

# Documento de consenso interinstitucional

Estándar para la Evaluación de los  
Programas de Prevención, Vigilancia y  
Control de Infecciones Asociadas al  
Cuidado de la Salud en Instituciones  
de la República Argentina.

Instituto Nacional de  
Epidemiología (INE-ANLIS)

Sociedad Argentina de  
Infectología (SADI)

Asociación Argentina de  
Enfermeros en Control de  
Infecciones (ADECI)

Septiembre 2022

## Índice

	Pág.
1. Introducción	1
2. El consenso interinstitucional	2
a. Metodología	2
b. Equipo de trabajo	3
c. Glosario	4
3. El instrumento de evaluación	8
a. La estructura del instrumento	8
b. Niveles de cumplimiento de los indicadores	8
c. Verificadores	9
d. Algoritmo de cálculo del puntaje de una sección	9
e. Resultados	10
f. El instrumento (estándar)	11
g. Condiciones de los verificadores	43
4. Certificación Nacional	44
a. El proceso de certificación	44
b. El sistema informático	45
c. Verificadores exigibles	45

# 1. Introducción

Las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS) continúan representando un grave problema sanitario debido al impacto asistencial, económico y social que generan, representando uno de los principales eventos adversos, vinculados con la seguridad del paciente, en el marco del proceso de atención médica. Asimismo, la resistencia a los antimicrobianos (RAM) supone una amenaza cada vez mayor para la salud pública mundial y requiere medidas por parte de todos los sectores del gobierno y la sociedad. La lucha contra la resistencia a los antibióticos reviste alta prioridad para la OMS. La Asamblea Mundial de la Salud aprobó en mayo de 2015 un plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos, incluida la resistencia a los antibióticos. Su finalidad es asegurar que se pueda seguir previniendo y tratando enfermedades infecciosas por medio de fármacos eficaces y seguros.

El Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de la República Argentina (Programa Nacional VIHDA), en el marco del Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias, viene trabajando desde el año 2004 en la vigilancia intensificada de IACS asociadas a dispositivos en un Unidades de Cuidados Intensivos e infecciones de sitio quirúrgico. También lleva adelante estudios nacionales de prevalencia, y otras investigaciones que describen el escenario en términos de IACS en el país.

La implementación de Programas Hospitalarios de Prevención, Vigilancia y Control de IACS (PHPVyC IACS) ha demostrado su efectividad en orden a disminuir la morbimortalidad y reducir costos por IACS en Unidades de Cuidados Intensivos, constituyendo un instrumento de mejora de la seguridad del paciente y garantía de la calidad de la atención médica. Estos programas deben ser evaluados periódicamente, por las propias instituciones o bien externamente. El procedimiento de evaluación es una instancia destinada a medir el grado de cumplimiento del propósito, objetivos y actividades de tales programas hospitalarios, y de las buenas prácticas en atención de la salud en cada institución. Esta evaluación debe hacerse conforme un estándar que define las dimensiones e indicadores a considerar. Para esto, el Programa Nacional VIHDA, SADI y ADECI, consensuaron en el año 2014 un instrumento apropiado que funciona como estándar, orientando y soportando el proceso de evaluación, y definió estrategias generales de abordaje a efectos de facilitar su implementación y garantizar la comparabilidad y evolución de sus resultados.

La autoevaluación de estos PHPVyC IACS es un mecanismo esencial para el auto diagnóstico institucional, que pone en evidencia las fortalezas, oportunidades y urgencias de mejora de los programas por la propia institución, constituyendo el primer paso para un proceso destinado a promover la seguridad de los pacientes y la mejora continua.

La instancia de evaluación externa de estos programas por agentes evaluadores externos constituye una contribución en orden al fortalecimiento y mejora de la calidad. La certificación de los PHPVyC IACS es un proceso que requiere de las instancias correlativas y subordinadas de autoevaluación, evaluación externa y certificación propiamente dicha, donde un agente evaluador externo garantiza, luego de la debida constatación, los adecuados niveles de cumplimiento de los indicadores vigentes conforme el estándar definido y los requisitos públicos definidos al efecto.

