>Técnica de obtención</b>	Procedimiento para la recopilación del dato. Puede ser auditoría de registros y observación de la infraestructura o de los procesos, o una combinación de estos.
<b>Meta</b>	Nivel de desempeño del indicador. La meta la definirá el propio establecimiento de salud a partir del valor considerado basal, pudiendo ser el obtenido en la primera medición, en caso de implantación del sistema de MyE, o de mediciones subsecuentes (preferiblemente la anterior o previa), si el establecimiento de salud ya cuenta con experiencia en el seguimiento de los indicadores.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Frecuencia con la que se realizará la medición del indicador (mensual, trimestral, semestral o anual). En la periodicidad de la medición intervienen factores como los recursos, la producción del dato y el tiempo necesario para observar el cambio. De conformidad con los resultados de la medición basal, el equipo de PCI podrá sugerir a la gerencia del establecimiento de salud reducir el intervalo de tiempo entre una medición y otra para priorizar el seguimiento de los indicadores con menor nivel de cumplimiento.

Continúa



ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
<b>Área responsable de la medición</b>	Departamento o servicio del establecimiento de salud responsable de medir el indicador. Se recomienda que en los establecimientos de salud que cuenten con programas de PCI, el equipo sea el responsable de generar y comunicar los indicadores. Según la estructura funcional del establecimiento, el equipo de PCI puede coordinar la medición de los indicadores con personal del área de evaluación de la calidad y la seguridad del paciente, así como el equipo de epidemiología.
<b>Servicio que registra el dato</b>	Departamento, área o servicio del hospital que genera los registros de los que se tomarán los datos para medir el indicador (PCI, epidemiología, mantenimiento, ingeniería, estadística o recursos humanos, entre otros).
<b>Criterio de cumplimiento</b>	Conjunto de requisitos que representa la valoración ideal o aceptable de la medida administrativa para el período evaluado. El criterio de cumplimiento lo establece la autoridad de salud o, en su defecto, un organismo internacional o el propio establecimiento de salud, en el marco del plan de mejora.
<b>Aspectos técnicos</b>	Orientaciones relativas a la medición del indicador, incluidos elementos que afectan al cumplimiento del criterio y los desafíos o restricciones relacionados con su uso o su interpretación.
<b>Documentos de referencia</b>	Documento técnico en el que se describe la acción normada o considerada estándar, la conducta que representa el estándar o la pauta de obligado cumplimiento por parte del establecimiento de salud. La referencia puede ser una directriz de la autoridad de salud nacional o lineamientos de organismos internacionales.

PCI: prevención y control de infecciones.

*Fuente:* adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2018. Último acceso: 12 de agosto del 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49058> y Ministerio de Salud Pública de República Dominicana. Medición de indicadores de calidad de los servicios de salud, aspectos conceptuales, metodológicos y procedimentales [Internet]. República Dominicana; 2020. Último acceso: 5 de abril del 2021. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/2042?show=full>.

## Técnicas para obtener los indicadores

La evaluación de las medidas administrativas de los programas de PCI de importancia para la contención de patógenos emergentes y reemergente es parte integral del trabajo de los equipos de PCI, que se encargarán de obtener los datos, procesarlos y analizarlos, así como de difundir la información resultante de manera oportuna con la gerencia de los establecimientos de salud.

Los datos para la construcción de los indicadores definidos se obtendrán mediante la aplicación de las técnicas que se indican en los siguientes apartados.

### Auditoría

La revisión y el examen de registros y documentos es de gran relevancia para el MyE debido a que la utilidad de los indicadores seleccionados está en estrecha relación con la calidad de los datos y la rigurosidad y la objetividad con la que se realicen las mediciones. Con el fin de obtener los datos necesarios para medir los indicadores seleccionados, el equipo de PCI deberá auditar los registros de los departamentos, áreas y servicios del establecimiento de salud vinculados al cumplimiento de los estándares para la prevención de infecciones por patógenos emergentes y reemergentes. Los registros más importantes son los expedientes clínicos de los pacientes, las planillas de recursos humanos, los expedientes de los trabajadores de salud, los libros de consulta, emergencia u hospitalización, la

programación de turnos, las bitácoras de mantenimiento, las facturas de compra de equipos e insumos, el informe de inventario, otros informes u otros documentos

Muchos de estos registros alimentan otros sistemas de evaluación del hospital, internos o externos, como el sistema de vigilancia epidemiológica. Cuando los datos estén ya procesados y analizados en el marco de esos sistemas, se podrán utilizar siempre y cuando correspondan al período que se pretende evaluar. En caso de que el establecimiento de salud tenga contratados servicios de mantenimiento a empresas externas se deberán consultar los registros en los que esas empresas provean medidas.

### **Observación directa**

La observación directa incluye la inspección de la infraestructura de los departamentos, áreas y servicios, de la dotación de insumos o de las condiciones de hospitalización de los pacientes, entre otros.

### **Entrevistas**

La comunicación personal no debe emplearse para evidenciar el cumplimiento de los criterios de los indicadores, pero permitirá al equipo evaluador conocer en qué departamentos, áreas o servicios del establecimiento de salud se encuentran los documentos que se auditarán. Los principales son el equipo de PCI o de control de infecciones, los departamentos o servicios de epidemiología, estadística, salud ocupacional, ingeniería, recursos humanos, limpieza y mantenimiento, o de salud ambiental y administración.

## **Fases de la medición**

Se sugiere que la gerencia del establecimiento de salud desarrolle la evaluación de los indicadores relativos a las medidas administrativas de PCI mediante fases sucesivas.

### **Fase de planificación**

En esta fase se determinan los indicadores prioritarios para cada establecimiento de salud, los datos y las informaciones que se requerirán, las fuentes que habrán de consultarse y los departamentos, áreas o servicios del establecimiento de salud que deben participar. Asimismo, se establece el tiempo que requerirá la jornada de medición.

### **Fase de ejecución**

Esta fase comprende la visita a los departamentos, áreas y servicios que se inspeccionarán, cuyas prácticas se observarán o en los que se encuentran los documentos que contienen los datos e informaciones que alimentarán los indicadores. También se realiza el registro, el procesamiento y el análisis de los datos para alimentar los indicadores y elaborar el informe de la evaluación.

## Fase de comunicación de resultados

En esta fase, el equipo responsable presenta los resultados de la medición de los indicadores al equipo de gestión y a todos los departamentos, áreas o servicios y responsables de funciones que se evaluaron; además, se analizan los factores que limitan y favorecen el cumplimiento de los indicadores.

## Fase de elaboración del plan de acción

La medición de los indicadores debe culminar en la formulación de un plan de acción destinado a fortalecer las medidas administrativas de los programas de PCI para contener los brotes ocasionados por patógenos emergentes y reemergentes. En la elaboración del plan deben participar todas las áreas, servicios o departamentos que tomen parte en la medición, incluida la gerencia del establecimiento de salud (dirección, subdirección o administración, entre otros).

## Seguimiento del monitoreo y la evaluación

Para fortalecer el sistema de MyE, el establecimiento de salud definirá pautas para identificar la oportunidad y la calidad de las mediciones de los indicadores para el seguimiento de medidas administrativas de PCI. Dado que el equipo de PCI, como responsable de la medición, no debe evaluarse a sí mismo, se recomienda que otra instancia se encargue del seguimiento del sistema de MyE, como el departamento de planificación, de calidad o de auditoría.

Para definir la calidad del sistema de MyE se deben cumplir los siguientes criterios:

- Los indicadores priorizados se miden con la periodicidad indicada en las fichas técnicas.
- La metodología se corresponde con lo que se indica en las fichas técnicas, incluidos los [criterios de cumplimiento](#) y la fórmula de cálculo para la medición del indicador.
- En la medición deben participar todos los departamentos, áreas y servicios pertinentes al indicador evaluado.
- El equipo de gestión ofrecerá facilidades y recursos para realizar las mediciones.
- Se deben realizar todas las fases de la medición.

## Notificación de los indicadores

La metodología propuesta para notificar los resultados de la medición de los indicadores para evaluar las prácticas de PCI en establecimientos de salud para la contención de patógenos emergentes y reemergentes es una adaptación de la evaluación de las medidas de PCI establecida por la OMS (37) y consta de las siguientes cuatro etapas:

1. Sumar los puntos obtenidos por el cumplimiento de cada uno de los indicadores
2. Interpretar los resultados de los indicadores
3. Analizar los resultados de la medición de los indicadores
4. Formular y aplicar un plan de acción

La puntuación total ha sido establecida con base en 100 puntos, de los cuales 55 se asignaron a los indicadores de estructura, 40 a los de proceso y 5 a los indicadores de resultado. Si el establecimiento de salud decide llevar a cabo la medición de una parte, y no del conjunto de los indicadores propuestos, se deberá ajustar la puntuación, manteniendo la proporcionalidad según el sistema de los indicadores (*pipeline*) abordados en la sección: rol de los indicadores en el monitoreo y la evaluación. Para más información sobre la puntuación según cumplimiento de los indicadores, véase el anexo 2.

Se recomienda que el análisis de los resultados de la medición de los indicadores sea un ejercicio participativo en el que intervengan activamente todos los actores con responsabilidad en la PCI en el establecimiento de salud.

La gerencia, el equipo de PCI, el personal de atención directa, de apoyo al diagnóstico y de limpieza, desinfección y esterilización, y otros que se considere relevante incorporar, tienen la oportunidad de reflexionar sobre las fortalezas y debilidades de la PCI en el establecimiento de salud. Si el criterio de uno o varios de los indicadores propuestos no se cumpliera en esa medición, constituirá una área de mejora susceptible de ser intervención a través de un plan de acción de naturaleza, también, participativa.

El cuadro 7 presenta los niveles para determinar la situación del establecimiento de salud en relación con la gestión de medidas administrativas de PCI para la contención de patógenos emergentes y reemergentes.

En el anexo 3 se presenta un ejemplo de matriz que puede ser usada para la elaboración del plan de mejora.

### **CUADRO 7 Componentes de la ficha técnica de los indicadores para evaluación de prácticas de prevención y control de infecciones**

<b>PUNTUACIÓN OBTENIDA</b>	<b>SITUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PCI EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD</b>	<b>INTERPRETACIÓN</b>
<b>0-50</b>	Inadecuada	La gerencia del establecimiento no participa en la contención de brotes por patógenos emergentes y reemergentes ni dedica recursos a la PCI.
<b>51-69</b>	Básica	La participación de la gerencia del establecimiento en la prevención de brotes por patógenos emergentes y reemergentes es escaso y solo destina algunos recursos a la PCI.
<b>70-89</b>	Intermedia	La gerencia del establecimiento participa en numerosas actividades de prevención de brotes por patógenos emergentes y reemergentes, y dedica recursos a la PCI, aunque no todos los necesarios.
<b>90-100</b>	Avanzada	La gerencia del establecimiento participa en la prevención de brotes por patógenos emergentes y reemergentes, destina los recursos necesarios a las acciones de PCI y motiva a los demás trabajadores de salud a tomar las medidas establecidas.

PCI: prevención y control de infecciones.

## Fichas técnicas de los indicadores

### Indicadores de estructura

NOMBRE	E1. EXISTENCIA DE PROTOCOLOS PARA LA HIGIENE DE MANOS
<b>Relevancia</b>	El indicador evalúa si el establecimiento cuenta con un documento de pautas o directrices para orientar a los trabajadores de salud sobre los momentos en que se debe realizar la higiene de las manos y la forma correcta de hacerlo.
<b>Tipo</b>	Indicador de estructura
<b>Documentos de referencia</b>	(6, 39, 40)
<b>Numerador</b>	No aplicable
<b>Denominador</b>	No aplicable
<b>Fórmula de cálculo</b>	No aplicable
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	No aplicable
<b>Técnica de obtención</b>	Auditoría de documentos
<b>Meta</b>	El establecimiento de salud definirá la meta que hay que alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora de acuerdo con el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Anual
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de prevención y control de infecciones
<b>Servicio que registra el dato</b>	No aplicable
<b>Criterio de cumplimiento</b>	<p><b>El indicador se cumple si existe un documento físico o electrónico que contenga un protocolo con todos los requisitos siguientes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Fecha de entrada en vigencia y de la última revisión.</li><li>2. El contenido está en consonancia con lineamientos nacionales o internacionales.</li><li>3. Incluye la firma de la autoridad que la oficializa.</li><li>4. Se ha actualizado en los últimos cinco años.</li><li>5. Disponible en los departamentos, áreas o servicios del establecimiento de salud que requieren la información para la toma de decisiones o acciones (puntos de atención y áreas de limpieza, entre otros).</li><li>6. Accesible para el personal en todo momento.</li><li>7. Contenidos mínimos del documento:<ul style="list-style-type: none"><li>• Situaciones y momentos en los que debe realizarse la higiene de manos (en consonancia con los cinco momentos de la higiene de manos de la OMS).</li><li>• Técnica apropiada de acuerdo con el tipo de atención.</li><li>• Procedimiento para el lavado y el secado de las manos.</li><li>• Procedimiento para la desinfección de manos con solución de alcohol.</li><li>• Tipos de productos (agua y jabón o soluciones de alcohol, entre otros) e indicaciones para su uso.</li><li>• Requerimientos que deben cumplir las estaciones para el lavado de las manos.</li></ul></li></ol> <p><b>El criterio no se cumple en las siguientes condiciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. El establecimiento de salud no cuenta con el protocolo.</li><li>2. El protocolo carece de uno o más de los requisitos establecidos.</li></ol>
<b>Aspectos técnicos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El protocolo puede tener otros nombres, como instrucciones para el personal de salud, manual de procedimientos, procedimientos, guía, normas locales u otros.</li><li>• El protocolo puede ser un documento único o formar parte de otros.</li></ul>

NOMBRE	E2. PORCENTAJE DE PUNTOS DE ATENCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE DISPONEN DE INSUMOS PARA LA HIGIENE DE MANOS
<b>Relevancia</b>	El indicador evalúa si en el establecimiento de salud se garantiza que el personal de salud, los pacientes y los visitantes disponen de los insumos necesarios para mantener sus manos seguras y limpias.
<b>Tipo</b>	Indicador de estructura. Es una proporción expresada como porcentaje.
<b>Documentos de referencia</b>	(6, 39, 40)
<b>Numerador</b>	Número de puntos de atención con insumos para la higiene de manos en cantidad y especificaciones adecuadas.
<b>Denominador</b>	Total de puntos de atención del establecimiento de salud observados.
<b>Fórmula de cálculo</b>	[(Número de puntos de atención con insumos para la higiene de manos en cantidad y especificaciones adecuadas)/(Total de puntos de atención del establecimiento de salud observados)] ×100.
<b>Línea de base</b>	Porcentaje obtenido en la medición previa
<b>Fuente del dato</b>	No aplicable
<b>Técnica de obtención</b>	Observación directa (inspección)
<b>Meta</b>	De acuerdo con el porcentaje obtenido en la medición previa del indicador, el establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Mensual
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de prevención y control de infecciones
<b>Servicio que registra el dato</b>	No aplicable
<b>Criterio de cumplimiento</b>	<p><b>El indicador se cumple si todos los puntos de atención observados (100%) reúnen los elementos señalados a continuación:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Puntos de atención a pacientes o estaciones para el lavado de manos por cada 10 camas (1:10):</b> hay un dispensador de desinfectante a base de alcohol, como mínimo, excepto en las salas de aislamiento y en las unidades de cuidados intensivos.</li> <li>2. <b>Salas de aislamiento y unidades de cuidados intensivos:</b> hay estaciones para el lavado de manos por cada cama (1:1).</li> <li>3. <b>Acceso a instalaciones para la higiene de las manos:</b> el desinfectante a base de alcohol y las estaciones para el lavado de las manos deben estar al alcance del personal de salud o en un radio no mayor a 2 metros del punto de atención.</li> <li>4. <b>Suministros mínimos:</b> cada estación para el lavado de manos debe contar con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavabo.</li> <li>• Agua corriente limpia.</li> <li>• Jabón.</li> <li>• Toallas de un solo uso.</li> <li>• Recordatorios en el lugar de trabajo (póster explicativo de la técnica correcta para higienizarse las manos).</li> </ul> </li> </ol> <p><b>El criterio no se cumple en las siguientes condiciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si el dispensador de desinfectante a base de alcohol está vacío o no funciona en el momento de la inspección.</li> <li>2. Si en una de las salas del establecimiento de salud la razón entre estaciones de lavado de manos y camas es mayor a 1:10 (11 o más camas comparten una estación).</li> <li>3. Si por lo menos una de las habitaciones de aislamiento o de las unidades de cuidados intensivos del establecimiento de salud no cuenta con estaciones para la higiene de manos o si las estaciones las usa más de una cama (por ejemplo, si una estación es compartida por dos, tres o más camas).</li> <li>4. Si en las estaciones para la higiene de manos falta uno de los elementos señalados en el momento de la inspección.</li> </ol>

Continúa

NOMBRE	E2. PORCENTAJE DE PUNTOS DE ATENCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE DISPONEN DE INSUMOS PARA LA HIGIENE DE MANOS
--------	--

<b>Aspectos técnicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El indicador podrá medirse con una periodicidad menor dependiendo de la solidez o fortaleza del sistema de monitorización y evaluación del establecimiento de salud.</li> <li>• Si en el establecimiento de salud funciona el programa de higiene de manos o se sigue la estrategia multimodal de higiene de manos, la medición del indicador podrá realizarse con la participación del personal responsable de esas actividades.</li> </ul>
--------------------------	---

NOMBRE	E3. EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO PARA EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
--------	--

<b>Relevancia</b>	El indicador evalúa si el establecimiento cuenta con un documento con pautas o directrices para orientar a los trabajadores de salud sobre el uso de EPP según evaluación del riesgo.
<b>Tipo</b>	Indicador de estructura
<b>Documentos de referencia</b>	(6, 38)
<b>Numerador</b>	No aplicable
<b>Denominador</b>	No aplicable
<b>Fórmula de cálculo</b>	No aplicable
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	No aplicable
<b>Técnica de obtención</b>	Auditoría de documentos
<b>Meta</b>	El establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora de acuerdo con el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Anual
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de prevención y control de infecciones
<b>Servicio que registra el dato</b>	No aplicable

Continúa

NOMBRE	E3. EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO PARA EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
<b>Criterio de cumplimiento</b>	<p><b>El indicador se cumple si existe un documento físico o electrónico que contenga un protocolo con todos los requisitos siguientes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contiene las fechas de entrada en vigencia y de última revisión.</li> <li>2. Contenido en consonancia con los lineamientos nacionales o internacionales.</li> <li>3. Contiene la firma de la autoridad que la oficializa.</li> <li>4. Se ha actualizado en los últimos cinco años.</li> <li>5. Disponible en los departamentos, áreas o servicios del establecimiento de salud que requieren la información para la toma de decisiones o acciones (puntos de atención, áreas para colocación y retiro de EPP, entre otros).</li> <li>6. Accesible para el personal en todo momento.</li> <li>7. Contenidos mínimos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipos de EPP (mascarillas médicas de tipo quirúrgico o respiradores contra partículas (N95 o FFP2), guantes, batas, protectores oculares, antiparras, escudo facial y delantal, entre otros) e indicación sobre cuándo usarlos.</li> <li>• Instrucciones y señalética de colocación y retiro.</li> <li>• Condiciones para el almacenamiento.</li> <li>• Descarte seguro de EPP usados.</li> <li>• EPP de un solo uso (desechable) y reutilizable.</li> <li>• Procedimiento normalizado para la colocación y la descontaminación de elementos o equipos reutilizables.</li> <li>• Sistema de gestión para los pedidos y la rotación de las reservas.</li> </ul> </li> </ol> <p><b>El criterio no se cumple en las siguientes condiciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento de salud no cuenta con el protocolo.</li> <li>2. El protocolo carece de uno o más de los requisitos establecidos.</li> </ol>
<b>Aspectos técnicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El protocolo puede tener otro nombre, como instrucciones para el personal de salud, manual de procedimientos, procedimientos, guía, normas locales u otros.</li> <li>• El protocolo puede ser un documento único o formar parte de otros.</li> </ul>