En el año 2021, mediante Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° 2548/21, se crea la CERTIFICACIÓN NACIONAL DE PROGRAMAS HOSPITALARIOS DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD como una herramienta de mejora continua, garantía de la calidad y seguridad de los pacientes, de adhesión voluntaria para los establecimientos de salud de la República Argentina. Su implementación está a cargo del Programa Nacional VIHDA. En el año 2022, se llevó adelante la primera edición de la Certificación Nacional, invitando a participar voluntariamente a instituciones de salud públicas y privadas de Argentina, en el marco del Proyecto "Trabajando juntos para combatir la resistencia a los antimicrobianos" de la

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura (FAO), la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el financiamiento de la Unión Europea (UE) y del Ministerio de Salud a través del Plan Nacional de Acción de Argentina sobre Resistencia Antimicrobiana, a cargo de la Comisión Nacional de Control de la Resistencia Antimicrobiana (CoNaCRA). Para ello se convocó a referentes especialistas de diferentes instituciones y sociedades científicas de todo el país en calidad de asesores que definieron las condiciones en las que se iba a desarrollar el proceso, y otros que fueron seleccionados, capacitados, evaluados y certificados para actuar como evaluadores externos.

Participaron de esta primera edición, 81 instituciones de salud que hicieron la Autoevaluación de sus PHPVyC IACS, de las cuales 16 solicitaron la Evaluación Externa. De estas, 10 instituciones de salud fueron incorporadas al proceso de Evaluación Externa, conforme los requisitos y criterios de prioridad establecidos. De las mismas, finalmente 8 instituciones fueron certificadas. Cada una recibió las sugerencias pertinentes sobre la implementación de estrategias de mejora de las condiciones de sus programas.

Esta primera edición de la certificación se realizó siguiendo el estándar propuesto por el documento de consenso del Programa Nacional VIHDA, SADI y ADECI elaborado en el año 2014 y formalizado como tal mediante Resolución de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación N° 178/2018. Asimismo, se utilizó el software SisWAP para dar soporte al proceso completo.

Entre las conclusiones de esta primera edición, se señala la necesidad de revisar y actualizar el documento de consenso utilizado como estándar, en forma conjunta con las sociedades científicas y otros organismos del Ministerio de Salud con el fin de mejorar las acciones del proceso. Al Programa Nacional VIHDA, le cabe coordinar los procesos de revisión y actualización periódica de los estándares de certificación.

En ese contexto, y considerando la oportunidad de contar con algunos aspectos identificados para su revisión o actualización en el proceso de certificación desarrollado, la experiencia de los profesionales asesores y evaluadores de la certificación, y la de profesionales que lideraron el proceso de certificación en sus respectivas instituciones de salud, el Programa Nacional VIHDA, SADI y ADECI convocaron durante el 2022 a una instancia interinstitucional y participativa de revisión y debate tendiente a la actualización del documento de estándar vigente. Al efecto, se conformaron comisiones de trabajo con representantes de las tres instituciones organizadoras y profesionales de otras instituciones invitadas que abordaron el documento sección por sección, siguiendo las indicaciones de los coordinadores que establecieron las consignas del trabajo.

Este nuevo documento de consenso interinstitucional es el resultado de ese trabajo y será elevado al Ministerio de Salud de la Nación para su formalización como estándar en el marco de la Certificación Nacional de PHPVyC IACS.

## **2. El consenso interinstitucional**

### **a. Metodología**

Incorporando la experiencia de las autoevaluaciones de las instituciones de salud de los últimos 6 años, y las autoevaluaciones y evaluaciones externas realizadas en el marco de la Edición 2022 de la Certificación Nacional, los profesionales convocados conformaron grupos de trabajos por cada sección del instrumento del 2014, incorporando un grupo que trabajó en el desarrollo de una sección adicional referida a los Programas para la Optimización del uso de Antimicrobianos (PROA).

Los integrantes de cada grupo revisaron el instrumento del 2014 y realizaron las observaciones y sugerencias de actualización que estimaron pertinentes. Los coordinadores de cada grupo fueron ordenando, fundamentando y documentando esas sugerencias y redactaron los

documentos preliminares por sección. Luego, los coordinadores generales verificaron la consistencia entre los indicadores de los documentos preliminares de las diferentes secciones y los compilaron en el documento final de consenso.

El documento final "Estándar para la Evaluación de los Programas de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud en Instituciones de la República Argentina" fue terminado en agosto de 2022 y presentado en el Congreso de la Sociedad Argentina de Infectología en septiembre del mismo año.

## b. Equipo de Trabajo

**Coordinadores Generales:** Lic. Wanda Alcalá, Lic. Paula Carrizo, Dr. Ángel Colque, Dra. Paula Herrera, Dra. Irene Pagano.