NOMBRE	E4. PORCENTAJE DE PUNTOS DE ATENCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE DISPONEN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
<b>Relevancia</b>	El indicador mide si el establecimiento de salud garantiza el suministro y la disponibilidad permanente de EPP en cantidad suficiente en función del uso.
<b>Tipo</b>	Indicador de estructura. Es una proporción expresada como porcentaje.
<b>Documentos de referencia</b>	(6, 38, 41)
<b>Numerador</b>	Número de puntos de atención con dotación de EPP en cantidad y especificaciones adecuadas.
<b>Denominador</b>	Total de puntos de atención del establecimiento de salud observados.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\left[ \frac{\text{(Número de puntos de atención con dotación de EPP en cantidad y especificaciones adecuadas)}}{\text{(Total de puntos de atención del establecimiento de salud observados)}} \right] \times 100.$
<b>Línea de base</b>	Porcentaje obtenido en la medición previa
<b>Fuente del dato</b>	No aplicable
<b>Técnica de obtención</b>	Observación directa (inspección) en los estantes y lugares de almacenamiento de suministros ubicados en las áreas de atención de pacientes.
<b>Meta</b>	De acuerdo con el porcentaje obtenido en la medición previa del indicador, el establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Mensual

Continúa



NOMBRE	E4. PORCENTAJE DE PUNTOS DE ATENCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE DISPONEN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
Área responsable de la medición	Equipo de prevención y control de infecciones
Servicio que registra el dato	No aplicable
Criterio de cumplimiento	<p><b>El criterio se cumple si todos los puntos de atención (100%) reúnen los elementos señalados a continuación:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disponibilidad de EPP considerados esenciales para el personal que entra en contacto con el paciente: guantes médicos no estériles y guantes quirúrgicos estériles, mascarillas médicas (mascarillas quirúrgicas o respiradores contra partículas, N95 o FFP2), gafas o caretas protectoras, batas y delantales.</li> <li>2. Los EPP se encuentran próximos al lugar de uso y fácilmente accesibles.</li> <li>3. Los EPP son suficientes para el personal asignado por turno y según la demanda de atención.</li> <li>4. Los EPP están almacenados en una área limpia y seca para evitar que se contaminen antes de usarlos.</li> </ol>
Aspectos técnicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependiendo de la solidez o fortaleza del sistema de monitoreo y evaluación del establecimiento de salud, la medición del indicador puede iniciarse en las áreas o habitaciones de aislamiento de pacientes y unidades de cuidados intensivos y abarcar progresivamente todos los puntos de atención de pacientes (muestra seleccionada de manera aleatoria).</li> <li>• La medición del indicador requiere conocer el número del personal asignado por turno a cada uno de los puntos de atención que se va a observar, así como el promedio de pacientes atendidos, también por turno, a fin de determinar el número de EPP considerados suficientes.</li> </ul>

NOMBRE	E5. EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO PARA LA HIGIENE RESPIRATORIA Y EL MANEJO DE LA TOS
Relevancia	El indicador evalúa si el establecimiento cuenta con un documento que contiene pautas o directrices para orientar a los trabajadores de salud sobre la higiene respiratoria y el manejo de la tos o el comportamiento al toser. La tos y el estornudo de las personas con infección respiratoria aguda sintomática se asocian con la producción de gotitas y aerosoles que contienen partículas infectantes. La detección temprana de las infecciones respiratorias y el control de la fuente de la infección, incluida la higiene respiratoria, son medidas administrativas de control encaminadas a disminuir o evitar la propagación de los agentes infecciosos desde su origen.
Tipo	Indicador de estructura
Documentos de referencia	(42)
Numerador	No aplicable
Denominador	No aplicable
Fórmula de cálculo	No aplicable
Línea de base	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
Fuente del dato	No aplicable
Técnica de obtención	Auditoría de documentos
Meta	El establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora de acuerdo con el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
Periodicidad de la medición	Anual
Área responsable de la medición	Equipo de prevención y control de infecciones

Continúa

NOMBRE	E5. EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO PARA LA HIGIENE RESPIRATORIA Y EL MANEJO DE LA TOS
Servicio que registra el dato	No aplicable
Criterio de cumplimiento	<p><b>El indicador se cumple si existe un documento físico o electrónico que contenga un protocolo con todos los requisitos siguientes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fechas de entrada en vigencia y de última revisión.</li> <li>2. Contenido en consonancia con lineamientos nacionales o internacionales.</li> <li>3. Incluye la firma de la autoridad que la oficializa.</li> <li>4. Se ha actualizado en los últimos cinco años.</li> <li>5. Disponible en los departamentos, áreas o servicios del establecimiento de salud que requieren la información para la toma de decisiones o acciones (puntos de atención, áreas de recepción de pacientes, salas de espera, entre otros).</li> <li>6. Accesible para el personal en todo momento.</li> <li>7. Contenidos mínimos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Importancia de la contención de gotas o gotitas respiratorias (aerosoles) y de las secreciones para ayudar a prevenir la transmisión de los patógenos causantes de las infecciones respiratorias agudas.</li> <li>• Indicación para detectar a los pacientes en los que deben tomarse medidas de higiene respiratoria.</li> <li>• Instrucciones a los trabajadores de salud del establecimiento sobre cómo poner en práctica la higiene respiratoria.</li> <li>• Orientaciones a los pacientes sobre la etiqueta de la tos y la colocación, retiro y disposición de mascarillas, que incluyan señalética.</li> <li>• Áreas prioritarias en las que los pacientes deben emplear etiqueta de la tos y usar mascarillas.</li> <li>• Orientaciones a familiares de los pacientes y a las visitas con respecto a la higiene la respiratoria y el riesgo de transmisión de enfermedades.</li> <li>• Indicaciones para el personal, los pacientes, los familiares y los visitantes sobre la higiene de manos después de entrar en contacto con secreciones respiratorias.</li> </ul> </li> </ol> <p><b>El criterio no se cumple en las siguientes condiciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento de salud no cuenta con el protocolo.</li> <li>2. El protocolo carece de uno o más de los requisitos establecidos.</li> </ol>
Aspectos técnicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El protocolo puede tener otro nombre, como instrucciones para el personal de salud, manual de procedimientos, procedimientos, guía, normas locales u otros.</li> <li>• El protocolo puede ser un documento único o formar parte de otros.</li> </ul>

NOMBRE	E6. EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE INYECCIONES SEGURAS
Relevancia	El indicador evalúa si el establecimiento cuenta con un documento que contiene pautas o directrices para orientar a los trabajadores de salud sobre las prácticas de inyecciones seguras.
Tipo	Indicador de estructura
Documentos de referencia	(6)
Numerador	No aplicable
Denominador	No aplicable
Fórmula de cálculo	No aplicable
Línea de base	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
Fuente del dato	No aplicable
Técnica de obtención	Auditoría de documentos

Continúa

NOMBRE	E6. EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE INYECCIONES SEGURAS
Meta	El establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora de acuerdo con el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
Periodicidad de la medición	Anual
Área responsable de la medición	Equipo de prevención y control de infecciones
Servicio que registra el dato	No aplicable
Criterio de cumplimiento	<p><b>El indicador se cumple si existe un documento físico o electrónico que contenga un protocolo con todos los requisitos siguientes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fechas de entrada en vigencia y de la última revisión.</li> <li>2. Contenido en consonancia con lineamientos nacionales o internacionales.</li> <li>3. Firma de la autoridad que la oficializa.</li> <li>4. Actualización en los últimos cinco años.</li> <li>5. Disponible en los departamentos, áreas o servicios del establecimiento de salud que requieren la información para la toma de decisiones o acciones (puntos de atención, áreas de preparación y dispensación de medicamentos, entre otros).</li> <li>6. Accesible al personal en todo momento.</li> <li>7. Contenidos mínimos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientaciones para evitar inyecciones innecesarias.</li> <li>• Riesgos a los que someten a los pacientes las prácticas de inyecciones no seguras.</li> <li>• Orientaciones para evitar la reutilización de dispositivos para inyectar.</li> <li>• Instrucciones para el empleo seguro de dispositivos de un solo uso, nuevos y desechables para cada inyección.</li> <li>• Pautas para implantar un sistema de gestión de suministros basado en necesidades que respalde la adquisición continua de dispositivos de un solo uso.</li> <li>• Procedimiento para el almacenamiento, descarte y disposición final de los dispositivos de inyecciones de un solo uso.</li> </ul> </li> </ol> <p><b>El criterio no se cumple en las siguientes condiciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento de salud no cuenta con el protocolo.</li> <li>2. El protocolo carece de uno o más de los requisitos establecidos.</li> </ol>
Aspectos técnicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El protocolo puede tener otro nombre, como instrucciones para el personal de salud, manual de procedimientos, procedimientos, guía, normas locales u otros.</li> <li>• El protocolo puede ser un documento único o formar parte de otros.</li> </ul>

NOMBRE	E7. EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO PARA LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL ENTORNO HOSPITALARIO
Relevancia	El indicador evalúa si el establecimiento cuenta con pautas, basadas en la normativa vigente y en evidencia científica, para orientar a los trabajadores de salud que realizan labores de higiene del entorno. El ambiente tiene un rol en la transmisión de patógenos a pacientes, trabajadores de salud y visitantes en los entornos hospitalarios, sobre todo a partir de las superficies y de los equipos de las áreas dedicadas a la atención, las cuales actúan como fuente de infección al entrar en contacto con secreciones y fluidos provenientes de los pacientes.
Tipo	Indicador de estructura
Documentos de referencia	(6)
Numerador	No aplicable
Denominador	No aplicable

Continúa

NOMBRE	E7. EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO PARA LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL ENTORNO HOSPITALARIO
<b>Fórmula de cálculo</b>	No aplicable
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	No aplicable
<b>Técnica de obtención</b>	Auditoría de documentos
<b>Meta</b>	El establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora de acuerdo con el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Anual
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de prevención y control de infecciones
<b>Servicio que registra el dato</b>	No aplicable
<b>Criterio de cumplimiento</b>	<p><b>El indicador se cumple si existe un documento físico o electrónico que contenga un protocolo con todos los requisitos siguientes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fechas de entrada en vigor y de última revisión.</li> <li>2. Contenido en consonancia con lineamientos nacionales o internacionales.</li> <li>3. Firma de la autoridad que la oficializa.</li> <li>4. Actualización en los últimos cinco años.</li> <li>5. Disponible en los departamentos, áreas o servicios del establecimiento de salud que requieren la información para la toma de decisiones o acciones (áreas destinadas a la colocación o preparación de insumos de limpieza y desinfección, habitaciones de pacientes, entre otros).</li> <li>6. Accesible para el personal en todo momento.</li> <li>7. Contenidos mínimos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas y procedimientos de limpieza y desinfección.</li> <li>• Productos de limpieza y desinfección con especificaciones de sus propiedades e indicaciones de uso.</li> <li>• Recomendaciones para la limpieza de las áreas según tipo y nivel de riesgo.</li> <li>• Medidas para garantizar la seguridad personal al preparar y usar desinfectantes.</li> </ul> </li> </ol> <p><b>El criterio no se cumple en las siguientes condiciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento de salud no cuenta con el protocolo.</li> <li>2. El protocolo carece de uno o más de los requisitos establecidos.</li> </ol>
<b>Aspectos técnicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El protocolo puede tener otro nombre, como instrucciones para el personal de salud, manual de procedimientos, procedimientos, guía, normas locales u otros.</li> <li>• El protocolo puede ser un documento único o formar parte de otros.</li> </ul>

NOMBRE	E8. EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO PARA LA DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DE LOS EQUIPOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS
<b>Relevancia</b>	El indicador evalúa si el establecimiento cuenta con pautas, basadas en la normativa vigente y en la evidencia científica, para orientar a los trabajadores de salud que realizan la desinfección y la esterilización de equipos médicos y quirúrgicos. A fin de proveer al paciente una atención segura, la gerencia del establecimiento de salud debe garantizar la existencia de documentos escritos sobre los pasos a seguir en la esterilización, almacenamiento y transporte del equipamiento hospitalario para obtener un material estéril.
<b>Tipo</b>	Indicador de estructura
<b>Documentos de referencia</b>	(6)

Continúa

NOMBRE	E8. EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO PARA LA DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DE LOS EQUIPOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS
Numerador	No aplicable
Denominador	No aplicable
Fórmula de cálculo	No aplicable
Línea de base	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
Fuente del dato	No aplicable
Técnica de obtención	Auditoría de documentos
Meta	El establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora de acuerdo con el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
Periodicidad de la medición	Anual
Área responsable de la medición	Equipo de prevención y control de infecciones
Servicio que registra el dato	No aplicable
Criterio de cumplimiento	<p><b>El indicador se cumple si existe un documento físico o electrónico que contenga un protocolo con todos los requisitos siguientes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fechas de entrada en vigor y de última revisión.</li> <li>2. Contenido en consonancia con lineamientos nacionales o internacionales.</li> <li>3. Firma de la autoridad que la oficializa.</li> <li>4. Actualización en los últimos tres años.</li> <li>5. Disponible en los departamentos, áreas o servicios del establecimiento de salud que requieren la información para la toma de decisiones y acciones (áreas de limpieza, desinfección o esterilización de equipos médicos y quirúrgicos).</li> <li>6. Accesible para el personal en todo momento.</li> <li>7. Contenidos mínimos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfil, competencias y responsabilidades del personal de desinfección y esterilización de equipos médicos.</li> <li>• Condiciones que deben reunir las áreas de desinfección y esterilización de equipos médicos, con énfasis en la central de esterilización.</li> <li>• Principios generales de desinfección y esterilización de equipos médicos.</li> <li>• Tipos e indicaciones de uso de productos para la limpieza, desinfección y esterilización de equipos médicos.</li> <li>• Clasificación de instrumentos médicos para su procesamiento.</li> <li>• Criterios de indicación para la desinfección o esterilización.</li> <li>• Métodos y procedimientos de desinfección y esterilización de equipos médicos.</li> <li>• Monitoreo y métodos de control de la eficacia de los procesos de esterilización.</li> <li>• Métodos de almacenamiento y transporte de equipos y material estéril y de material contaminado.</li> <li>• Indicaciones y restricciones para el reprocesamiento de equipos e instrumental quirúrgico.</li> <li>• Pautas para la reducción de los riesgos laborales asociados a la desinfección y a la esterilización de equipos médicos.</li> </ul> </li> </ol> <p><b>El criterio no se cumple en las siguientes condiciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento de salud no cuenta con el protocolo.</li> <li>2. El protocolo carece de uno o más de los requisitos establecidos.</li> </ol>
Aspectos técnicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El protocolo puede tener otro nombre, como instrucciones para el personal de salud, manual de procedimientos, procedimientos, guía, normas locales u otros.</li> <li>• El protocolo puede ser un documento único o formar parte de otros.</li> </ul>

NOMBRE	E9. EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN DE SALUD
<b>Relevancia</b>	El indicador evalúa si el establecimiento de salud cuenta con pautas, basadas en las normativas vigentes y en la evidencia científica, para orientar a los trabajadores de salud que manejan los desechos hospitalarios. Las directrices y los procedimientos normalizados de trabajo locales sobre la recogida y eliminación regulares de los desechos de la atención de salud son esenciales para prevenir la propagación de infecciones a los pacientes, el personal y los visitantes, mantener un entorno limpio y seguro y reducir riesgos a la comunidad derivados de la eliminación inadecuada de los residuos infecciosos.
<b>Tipo</b>	Indicador de estructura
<b>Documentos de referencia</b>	(6)
<b>Numerador</b>	No aplicable
<b>Denominador</b>	No aplicable
<b>Fórmula de cálculo</b>	No aplicable
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	No aplicable
<b>Técnica de obtención</b>	Auditoría de documentos
<b>Meta</b>	El establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora de acuerdo con el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Anual
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de prevención y control de infecciones
<b>Servicio que registra el dato</b>	No aplicable
<b>Criterio de cumplimiento</b>	<p><b>El indicador se cumple si existe un documento físico o electrónico que contenga un protocolo con todos los requisitos siguientes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fechas de entrada en vigor y de última revisión.</li> <li>2. Contenido en consonancia con lineamientos nacionales o internacionales.</li> <li>3. Firma de la autoridad que la oficializa.</li> <li>4. Actualización en los últimos cinco años.</li> <li>5. Disponible en los departamentos, áreas o servicios del establecimiento de salud que requieren la información para la toma de decisiones u acciones (áreas en las que se manejan desechos).</li> <li>6. Accesible para el personal en todo momento.</li> <li>7. Contenidos mínimos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Segregación de desechos infecciosos y comunes en el punto de generación.</li> <li>• Transporte interno.</li> <li>• Almacenamiento temporal de desechos infecciosos.</li> <li>• Tecnologías de tratamiento de desechos infecciosos.</li> <li>• Transporte externo y eliminación definitiva.</li> <li>• Eliminación segura de desechos cortopunzantes.</li> <li>• Pautas para evitar la generación (reducción) de desechos infecciosos.</li> <li>• Pautas para reutilizar y reciclar los desechos infecciosos.</li> <li>• Protección ambiental.</li> </ul> </li> </ol> <p><b>El criterio no se cumple en las siguientes condiciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento de salud no cuenta con el protocolo.</li> <li>2. El protocolo carece de uno o más de los requisitos establecidos.</li> </ol>
<b>Aspectos técnicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El protocolo puede tener otro nombre, como instrucciones para el personal de salud, manual de procedimientos, procedimientos, guía, normas locales u otros.</li> <li>• El protocolo puede ser un documento único o formar parte de otros.</li> </ul>

NOMBRE	<b>E10. PORCENTAJE DE PUNTOS DE ATENCIÓN QUE DISPONEN DE RECIPIENTES PARA DESECHAR INSTRUMENTOS CORTOPUNZANTES</b>
<b>Relevancia</b>	El indicador mide si el establecimiento de salud garantiza el suministro y la disponibilidad permanente de recipientes (cajas, envases, contenedores) para el desecho de instrumentos cortopunzantes en cantidad y especificaciones adecuadas en función de las atenciones provistas y el número de personal. Para proteger a los trabajadores frente a los riesgos asociados a la exposición a agentes biológicos derivados del uso de material cortopunzante es necesario establecer un enfoque integrado de gestión que considere, entre otros aspectos, la adquisición, el aprovisionamiento y la distribución a los puntos de atención de recipientes adecuados para el desecho de instrumentos cortopunzantes.
<b>Tipo</b>	Indicador de estructura. Es una proporción expresada como porcentaje.
<b>Documentos de referencia</b>	(30, 43)
<b>Numerador</b>	Número de puntos de atención del establecimiento de salud que disponen de recipientes para desecho instrumentos cortopunzantes en cantidad y especificaciones adecuadas.
<b>Denominador</b>	Número total de puntos de atención del establecimiento de salud observados.
<b>Fórmula de cálculo</b>	[(Número de puntos de atención del establecimiento de salud que disponen de recipientes para el desecho de instrumentos cortopunzantes en cantidad y especificaciones adecuadas)/(Total de puntos de atención del establecimiento de salud observados)] × 100.
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	Observación directa: inspección de los recipientes para el desecho de instrumentos cortopunzantes existentes en las áreas o puntos de atención a pacientes.
<b>Técnica de obtención</b>	De acuerdo con el porcentaje obtenido en la medición previa del indicador, el establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora.
<b>Meta</b>	Semanal o mensual
<b>Periodicidad de la medición</b>	Equipo de prevención y control de infecciones
<b>Área responsable de la medición</b>	No aplicable
<b>Servicio que registra el dato</b>	No aplicable
<b>Criterio de cumplimiento</b>	<p><b>El indicador se cumple si en el punto de atención hay al menos un recipiente (caja, envase o contenedor) para desecho instrumentos u objetos cortopunzantes que cumple las siguientes condiciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Está ubicado a menos de 5 metros del punto de generación.</li> <li>2. Está elaborado con material rígido resistente a las punciones.</li> <li>3. Está señalado u etiquetado.</li> <li>4. Está tapado.</li> <li>5. No contiene otros tipos de desechos derivados de la atención de salud.</li> <li>6. Está lleno solo hasta las tres cuartas partes y de él no protruyen instrumentos u objetos cortopunzantes.</li> </ol> <p><b>El criterio no se cumple en las siguientes condiciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento de salud no cuenta con el protocolo.</li> <li>2. El protocolo carece de uno o más de los requisitos establecidos.</li> </ol>
<b>Aspectos técnicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La medición del indicador requiere que el establecimiento de salud cuente con un protocolo para el manejo de desechos en el que se especifiquen las características de los envases para el desecho de instrumentos u objetos cortopunzantes y las condiciones para llenarlos y trasladarlos.</li> <li>• El protocolo puede tener otro nombre, como instrucciones para el personal de salud, manual de procedimientos, procedimientos, guía, normas locales u otros.</li> <li>• El protocolo puede ser un documento único o formar parte de otros.</li> </ul>