**Coordinadores y Redactores de los Documentos Preliminares:**

**Sección 1: Liderazgo y Coordinación del PPCI**

**Coordinadora:** Lic. Elena Andión

**Revisores:** Dra. Carolina Aguirre, Lic. Wanda Alcalá, Dra. Mariana Duhau, Dr. Alejandro Fernández Garcés, Dra. Sabrina Penco, Dr. Fernando Riera.

**Sección 2: Recursos Asignados para el PPCI**

**Coordinador:** Dr. Ángel Colque

**Revisores:** Dr. Fernando Achinelli, Dra. Laura Barcelona, Lic. Paula Carrizo, Dra. Silvia Forciniti.

**Sección 3: Sistema de Vigilancia**

**Coordinadora:** Dra. Irene Pagano

**Revisores:** Dra. Marisa Bernan, Lic. Mariela González, Dra. María Paula Herrera, Lic. Sara Ruggeri, Dra. Paola Titanti.

**Sección 4: Estrategias de Intervención para la Prevención y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud**

**Coordinador:** Dr. Gustavo Martínez

**Revisores:** Dra. Karina Balasini, Dra. Andrea Falaschi, Lic. Flavia Loza, Lic. Gabriela Marcovic, Dra. Inés Staneloni.

**Sección 5: Esterilización y Desinfección de Alto Nivel**

**Coordinadora:** Farm. Karina Leszczuk

**Revisores:** Dra. Lorena Abusamra, Lic. Mirta Carbonaro, Farm. Helga Sager de Agostini.

**Sección 6: Microbiología**

**Coordinadora:** Bioq. Belén Ibarra Camou

**Revisores:** Lic. Ana Azario, Dra. Rosa Contreras, Bioq. Ana Togneri.

**Sección 7: Ambiente Hospitalario y Saneamiento Ambiental**

**Coordinadora:** Dra. Juliana Álvarez

**Revisores:** Dra. Ana Laura Chattás, Lic. Edith Martínez, Lic. Carla Cecilia Mattio, Lic. Carolina Torossi.

## Sección 8: Salud del Personal

**Coordinadora:** Lic. Laura Alonso

**Revisores:** Dra. María del Carmen Bangher, Dra. Edith Carbone, Lic. Pedro Montero, Lic. Patricia Robledo.

## Sección 9: Capacitación al Personal y Educación a Pacientes y Familiares

**Coordinadora:** Lic. María Laura Vernazzi

**Revisores:** Lic. Lucy Anchiraico, Dra. Analía de Cristofano, Lic. Silvia Margalejo.

## Sección 10: PROA

**Coordinadora:** Dra. María Echaide

**Revisores:** Farm. Marisa Bazzano, Lic. Marissa Cañadas, Dra. Wanda Cornistein, Dra. Yanina Nuccetelli.

**Revisores y compiladores del documento de consenso:** Lic. Wanda Alcalá, Lic. Laura Alonso, Dr. Ángel Colque, Ing. Roberto Giordano Lerena, Lic. Federico Grosso, Dra. Paula Herrera, Bioq. Belén Ibarra Camou, Lic. Gabriela Marcovic, Dra. Irene Pagano.

### c. Glosario

Antisepsia	Procedimiento destinado a eliminar o inhibir el crecimiento de microorganismos sobre tejidos vivos.
Antisépticos	Productos destinados a la destrucción o inhibición del crecimiento de microorganismos sobre tejidos vivos. En general son menos tóxicos que los desinfectantes.
Alerta epidemiológica	Alerta que surge en base a una situación epidemiológica particular detectada en la comunidad, que requiere ser comunicada a las áreas potencialmente involucradas (por ej.: emergencias, laboratorio, atención ambulatoria, etc.) dentro de la institución por parte de los responsables de la vigilancia epidemiológica.
Auditoria	Proceso de observación para medir el cumplimiento de las guías, normas, procedimientos y paquetes de medidas, entre otros, en la práctica cotidiana.
Certificación	Documento emitido por autoridad competente que acredita que la persona que lo recibe ha cumplimentado con los requisitos de formación necesarios.
Cobertura de inmunización	Proporción de personas vacunadas del total programado. Para esta guía no hace diferencia si se evaluó o no la respuesta inmunológica a la vacuna.
Comparación interna	Comparación de la evolución de indicadores a través de gráficos de tendencia temporal.
Comparación externa	Comparación de los indicadores de la institución con los de otros centros de características similares. Esta comparación se puede llevar a cabo a través del uso de percentilos o por medio de la razón estandarizada de infección.

Controles biológicos de la esterilización	Los controles biológicos son en la actualidad el único medio disponible para confirmar la esterilización de un artículo o para determinar la efectividad del proceso de esterilización.
Controles químicos de la esterilización	Los controles químicos están basados en reacciones químicas y son sensibles a los parámetros de los diferentes métodos de esterilización (por vapor saturado, temperatura y tiempo). Se presentan en forma de tiras de papel impresos con tinta y otros reactivos no tóxicos que cambian de color cuando se cumplen los requisitos establecidos para el proceso.
Desinfección	Procedimiento térmico o químico realizado sobre objetos y materiales inanimados, tales como instrumentos y superficies, disminuyendo la carga microbiana (no destruye esporas bacterianas).
Desinfectantes	Agentes químicos que destruyen o inhiben el crecimiento de microorganismos patógenos en fase vegetativa o no esporulada. Los desinfectantes no necesariamente matan todos los microorganismos, pero los reducen a un nivel que no dañan la salud ni la calidad de los bienes perecederos. Se utilizan sobre superficies o equipos sanitarios a fin de disminuir el riesgo de infecciones.
Desinfectantes de alto nivel (DAN)	Destruyen todos los microorganismos (bacterias, casi todas las esporas de hongos, <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , virus), con excepción de las esporas bacterianas. Formulaciones basadas en glutaraldehído >2%, ortoftalaldehído (OPA) al 0,55%, peróxido de hidrógeno 7,5%, ácido peracético >0,2%; combinaciones de peróxido de hidrógeno y ácido peracético.
Días-paciente	Suma del recuento diario de pacientes internados en un área asistencial en particular (por ej.: sala general, Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos médico-quirúrgica, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica). Días-paciente mes: Suma del recuento diario durante un mes. Días-paciente año: Suma de los recuentos mensuales durante un año.
Documento oficial	Documento (actas, resoluciones) que cuenta al menos con la firma de la máxima autoridad del establecimiento.
Egresos anuales	Número de altas, defunciones o transferencias durante un año.
Enfermedades notificables	Conjunto de enfermedades infecciosas que por ley deben notificarse a las autoridades sanitarias.
Esterilización	Procedimiento destinado a eliminar toda forma de vida microbiana de elementos y otros equipos de atención de pacientes a fin de disminuir el riesgo de infecciones. Este procedimiento es el requerido para los materiales críticos (tienen contacto con sangre y/o partes estériles del organismo).
Estrategias	Conjunto de acciones planificadas sistemáticamente en el tiempo que se llevan a cabo para lograr un determinado objetivo.
Evidencia	Certeza que proviene de estudios que a la fecha se consideran concluyentes sobre determinada materia. La evidencia se gradúa en niveles que sustentan su recomendación.

Formulario	Documento utilizado para recolectar información específica y estructurada.
Gráficos de tendencia temporal	Conjunto de gráficos que permiten objetivar la evolución temporal de un indicador estableciendo su tendencia a través del tiempo. Permite la comparación de estos indicadores y evaluar la influencia de determinados factores en su evolución (por ej.: cambio de las características poblacionales, implementación de medidas preventivas).
Guía	Documento que orienta y establece pautas para desarrollar una o más actividades de un proceso o procedimiento. Basadas en la revisión sistemática de la evidencia. Se utiliza cuando se requiere unificar criterios y enfoque de aplicación, generalmente técnica, y de carácter no obligatoria.
Indicadores	Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos relacionados directa o indirectamente con los procesos de atención médica. Los indicadores surgen a partir de la definición de las variables críticas para cada objetivo del PPCI y PROA. Mientras los indicadores de estructura evalúan la disponibilidad de los recursos (humanos y materiales) necesarios para llevar a cabo una tarea. Los indicadores de proceso o inductores describen lo que se hace, y los indicadores de resultado reflejan las consecuencias de acciones pasadas. Los indicadores de resultados y los de proceso forman una cadena en la que los resultados del nivel inferior pueden ser los inductores del nivel superior.
Infección asociada al cuidado de la salud (IACS)	Toda condición localizada o sistémica que resulta de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso(s) o su toxina(s), que no estaba presente o incubándose en el momento de la admisión, salvo que la infección se relacione con una infección previa en la misma institución. Incluye a aquellos pacientes que tienen contacto permanente con el sistema de salud, por ej.: dializados, provenientes de residencias de larga estadía, centros de rehabilitación o tercer nivel. En el caso de un recién nacido, cuando ésta fuese adquirida durante su pasaje a través del canal del parto.
Listas de verificación	Las listas de verificación, control o cotejo ("check lists"), son formularios creados para el registro de actividades repetitivas, de modo tal de controlar su ejecución en forma ordenada y sistemática, asegurándose de que el operador no se olvide de nada importante, pudiendo además interrumpirse el proceso si alguna etapa no ha sido cumplida.
Manual	Documento de consulta que organiza y resume la regulación, instrucciones, procedimientos o cualquier otro tipo de información, generalmente operativa, sobre determinada materia.
Marco Regulatorio	Conjunto de leyes, reglamentos, disposiciones y decretos que normatizan distintas áreas del proceso asistencial y de sus actividades relacionadas.
Metas	Propósitos o logros que la institución ha fijado para los distintos componentes del PPyCI.