NOMBRE	E11. EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO PARA EL TRIAJE DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECCIOSAS
<b>Relevancia</b>	El indicador evalúa si el establecimiento de salud cuenta con un documento que contiene pautas o directrices para orientar a los trabajadores de salud en la detección de pacientes en los que se sospecha o se comprueba que tienen una enfermedad infecciosa, sobre todo si están en período infectante.
<b>Tipo</b>	Indicador de estructura.
<b>Documentos de referencia</b>	(6)
<b>Numerador</b>	No aplicable
<b>Denominador</b>	No aplicable
<b>Fórmula de cálculo</b>	No aplicable
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	No aplicable
<b>Técnica de obtención</b>	Auditoría de documentos
<b>Meta</b>	El establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora de acuerdo con el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Anual
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de prevención y control de infecciones
<b>Servicio que registra el dato</b>	No aplicable
<b>Criterio de cumplimiento</b>	<p><b>El indicador se cumple si existe un documento físico o electrónico que contenga un protocolo con todos los requisitos siguientes</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fechas de entrada en vigencia y de la última revisión.</li> <li>2. Contenido en consonancia con lineamientos nacionales o internacionales.</li> <li>3. Firma de la autoridad que la oficializa.</li> <li>4. Actualización en los últimos cinco años.</li> <li>5. Disponible en los departamentos, áreas o servicios del establecimiento de salud que requieren la información para la toma de decisiones o acciones (áreas de triaje).</li> <li>6. Disponible para el personal en todo momento.</li> <li>7. Contenidos mínimos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimiento de triaje de pacientes sospechosos y confirmados de enfermedades infecciosas a su ingreso en el establecimiento de salud.</li> <li>• Clasificación de pacientes sospechosos y confirmados de enfermedades infecciosas.</li> <li>• Transporte de pacientes dentro de las instalaciones del hospital.</li> <li>• Manejo de pacientes, así como de sus secreciones y de los desechos biológicos infecciosos.</li> </ul> </li> </ol> <p><b>El criterio no se cumple en las siguientes condiciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento de salud no cuenta con el protocolo.</li> <li>2. El protocolo carece de uno o más de los requisitos establecidos.</li> </ol>
<b>Aspectos técnicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El protocolo puede tener otro nombre, como instrucciones para el personal de salud, manual de procedimientos, procedimientos, guía, normas locales u otros.</li> <li>• El protocolo puede ser un documento único o formar parte de otros.</li> </ul>



NOMBRE	E12. EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO PARA LA ADOPCIÓN DE PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO SEGÚN EL MECANISMO DE TRANSMISIÓN DE MICROORGANISMOS PATÓGENOS
<b>Relevancia</b>	El indicador evalúa si el establecimiento de salud cuenta con un documento que contiene las medidas estandarizadas de aislamiento que los trabajadores de salud deben aplicar cuando se sospecha o se sabe que un paciente tiene una enfermedad infecciosa, sobre todo si está en período infectante.
<b>Tipo</b>	Indicador de estructura.
<b>Documentos de referencia</b>	(6)
<b>Numerador</b>	No aplicable
<b>Denominador</b>	No aplicable
<b>Fórmula de cálculo</b>	No aplicable
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	No aplicable
<b>Técnica de obtención</b>	Auditoría de documentos
<b>Meta</b>	El establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora de acuerdo con el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Anual
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de prevención y control de infecciones
<b>Servicio que registra el dato</b>	No aplicable
<b>Criterio de cumplimiento</b>	<p><b>El indicador se cumple si existe un documento físico o electrónico que contenga un protocolo con todos los requisitos siguientes</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fechas de entrada en vigencia y de última revisión.</li> <li>2. Contenido en consonancia con lineamientos nacionales o internacionales.</li> <li>3. Firma de la autoridad que la oficializa.</li> <li>4. Actualización en los últimos cinco años.</li> <li>5. Disponible en los departamentos, áreas o servicios del establecimiento de salud que requieren la información para la toma de decisiones o acciones (áreas de triaje, sala de emergencia, áreas de aislamiento, entre otros).</li> <li>6. Accesible para el personal en todo momento.</li> <li>7. Contenidos mínimos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidas de aislamiento: cuándo y cómo aplicarlas.</li> <li>• Tipo de equipo de protección personal según tipo de atención y paciente.</li> <li>• Condiciones que requieren habitación individual.</li> <li>• Condiciones necesarias para la separación si el paciente se ubica en sala compartida.</li> <li>• Traslado y flujo de pacientes con enfermedades infecciosas</li> <li>• Condiciones y procedimiento para el aislamiento en cohorte.</li> </ul> </li> </ol> <p><b>El criterio no se cumple en las siguientes condiciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento de salud no cuenta con el protocolo.</li> <li>2. El protocolo carece de uno o más de los requisitos establecidos.</li> </ol>
<b>Aspectos técnicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El protocolo puede tener otro nombre, como instrucciones para el personal de salud, manual de procedimientos, procedimientos, guía, normas locales u otros.</li> <li>• El protocolo puede ser un documento único o formar parte de otros.</li> </ul>

NOMBRE	<b>E13. PORCENTAJE DE HABITACIONES DE AISLAMIENTO QUE CUMPLEN CON CONDICIONES PARA EVITAR LA PROPAGACIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD</b>
<b>Relevancia</b>	El indicador mide si la infraestructura del establecimiento de salud reúne las condiciones para impedir la propagación de las enfermedades infecciosas y los microorganismos multirresistentes de un paciente a otro y a los trabajadores de atención de salud, los cuidadores y los visitantes.
<b>Tipo</b>	Indicador de estructura. Es una proporción expresada como porcentaje.
<b>Documentos de referencia</b>	(6)
<b>Numerador</b>	Número de habitaciones o áreas que cumplen las recomendaciones para aislamiento de pacientes con enfermedades infecciosas durante el período evaluado.
<b>Denominador</b>	Número de habitaciones o áreas destinadas a aislamiento de pacientes con enfermedades infecciosas del establecimiento de salud durante el período evaluado.
<b>Fórmula de cálculo</b>	[(Número de habitaciones o áreas que cumplen las recomendaciones de aislamiento según los mecanismos de transmisión durante el período evaluado)/(Número de habitaciones o áreas destinadas a aislamiento del establecimiento de salud durante el período evaluado)] × 100.
<b>Línea de base</b>	Porcentaje obtenido en la medición previa del indicador
<b>Fuente del dato</b>	No aplicable
<b>Técnica de obtención</b>	Observación directa (inspección de las habitaciones o las áreas destinadas a aislamiento).
<b>Meta</b>	De acuerdo con el porcentaje obtenido en la medición previa del indicador, el establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Mensual
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de prevención y control de infecciones
<b>Servicio que registra el dato</b>	No aplicable
<b>Criterio de cumplimiento</b>	<p><b>El indicador se cumple si las habitaciones o las áreas destinadas al aislamiento de pacientes reúnen todos (100%) de los elementos señalados a continuación:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Habitaciones para uso individual de pacientes.</li> <li>2. Habitaciones señalizadas (indicaciones colocadas en la entrada para informar sobre las medidas que deben tomar antes de entrar).</li> <li>3. Habitaciones con puerta y acceso restringido.</li> <li>4. Habitaciones con inodoro privado y ducha.</li> <li>5. Habitaciones con área para la colocación y retiro de equipo de protección personal.</li> <li>6. Instalación para el lavado de manos por cada cama (razón 1:1).</li> <li>7. Por lo menos una de las siguientes condiciones de ventilación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ventilación natural hacia el exterior del establecimiento de salud o presión negativa, nunca hacia lugares donde se encuentren otros pacientes. Si la habitación no tiene ventilación exterior o si el clima no permite abrir las ventanas, sistemas de extracción de aire que permita 6-12 recambios de aire por hora.</li> <li>• Ventilación mecánica para tratar el aire eliminado con filtros de aire de partículas de elevada eficacia.</li> </ul> </li> </ol>
<b>Aspectos técnicos</b>	Para la determinación del cumplimiento de los criterios relativos a ventilación, en ausencia de salida natural de aire de la habitación, el equipo de PCI podría requerir la colaboración del departamento de ingeniería o mantenimiento del establecimiento de salud.

NOMBRE	E14. EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LOS SERVICIOS DE AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE (WASH)
<b>Relevancia</b>	El indicador evalúa si el establecimiento de salud cuenta con pautas para garantizar el funcionamiento adecuado de la infraestructura de WASH (abastecimiento de agua, eliminación de excrementos, tratamiento y eliminación de aguas residuales). Las pautas en materia de WASH en los establecimientos de salud son necesarias para la prestación de servicios de salud, su monitoreo y su reglamentación.
<b>Tipo</b>	Indicador de estructura.
<b>Documentos de referencia</b>	(6)
<b>Numerador</b>	No aplicable
<b>Denominador</b>	No aplicable
<b>Fórmula de cálculo</b>	No aplicable
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	No aplicable
<b>Técnica de obtención</b>	Auditoría de documentos
<b>Meta</b>	El establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora de acuerdo con el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Anual
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de prevención y control de infecciones
<b>Servicio que registra el dato</b>	No aplicable
<b>Criterio de cumplimiento</b>	<p><b>El indicador se cumple si existe un documento físico o electrónico que contenga un protocolo con todos los requisitos siguientes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fechas de entrada en vigencia y de última revisión.</li> <li>2. Contenido en consonancia con lineamientos nacionales o internacionales.</li> <li>3. Firma de la autoridad que la oficializa.</li> <li>4. Actualización en los últimos cinco años.</li> <li>5. Disponible en los departamentos, áreas o servicios del establecimiento de salud que requieren la información para la toma de decisiones o acciones (ingeniería, limpieza, mantenimiento, manejo de desechos, entre otros).</li> <li>6. Accesible para el personal en todo momento.</li> <li>7. Contenidos mínimos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión de la calidad del agua y procedimientos para garantizar su potabilidad.</li> <li>• Eliminación de excrementos.</li> <li>• Aguas residuales: tratamiento y eliminación; escorrentía de agua de lluvia y aguas de superficie; desagüe.</li> </ul> </li> </ol> <p><b>El criterio no se cumple en las siguientes condiciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento de salud no cuenta con el protocolo.</li> <li>2. El protocolo carece de uno o más de los requisitos establecidos.</li> </ol>
<b>Aspectos técnicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El protocolo de WASH del establecimiento de salud depende en gran medida de las normas establecidas por los organismos regulatorios: salud, medio ambiente, agua, entre otros.</li> <li>• El protocolo puede tener otro nombre, como instrucciones para el personal de salud, manual de procedimientos, procedimientos, guía, normas locales u otros.</li> <li>• El protocolo puede ser un documento único o formar parte de otros. Si bien los servicios de WASH incluyen la gestión de los desechos hospitalarios, este tema se aborda en el indicador E9.</li> </ul>

NOMBRE	E15. EXISTENCIA DE UN EQUIPO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES (PCI)
<b>Relevancia</b>	El indicador evalúa si el establecimiento de salud cuenta con un equipo técnico de PCI funcional. Planificar y poner en funcionamiento un equipo o programa de PCI requiere el liderazgo de la gerencia a fin de que en el establecimiento de salud se desarrollen actividades permanentes para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), combatir la resistencia a los antimicrobianos y preparar el plan de respuesta a infecciones emergentes y reemergentes de potencial epidémico.
<b>Tipo</b>	Indicador de estructura.
<b>Documentos de referencia</b>	(44)
<b>Numerador</b>	No aplicable
<b>Denominador</b>	No aplicable
<b>Fórmula de cálculo</b>	No aplicable
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	No aplicable
<b>Técnica de obtención</b>	Auditoría de documentos
<b>Meta</b>	El establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora de acuerdo con el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Anual
<b>Área responsable de la medición</b>	Dado que el cumplimiento del criterio corresponde al propio equipo de PCI, el indicador puede medirse mediante una evaluación externa realizada por la autoridad de salud, por la institución responsable de la gerencia de la red a la que pertenece el establecimiento, por facultades o escuelas de medicina o por otro organismo competente.
<b>Servicio que registra el dato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de PCI</li> <li>• Área administrativa</li> <li>• Departamento de recursos humanos</li> <li>• Departamento de epidemiología</li> <li>• Laboratorio de microbiología</li> </ul>
<b>Criterio de cumplimiento</b>	<p><b>El indicador se cumple si el establecimiento de salud evidencia que cuenta con un equipo de PCI funcional; definida esa funcionalidad por:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evidencia de que existe una razón mínima de un especialista en prevención de infecciones (profesionales médicos o de enfermería) a tiempo completo o su equivalente por cada 250 camas.</li> <li>2. Evidencia de que el personal de PCI ha recibido por lo menos una capacitación sobre normas de prevención y control de IAAS en los últimos tres años.</li> <li>3. Existencia de un documento formal que describe las funciones y responsabilidades del personal de PCI.</li> <li>4. Existencia de un plan basado en una evaluación de los riesgos locales con estrategias, acciones y metas anuales de PCI e indicadores.</li> <li>5. Evidencia de que se toman decisiones para el cumplimiento de las metas.</li> <li>6. Presupuesto para la implementación del programa de PCI.</li> <li>7. Evidencia de acceso a un laboratorio microbiológico (dentro o fuera del establecimiento de salud).</li> </ol> <p><b>El criterio no se cumple en las siguientes condiciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento de salud no cuenta con el protocolo.</li> <li>2. El protocolo carece de uno o más de los requisitos establecidos.</li> </ol>

Continúa

NOMBRE	E15. EXISTENCIA DE UN EQUIPO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES (PCI)
<b>Aspectos técnicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De acuerdo con las <i>Directrices sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nivel nacional y de establecimientos de atención de salud para pacientes agudos</i>, en establecimientos de salud de alta complejidad o gran tamaño puede considerarse contar con un especialista en prevención de infecciones por cada 100 camas debido al carácter cada vez más agudo y complejo de los pacientes, así como las múltiples funciones y responsabilidades que afrontan los especialistas en prevención actuales. <ul style="list-style-type: none"> <li>» “Equipo de PCI” y “comité de PCI” son conceptos distintos. El comité está integrado por los gerentes, directores o coordinadores de los departamentos y servicios del establecimiento de salud y funge como organismo asesor del equipo de PCI, que es el ente que ejecuta las acciones de PCI en los establecimientos de salud.</li> </ul> </li> </ul>

NOMBRE	E16. EXISTENCIA DE UN PLAN DE CAPACITACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE SALUD EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES (PCI)
<b>Relevancia</b>	La prevención y el control de infecciones, incluida la respuesta del establecimiento de salud a la ocurrencia de brotes, requiere contar con un plan de formación y capacitación del personal de salud en prevención de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS).
<b>Tipo</b>	Indicador de estructura.
<b>Documentos de referencia</b>	(44)
<b>Numerador</b>	No aplicable
<b>Denominador</b>	No aplicable
<b>Fórmula de cálculo</b>	No aplicable
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	No aplicable
<b>Técnica de obtención</b>	Auditoría de documentos
<b>Meta</b>	El establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora de acuerdo con el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Anual
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de PCI
<b>Servicio que registra el dato</b>	No aplicable

Continúa

NOMBRE	E16. EXISTENCIA DE UN PLAN DE CAPACITACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE SALUD EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES (PCI)
<b>Criterio de cumplimiento</b>	<p><b>El indicador se cumple si existe un documento físico o electrónico con un plan de entrenamiento o capacitación con todos los requisitos siguientes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Firma de la autoridad que la oficializa.</li> <li>2. Año al que corresponde.</li> <li>3. Disponible en los departamentos, áreas o servicios del establecimiento de salud que requieren la información para la toma de decisiones (recursos humanos, epidemiología, salud laboral u ocupacional, enseñanza).</li> <li>4. Accesible para el personal en todo momento.</li> <li>5. Periodicidad, estrategias y recursos para la capacitación.</li> <li>6. Modalidades de evaluación de los aprendizajes.</li> <li>7. Personal al que va dirigido la capacitación.</li> <li>8. Los contenidos mínimos del plan anual de capacitación dirigido a reforzar competencias específicas en el personal de atención directa y en el de limpieza y desinfección son: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para personal de atención directa: <ul style="list-style-type: none"> <li>» Mecanismos de transmisión de enfermedades.</li> <li>» Principios generales de prevención y control de las IAAS.</li> <li>» Precauciones estándar, con énfasis en uso racional de equipos de protección personal (EPP) según evaluación de riesgo e higiene de manos.</li> <li>» Precauciones según los mecanismos de transmisión.</li> <li>» Prevención de accidentes con instrumentos u objetos cortopunzantes.</li> <li>» Manejo de desechos.</li> </ul> </li> <li>• Personal de limpieza y desinfección: <ul style="list-style-type: none"> <li>» Medidas de prevención y control de IAAS, con énfasis en la reducción de la exposición a agentes biológicos.</li> <li>» Uso racional de EPP según evaluación de riesgo.</li> <li>» Higiene de manos.</li> <li>» Manejo de desechos biológicos y no biológicos.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol> <p><b>El criterio no se cumple en las siguientes condiciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento de salud no cuenta con el plan.</li> <li>2. El plan carece de uno o más de los requisitos establecidos.</li> </ol>
<b>Aspectos técnicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se tomará en cuenta la existencia de un plan anual o plurianual que comprenda el año en el que se realiza la medición del indicador.</li> </ul>

NOMBRE	E17. EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES (PCI)
<b>Relevancia</b>	El indicador evalúa si el establecimiento de salud cuenta con una base documental con pautas técnicas para prevenir infecciones que oriente a los trabajadores de salud para realizar procedimientos normalizados de trabajo.
<b>Tipo</b>	Indicador de estructura.
<b>Documentos de referencia</b>	(44)
<b>Numerador</b>	No aplicable
<b>Denominador</b>	No aplicable
<b>Fórmula de cálculo</b>	No aplicable

Continúa

NOMBRE	E17. EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES (PCI)
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	No aplicable
<b>Técnica de obtención</b>	Auditoría de documentos
<b>Meta</b>	El establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora de acuerdo con el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Anual
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de PCI
<b>Servicio que registra el dato</b>	No aplicable
<b>Criterio de cumplimiento</b>	<p><b>El indicador se cumple si existe un documento físico o electrónico que contenga un protocolo con todos los requerimientos siguientes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fechas de entrada en vigor y de última revisión.</li> <li>2. Contenido en consonancia con lineamientos nacionales o internacionales.</li> <li>3. Firma de la autoridad que la oficializa.</li> <li>4. Actualización en los últimos cinco años.</li> <li>5. Disponible para los departamentos, áreas o servicios del establecimiento de salud que requieren la información para la toma de decisiones o acciones (puntos de atención de pacientes, quirófanos, áreas de realización de procedimientos, entre otros).</li> <li>6. Disponible para el personal en todo momento.</li> <li>7. Contenidos mínimos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismos de transmisión de enfermedades.</li> <li>• Principios generales de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud.</li> <li>• Precauciones estándar, con énfasis en uso racional de equipos de protección personal según evaluación de riesgo e higiene de manos.</li> <li>• Precauciones según los mecanismos de transmisión.</li> <li>• Prevención de accidentes con objetos cortopunzantes.</li> <li>• Manejo de desechos biológicos y no biológicos.</li> <li>• Manejo de dispositivos invasivos, con énfasis en la instalación y el mantenimiento de catéteres vasculares centrales, urinarios y vasculares periféricos, así como en la seguridad de las punciones venosas y las inyecciones, la profilaxis antimicrobiana quirúrgica y la preparación de la piel para cirugía.</li> </ul> </li> </ol> <p><b>El criterio no se cumple en las siguientes condiciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El establecimiento de salud no cuenta con el protocolo.</li> <li>2. El protocolo carece de uno o más de los requerimientos (establecidos en los puntos 1 al 7).</li> </ol>
<b>Aspectos técnicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para cada uno de los dispositivos, las normas o directrices deben establecer los criterios para las indicaciones y técnicas de instalación, los profesionales habilitados para realizar los procedimientos, la rotulación de la fecha de instalación, las medidas de mantenimiento y el criterio que hay que cumplir.</li> <li>• El protocolo puede tener otro nombre, como instrucciones para el personal de salud, manual de procedimientos, procedimientos, guía, normas locales u otros.</li> <li>• El protocolo puede ser un documento único o formar parte de otros.</li> </ul>

NOMBRE	E18. RAZÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA POR PACIENTE
<b>Relevancia</b>	El indicador mide si la plantilla de profesionales de enfermería de atención directa del establecimiento de salud es suficiente en relación con la cantidad de pacientes. Los estudios señalan que el aumento de la cantidad de profesionales de enfermería por paciente es uno de los factores que determinan la prestación segura de servicios de salud y reducen el riesgo de infecciones, mientras que un cumplimiento insuficiente de los protocolos de higiene de las manos se asocia a una dotación de personal baja y a un volumen de trabajo elevado.
<b>Tipo</b>	Indicador de estructura. Es una razón que indica la cantidad de profesionales de enfermería por paciente en cada turno de los servicios del establecimiento.
<b>Documentos de referencia</b>	(6)
<b>Numerador</b>	Número de profesionales de enfermería de atención directa asignado a los servicios o salas de hospitalización del establecimiento de salud durante el período evaluado.
<b>Denominador</b>	Número de pacientes hospitalizados durante el período evaluado.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{\text{(Número de profesionales de enfermería de atención directa asignado a los servicios o salas de hospitalización durante el período evaluado)}}{\text{(Número de pacientes hospitalizados durante el período evaluado)}}$
<b>Línea de base</b>	Razón obtenida en la medición previa del indicador
<b>Fuente del dato</b>	Registros: plantilla de profesionales de enfermería de atención directa, libros o informes de pacientes hospitalizados, programación de personal en servicio de hospitalización
<b>Técnica de obtención</b>	Auditoría de registros
<b>Meta</b>	De acuerdo con el porcentaje obtenido en la medición previa del indicador, el establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Anual
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de prevención y control de infecciones
<b>Servicio que registra el dato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de estadística</li> <li>• Departamento de recursos humanos</li> <li>• Departamento de enfermería</li> <li>• Servicio de hospitalización</li> </ul>
<b>Criterio de cumplimiento</b>	<p>La determinación de la razón de profesionales de enfermería por paciente entraña considerar factores diversos, como el nivel del establecimiento, el tipo de atención, la carga de trabajo y el nivel de dependencia de los pacientes, entre otros), por lo que resulta difícil definir un único estándar para todas las salas y hospitales. En virtud de lo cual, para definir el cumplimiento del criterio se recomiendan los siguientes parámetros:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En los países en los que existe regulación sobre la razón de profesionales de enfermería por paciente: acatar los estándares establecidos en la legislación y las normas vigentes.</li> <li>2. En los países que aún no tienen estandarizada la razón: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de cirugía o de medicina general aguda: 1:5 o menos.</li> <li>• Sala de emergencia: 1:4 o menos.</li> <li>• Unidades de cuidados intensivos: 1:1 en las de establecimientos de salud de alta complejidad (nivel asistencial III) y 1:3 o menos en las demás.</li> </ul> </li> </ol>

Continúa



NOMBRE	E18. RAZÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA POR PACIENTE
<b>Aspectos técnicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependiendo de la solidez o fortaleza del sistema de monitoreo y evaluación del establecimiento de salud, el indicador podrá medirse en todo el establecimiento o en servicios seleccionados según el nivel de riesgo o el tipo de atención, considerando, por tanto, priorizar las unidades de cuidados intensivos y las salas de aislamiento. También se podría comenzar por los servicios que tengan las tasas más altas de infecciones y extenderse progresivamente a todos los servicios clínicos y quirúrgicos del establecimiento de salud.</li> <li>• La medición del indicador requiere conocer el número de profesionales de enfermería asignados por turno a las áreas que se van a evaluar, así como el promedio de pacientes atendidos, también por turno.</li> <li>• El indicador puede medirse de manera agregada o desagregada, es decir, profesionales de enfermería y personal auxiliar o técnico de enfermería, considerando que en las áreas de atención compleja y en las dedicadas al cuidado de pacientes que requieren vigilancia activa y cuidados críticos deben ser profesionales y, en muchos casos, contar con formación especializada.</li> <li>• En algunos países se admite que, para los servicios de baja complejidad como la hospitalización en salas de medicina interna, el número de pacientes atendidos por cada profesional de enfermería puede ser mayor durante la noche debido a la reducción de la carga de trabajo; así, la razón puede pasar de 1:4 o 1:5 en el turno matutino a 1:8 y hasta 1:15 en el turno nocturno.</li> </ul>

## Indicadores de proceso

NOMBRE	P1. PORCENTAJE DE TRABAJADORES DE SALUD DE ATENCIÓN DIRECTA CAPACITADOS DE ACUERDO CON EL PROTOCOLO DE HIGIENE DE MANOS
<b>Relevancia</b>	La higiene de manos es una estrategia eficaz para prevenir la transmisión cruzada de los microorganismos que causan infecciones por patógenos emergentes y reemergentes, por lo que constituye uno de los componentes más importantes de las precauciones estándar. La capacitación en la higiene de manos, sobre todo la basada en el trabajo en equipo y la realizada a la cabecera del paciente y mediante simulaciones, contribuye a reducir el riesgo de adquirir infecciones de los pacientes y los trabajadores.
<b>Tipo</b>	Indicador de proceso. Es una proporción expresada como porcentaje.
<b>Documentos de referencia</b>	(38, 40, 45, 46)
<b>Numerador</b>	Número de trabajadores de atención directa capacitados de acuerdo con el protocolo de higiene de manos durante el período evaluado.
<b>Denominador</b>	Número de trabajadores de atención directa que trabaja en el establecimiento de salud durante el período evaluado.
<b>Fórmula de cálculo</b>	[(Número de trabajadores de atención directa capacitados de acuerdo con el protocolo de higiene de manos durante el período evaluado)/(Número de trabajadores de atención directa que trabaja en el establecimiento de salud durante el período evaluado)] × 100.
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	Para el numerador: registros de capacitaciones (planes, listas de participantes que cumplieron los requisitos o que obtuvieron certificados, programas, informes, entre otros). Para el denominador: plantilla de personal de atención directa.
<b>Técnica de obtención</b>	Auditoría de registros
<b>Meta</b>	De acuerdo con el porcentaje obtenido en la medición previa del indicador, el establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Anual
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de prevención y control de infecciones
<b>Servicio que registra el dato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de recursos humanos</li> <li>• Departamento o área de docencia, capacitación o enseñanza</li> </ul>
<b>Criterio de cumplimiento</b>	El indicador se cumple si, durante el período evaluado, el porcentaje de trabajadores de atención directa capacitados de acuerdo con el protocolo de higiene de manos es igual o mayor a 95%.
<b>Aspectos técnicos</b>	La medición del indicador requiere que el establecimiento cuente con un protocolo que contenga las pautas o directrices sobre los momentos en que los trabajadores deben realizar la higiene de las manos y la forma correcta de hacerlo.

NOMBRE	P2. PORCENTAJE DE TRABAJADORES DE SALUD DE ATENCIÓN DIRECTA QUE SE ADHIERE AL PROTOCOLO DE HIGIENE DE MANOS
<b>Relevancia</b>	El indicador evalúa si el personal de salud de atención directa sigue correctamente las prácticas para reducir el número de microorganismos presentes en las manos, principalmente la flora transitoria. Esta información garantiza al equipo de gestión que durante la atención se toma una de las medidas más eficaces para prevenir la transmisión cruzada de microorganismos que causan infecciones asociadas a la atención a la salud (IAAS). Por la relación entre la reducción de IAAS y un mayor cumplimiento de la higiene de las manos, el seguimiento de este indicador es clave para la prevención de infecciones por patógenos emergentes y reemergentes en establecimientos de salud.
<b>Tipo</b>	Indicador de proceso. Es una proporción expresada como porcentaje.
<b>Documentos de referencia</b>	(6, 39, 40, 45)
<b>Numerador</b>	Número de trabajadores de salud de atención directa que se adhiere al protocolo de higiene de manos durante el período evaluado.
<b>Denominador</b>	Número de trabajadores de atención directa que trabaja en el establecimiento de salud durante el período evaluado.
<b>Fórmula de cálculo</b>	[(Número de trabajadores de salud de atención directa que se adhiere al protocolo de higiene de manos durante el período evaluado)/(Número de trabajadores de atención directa que trabaja en el establecimiento de salud durante el período evaluado)] × 100.
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	No aplicable
<b>Técnica de obtención</b>	Observación directa
<b>Meta</b>	De acuerdo con el porcentaje obtenido en la medición previa del indicador, el establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Trimestral
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de prevención y control de infecciones
<b>Servicio que registra el dato</b>	No aplicable
<b>Criterio de cumplimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El indicador se cumple si, durante el período evaluado, el porcentaje de trabajadores de atención directa que se adhiere al protocolo de higiene de manos es igual o mayor a 90%.</li> <li>• Se considerará que un trabajador se adhiere al protocolo de higiene de manos si durante la observación: <ul style="list-style-type: none"> <li>» Se higieniza las manos en los momentos pertinentes a la situación observada (atención, procedimiento) en correspondencia con los cinco momentos de la higiene de manos de la OMS.</li> <li>» Emplea la técnica establecida en el protocolo.</li> <li>» Realiza todos los pasos del lavado y secado de las manos y durante el tiempo establecido en el protocolo.</li> <li>» Sigue todos los pasos de la higiene de manos con solución de alcohol y durante el tiempo establecido en el protocolo.</li> </ul> </li> </ul>

Continúa

NOMBRE	P2. PORCENTAJE DE TRABAJADORES DE SALUD DE ATENCIÓN DIRECTA QUE SE ADHIERE AL PROTOCOLO DE HIGIENE DE MANOS
<b>Aspectos técnicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el indicador se mide mediante observación directa, las técnicas de muestreo que garanticen la representatividad de los trabajadores según formación, funciones y turnos permitirá contar con información precisa, al tiempo que se optimizan los recursos. Comenzar por los servicios con las tasas más altas de infecciones y extenderse progresivamente a todos los servicios clínicos y quirúrgicos del establecimiento de salud.</li> <li>• Si en el establecimiento de salud funciona un programa de supervisión de prácticas que sistemáticamente evalúe y documente la adhesión a la higiene de manos, el indicador puede medirse mediante la auditoría de los registros de esas supervisiones (libros, fichas, informes, entre otros). En ese caso, la plantilla de recursos humanos será la fuente de datos para obtener el denominador.</li> <li>• El indicador puede desagregarse por tipo de personal (fijo, temporal, residentes) y, dependiendo del tipo de establecimiento de salud, incluir a los pasantes y a los estudiantes.</li> <li>• En la medida en que el sistema de monitoreo y evaluación del establecimiento de salud se fortalece, el indicador puede medirse en los trabajadores de salud dedicados a la limpieza del entorno, a la desinfección y a la esterilización de equipos médicos.</li> </ul>

NOMBRE	P3. PORCENTAJE DE TRABAJADORES DE SALUD DE ATENCIÓN DIRECTA CAPACITADOS SEGÚN PROTOCOLO DE USO DEL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
<b>Relevancia</b>	El EPP tiene como objeto servir de barrera para impedir el contacto entre un paciente, objeto o entorno y el personal de salud, con el fin de evitar la transmisión de microorganismos infecciosos durante la atención a los pacientes. El EPP forma parte de las estrategias de prevención y control de infecciones (PCI) y su uso debe ser el indicado según el modo de transmisión y la evaluación del riesgo. Por la relación entre la reducción de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) y el uso correcto del EPP, el seguimiento de este indicador es clave para prevenir las infecciones por patógenos emergentes y reemergentes en establecimientos de salud.
<b>Tipo</b>	Indicador de proceso. Es una proporción expresada como porcentaje.
<b>Documentos de referencia</b>	(6, 38)
<b>Numerador</b>	Número de trabajadores de atención directa capacitados de acuerdo con el protocolo de uso de EPP durante el período evaluado.
<b>Denominador</b>	Número de trabajadores de atención directa que trabaja en el establecimiento de salud durante el período evaluado.
<b>Fórmula de cálculo</b>	[(Número de trabajadores de atención directa capacitados de acuerdo con el protocolo de uso de EPP durante el período evaluado)/(Número de trabajadores de atención directa que trabaja en el establecimiento de salud durante el período evaluado)] × 100.
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	Para el numerador: registros de capacitaciones (planes, listas de participantes que cumplieron los requisitos o que obtuvieron certificados, programas, informes, entre otros). Para el denominador: plantilla de personal de atención directa.
<b>Técnica de obtención</b>	Auditoría de registros
<b>Meta</b>	De acuerdo con el porcentaje obtenido en la medición previa del indicador, el establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Anual
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de prevención y control de infecciones

Continúa

NOMBRE	P3. PORCENTAJE DE TRABAJADORES DE SALUD DE ATENCIÓN DIRECTA CAPACITADOS SEGÚN PROTOCOLO DE USO DEL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
<b>Servicio que registra el dato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de recursos humanos</li> <li>• Departamento de salud ocupacional o riesgos laborales</li> <li>• Departamento o área de docencia, capacitación o enseñanza</li> </ul>
<b>Criterio de cumplimiento</b>	El indicador se cumple si, durante el período evaluado, el porcentaje de trabajadores de atención directa capacitados de acuerdo con el protocolo sobre el uso del EPP es igual o mayor a 95%.
<b>Aspectos técnicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La medición del indicador requiere que el establecimiento de salud cuente con un protocolo que contenga las pautas o directrices sobre el uso del EPP.</li> <li>• El indicador podrá medirse en todo el establecimiento o en servicios seleccionados según el nivel de riesgo o el tipo de atención, considerando, por tanto, priorizar áreas de triaje y aislamiento.</li> <li>• En la medida en que el sistema de monitoreo y evaluación del establecimiento de salud se fortalece, el indicador puede medirse en trabajadores de salud dedicados a la limpieza del entorno.</li> </ul>

NOMBRE	P4. PORCENTAJE DE TRABAJADORES DE SALUD DE ATENCIÓN DIRECTA QUE USA EL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) SEGÚN PROTOCOLO
<b>Relevancia</b>	El indicador evalúa si el personal de salud de atención directa se adhiere a las pautas o directrices para el uso del EPP. Esta información garantiza al equipo de gestión que, durante la atención, los diferentes elementos que conforman el EPP actúan como barrera que evita que los trabajadores entren en contacto directo con el paciente o sus fluidos corporales, así como con los objetos o elementos contaminados del entorno, lo que evita la transmisión de microorganismos infecciosos y protege tanto a los trabajadores como a los pacientes a los visitantes.
<b>Tipo</b>	Indicador de proceso. Es una proporción expresada como porcentaje.
<b>Documentos de referencia</b>	(6)
<b>Numerador</b>	Número de trabajadores de salud de atención directa que usa el EPP según protocolo durante el período evaluado.
<b>Denominador</b>	Número de trabajadores de salud de atención directa del establecimiento de salud durante el período evaluado.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\left[ \frac{\text{Número de trabajadores de salud de atención directa que usa el EPP según protocolo durante el período evaluado}}{\text{Número de trabajadores de salud de atención directa del establecimiento durante el período evaluado}} \right] \times 100.$
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	No aplicable
<b>Técnica de obtención</b>	Observación directa
<b>Meta</b>	De acuerdo con el porcentaje obtenido en la medición previa del indicador, el establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Trimestral.
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de prevención y control de infecciones
<b>Servicio que registra el dato</b>	No aplicable
<b>Criterio de cumplimiento</b>	El indicador se cumple si, durante el período evaluado, el porcentaje de trabajadores de atención directa que usa el EPP según protocolo es igual o mayor a 90%.

Continúa

NOMBRE	P4. PORCENTAJE DE TRABAJADORES DE SALUD DE ATENCIÓN DIRECTA QUE USA EL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) SEGÚN PROTOCOLO
<b>Aspectos técnicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La medición del indicador requiere que el establecimiento de salud cuente con un protocolo que contenga las directrices para el uso correcto del EPP.</li> <li>• A partir del protocolo, se elaborará una pauta de cotejo que servirá de guía para que el equipo evaluador observe el uso que los trabajadores de la salud hacen del EPP. La pauta deberá considerar el nivel de riesgo al que está expuesto el trabajador.</li> <li>• Si el indicador se mide mediante observación directa, aplicar técnicas de muestreo que garanticen la representatividad de los trabajadores según su formación, funciones y turnos permitirá contar con información precisa al tiempo que se optimizan los recursos.</li> <li>• Para definir el cumplimiento individual puede establecerse un rango, por ejemplo: 10-8 observaciones correctas: cumplimiento total del protocolo; 7-5: cumplimiento parcial; 4-0: no se cumple con el protocolo. Para la medición del indicador, solo entrarían en el numerador los trabajadores con cumplimiento total.</li> <li>• Si en el establecimiento de salud funciona un programa de supervisión de prácticas que sistemáticamente evalúe y documente el uso del EPP, el indicador puede medirse mediante la auditoría de los registros de esas supervisiones (libros, fichas, informes, entre otros). En ese caso, la plantilla de recursos humanos será la fuente de los datos para obtener el denominador.</li> <li>• El indicador podrá medirse en todo el establecimiento o en servicios seleccionados según el nivel de riesgo o el tipo de atención, considerando, por tanto, priorizar las áreas de triaje y aislamiento. También se podría comenzar por los servicios que tengan las tasas más altas de infecciones y extenderse progresivamente a todos los servicios clínicos y quirúrgicos del establecimiento de salud.</li> <li>• En la medida en que el sistema de monitoreo y evaluación del establecimiento de salud se fortalece, el indicador puede medirse en los trabajadores de salud dedicados a la limpieza del entorno.</li> </ul>

NOMBRE	P5. PORCENTAJE DE TRABAJADORES DE SALUD DE ATENCIÓN DIRECTA CAPACITADOS DE ACUERDO CON EL PROTOCOLO DE HIGIENE RESPIRATORIA Y MANEJO DE LA TOS
<b>Relevancia</b>	La tos y el estornudo de las personas con infección respiratoria aguda sintomática se asocian con la producción de gotitas y núcleo de gotitas (aerosoles) que pueden contener partículas infectantes. El indicador evalúa si el personal de salud de atención directa ha recibido capacitación en higiene respiratoria o en comportamiento al toser, según protocolo. La tos y el estornudo de las personas con infección respiratoria aguda sintomática se asocian con la producción de gotitas y núcleo de gotitas (aerosoles) que pueden contener partículas infectantes. El indicador evalúa si el personal de salud de atención directa ha recibido capacitación en higiene respiratoria o en comportamiento al toser, según protocolo.
<b>Tipo</b>	Indicador de proceso. Es una proporción expresada como porcentaje.
<b>Documentos de referencia</b>	(45, 46)
<b>Numerador</b>	Número de trabajadores de atención directa capacitados de acuerdo con el protocolo de higiene respiratoria/manejo de la tos durante el período evaluado.
<b>Denominador</b>	Número de trabajadores de atención directa que trabaja en el establecimiento de salud durante el período evaluado.
<b>Fórmula de cálculo</b>	[(Número de trabajadores de atención directa capacitados de acuerdo con el protocolo de higiene respiratoria/manejo de la tos durante el período evaluado)/(Número de trabajadores de atención directa que trabaja en el establecimiento de salud durante el período evaluado)] × 100.
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	Para el numerador: registros de capacitaciones (planes, listas de participantes que cumplieron los requisitos o que obtuvieron certificados, programas, informes, entre otros). Para el denominador: plantilla de personal de atención directa.
<b>Técnica de obtención</b>	Auditoría de registros
<b>Meta</b>	De acuerdo con el porcentaje obtenido en la medición previa del indicador, el establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora.