Norma	Regla que se debe seguir o a la que se deben ajustar las conductas, tareas, actividades, etc. Las normas se encuentran detalladas en un documento y deben ser conocidas por todos los miembros de la institución. Deben estar numeradas, con fecha y formato de normativa. Son impuestas por la autoridad máxima.
Objetivos	Metas cuantificadas a las que se espera llegar. Generalmente se expresan numéricamente en razones, tasas, proporciones u otro indicador de esa naturaleza.
Organigrama institucional	Representación gráfica de la estructura de la organización. Representan las estructuras departamentales y las relaciones jerárquicas que existen entre ellas.
Paquetes de medidas	Un paquete de medidas (“bundle”) es un conjunto estructurado de recomendaciones basadas en la mejor evidencia, tendientes a mejorar los procesos y los resultados vinculados con la atención de los pacientes. Se trata de un pequeño conjunto de prácticas sencillas, generalmente de tres a cinco, que, al realizarse de <i>forma colectiva</i> (todas las medidas), <i>universal</i> (a todos los pacientes) y en <i>forma continua</i> (todo el tiempo) (Regla del todo o nada), han demostrado mejorar los resultados vinculados a la prevención de eventos no deseados asociados al cuidado de los pacientes. Los datos obtenidos a partir de la medición frecuente de estos indicadores retroalimentan a las personas involucradas en el procedimiento, llevando a mejoras sustanciales en el proceso y a la reducción de las acciones negativas.
Percentilo	Medida estadística para comparar resultados. Nos permite saber cómo está situado un valor en función de una muestra. En estadística, valor que divide un conjunto ordenado de datos estadísticos de forma que un porcentaje de tales datos sea inferior a dicho valor.
Personal de salud	Todo trabajador que desarrolla su tarea dentro del ámbito asistencial.
Presupuesto	Asignación de recursos materiales y económicos para que el PPCI pueda ser llevado a cabo y cumplir con los objetivos establecidos y aceptados por las autoridades de la institución.
Procedimiento	Es una serie de pasos claramente definidos, que permiten trabajar correctamente disminuyendo la probabilidad de error, omisión o de accidente.
Procedimiento invasivo	Procedimiento utilizado para el manejo asistencial de un paciente, que interrumpe mecánicamente las barreras de defensa del organismo. Los más reconocidos son: acceso vascular, catéter urinario, ventilación mecánica, procedimientos quirúrgicos, colocación de drenajes, entre otros.
Programa	Conjunto organizado de recursos y actividades para obtener un fin conocido. Contiene además metas, objetivos, estrategias, indicadores y responsables.
Programa de inmunizaciones	Actividades destinadas a vacunar a una población determinada, que establece la población objetivo, vacuna a utilizar, dosis, vía y periodicidad.