Continúa

<b>NOMBRE</b>	<b>P5. PORCENTAJE DE TRABAJADORES DE SALUD DE ATENCIÓN DIRECTA CAPACITADOS DE ACUERDO CON EL PROTOCOLO DE HIGIENE RESPIRATORIA Y MANEJO DE LA TOS</b>
<b>Periodicidad de la medición</b>	Anual
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de prevención y control de infecciones
<b>Servicio que registra el dato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de recursos humanos</li> <li>• Departamento de salud ocupacional o riesgos laborales</li> <li>• Departamento o área de docencia, capacitación o enseñanza</li> </ul>
<b>Criterio de cumplimiento</b>	El indicador se cumple si, durante el período evaluado, el porcentaje de trabajadores de atención directa capacitados de acuerdo con el protocolo de higiene respiratoria o manejo de la tos es igual o mayor a 95%.
<b>Aspectos técnicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La medición del indicador requiere que el establecimiento cuente con un protocolo que contenga las pautas o directrices sobre higiene respiratoria o manejo de la tos.</li> <li>• El indicador podrá medirse en todo el establecimiento de salud o en servicios seleccionados según el nivel de riesgo o el tipo de atención, considerando, por tanto, priorizar las áreas de triaje y aislamiento.</li> <li>• En la medida en que el sistema de monitoreo y evaluación del establecimiento de salud se fortalece, el indicador puede medirse en los trabajadores de salud dedicados a la limpieza del entorno.</li> </ul>

<b>NOMBRE</b>	<b>P6. PORCENTAJE DE SERVICIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE UTILIZAN MEDICAMENTOS DE DOSIS ÚNICA COMO MULTIDOSIS</b>
<b>Relevancia</b>	El uso de viales de dosis única como multidosis es una práctica terapéutica insegura que puede ocasionar infecciones a los pacientes. Esos eventos adversos se reducen en la medida en que en los establecimientos de salud se implantan sistemas de gestión de suministros basados en la adquisición continua de medicamentos de un solo uso.
<b>Tipo</b>	Indicador de proceso. Es una proporción expresada como porcentaje.
<b>Documentos de referencia</b>	(6, 38)
<b>Numerador</b>	Número de servicios del establecimiento de salud que utilizan medicamentos de dosis única como multidosis.
<b>Denominador</b>	Número de servicios del establecimiento de salud.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$[(\text{Número de áreas del establecimiento de salud que utilizan medicamentos de dosis única como multidosis}) / (\text{Número de servicios del establecimiento de salud})] \times 100$ .
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	No aplicable
<b>Técnica de obtención</b>	Observación directa
<b>Meta</b>	De acuerdo con el porcentaje obtenido en la medición previa del indicador, el establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Trimestral
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de prevención y control de infecciones
<b>Servicio que registra el dato</b>	No aplicable

Continúa

NOMBRE	P6. PORCENTAJE DE SERVICIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE UTILIZAN MEDICAMENTOS DE DOSIS ÚNICA COMO MULTIDOSIS
<b>Criterio de cumplimiento</b>	El indicador se cumple si en ninguno de los servicios del establecimiento de salud evaluados se emplean medicamentos inyectables de dosis única como multidosis, es decir, si es igual a 0%.
<b>Aspectos técnicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si en el establecimiento de salud funciona un programa de supervisión de prácticas que evalúe y documente sistemáticamente el uso de medicamentos de dosis única como multidosis, el indicador puede medirse mediante la auditoría de los registros de esas supervisiones (libros, fichas, informes, entre otros).</li> <li>• Si el indicador se mide mediante observación directa, aplicar técnicas de muestreo que garanticen la representatividad de los servicios del establecimiento de salud, considerando turnos y días de la semana, esto permitirá contar con información precisa, al tiempo que se optimizan los recursos. Se puede empezar por los servicios con las tasas más altas de infecciones y extenderse progresivamente a todos los servicios clínicos y quirúrgicos del establecimiento de salud.</li> </ul>

NOMBRE	P7. PORCENTAJE DE PERSONAL DE LIMPIEZA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CAPACITADO DE ACUERDO CON EL PROTOCOLO DE LIMPIEZA DEL AMBIENTE
<b>Relevancia</b>	Las superficies y los equipos de las áreas dedicadas a la atención actúan como fuente de infección al entrar en contacto con secreciones y fluidos provenientes de los pacientes. El cumplimiento del protocolo de limpieza del ambiente por parte del personal es clave en la eliminación de reservorios de patógenos causantes de infecciones. El indicador evalúa si el personal del establecimiento de salud que trabaja en limpieza del entorno está capacitado para desempeñar sus funciones.
<b>Tipo</b>	Indicador de proceso. Es una proporción expresada como porcentaje.
<b>Documentos de referencia</b>	(6, 47)
<b>Numerador</b>	Número de profesionales de limpieza del entorno del establecimiento de salud capacitados de acuerdo con el protocolo de limpieza del ambiente durante el período evaluado.
<b>Denominador</b>	Número de profesionales de limpieza del entorno que trabaja en el establecimiento de salud durante el período evaluado.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\left[ \frac{\text{Número de profesionales de limpieza del entorno del establecimiento de salud capacitados de acuerdo con el protocolo de limpieza del entorno durante el período evaluado}}{\text{Número de profesionales de limpieza del entorno que trabaja en el establecimiento de salud durante el período evaluado}} \right] \times 100.$
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	Para el numerador: registros de capacitaciones (planes, listas de participantes que cumplieron los requisitos o que obtuvieron certificados, programas e informes, entre otros). Para el denominador: plantilla de personal que realiza funciones de limpieza del entorno.
<b>Técnica de obtención</b>	Auditoría de registros
<b>Meta</b>	De acuerdo con el porcentaje obtenido en la medición previa del indicador, el establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Anual
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de prevención y control de infecciones
<b>Servicio que registra el dato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de recursos humanos</li> <li>• Departamento o área de docencia, capacitación o enseñanza</li> <li>• Departamento de mantenimiento o limpieza</li> </ul>

Continúa



<b>NOMBRE</b>	<b>P7. PORCENTAJE DE PERSONAL DE LIMPIEZA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CAPACITADO DE ACUERDO CON EL PROTOCOLO DE LIMPIEZA DEL AMBIENTE</b>
<b>Criterio de cumplimiento</b>	El indicador se cumple si, durante el período evaluado, el porcentaje de profesionales que realiza funciones de limpieza o desinfección capacitados de acuerdo con el protocolo de limpieza y desinfección del ambiente es igual o mayor a 95%.
<b>Aspectos técnicos</b>	La medición del indicador requiere que el establecimiento cuente con un protocolo que contenga las pautas o directrices para la limpieza del ambiente.

<b>NOMBRE</b>	<b>P8. PORCENTAJE DE PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CAPACITADO DE ACUERDO CON EL PROTOCOLO DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DE LOS EQUIPOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS</b>
<b>Relevancia</b>	A fin de proveer al paciente una atención segura, la gerencia del establecimiento de salud debe garantizar que el personal que realiza la limpieza y esterilización de los equipos médicos y quirúrgicos esté capacitado según el protocolo. El indicador evalúa si el personal del establecimiento de salud que lleva a cabo la limpieza, desinfección y esterilización de equipos médicos y quirúrgicos está capacitado para desempeñar sus funciones.
<b>Tipo</b>	Indicador de proceso. Es una proporción expresada como porcentaje.
<b>Documentos de referencia</b>	(6, 48)
<b>Numerador</b>	Número de profesionales del establecimiento de salud capacitados de acuerdo con los protocolos de desinfección y esterilización de equipos médicos y quirúrgicos durante el período evaluado.
<b>Denominador</b>	Número de profesionales del establecimiento de salud que realiza la desinfección y la esterilización de equipos médicos y quirúrgicos durante el período evaluado.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\left[ \frac{\text{Número de profesionales del establecimiento de salud capacitados de acuerdo con los protocolos de desinfección y esterilización de equipos médicos y quirúrgicos durante el período evaluado}}{\text{Número de profesionales del establecimiento de salud que realiza la desinfección y la esterilización de equipos médicos y quirúrgicos durante el período evaluado}} \right] \times 100.$
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	Para el numerador: registros de capacitaciones, informes o listas de participantes que cumplieron los requisitos o que obtuvieron certificados. Para el denominador: plantilla de personal que realiza la limpieza, la desinfección y la esterilización de equipos médicos y quirúrgicos (en la mayoría de los establecimientos de salud esta función la realizan los profesionales de enfermería).
<b>Técnica de obtención</b>	Auditoría de registros
<b>Meta</b>	De acuerdo con el porcentaje obtenido en la medición previa del indicador, el establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Anual
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de prevención y control de infecciones
<b>Servicio que registra el dato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de recursos humanos</li> <li>• Departamento o área de docencia, capacitación o enseñanza</li> <li>• Departamento de desinfección o esterilización de equipos médicos y quirúrgicos</li> </ul>
<b>Criterio de cumplimiento</b>	El indicador se cumple si, durante el período evaluado, el porcentaje de profesionales de limpieza del establecimiento de salud capacitados de acuerdo con los protocolos de limpieza, desinfección y esterilización de equipos médicos y quirúrgicos es igual o mayor a 95%.
<b>Aspectos técnicos</b>	La medición del indicador requiere que el establecimiento cuente con un protocolo que contenga las pautas o directrices para la desinfección y la esterilización de equipos médicos y quirúrgicos.

NOMBRE	P9. PORCENTAJE DE PERSONAL DE LIMPIEZA DEL ENTORNO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CAPACITADO DE ACUERDO CON EL PROTOCOLO DE MANEJO DE DESECHOS
<b>Relevancia</b>	La gerencia del establecimiento de salud garantizará que el personal que realiza la limpieza del entorno esté capacitado en los procedimientos normalizados de recogida y eliminación de los desechos de la atención de salud con el fin de prevenir la propagación de infecciones a los pacientes, el personal y los visitantes, mantener un entorno limpio y seguro, y reducir riesgos para la comunidad derivados de la eliminación inadecuada de los residuos infecciosos. El indicador evalúa si el personal del establecimiento de salud que realiza funciones de limpieza del entorno está capacitado en el manejo de desechos.
<b>Tipo</b>	Indicador de proceso. Es una proporción expresada como porcentaje.
<b>Documentos de referencia</b>	(6, 49, 50)
<b>Numerador</b>	Número de trabajadores de limpieza del entorno del establecimiento de salud capacitados de acuerdo con el protocolo de manejo de desechos durante el período evaluado.
<b>Denominador</b>	Número de trabajadores de limpieza del entorno hospitalario que trabaja en el establecimiento de salud durante el período evaluado.
<b>Fórmula de cálculo</b>	[(Número de profesionales de limpieza del entorno del establecimiento de salud capacitados de acuerdo con el protocolo de manejo de desechos biopeligrosos durante el período evaluado)/(Número de profesionales de limpieza del entorno hospitalario que trabaja en el establecimiento de salud durante el período evaluado) × 100.
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	Para el numerador: registros de capacitaciones, informes o listas de participantes que cumplieron los requisitos o que obtuvieron certificados. Para el denominador: plantilla de personal que realiza funciones de limpieza del entorno.
<b>Técnica de obtención</b>	Auditoría de registros
<b>Meta</b>	De acuerdo con el porcentaje obtenido en la medición previa del indicador, el establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Anual
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de prevención y control de infecciones
<b>Servicio que registra el dato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de recursos humanos</li> <li>• Departamento o área de docencia, capacitación o enseñanza</li> <li>• Departamento de mantenimiento o limpieza del entorno</li> </ul>
<b>Criterio de cumplimiento</b>	El indicador se cumple si, durante el período evaluado, el porcentaje de profesionales que realiza funciones de limpieza del entorno del establecimiento de salud capacitado de acuerdo con el protocolo de manejo de desechos es igual o mayor a 95%.
<b>Aspectos técnicos</b>	La medición del indicador requiere que el establecimiento cuente con un protocolo que contenga las pautas o directrices para el manejo de desechos.

NOMBRE	P10. PORCENTAJE DE PERSONAL DE SALUD DE ATENCIÓN DIRECTA CAPACITADO DE ACUERDO CON EL PROTOCOLO PARA EL DESECHO DE INSTRUMENTOS CORTOPUNZANTES
<b>Relevancia</b>	Proteger a los profesionales frente a los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos derivados del uso de material cortopunzante requiere capacitar al personal de salud de atención directa en su desecho seguro. El indicador evalúa si el personal de atención directa del establecimiento de salud está capacitado en el manejo de desechos cortopunzantes.
<b>Tipo</b>	Indicador de proceso. Es una proporción expresada como porcentaje.
<b>Documentos de referencia</b>	(6, 51)
<b>Numerador</b>	Número de profesionales de atención directa del establecimiento de salud capacitados de acuerdo con el protocolo de manejo de desechos cortopunzantes durante el período evaluado.
<b>Denominador</b>	Número de profesionales de atención directa que trabaja en el establecimiento de salud durante el período evaluado.
<b>Fórmula de cálculo</b>	[(Número de profesionales de atención directa del establecimiento de salud capacitados de acuerdo con el protocolo de manejo de desechos cortopunzantes durante el período evaluado)/(Número de profesionales de atención directa que trabaja en el establecimiento de salud durante el período evaluado)] x 100.
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	Para el numerador: registros de capacitaciones, informes o listas de participantes que cumplieron los requisitos o que obtuvieron certificados. Para el denominador: plantilla de personal de salud de atención directa.
<b>Técnica de obtención</b>	Auditoría de registros
<b>Meta</b>	De acuerdo con el porcentaje obtenido en la medición previa del indicador, el establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Anual
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de prevención y control de infecciones
<b>Servicio que registra el dato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de recursos humanos</li> <li>• Departamento o área de docencia, capacitación o enseñanza</li> <li>• Departamento de salud ocupacional o de riesgos laborales</li> </ul>
<b>Criterio de cumplimiento</b>	El indicador se cumple si, durante el período evaluado, el porcentaje de trabajadores de atención directa del establecimiento de salud capacitado de acuerdo con el protocolo de manejo de desechos cortopunzantes es igual o mayor a 95%.
<b>Aspectos técnicos</b>	La medición del indicador requiere que el establecimiento cuente con un protocolo de manejo de desechos que incluya pautas o directrices para el manejo de desechos cortopunzantes o con un documento específico para el desecho de instrumentos cortopunzantes.

NOMBRE	P11. PORCENTAJE DE PACIENTES A LOS QUE SE SOMETE A PROCEDIMIENTOS DE TRIAJE PARA ENFERMEDAD INFECCIOSA A SU INGRESO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD
<b>Relevancia</b>	Este indicador mide la capacidad del establecimiento de salud para detectar en el primer punto de contacto en el establecimiento de salud a pacientes en los que se sospecha o se comprueba que tienen una enfermedad infecciosa, sobre todo si están en período infectante, con el fin de aplicar oportunamente las medidas de control de las fuentes de infección, incluido el aislamiento de manera inmediata. Por la importancia de identificar oportunamente a los pacientes que pudieran amplificar brotes de origen comunitario en el establecimiento de salud, el seguimiento de este indicador es clave para prevenir infecciones por patógenos emergentes y reemergentes a fin de salvaguardar la seguridad de los pacientes, los visitantes y el personal de salud.
<b>Tipo</b>	Indicador de proceso. Es una proporción expresada como porcentaje.
<b>Documentos de referencia</b>	(6, 52)
<b>Numerador</b>	Número de pacientes a los que se se somete a procedimientos de triaje para enfermedad infecciosa a su ingreso en el establecimiento de salud durante el período evaluado.
<b>Denominador</b>	Número de pacientes atendidos en emergencias o urgencias en el establecimiento durante el período evaluado.
<b>Fórmula de cálculo</b>	[(Número de pacientes a los que se somete a procedimientos de triaje para enfermedad infecciosa a su ingreso en el establecimiento durante el período evaluado)/(Número de pacientes atendidos en emergencias o urgencias durante el período evaluado)] × 100.
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	Expedientes clínicos de pacientes, registros del equipo de PCI, de emergencias y del sistema de vigilancia epidemiológica del establecimiento de salud.
<b>Técnica de obtención</b>	Auditoría de registros (expedientes clínicos, libros de atención en emergencias, fichas de triaje, informes, entre otros)
<b>Meta</b>	De acuerdo con el porcentaje obtenido en la medición previa del indicador, el establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Mensual
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de prevención y control de infecciones
<b>Servicio que registra el dato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de PCI</li> <li>• Servicio de emergencia o urgencia</li> <li>• Servicio de triaje</li> </ul>
<b>Criterio de cumplimiento</b>	El indicador se cumple si, durante el período evaluado, el porcentaje de pacientes sometidos a procedimientos de triaje para enfermedad infecciosa a su ingreso en el establecimiento es igual a 100%.
<b>Aspectos técnicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La medición del indicador requiere que el establecimiento de salud disponga de un procedimiento estandarizado de triaje de enfermedades infecciosas.</li> <li>• La frecuencia de la medición del indicador podrá ser menor, es decir, quincenal o semanal.</li> <li>• Dependiendo de la solidez o fortaleza del sistema de monitoreo y evaluación del establecimiento de salud, el indicador puede medirse de manera regular o solo durante los brotes.</li> <li>• El triaje se realiza en el primer punto de contacto del paciente (puede ser la sala de espera, emergencias o consultas, entre otros); por tanto, dependiendo de las características del establecimiento de salud y de la organización de la entrada de pacientes, se deberá considerar que la medición del indicador se realice en áreas diferentes a las salas de triaje. En esos casos, el denominador deberá comprender a los pacientes atendidos en esas áreas.</li> <li>• El indicador, también puede medirse mediante observación directa de la totalidad de los pacientes ingresados durante el período evaluado o mediante una muestra aleatoria. En ese caso, se elaborará una lista de cotejo basada en el procedimiento estandarizado de triaje del establecimiento de salud para guiar la observación.</li> </ul>

NOMBRE	P12. PORCENTAJE DE PACIENTES EN EL QUE SE CUMPLEN LAS RECOMENDACIONES DE AISLAMIENTO SEGÚN EL MECANISMO DE TRANSMISIÓN DE LOS MICROORGANISMOS PATÓGENOS
<b>Relevancia</b>	Este indicador mide la capacidad del establecimiento de salud para aplicar medidas de aislamiento, que incluyen las precauciones basadas en los mecanismos de transmisión (por contacto, gotitas o aérea) y que deben adoptarse cuando se sospecha o se ha confirmado que un paciente tiene una enfermedad infecciosa, sobre todo si está en período infectante.
<b>Tipo</b>	Indicador de proceso. Es una proporción expresada como porcentaje.
<b>Documentos de referencia</b>	(6, 38)
<b>Numerador</b>	Número de pacientes hospitalizados con diagnóstico de infección en los que se cumplen las recomendaciones de aislamiento según los mecanismos de transmisión durante el período evaluado.
<b>Denominador</b>	Número de pacientes hospitalizados con diagnóstico de infección durante el período evaluado.
<b>Fórmula de cálculo</b>	[(Número de pacientes hospitalizados con diagnóstico de infección en los que se cumplen las recomendaciones de aislamiento según los mecanismos de transmisión durante el período evaluado)/ (Número de pacientes hospitalizados con diagnóstico de infección durante el período evaluado)] × 100.
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	Registros de pacientes, registros del equipo de prevención y control de infecciones (PCI) y del sistema de vigilancia epidemiológica del establecimiento de salud
<b>Técnica de obtención</b>	Auditoría de registros (expedientes clínicos, libros, fichas, informes, entre otros)
<b>Meta</b>	De acuerdo con el porcentaje obtenido en la medición previa del indicador, el establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Anual
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de PCI
<b>Servicio que registra el dato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamentos clínicos</li> <li>• Departamento de epidemiología</li> <li>• Departamento de calidad y seguridad del paciente</li> </ul>
<b>Criterio de cumplimiento</b>	El indicador se cumple si, durante el período evaluado, el porcentaje de pacientes en el que se cumple las recomendaciones de aislamiento según el mecanismo de transmisión de patógenos es igual a 100%.
<b>Aspectos técnicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La medición del indicador requiere que el establecimiento de salud cuente con un protocolo que contenga pautas o directrices para la adopción de precauciones de aislamiento según el mecanismo de transmisión de patógenos.</li> <li>• Por tratarse de un indicador de calidad de la atención de proceso, la auditoría de registros puede ser de tipo concurrente (con el paciente hospitalizado) o realizarse al egreso del paciente. En ambos casos, es imprescindible consignar mediante una lista de cotejo u otro instrumento el cumplimiento de las recomendaciones de aislamiento establecidas en el protocolo.</li> <li>• El indicador también puede medirse mediante observación directa en la totalidad de los pacientes ingresados con diagnóstico de infección durante el período evaluado o mediante una muestra aleatoria.</li> <li>• Tanto si el indicador se mide mediante auditoría de registro o mediante observación directa, es conveniente que el establecimiento cuente con una lista de cotejo basada en las pautas o directrices para la adopción de precauciones de aislamiento del establecimiento de salud.</li> </ul>

<b>NOMBRE</b>	<b>P13. PORCENTAJE DE PERSONAL DE LIMPIEZA DEL ENTORNO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CAPACITADO SEGÚN EL PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LOS SERVICIOS DE AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE (WASH)</b>
<b>Relevancia</b>	La gerencia del establecimiento de salud deberá garantizar que el personal de limpieza del entorno esté capacitado para conservar el funcionamiento adecuado de la infraestructura de abastecimiento de agua, inodoros y la gestión de los desechos de la atención de salud.
<b>Tipo</b>	Indicador de proceso. Es una proporción expresada como porcentaje.
<b>Documentos de referencia</b>	(6, 53)
<b>Numerador</b>	Número de profesionales de limpieza del entorno del establecimiento de salud capacitados según el protocolo para el manejo de los servicios de WASH durante el período evaluado.
<b>Denominador</b>	Número de profesionales de limpieza del entorno que trabaja en el establecimiento de salud durante el período evaluado.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\left[ \frac{\text{Número de profesionales de limpieza del entorno del establecimiento de salud capacitados según protocolo para el manejo de los servicios de WASH durante el período evaluado}}{\text{Número de trabajadores de limpieza del entorno que trabaja en el establecimiento de salud durante el período evaluado}} \right] \times 100.$
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	Para el numerador: registros de capacitaciones, informes o listas de participantes que cumplieron los requisitos o que obtuvieron certificados. Para el denominador: plantilla de personal que realiza funciones de limpieza del entorno.
<b>Técnica de obtención</b>	Auditoría de registros
<b>Meta</b>	De acuerdo con el porcentaje obtenido en la medición previa del indicador, el establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Anual
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de PCI
<b>Servicio que registra el dato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de recursos humanos</li> <li>• Departamento o área de docencia, capacitación o enseñanza</li> <li>• Departamento de mantenimiento o de limpieza del entorno</li> </ul>
<b>Criterio de cumplimiento</b>	El indicador se cumple si, durante el período evaluado, el porcentaje de trabajadores que realiza funciones de limpieza del entorno del establecimiento de salud capacitado de acuerdo con el protocolo de servicios de WASH es igual o mayor a 95%.
<b>Aspectos técnicos</b>	La medición del indicador requiere que el establecimiento cuente con un protocolo que contenga las pautas o directrices de los servicios de WASH.

NOMBRE	P14. PORCENTAJE DE TRABAJADORES DE SALUD DE ATENCIÓN DIRECTA CAPACITADOS EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES (PCI)
<b>Relevancia</b>	Todos los profesionales de la salud que participan en la prestación del servicio y la atención al paciente: personal clínico (medicina, enfermería, odontología y auxiliares, entre otros) y personal de laboratorio necesitan un conocimiento básico de todas las medidas de prevención y control de infecciones pertinentes utilizadas en los procedimientos clínicos, las precauciones de seguridad respecto al riesgo biológico y los riesgos asociados al entorno de la atención de salud. El indicador evalúa si el personal de atención directa del establecimiento de salud posee competencias para prevenir y controlar infecciones.
<b>Tipo</b>	Indicador de proceso. Es una proporción expresada como porcentaje.
<b>Documentos de referencia</b>	(6, 29, 44)
<b>Numerador</b>	Número de trabajadores de atención directa del establecimiento de salud capacitado en PCI durante el período evaluado.
<b>Denominador</b>	Número de trabajadores de atención directa que trabaja en el establecimiento de salud durante el período evaluado.
<b>Fórmula de cálculo</b>	[(Número de profesionales de limpieza del entorno del establecimiento de salud capacitados según protocolo para el manejo de los servicios de WASH durante el período evaluado)/(Número de trabajadores de limpieza del entorno que trabaja en el establecimiento de salud durante el período evaluado)] x 100.
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	Para el numerador: registros de capacitaciones (planes, listas de participantes que cumplieron los requisitos o que obtuvieron certificados, programas, informes, entre otros). Para el denominador: plantilla de personal de salud de atención directa.
<b>Técnica de obtención</b>	Auditoría de registros
<b>Meta</b>	De acuerdo con el porcentaje obtenido en la medición previa del indicador, el establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Anual
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de prevención y control de infecciones (PCI)
<b>Servicio que registra el dato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de recursos humanos</li> <li>• Departamento o área de docencia, capacitación o enseñanza</li> <li>• Departamento de epidemiología</li> </ul>
<b>Criterio de cumplimiento</b>	El indicador se cumple si, durante el período evaluado, el porcentaje de trabajadores de atención directa del establecimiento de salud capacitado en PCI es igual o mayor a 95%.
<b>Aspectos técnicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La medición del indicador requiere que el establecimiento cuente con directrices sobre PCI basadas en recomendaciones nacionales o internacionales. Los contenidos de la capacitación deben corresponderse con las directrices.</li> <li>• De acuerdo con las <i>Directrices sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nivel nacional y de establecimientos de atención de salud para pacientes agudos</i>, la estrategia general de formación debe basarse en labor de equipo y en asignación de tareas, ser de carácter participativo e incluir capacitación a la cabecera del paciente y mediante simulación.</li> <li>• A medida que el sistema de monitoreo y evaluación del establecimiento de salud se fortalezca, el indicador puede medirse en los profesionales de salud dedicados a la limpieza del entorno, en personal auxiliar y administrativo, y en personal de gestión.</li> </ul>

NOMBRE	P15. PORCENTAJE DE PERSONAL DE SALUD DE ATENCIÓN DIRECTA CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN AL DÍA SEGÚN EL CALENDARIO DE VACUNACIÓN VIGENTE
<b>Relevancia</b>	Por lo que respecta a los riesgos infecciosos, la protección de los profesionales de la atención de salud debe incluir la vacunación periódica de acuerdo con el calendario vigente. Garantizar que los profesionales de la salud estén vacunados no solo ayuda a que se mantengan sanos, sino también a detener la propagación de las enfermedades prevenibles mediante vacunación en los establecimientos de salud en los que prestan servicios y en sus comunidades.
<b>Tipo</b>	Indicador de proceso. Es una proporción expresada como porcentaje.
<b>Documentos de referencia</b>	(6, 54)
<b>Numerador</b>	Número de trabajadores de atención directa con esquema de vacunación al día según calendario vacunal vigente en el establecimiento de salud durante el período evaluado.
<b>Denominador</b>	Número de trabajadores de atención directa del establecimiento de salud durante el período evaluado.
<b>Fórmula de cálculo</b>	[(Número de trabajadores de atención directa con esquema de vacunación al día según calendario vacunal vigente en el establecimiento de salud durante el período evaluado)/(Número de trabajadores de atención directa del establecimiento de salud durante el período evaluado)] × 100.
<b>Línea de base</b>	Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador.
<b>Fuente del dato</b>	Registros de vacunaciones del personal: expediente de cada trabajador de salud, ficha de vacunación de cada trabajador de salud, libro de vacunaciones del personal, entre otros.
<b>Técnica de obtención</b>	Auditoría de registros
<b>Meta</b>	De acuerdo con el porcentaje obtenido en la medición previa del indicador, el establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Trimestral
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de prevención y control de infecciones (PCI)
<b>Servicio que registra el dato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de epidemiología</li> <li>• Equipo de PCI</li> <li>• Servicio o departamento de riesgos o de salud laboral</li> <li>• Departamentos de recursos humanos</li> </ul>
<b>Criterio de cumplimiento</b>	El indicador se cumple si, durante el período evaluado, el porcentaje de trabajadores con esquema de vacunación al día según calendario vacunal vigente en el establecimiento de salud es igual o mayor a 95%.
<b>Aspectos técnicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La medición del indicador requiere que el establecimiento cuente con un documento en el que se establezca el calendario de vacunación de los trabajadores de salud, de acuerdo con las directrices vigentes de la autoridad de salud nacional.</li> <li>• En la medida en que el sistema de monitoreo y evaluación del establecimiento de salud se fortalezca el indicador sobre vacunación puede medirse en los trabajadores de salud dedicados a la limpieza del entorno, así como a la desinfección y a la esterilización de equipos médicos.</li> </ul>



## Indicadores de resultado

NOMBRE	R1. PORCENTAJE DE PACIENTES QUE ADQUIEREN UNA INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN DE SALUD POR UN PATÓGENO EMERGENTE O REEMERGENTE
<b>Relevancia</b>	Este indicador evalúa la capacidad del establecimiento de salud para adoptar precauciones estándar y según el mecanismo de transmisión con la finalidad de evitar que los pacientes adquieran una infección asociada a la atención de salud (IAAS) ocasionada por patógenos emergentes y reemergentes.
<b>Tipo</b>	Indicador de resultado. Es una proporción expresada como porcentaje.
<b>Documentos de referencia</b>	(55-57)
<b>Numerador</b>	Número de pacientes hospitalizados que adquieren una IAAS por un patógeno emergente o reemergente durante el período evaluado.
<b>Denominador</b>	Número de pacientes egresados durante el período evaluado.
<b>Fórmula de cálculo</b>	[(Número de pacientes hospitalizados que adquieren una IAAS por un patógeno emergente o reemergente durante el período evaluado)/(Número de pacientes egresados durante el período evaluado) × 100.
<b>Línea de base</b>	Porcentaje obtenido en la medición previa
<b>Fuente del dato</b>	Registros del sistema de vigilancia epidemiológica del establecimiento de salud
<b>Técnica de obtención</b>	Vigilancia activa de las IAAS ocasionadas por patógenos emergentes y reemergentes.
<b>Meta</b>	De acuerdo con el porcentaje obtenido en la medición previa del indicador, el establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Trimestral
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de prevención y control de infecciones (PCI)
<b>Servicio que registra el dato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de PCI</li> <li>• Departamento de epidemiología</li> </ul>
<b>Criterio de cumplimiento</b>	Los establecimientos de salud podrán definir un estándar a partir de los valores arrojados por el sistema de vigilancia epidemiológica, procurando la reducción sostenida de su incidencia mediante la aplicación de los componentes básicos de PCI.
<b>Aspectos técnicos</b>	La medición del indicador requiere que el establecimiento de salud cuente con un sistema de vigilancia epidemiológica que incluya a patógenos emergentes y reemergentes.

NOMBRE	R2. PORCENTAJE DE PERSONAL DE SALUD DE ATENCIÓN DIRECTA QUE SUFRE ACCIDENTES CON OBJETOS CORTOPUNZANTES
<b>Relevancia</b>	Este indicador evalúa la eficacia de las medidas de prevención y control de infecciones (PCI) aplicadas en el establecimiento de salud para proteger a los trabajadores de salud de sufrir lesiones percutáneas, como pinchazos con agujas o cortes con otros objetos cortopunzantes. El riesgo de infección, que depende de la prevalencia de las infecciones entre los pacientes, de la naturaleza y frecuencia de la exposición, del estado inmunitario del personal y del tipo de atención provista, puede reducirse mediante el uso de equipos de protección personal, la manipulación segura de instrumentos, la separación y la eliminación seguras de los objetos cortopunzantes utilizados, el empleo de dispositivos con sistema de seguridad activo y pasivo, así como de la aplicación de estrategias de capacitación periódica del personal y de supervisión de prácticas.
<b>Tipo</b>	Indicador de resultado. Es una proporción expresada como porcentaje.
<b>Documentos de referencia</b>	(6, 38, 54)
<b>Numerador</b>	Número de profesionales de salud de atención directa que sufren accidentes con objetos cortopunzantes durante el período evaluado.
<b>Denominador</b>	Número de profesionales de salud de atención directa durante el período evaluado.
<b>Fórmula de cálculo</b>	[(Número de profesionales de salud de atención directa que sufren accidentes con objetos cortopunzantes durante el período evaluado)/(Número de profesionales de salud de atención directa durante el período evaluado)] × 100.
<b>Línea de base</b>	Porcentaje obtenido en la primera medición
<b>Fuente del dato</b>	Registros del sistema de vigilancia epidemiológica o del departamento del establecimiento de salud que se encarga de la salud de los trabajadores (salud ocupacional)
<b>Técnica de obtención</b>	Auditoría de registros (libros, fichas, informes, entre otros)
<b>Meta</b>	De acuerdo con el porcentaje obtenido en la primera medición del indicador, el establecimiento de salud definirá la meta que debe alcanzar mediante la aplicación del plan de mejora.
<b>Periodicidad de la medición</b>	Trimestral
<b>Área responsable de la medición</b>	Equipo de PCI
<b>Servicio que registra el dato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de PCI</li> <li>• Departamento de epidemiología</li> <li>• Servicio o departamento de riesgos laborales o de salud laboral</li> </ul>
<b>Criterio de cumplimiento</b>	El indicador se cumple si, durante el período evaluado, el porcentaje de profesionales de salud de atención directa que sufren accidentes con objetos cortopunzantes es menor o igual a 0%.
<b>Aspectos técnicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La medición del indicador requiere que el establecimiento de salud cuente con mecanismos para identificar oportunamente al personal de atención directa que sufre accidentes con objetos cortopunzantes y lleve un registro de esos eventos.</li> <li>• A medida que el sistema de monitoreo y evaluación del establecimiento de salud se fortalezca, el indicador puede medirse en los profesionales de salud de limpieza o desinfección y complementarse con indicadores sobre el estatus vacunal del personal de salud, por ejemplo, el porcentaje de profesionales de salud de atención directa que sufren accidentes con objetos cortopunzantes y un esquema vacunal completo.</li> <li>• Debido a que la exposición del personal a la sangre y a otros fluidos corporales de los pacientes puede ocurrir también por salpicaduras en las mucosas o las soluciones de continuidad en la piel, el seguimiento de ese tipo de riesgo necesitaría la definición de otro indicador, es decir, el porcentaje de profesionales de salud de atención directa que sufren salpicaduras en mucosas o soluciones de continuidad en la piel. La medición de este indicador ameritaría que se creen mecanismos para identificar y notificar ese tipo de salpicaduras.</li> </ul>

# Referencias

1. Weber DJ, Fischer WA, Wohl DA, Rutala WA. Protecting healthcare personnel from acquiring Ebola virus disease. *Infection control and hospital epidemiology*. 2015;36:1229-32. doi: 10.1017/ice.2015.205.
2. Mejía C, Silvestre M, Cazali I, García J, Sánchez R, García L et al. Large Epidemiological Influenza A Outbreak in a Teaching Hospital from Guatemala City. *ISRN AIDS*. Aug 1;2012:638042. doi: 10.5402/2012/638042.
3. Toledo J, Torrez AP, Terrazas A, Molina Gutiérrez JT, Ramírez AM, Romero C et al. Public health implications of a new world arenavirus outbreak that occurred in Bolivia, 2019. *Travel Med Infect Dis*. 2021;43:102124. doi: 10.1016/j.tmaid.2021.102124.
4. Donaires LF, Céspedes M, Valencia P, Salas JC, Luna ME, Castañeda A et al. [Primary pneumonic plague with nosocomial transmission in La Libertad, Peru 2010]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2010;27:326-36. doi: 10.1590/s1726-46342010000300004.
5. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020;323:1061-9. doi: 10.1001/jama.2020.1585.
6. Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nivel nacional y de establecimientos de atención de salud para pacientes agudos [Internet]. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255764>.
7. Organización Mundial de la Salud. Managing epidemics: key facts about major deadly diseases. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272442>.
8. Organización Panamericana de la Salud. Controles administrativos para garantizar la aplicación de medidas de prevención y control de infecciones en el contexto de la COVID-19 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52546>.
9. Organización Panamericana de la Salud. COVID-19: Recomendaciones técnicas para configuración de una zona de triaje de pacientes con síntomas respiratorios. Documento provisional 2.3 (5 de abril 2020) [Internet]. Washington, D.C.: OPS, 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52388>.
10. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. *Rev Calidad Asistencial* [Internet]. 2001;16 (1):68-78. Disponible en: <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>.
11. The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Hierarchy of Controls. 2015. Disponible en: <https://www.cdc.gov/niosh/topics/hierarchy/default.html>.
12. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis*. 1995;1:7-15. doi: 10.3201/eid0101.950102.
13. Fauci AS, Morens DM. The perpetual challenge of infectious diseases. *N Engl J Med*. 2012;366:454-61. doi: 10.1056/NEJMr1108296.
14. Sabin NS, Calliope AS, Simpson SV, Arima H, Ito H, Nishimura T et al. Implications of human activities for (re)emerging infectious diseases, including COVID-19. *J Physiol Anthropol*. 2020;39:29. doi: 10.1186/s40101-020-00239-5.
15. John E. Bennett RDMJB. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 8.<sup>a</sup> edition. Filadelfia: Elsevier/Saunders; 2015. Disponible en: <https://search.library.wisc.edu/catalog/9910208995902121>.
16. Porta MS, Greenland S, Hernán M, Silva IdS, Last JM, International Epidemiological Association. A dictionary of epidemiology. 6.a ed. Oxford: Oxford University Press; 2014.