Programa de capacitación	Actividades dirigidas para que el personal de salud adquiera los conocimientos necesarios para el desarrollo de su tarea habitual. <i>Inducción:</i> capacitación organizada para que el personal recientemente incorporado conozca los procedimientos técnicos y administrativos del establecimiento. <i>Mantenimiento:</i> capacitación organizada para que el personal mantenga el nivel de conocimiento requerido en relación a los procedimientos técnicos y administrativos del establecimiento.
Razón estandarizada de infección	Indicador que resulta de relacionar los casos observados en la institución con los casos esperados si el centro analizado tuviese las mismas tasas que el sistema usado como comparador. Mientras una razón estandarizada de infección menor de 1 significaría menos casos observados que los esperados (situación favorable), un valor superior a 1 significaría más casos observados que los esperados (situación desfavorable). Para determinar la significancia estadística de este indicador, el resultado debe ser significativamente diferente de 1 (no diferencia).
Técnica aséptica	Conjunto de medidas tendientes a evitar o reducir el riesgo de contaminación durante la realización de un procedimiento asistencial.
Verificación in situ	Observación de los verificadores solicitados realizada por el personal del CCI (autoevaluación) o los evaluadores externos (certificación)
Vigilancia epidemiológica	Recolección sistemática, análisis e interpretación de datos de salud necesarios para la planificación, implementación y evaluación de políticas de salud pública, combinado con la difusión oportuna de los datos a aquellos que necesitan saber.

### 3. El instrumento de evaluación

#### a. La estructura del instrumento

El estándar prevé 10 secciones temáticas.

Para cada una de estas secciones se identifican componentes considerados como requeridos para el desarrollo efectivo de un PHPVyC IACS. A su vez para cada componente se establece un conjunto de características que describen el cumplimiento de un componente y luego se establecen indicadores que permiten constatar el nivel de cumplimiento de dichas características.

Para cada indicador se proponen uno o más verificadores que son orientaciones o fuentes de información para que los evaluadores puedan identificar si el indicador se encuentra presente o no. En el proceso de evaluación sólo se evalúa el nivel de cumplimiento de los indicadores.

#### b. Niveles de cumplimiento de los indicadores

Cada indicador deberá ser evaluado en su nivel de cumplimiento de acuerdo a las siguientes categorías:

##### Cumple:

El indicador es cumplido en su totalidad de acuerdo al verificador sugerido.

*Ejemplo:*

- Existen normas escritas, actualizadas en los últimos 3 años, que se han difundido por un método fehaciente, están firmadas por la autoridad máxima de la institución y están accesibles para todo el personal.

**Cumple parcial:**

El indicador NO es cumplido en su totalidad de acuerdo al verificador sugerido.

*Ejemplo:*

- Existen normas escritas, PERO NO están firmadas por la máxima autoridad de la institución, o NO se han difundido por un método fehaciente, o bien NO están accesibles para todo el personal, o NO han sido actualizadas en los últimos 3 años.

**No cumple:**

El indicador NO es cumplido en absoluto de acuerdo al verificador sugerido.

*Ejemplo:*

- NO existen normas escritas.

**No aplica:**

Este concepto puede ser utilizado sólo cuando el indicador no es cumplido por la institución debido a que las características del mismo no lo permiten. No se debe utilizar esta calificación como equivalente de No cumple. Siempre acompañar la opción No aplica de un comentario explicativo que justifique el uso de esta categoría.

*Ejemplos:*

- NO se realiza vigilancia de neurocirugías debido a que el centro no realiza este tipo de procedimientos.
- El centro no lleva a cabo desinfección de alto nivel ya que no realiza procedimientos endoscópicos.

## c. Verificadores

Los verificadores corresponden a elementos que el evaluador debería obtener para asegurarse el cumplimiento del indicador. Es la evidencia del nivel de cumplimiento consignado para cada indicador. En el marco de la Certificación Nacional, deben presentarse formalmente los verificadores de los indicadores cuyo nivel de cumplimiento sea *Cumple* o *Cumple Parcial*.

## d. Algoritmo de cálculo del puntaje de una sección

Para el cálculo de puntajes por sección, se utiliza el siguiente algoritmo:

**Número total de indicadores de la sección analizada (a):** por ej.: 51

**Total del puntaje teórico para la sección:** 100

**Conformación del número de indicadores evaluables (b):** restar a 51 el número de indicadores con No aplica

Indicadores evaluables (b):  $\Sigma$  Cumple + Cumple parcial + No cumple

**Asignación del valor por indicador (c):** dividir el total de indicadores evaluables (a)/100 (redondeando a un decimal)

**Valor relativo de cada respuesta (d):**

- Cumple: valor del indicador (c) x 1
- Cumple parcial: valor del indicador (c) x 0,5
- No cumple: valor del indicador (c) x 0