17. Ryu S, Kim BI, Lim J-S, Tan CS, Chun BC. One Health Perspectives on Emerging Public Health Threats. *J Prev Med Public Health*. 2017;50(6):411-4. doi: 10.3961/jpmph.17.097.
18. Sinclair JR. Importance of a One Health approach in advancing global health security and the Sustainable Development Goals. *Rev Sci Tech*. 2019;38:145-54. doi: 10.20506/rst.38.1.2949.
19. Organización Panamericana de la Salud. 55.º Consejo Directivo. 68.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 2016. Resolución CD55.R8. Los sistemas de salud resilientes. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R8-e.pdf>.
20. Storr J, Kilpatrick C, Allegranzi B, Syed SB. Redefining infection prevention and control in the new era of quality universal health coverage. *Journal of Research in Nursing*. 2016;21:39-52. doi: 10.1177/1744987116628328.
21. Ortegón E, Pacheco JF, Prieto A. Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas [Internet]. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Manuales Series CEPAL; 2015. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/S057518\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/S057518_es.pdf).
22. De Rham P, Mancero L. Monitoreo y evaluación de acciones de desarrollo orientadas al impacto [Internet]. Quito: ASOCAM. Serie Metodologías y casos; 2009. Disponible en: <http://www.asocam.org/node/52514>.
23. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Introducción a los sistemas de monitoreo y evaluación: curso a distancia [Internet]. ILPES/CEPAL, folleto informativo; 2021. Disponible en: [https://www.cepal.org/sites/default/files/courses/files/introduccion\\_sistemas\\_monitoreo\\_y\\_evaluacion.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/courses/files/introduccion_sistemas_monitoreo_y_evaluacion.pdf).
24. Frankel N, Gage A. Fundamentos de monitoreo y evaluación. Curso autodirigido [Internet]. Washington: USAID; 2009. Disponible en: [https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-07-20-es/at\\_download/document](https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-07-20-es/at_download/document).
25. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos [Internet]. Washington, D.C: OPS; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49058>.
26. Ministerio de Salud Pública de República Dominicana. Medición de indicadores de calidad de los servicios de salud, aspectos conceptuales, metodológicos y procedimentales [Internet]. República Dominicana; 2020. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/2042?show=full>.
27. Jiménez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2004;30(1).
28. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual da oficina de capacitação em avaliação com foco na melhoria do programa / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília. Ministério da Saúde, 2007. 112 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponible en: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/oficina\\_capacitacao\\_avaliacao\\_programa\\_4ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/oficina_capacitacao_avaliacao_programa_4ed.pdf).
29. Organización Mundial de la Salud. Minimum requirements for infection prevention and control programmes. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330080>.
30. Organización Panamericana de la Salud. Directrices sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nivel nacional y de establecimientos de atención de salud para pacientes agudos [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49769>.
31. Acosta-Gnass S, Aragón JC, Benoit SR, Betancourt MI, Clara L, Costa SF et al. Evaluación de la infección hospitalaria en siete países latinoamericanos. *Rev Panam Infectol* [Internet]. 2008; 10 (4 Supl 1): S112-12.
32. Organización Panamericana de la Salud. Guía de evaluación rápida de programas hospitalarios en prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud 2011. Módulo II. Washington, D.C.: OPS; 2011. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/SPA-Guia-Evaluacion-IAAS.pdf>.
33. Tartari E, Tomczyk S, Pires D, Zayed B, Coutinho Rehse AP, Kariyo P et al. Implementation of the infection prevention and control core components at the national level: a global situational analysis. *J Hosp Infect*. 2021;108:94-103. doi: 10.1016/j.jhin.2020.11.025.

34. Organización Panamericana de la Salud. 59.º Consejo Directivo. 73.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos: Informe final. Sesión Virtual del 20 al 24 de septiembre del 2021. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd59inf10-plan-accion-sobre-resistencia-antimicrobianos-informe-final>.
35. Toledo J, Aldighieri S. Infection Prevention and Control Programmes in the Region of the Americas, Preparedness and Response to Infectious Diseases. *J Infect Control*. 2019; Jul-Sept; 8:88-9.
36. Organización Mundial de la Salud. WHO guidelines on tuberculosis infection prevention and control: 2019 update. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311259>.
37. Organización Mundial de la Salud. Marco de evaluación de prevención y control de infecciones al nivel de los establecimientos de atención de salud [Internet]. 2018. Disponible en: [https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/ipcaf\\_ES.pdf](https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/ipcaf_ES.pdf).
38. Organización Panamericana de la Salud. Prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud. Recomendaciones Básicas. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51447>.
39. Organización Mundial de la Salud. Improving infection prevention and control at the health facility: interim practical manual supporting implementation of the WHO guidelines on core components of infection prevention and control programmes. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/279788>.
40. Organización Mundial de la Salud, Safety WHOP. Hand hygiene technical reference manual: to be used by health-care workers, trainers and observers of hand hygiene practices. Ginebra: OMS; 2009. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44196>.
41. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Personal Protective Equipment (PPE) Burn Rate Calculator. Updated Mar. 24, 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/burn-calculator.html>.
42. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de infecciones durante la atención sanitaria de casos en los que se sospecha una infección por el nuevo coronavirus (nCoV): orientaciones provisionales, 25 de enero del 2020. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330685>.
43. Organización Mundial de la Salud. Making all injections safe. Ginebra: OMS; 2014.
44. Organización Mundial de la Salud. Core competencies for infection prevention and control professionals. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/335821>.
45. Organización Mundial de la Salud. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care. En WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Ginebra: OMS; 2009. Disponible en: [https://www.who.int/gpsc/5may/tools/who\\_guidelines-handhygiene\\_summary.pdf](https://www.who.int/gpsc/5may/tools/who_guidelines-handhygiene_summary.pdf).
46. Organización Mundial de la Salud. Marco de autoevaluación de la higiene de las manos. [Internet]. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: [https://www.who.int/gpsc/country\\_work/hhsa\\_framework\\_es.pdf](https://www.who.int/gpsc/country_work/hhsa_framework_es.pdf).
47. Organización Mundial de la Salud. Cleaning and disinfection of environmental surfaces in the context of COVID-19: interim guidance, 15 May 2020. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332096>.
48. Organización Panamericana de la Salud. Manual de esterilización para centros de salud. Washington, D.C.: OPS; 2008. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/797>.
49. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Preguntas e indicadores principales para el monitoreo de los servicios de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311764>.
50. Organización Mundial de la Salud. Agua, saneamiento, higiene y gestión de desechos en relación con el SARS-CoV-2, el virus causante de la COVID-19: orientaciones provisionales, 29 de julio del 2020. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333807>.

51. Organización Mundial de la Salud. WHO guideline on the use of safety-engineered syringes for intramuscular, intradermal and subcutaneous injections in health care settings. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250144>.
52. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de infecciones durante la atención sanitaria a casos presuntos o confirmados de COVID-19: orientaciones provisionales, 29 de junio del 2020. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333389>.
53. Organización Mundial de la Salud. El agua, el saneamiento y la higiene en los establecimientos de salud: medidas prácticas para lograr el acceso universal a una atención de calidad. [Internet]. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330043>.
54. Organización Mundial de la Salud. Llamado a la acción: Declaración sobre la equidad vacunal [Internet]. Washington, D.C.: OMS, 2021. Disponible en <https://www.who.int/es/campaigns/vaccine-equity/vaccine-equity-declaration>.
55. Organización Mundial de la Salud. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/80135>.
56. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud. Módulo III: información para gerentes y personal directivo. Washington, D.C.: OPS, 2012. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3270>.
57. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención en salud. Washington D.C.: OPS; 2010. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33851>.

Última consulta de las referencias disponibles en línea: 30 de marzo del 2022.

# Glosario

## Calidad

Grado en el cual los establecimientos de salud que se prestan a los individuos y a la población incrementan la probabilidad de alcanzar los resultados deseados con el menor riesgo posible, son consistentes con el conocimiento profesional vigente y los avances tecnológicos y satisfacen a los usuarios internos y externos.<sup>1</sup>

---

## Cortopunzante

Objeto o instrumento de borde filoso o que termina en punta y que puede cortar o penetrar la piel o las mucosas. La exposición a sangre y a otros fluidos corporales de los pacientes por soluciones de continuidad de la piel o por lesiones percutáneas, tales como pinchazos o cortes con agujas o con otros objetos cortopunzantes, conlleva riesgos para el personal de salud.<sup>2</sup>

---

## Criterio de cumplimiento

Condición que debe cumplir la actividad, servicio o producto para ser considerada de calidad. Constituye la característica o conjunto de características empleada como referente para medir la calidad en la práctica asistencial.<sup>3</sup>

---

## Equipo de protección personal (EPP)

Conjunto de elementos que tiene por objeto conformar una barrera que impida el contacto entre un paciente, objeto o ambiente y el personal de salud para evitar la transmisión de agentes infecciosos durante la atención.<sup>4</sup>

---

## Establecimiento de atención de salud para pacientes agudos

Entorno, público o privado, usado para tratar episodios súbitos, a menudo inesperados, de urgencia o emergencia, por lesiones y enfermedades que pueden conducir a la muerte o la discapacidad si no hay una intervención rápida. La atención de pacientes agudos incluye la medicina de urgencias, la atención traumatológica, la atención de emergencia prehospitalaria, la cirugía aguda, los cuidados intensivos, la atención urgente y la estabilización a corto plazo de pacientes hospitalizados.<sup>5</sup> En esta publicación, el término reemplaza a "establecimiento de salud".<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> Instituto de Medicina. Medicare. Una estrategia para el aseguramiento de la calidad. Volumen I [Internet]. Washington D. C.: National Academy Press; 1990. Último acceso: 27 de julio del 2021. Disponible en: <https://www.nap.edu/catalog/1547/medicare-a-strategy-for-quality-assurance-volume-i>.

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud. Prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud. Recomendaciones Básicas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2017. Último acceso: 27 de julio del 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51447>.

<sup>3</sup> Servicio de Salud de Castilla La Mancha. Manual de calidad asistencial [Internet]. Último acceso: 27 de julio del 2021. Disponible en: [https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131017/manual\\_calidad\\_asistencial\\_de\\_la\\_seca.pdf](https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131017/manual_calidad_asistencial_de_la_seca.pdf).

<sup>4</sup> Véase la nota al pie 2.

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nivel nacional y de establecimientos de atención de salud para pacientes agudos [Internet]. Ginebra: OMS; 2017. Último acceso: 27 de julio del 2021. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255764>.

<sup>6</sup> Véase la nota al pie 5.

## Estándar

Especificación precisa y cuantitativa del estado de un criterio.<sup>7</sup> En la evaluación de un proceso, el término expresa el valor del indicador que marca el rango entre lo aceptable y lo no aceptable de conformidad con lo establecido por la autoridad de salud o un organismo regulatorio internacional con base en la evidencia científica o a la recomendación de paneles de expertos.

---

## Indicador

Variable usada para medir, describir y monitorear los cambios de un sistema o una actividad en concreto. Los indicadores de salud se definen como mediciones resumidas que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño de un sistema de salud.<sup>8</sup>

---

## Infección asociada a la atención de salud (IAAS)

Infección que no está presente ni incubándose en el momento de la admisión, pero que se observa durante la estadía hospitalaria o al alta del paciente.<sup>9</sup>

---

## Infección emergente

Enfermedad infecciosa que se reconoce en el huésped humano por primera vez.<sup>10</sup>

---

## Infección reemergente

Enfermedad infecciosa que históricamente ha infectado a humanos, pero continúa reapareciendo en nuevos lugares, en formas resistentes, después de un aparente control o eliminación o en circunstancias inusuales.<sup>11</sup>

---

## Medidas o controles administrativos

Conjunto de recursos y acciones orientadas a la prevención de infecciones que complementan las acciones del ámbito clínico-quirúrgico y cuya responsabilidad recae directa o indirectamente en la gerencia o directiva de los establecimientos de salud.<sup>12</sup>

---

## Monitoreo y evaluación (MyE)

Herramienta de gestión que consiste en la recopilación sistemática y el análisis de información acerca de dónde se encuentra, con respecto a una línea base u objetivo, una política, programa o proyecto en un determinado momento —monitoreo— y por qué los resultados se están alcanzando o no, así como de los esfuerzos por entender las posibles causas —evaluación.<sup>13</sup>

---

<sup>7</sup> Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Rev Calidad Asistencial [Internet]. 2001. Último acceso: 27 de julio del 2021; 16 (1): 68-78. Disponible en: <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>

<sup>8</sup> Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2018. Último acceso: 27 de julio del 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49058>.

<sup>9</sup> Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2010. Último acceso: 27 de julio del 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33851>.

<sup>10</sup> Fauci AS, Morens DM. The perpetual challenge of infectious diseases. N Engl J Med [Internet]. Febrero del 2012. Último acceso: 27 de julio del 2021; 366 (5): 454-461. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22296079/>.

<sup>11</sup> Véase la nota al pie 10.

<sup>12</sup> The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Hierarchy of Controls 2015. Disponible en: <https://www.cdc.gov/niosh/topics/hierarchy/default.html>.

<sup>13</sup> Frankel N, Gage A. Fundamentos de monitoreo y evaluación. Curso autodirigido [Internet]. MEASURE Evaluation; 2009, revisión de diciembre del 2015. Último acceso: 30 de julio del 2021. Disponible en: <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-07-20-es.html>.



### Personal de salud

Recursos humanos de un establecimiento de salud. Incluyen los que intervienen en la prestación de servicios y en la atención directa a pacientes (personal médico, profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería, personal de partería, asistentes), los que brindan apoyo a la prestación de servicios de salud (profesionales y técnicos del laboratorio, de diagnóstico por imágenes y otros), personal administrativo y de gestión, auxiliares de servicio y personal de limpieza y mantenimiento, entre otros).<sup>14</sup>

---

### Precauciones estándar

Conjunto de prácticas aplicadas al cuidado a los pacientes, independientemente del diagnóstico o de que se sepa si tienen una infección o se encuentran colonizados por un agente con el fin de reducir la transmisión de microorganismos patógenos, al prevenir la exposición a fluidos corporales. Incluyen: higiene de las manos, uso de EPP, higiene respiratoria y etiqueta de tos, manejo seguro de materiales cortopunzantes, prácticas de inyección seguras, uso de instrumentos y equipos estériles y limpieza de ambientes hospitalarios y del ambiente.<sup>15,16</sup>

---

### Precauciones según el mecanismo de transmisión

Medidas que se aplican cuando se sospecha o se sabe que un paciente tiene una enfermedad infecciosa y, sobre todo, si está en período infectante. Previenen las transmisiones por contacto, por gotitas y aérea (núcleos de gotitas) y siempre son utilizadas en adición a las precauciones estándar, cuando estas no interrumpen completamente la transmisión.<sup>17,18</sup>

---

### Prevención y control de infecciones (PCI)

Conjunto de recursos (infraestructura, equipos e insumos, normas, documentos técnicos, marcos regulatorios, personal, procesos, entre otros) orientados sistemáticamente a reducir el riesgo de adquirir infecciones en los establecimientos de salud.<sup>19</sup>

---

### Punto de atención

Lugar de prestación de la asistencia en el establecimiento de salud. En el punto de atención se reúnen los tres elementos siguientes: el paciente, el profesional de salud y la atención o tratamiento que requiere contacto con el paciente o su entorno.<sup>20</sup>

---

<sup>14</sup> Véase la nota al pie 5.

<sup>15</sup> Véase la nota al pie 2.

<sup>16</sup> Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings [Internet]. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2015. Último acceso: 20 de octubre del 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>.

<sup>17</sup> Véase la nota al pie 2.

<sup>18</sup> Véase la nota al pie 16.

<sup>19</sup> Véase la nota al pie 5.

<sup>20</sup> Organización Mundial de la Salud. Marco de autoevaluación de la higiene de las manos. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2010. Último acceso: 17 de octubre del 2021. Disponible en: [https://www.who.int/gpsc/country\\_work/hhsa\\_framework\\_es.pdf](https://www.who.int/gpsc/country_work/hhsa_framework_es.pdf).

### Servicios de agua, saneamiento e higiene (WASH, por su sigla en inglés)

Conjunto de servicios básicos de abastecimiento de agua, saneamiento, higiene, gestión de desechos sanitarios y limpieza del entorno en los establecimientos de salud.<sup>21</sup>

---

### Vigilancia epidemiológica

Sistema de información permanente sobre enfermedad en la población con el fin de conocer su frecuencia, los factores de riesgo asociados y la mortalidad que ocasionan y de detectar precozmente epidemias.<sup>22</sup>

---

---

<sup>21</sup> Organización Mundial de la Salud. El agua, el saneamiento y la higiene en los establecimientos de salud: medidas prácticas para lograr el acceso universal a una atención de calidad. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2019. Último acceso: 6 de agosto del 2021. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330043>.

<sup>22</sup> Organización Panamericana de la Salud. Guía de evaluación rápida de programas hospitalarios en prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2011. Último acceso: 27 de julio del 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/SPA-Guia-Evaluacion-IAAS.pdf>.

# Anexos

## Anexo 1.

### Lista de indicadores seleccionados para el seguimiento de la gestión de medidas administrativas de los componentes básicos de los programas de prevención y control de infecciones

PRÁCTICA	TIPO DE INDICADOR		
	ESTRUCTURA (N = 18)	PROCESO (N = 15)	RESULTADO (N = 2)
<b>Componente: precauciones estándar</b>			
<b>Higiene de manos (n = 4)</b>	E1. Existencia de protocolos para la higiene de manos	P1. Porcentaje de personal de salud de atención directa capacitados de acuerdo con el protocolo de higiene de manos	R1. Porcentaje de pacientes que adquieren una infección asociada a la atención de salud por un patógeno emergente o reemergente
	E2. Porcentaje de puntos de atención del establecimiento de salud que disponen de insumos para la higiene de manos	P2. Porcentaje de personal de salud de atención directa que se adhiere al protocolo de higiene de manos	
<b>Uso de equipos de protección personal (n = 4)</b>	E3. Existencia de un protocolo para el uso de equipos de protección personal (EPP)	P3. Porcentaje de personal de salud de atención directa capacitados según protocolo de uso de equipos de protección personal (EPP)	
	E4. Porcentaje de puntos de atención del establecimiento de salud que disponen de equipos de protección personal (EPP)	P4. Porcentaje de personal de salud de atención directa que usa el equipo de protección personal (EPP) según protocolo	
<b>Higiene respiratoria (n = 2)</b>	E5. Existencia de un protocolo para la higiene respiratoria y el manejo de la tos	P5. Porcentaje de personal de salud de atención directa capacitados de acuerdo con el protocolo de higiene respiratoria y manejo de la tos	

Continúa

PRÁCTICA	TIPO DE INDICADOR		
	ESTRUCTURA (N = 18)	PROCESO (N = 15)	RESULTADO (N = 2)
<b>Inyecciones seguras (n = 2)</b>	E6. Existencia de un protocolo para la administración de inyecciones seguras	P6. Porcentaje de servicios del establecimiento de salud que utilizan medicamentos de dosis única como multidosis	R1. Porcentaje de pacientes que adquieren una infección asociada a la atención de salud por un patógeno emergente o reemergente
<b>Limpieza y desinfección del entorno hospitalario (n = 2)</b>	E7. Existencia de un protocolo para la limpieza y desinfección del entorno hospitalario	P7. Porcentaje de personal de limpieza del establecimiento de salud capacitado de acuerdo con el protocolo de limpieza del ambiente	
<b>Desinfección y esterilización de equipos médicos (n = 2)</b>	E8. Existencia de un protocolo para la limpieza, desinfección y esterilización de los equipos médicos y quirúrgicos	P8. Porcentaje de personal del establecimiento de salud capacitado de acuerdo con el protocolo de desinfección y esterilización de los equipos médicos y quirúrgicos	
<b>Manejo de desechos hospitalarios (n = 4)</b>	E9. Existencia de un protocolo para el manejo de desechos hospitalarios derivados de la atención de salud	P9. Porcentaje de personal de limpieza del entorno del establecimiento de salud capacitado de acuerdo con el protocolo de manejo de desechos	
	E10. Porcentaje de puntos de atención que disponen de recipientes para desechar instrumentos cortopunzantes	P10. Porcentaje de personal de salud de atención directa capacitado de acuerdo con el protocolo para el desecho de instrumentos cortopunzantes	
<b>Componente: precauciones según mecanismo de transmisión</b>			
<b>Aislamiento (n = 5)</b>	E11. Existencia de un protocolo para el triaje de pacientes con enfermedades infecciosas	P11. Porcentaje de pacientes a los que se somete a procedimientos de triaje para enfermedad infecciosa a su ingreso en el establecimiento de salud	R2. Porcentaje de trabajadores de salud de atención directa que sufren accidentes con objetos cortopunzantes
	E12. Existencia de un protocolo para la adopción de precauciones de aislamiento según el mecanismo de transmisión de microorganismos patógenos	P12. Porcentaje de pacientes en el que se cumplen las recomendaciones de aislamiento según el mecanismo de transmisión de agentes patógenos	
	E13. Porcentaje de habitaciones de aislamiento que cumplen con condiciones para evitar la propagación de enfermedades infecciosas en el establecimiento de salud		

Continúa

PRÁCTICA	TIPO DE INDICADOR		
	ESTRUCTURA (N = 18)	PROCESO (N = 15)	RESULTADO (N = 2)
<b>Componente: entorno; prevención y control de infecciones, y dotación de recursos humanos</b>			
<b>Agua, saneamiento e higiene (WASH) (n = 2)</b>	E14. Existencia de un protocolo para el manejo de los servicios de agua, saneamiento e higiene (WASH)	P13. Porcentaje de personal de limpieza del entorno del establecimiento de salud capacitado según el protocolo para el manejo de los servicios de agua, saneamiento e higiene (WASH)	R2. Porcentaje de trabajadores de salud de atención directa que sufren accidentes con objetos cortopunzantes
<b>Programas de prevención y control de infecciones (n = 4)</b>	E15. Existencia de un equipo de prevención y control de infecciones	P14. Porcentaje de trabajadores de salud de atención directa capacitados en prevención y control de infecciones	
	E16. Existencia de un plan de capacitación de los trabajadores de salud en prevención y control de infecciones		
	E17. Existencia de un protocolo para la prevención y control de infecciones		
<b>Dotación de recursos humanos (n = 2)</b>	E18. Razón de profesionales de enfermería por paciente	P15. Porcentaje de personal de salud de atención directa con esquema de vacunación al día según el calendario de vacunación vigente	

## Anexo 2.

# Puntuación de referencia de los indicadores según criterios de cumplimiento

Para determinar la situación general del establecimiento de salud en relación con la gestión de medidas administrativas de prevención y control de infecciones (PCI) para la contención de patógenos emergentes y reemergentes (inadecuada, básica, intermedia o avanzada) debe sumarse la puntuación obtenida por cada indicador y establecer a cuál de los rangos corresponde el valor obtenido (cuadro A2) Además, la gerencia puede identificar en cual o cuales de los tipos de indicadores considerados se encuentran las oportunidades de mejora, mediante la comparación de la puntuación máxima posible con la obtenida en la medición.