- No aplica: no se computa el indicador en el puntaje final de la sección

**Puntaje final:** suma de los valores relativos obtenidos en cada indicador:  $\sum$  valores relativos de Cumple (d) +  $\sum$  valores relativos de Cumple parcial (d)

**Puntaje total posible de la sección:**

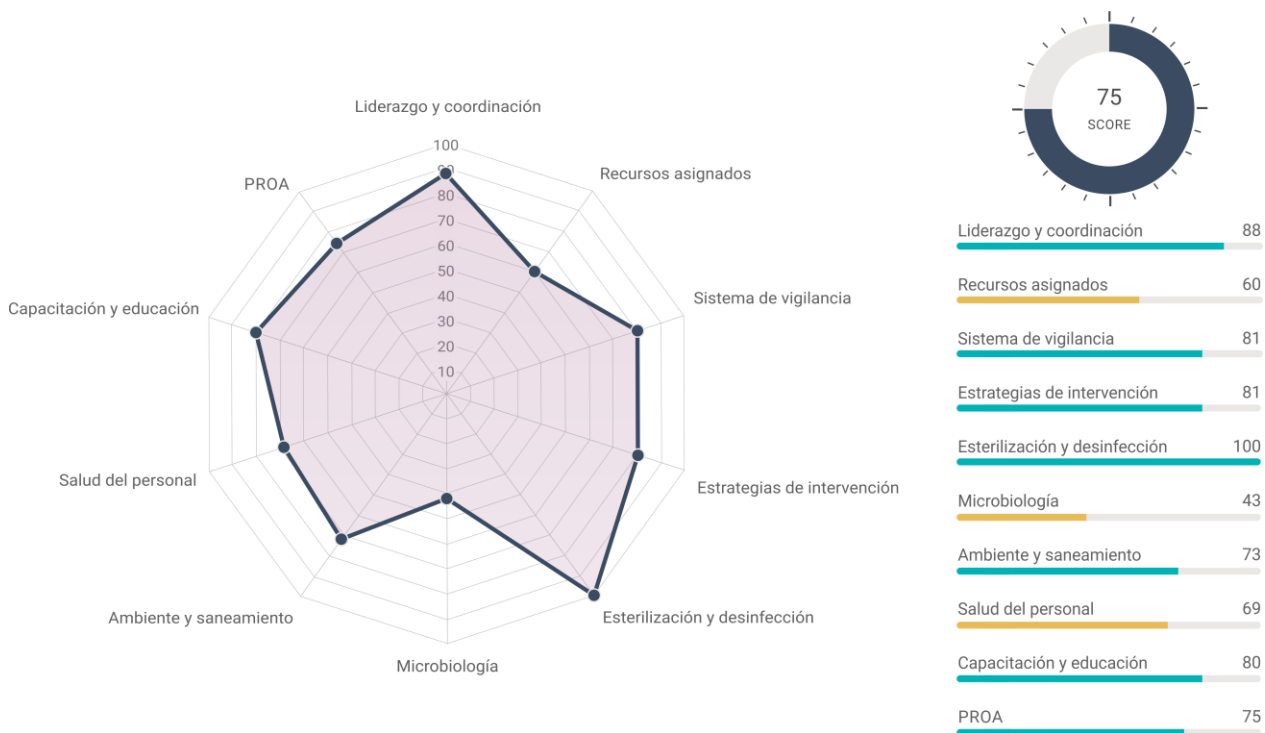
- Máximo: 100 si todos los valores relativos de los indicadores corresponden a Cumple
- Mínimo: 0 si todos los valores relativos de los indicadores corresponden a No cumple

## e. Resultados

La evaluación de los niveles de cumplimiento de los indicadores genera, conforme el algoritmo del punto anterior, un puntaje final por sección. Esos 10 puntajes se pueden visualizar mediante un gráfico de radar, con un polígono de 10 vértices, uno por sección, que brinda una idea visual del resultado de la evaluación del PHPVyC IACS.

Los puntajes obtenidos en cada sección (visibles a través de los vértices del polígono en el radar) permiten identificar las fortalezas y debilidades del programa evaluado y, con ello, definir las oportunidades y urgencias de mejora.