INDICADORES	PUNTUACIÓN MÁXIMA	PUNTUACIÓN OBTENIDA
Resultado	5	
Proceso	40	
Estructura	55	
<b>Total</b>	<b>100</b>	

### **CUADRO A2** Puntuación de los indicadores de estructura, de proceso y de resultado

Código del indicador	Nombre del indicador	Criterio de cumplimiento	Puntuación según cumplimiento
<b>E1</b>	Existencia de protocolos para la higiene de manos	El protocolo existe y reúne todos los requisitos establecidos.	Cumple: 3 No cumple: 0
<b>E2</b>	Porcentaje de puntos de atención del establecimiento de salud que disponen de insumos para la higiene de manos	Los puntos de atención cumplen todos los requisitos.	Cumple: 3 No cumple: 0
<b>E3</b>	Existencia de un protocolo para el uso de equipos de protección personal (EPP)	El protocolo existe y reúne todos los requisitos establecidos.	Cumple: 3 No cumple: 0
<b>E4</b>	Porcentaje de puntos de atención del establecimiento de salud que disponen de equipos de protección personal (EPP)	Los puntos de atención cumplen todos los requisitos.	Cumple: 3 No cumple: 0
<b>E5</b>	Existencia de un protocolo para la higiene respiratoria y el manejo de la tos	El protocolo existe y reúne todos los requisitos establecidos.	Cumple: 3 No cumple: 0

*Continúa*

<b>E6</b>	Existencia de un protocolo para la administración de inyecciones seguras	El protocolo existe y reúne todos los requisitos establecidos.	Cumple: 3 No cumple: 0
<b>E7</b>	Existencia de un protocolo para la limpieza y desinfección del entorno hospitalario	El protocolo existe y reúne todos los requisitos establecidos.	Cumple: 3 No cumple: 0
<b>E8</b>	Existencia de un protocolo para la limpieza, desinfección y esterilización de los equipos médicos y quirúrgicos	El protocolo existe y reúne todos los requisitos establecidos.	Cumple: 3 No cumple: 0
<b>E9</b>	Existencia de un protocolo para el manejo de los desechos hospitalarios derivados de la atención de salud	El protocolo existe y reúne todos los requisitos establecidos.	Cumple: 3 No cumple: 0
<b>E10</b>	Porcentaje de puntos de atención que disponen de recipientes para desechar instrumentos cortopunzantes	Los recipientes en los puntos de atención cumplen todos los requisitos.	Cumple: 3 No cumple: 0
<b>E11</b>	Existencia de un protocolo para el triaje de pacientes con enfermedades infecciosas	El protocolo existe y reúne todos los requisitos establecidos.	Cumple: 3 No cumple: 0
<b>E12</b>	Existencia de un protocolo para la adopción de precauciones de aislamiento según el mecanismo de transmisión de microorganismos patógenos	El protocolo existe y reúne todos los requisitos establecidos.	Cumple: 3 No cumple: 0
<b>E13</b>	Porcentaje de habitaciones de aislamiento que cumplen con condiciones para evitar la propagación de enfermedades infecciosas en el establecimiento de salud	Las habitaciones de aislamiento cumplen todos los requisitos.	Cumple: 3 No cumple: 0
<b>E14</b>	Existencia de un protocolo para el manejo de los servicios de agua, saneamiento e higiene (WASH)	El protocolo existe y reúne todos los requisitos establecidos.	Cumple: 3 No cumple: 0
<b>E15</b>	Existencia de un equipo de prevención y control de infecciones	Existe un equipo de prevención y control de infecciones que reúne todos los requisitos establecidos.	Cumple: 4 No cumple: 0
<b>E16</b>	Existencia de un plan de capacitación de los trabajadores de salud en prevención y control de infecciones	Existe un documento que contiene un plan con los requisitos establecidos.	Cumple: 3 No cumple: 0
<b>E17</b>	Existencia de un protocolo para la prevención y control de infecciones	El protocolo existe y reúne todos los requisitos establecidos.	Cumple: 3 No cumple: 0
<b>E18</b>	Razón de profesionales de enfermería por paciente	Véase la ficha técnica del indicador.	Cumple: 3 No cumple: 0
<b>Código del indicador</b>	<b>Nombre del indicador</b>	<b>Criterio de cumplimiento</b>	<b>Puntuación según cumplimiento</b>
<b>P1</b>	Porcentaje de trabajadores de salud de atención directa capacitados de acuerdo con el protocolo de higiene de manos	Igual o mayor a 95%	Cumple: 2,5 No cumple: 0
<b>P2</b>	Porcentaje de trabajadores de salud de atención directa que se adhiere al protocolo de higiene de manos	Igual o mayor a 90%	Cumple: 4 No cumple: 0
<b>P3</b>	Porcentaje de trabajadores de salud de atención directa capacitados según protocolo de uso de equipos de protección personal (EPP)	Igual o mayor a 95%	Cumple: 2,5 No cumple: 0
<b>P4</b>	Porcentaje de trabajadores de salud de atención directa que usa el equipo de protección personal (EPP) según protocolo	Igual o mayor a 90%	Cumple: 3 No cumple: 0

Continúa

<b>P5</b>	Porcentaje de trabajadores de salud de atención directa capacitados de acuerdo con el protocolo de higiene respiratoria y manejo de la tos	Igual o mayor a 95%	Cumple: 2,5 No cumple: 0
<b>P6</b>	Porcentaje de servicios del establecimiento de salud que utilizan medicamentos de dosis única como multidosis	0%	Cumple: 2,5 No cumple: 0
<b>P7</b>	Porcentaje de personal de limpieza del establecimiento de salud capacitado de acuerdo con el protocolo de limpieza del ambiente	Igual o mayor a 95%	Cumple: 2,5 No cumple: 0
<b>P8</b>	Porcentaje de personal del establecimiento de salud capacitados de acuerdo con el protocolo de desinfección y esterilización de los equipos médicos y quirúrgicos	Igual o mayor a 95%	Cumple: 2,5 No cumple: 0
<b>P9</b>	Porcentaje de trabajadores de limpieza del entorno del establecimiento de salud capacitados de acuerdo con el protocolo de manejo de desechos	Igual o mayor a 95%	Cumple: 2,5 No cumple: 0
<b>P10</b>	Porcentaje de trabajadores de salud de atención directa capacitados de acuerdo con el protocolo para el desecho de instrumentos cortopunzantes	Igual o mayor a 95%	Cumple: 2,5 No cumple: 0
<b>P11</b>	Porcentaje de pacientes en los que se realizan procedimientos de triaje para enfermedad infecciosa a su ingreso en el establecimiento de salud	100%	Cumple: 2,5 No cumple: 0
<b>P12</b>	Porcentaje de pacientes en el que se cumple las recomendaciones de aislamiento según el mecanismo de transmisión de agentes patógenos	100%	Cumple: 3 No cumple: 0
<b>P13</b>	Porcentaje de trabajadores de limpieza del entorno del establecimiento de salud capacitados según protocolo para el manejo de los servicios de agua, saneamiento e higiene (WASH)	Igual o mayor a 95%	Cumple: 2,5 No cumple: 0
<b>P14</b>	Porcentaje de trabajadores de salud de atención directa capacitados en prevención y control de infecciones	Igual o mayor a 95%	Cumple: 2,5 No cumple: 0
<b>P15</b>	Porcentaje de trabajadores de salud de atención directa con esquema de vacunación al día según calendario de vacunación vigente	Igual o mayor a 95%	Cumple: 2,5 No cumple: 0
<b>Código del indicador</b>	<b>Nombre del indicador</b>	<b>Criterio de cumplimiento</b>	<b>Puntuación según cumplimiento</b>
<b>R1</b>	Porcentaje de pacientes que adquieren una infección asociada a la atención de salud por un patógeno emergente o reemergente	Ver ficha técnica del indicador	Cumple: 2,5 No cumple: 0
<b>R2</b>	Porcentaje de trabajadores de salud de atención directa que sufren accidentes con objetos cortopunzantes	0%	Cumple: 2,5 No cumple: 0



## Anexo 3.

### Matriz para la elaboración del plan de mejora de las medidas administrativas de prevención y control de infecciones para la contención de los patógenos emergentes y reemergentes

---

Nombre del establecimiento \_\_\_\_\_

---

Fecha de la medición de los indicadores      \_\_/\_\_/\_\_

---

Fecha de elaboración del plan                      \_\_/\_\_/\_\_

---

**Indicador o indicadores para intervención**

Problemas identificados	Meta	Acciones	Responsables	Recursos	Fecha de inicio	Fecha de término	Evidencia del cumplimiento de la meta

## Anexo 4.

# Metodología de elaboración de esta publicación

La metodología empleada para la elaboración de la presente publicación comprendió la validación de su contenido en tres etapas:

### Etapa 1. Selección de los indicadores

A un grupo de profesionales y técnicos expertos en prevención y control de infecciones (PCI) y monitoreo y evaluación (MyE) de prácticas<sup>1</sup> se los invitó a evaluar un conjunto de 49 indicadores definidos con base en una revisión bibliográfica, que incluyó publicaciones pertinentes en el tema de la PCI y el MyE de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de otros organismos. El desarrollo de los indicadores propuestos siguió la lógica sistémica: estructura, proceso y resultados de los servicios de salud.

Para la valoración de los indicadores se emplearon criterios de viabilidad, relevancia y pertinencia. A los expertos se les pidió que consignaran la puntuación según los criterios del cuadro A4: “0” no cumple el criterio, “1” cumple parcialmente el criterio y “2” cumple en su totalidad) en una matriz de recopilación de datos y que al hacerlo tomaran en cuenta que los criterios se valorarían de manera independiente. Por ejemplo, un determinado indicador pudo ser considerado completamente viable, y concedérsele en ese criterio 2 puntos; en cuanto a la pertinencia, puede entenderse que no era relevante y otorgársele para ese criterio 0 puntos.

#### **CUADRO A4** Criterios para la validación de los indicadores propuestos

CRITERIO	PUNTUACIÓN
<b>Viabilidad</b>	0-2
El indicador se puede medir en todos los entornos de atención médica para pacientes agudos, incluyendo los de recursos limitados.	
<b>Relevancia</b>	0-2
La medición del indicador es importante porque contribuye a que la gerencia del establecimiento de salud evalúe el cumplimiento de las prácticas de prevención y control de infecciones.	
<b>Pertinencia</b>	0-2
El indicador es apropiado porque aporta información sobre el componente al que corresponde.	

<sup>1</sup> Para la lista de los expertos, véase la lista de contribuciones en la sección de agradecimientos.

La valoración otorgada fue procesada para obtener el promedio de las puntuaciones y posteriormente fue analizada por un comité integrado por tres funcionarios y consultores de la OPS. Sobre la base de los resultados de la validación (indicadores que obtuvieron mayor puntuación) y al empleo de la técnica Delphi modificada,<sup>2</sup> se llegó a una selección final de 34 indicadores. A todos los expertos invitados se les pidió que completasen una declaración de confidencialidad y de conflictos de intereses antes de proceder a la validación de los indicadores (véase el anexo 5, que contiene las declaraciones de conflicto de intereses).

## **Etapas 2. Revisión de las fichas técnicas de los indicadores**

A los expertos se les compartió 34 fichas técnicas correspondientes a los indicadores seleccionados y se les solicitó que propusieran modificaciones y ajustes en las fichas empleando para ello control de cambio. La devolución realizada contenía comentarios pertinentes sobre las fichas, así como propuestas de incorporación de nuevos indicadores. Los comentarios fueron consolidados y analizados. Posteriormente fueron revisados por dos funcionarios y consultores de la OPS. Como resultado de esta etapa se mejoró el contenido y la redacción de las fichas técnicas y se agregó un indicador de estructura, así como dos indicadores correspondientes al seguimiento del plan de MyE de los establecimientos de salud.

## **Etapas 3. Validación final de la publicación**

El borrador de la publicación se envió a los expertos que respondieron en las etapas previas para la validación final. Como resultado del proceso, se recibieron recomendaciones de contenido y de forma que permitieron obtener una versión mejorada. En cada una de las etapas, a los expertos se les concedió un tiempo prudente, incluyendo prórrogas a quienes así lo solicitaron, para que contestaran e hicieran sus aportes.

---

<sup>2</sup> Para más información, véase Dalkey N, Helmer O. An experimental application of the Delphi method to the use of experts. *Manag Sci.* 1963;9(3):458-67. doi:10.1287/mnsc.9.3.458.

## Anexo 5.

# Declaraciones de conflicto de intereses

A continuación, se presenta la valoración de la declaración de conflictos de intereses<sup>3</sup> que cada miembro del grupo de elaboración completó, así como la decisión de los líderes.

NOMBRE	ROL EN LA GUÍA	EMPLEO Y CONSULTORÍA (1)	APOYO A LA INVESTIGACIÓN (2)	INTERESES DE INVERSIÓN (3)	PROPIEDAD INTELLECTUAL (4)	DECISIÓN
<b>Emy Akiyama Gouveia</b>	Experta temática	No	No	No	No	Participación completa
<b>Elena Graciela Andión</b>	Experta temática	No	No	No	No	Participación completa
<b>Elizabeth Bancroft</b>	Experta temática	No	No	No	No	Participación completa
<b>David Brett-Major</b>	Experto temático	No	No	No	No	Participación completa
<b>Manuel Colomé</b>	Experto temático	No	No	No	No	Participación completa
<b>Luci Correa</b>	Experta temática	No	No	No	No	Participación completa
<b>Sandra Milena Corredor</b>	Experta temática	No	No	No	No	Participación completa
<b>Katherine Defalco</b>	Experta temática	No	No	No	No	Participación completa
<b>Rebeca Guerin Villamayor</b>	Experta temática	No	No	No	No	Participación completa
<b>Carolina Guilfre</b>	Experta temática	No	No	No	No	Participación completa
<b>Carolyn Herzig</b>	Experta temática	No	No	No	No	Participación completa
<b>Claudia Andrea Hoyos Murillo</b>	Experta temática	No	No	No	No	Participación completa
<b>Kathleen Jharie</b>	Experta temática	No	No	No	No	Participación completa
<b>Joanna Laurent-Blaize</b>	Experta temática	No	No	No	No	Participación completa
<b>Magda Machado de Miranda Costa</b>	Experta temática	No	No	No	No	Participación completa
<b>Mauro Orsini Brignole</b>	Experto temático	No	No	No	No	Participación completa

*Continúa*

<sup>3</sup> Para más información, véase Organización Mundial de la Salud. Declaración de intereses. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/ethics/declarations-of-interest>.

NOMBRE	ROL EN LA GUÍA	EMPLEO Y CONSULTORÍA (1)	APOYO A LA INVESTIGACIÓN (2)	INTERESES DE INVERSIÓN (3)	PROPIEDAD INTELECTUAL (4)	DECISIÓN
<b>Fernando Otaiza</b>	Experto temático	No	No	No	No	Participación completa
<b>Surbrena Pedican</b>	Experta temática	No	No	No	No	Participación completa
<b>Rajeev Peeyush Nagassar</b>	Experto temático	No	No	No	No	Participación completa
<b>Zenobia Eufelia Quispe Pardo</b>	Experta temática	No	No	No	No	Participación completa
<b>Catalina Ramírez Hernández</b>	Experta temática	No	No	No	No	Participación completa
<b>Irma Riquelme</b>	Experta temática	No	No	No	No	Participación completa
<b>Elia Sánchez</b>	Experta temática	No	No	No	No	Participación completa
<b>Jackurlyn Sutton</b>	Experta temática	No	No	No	No	Participación completa

Las preguntas de la declaración de interés fueron: 1) En los últimos 4 años, ¿ha recibido remuneración de una entidad comercial u otra organización con un interés relacionado con el tema de la reunión o el trabajo? 2) En los últimos 4 años, ¿ha recibido usted o su unidad de investigación apoyo de una entidad comercial u otra organización con un interés relacionado con el tema de la reunión o el trabajo? 3) ¿Tiene inversiones actuales (valoradas en más de US\$ 5000 en general) en una entidad comercial con un interés relacionado con el tema de la reunión o el trabajo? 4) ¿Tiene algún derecho de propiedad intelectual que pueda verse mejorado o disminuido por el resultado de la reunión o el trabajo?

El surgimiento de brotes en los establecimientos de salud pone de manifiesto que los entornos de atención médica para pacientes agudos pueden tener un papel determinante en la propagación de enfermedades infecciosas. Por ello, las prácticas de prevención y control de infecciones (PCI) son hoy más pertinentes que nunca, en especial para hacer frente a los efectos de la pandemia de COVID-19.

Las medidas de PCI descansan directamente en el personal de salud, pero los equipos de gestión, administración y dirección de los establecimientos de salud son actores clave.

Y a ellos corresponde llevar a cabo la formulación de políticas y procedimientos, la dotación y la capacitación de los recursos humanos y la provisión de insumos, entre otras acciones.

En consonancia con el componente básico 6 de seguimiento y evaluación de las prácticas de PCI y de notificación de los resultados, recogido en las *Directrices sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nivel nacional y de establecimientos de atención de salud para pacientes agudos* de la Organización Mundial de la Salud, esta publicación presenta un conjunto de indicadores para orientar el monitoreo y la evaluación de las medidas administrativas de los componentes de PCI.

Los indicadores y sus fichas técnicas están referidos a la estructura, al proceso y a los resultados de la atención de salud. Esta publicación evidencia el apoyo permanente que la Organización Panamericana de la Salud presta a los países en el fortalecimiento de la PCI. Su objetivo es contribuir a que la gerencia de los establecimientos de salud disponga de información útil para garantizar la seguridad y aumentar la capacidad de respuesta a los brotes de manera oportuna.

**OPS**

Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS  
Américas

[www.paho.org](http://www.paho.org)