Ejemplo de radar:



## f. El instrumento (estándar)

1. Liderazgo y Coordinación del Programa Hospitalario para la Prevención, Vigilancia y Control de IACS (PHPVvC IACS)   27 Indicadores				
Componente	Características	Indicadores	Nivel de Cumplimiento	Verificadores sugeridos
1.1 Estructura y contenido del PHPVvC IACS de la Institución.	1.1.1 Estructuras y responsabilidades para el desarrollo e implementación de un PHPVvC IACS en el establecimiento.	1.1.1.a Existe un documento oficial que nombra a los responsables del PHPVvC IACS y describe el puesto de trabajo de cada uno de ellos (perfil, funciones).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial	Documento oficial firmado por autoridad competente de la Institución.
		1.1.1.b Los responsables de la prevención y control de infecciones dependen de un alto nivel de la Institución.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial	Organigrama oficial de la Institución donde se pueda observar las líneas de dependencia de cada uno de los integrantes del Comité de Control de Infecciones (CCI), Servicio de Infectología (SI) o Servicio de Prevención y Control de Infecciones (SPyCI).
	1.1.2 Metas y objetivos, estrategias e indicadores.	1.1.2.a Programa de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones (PHPVvC IACS) correspondiente al año en curso y del año anterior, que describa las metas y objetivos, actividades a realizar en diferentes tópicos de acción, estrategias a emplear e indicadores de vigilancia a obtener.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial	Documento del Programa de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones (PHPVvC IACS) correspondiente al año en curso y del año anterior.
		1.1.2.b El cumplimiento de las metas u objetivos, estrategias (control de procesos) e indicadores de la vigilancia epidemiológica de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y cirugías vigiladas (CV), es conocido y aprobado por las autoridades competentes de la Institución.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial	Reportes periódicos elevados a las autoridades competentes sobre la evolución de las tasas de IACS de las UCI y CV, así como también de los indicadores de proceso (paquetes de medidas de prevención y control) que requieran ser usados en programas de intervención.
		1.1.2.c Existen evidencias que demuestren que se toman decisiones para el cumplimiento de las metas u objetivos, aplicación de estrategias (control de procesos) e indicadores de la vigilancia epidemiológica de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y cirugías vigiladas (CV).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial	1) Libro de Actas correspondiente de las decisiones tomadas al respecto (propuestas de mejora). 2) Memoria y balance del año anterior.
1.1.3 Alcance del PPCI.	1.1.3.a Pacientes, visitas y acompañantes de los pacientes: capacitación y educación a pacientes, visitas, acompañantes, familiares.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	El PHPVvC IACS debe contemplar estrategias que incluyan a los pacientes, sus familiares, acompañantes y/o visitas.	

		<b>1.1.3.b</b> Personal de salud: capacitación, educación e integración en actividades de prevención y control de IACS, inmunizaciones, seguimiento de accidentes por punción o exposición a sangre y/o fluidos corporales.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	El PHPVvC IACS debe contemplar estrategias que incluyan al personal de salud. Actas específicas de la capacitación
<b>1.1.4</b> Componentes del PHPVvC IACS.		<b>1.1.4.a.1</b> Sistema de Vigilancia: vigilancia de Infecciones Asociadas a los Cuidados de la Salud (IACS).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Documento del PHPVvC IACS correspondiente al año en curso y del año anterior que incluya Sistema de Vigilancia de las IACS en UCI y cirugía.
		<b>1.1.4.a.2</b> Sistema de Vigilancia: detección y control de brotes.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Documento PHPVvC IACS correspondiente al año en curso y del año anterior que incluya la detección y el control de brotes intrahospitalarios. Si estos han ocurrido, informes del o los brotes, y acciones realizadas para su resolución.
		<b>1.1.4.a.3</b> Sistema de Vigilancia: reporte de enfermedades de notificación obligatoria.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reportes de enfermedades de notificación obligatoria. Registro de SISA.
		<b>1.1.4.a.4</b> Sistema de Vigilancia: divulgación institucional de alertas epidemiológicas.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registro de notificaciones firmados por los responsables del área involucrada.
		<b>1.1.4.a.5</b> Sistema de Vigilancia: criterios técnicos para planes de preparación y respuesta ante emergencias relacionadas con enfermedades transmisibles (por ej.: epidemias, pandemias) y actividades de capacitación realizadas a tal fin.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Documento del PHPVvC IACS correspondiente al año en curso y del año anterior que incluya la preparación y respuesta propuesta para emergencias relacionadas con enfermedades transmisibles como epidemias/pandemias.
		<b>1.1.4.b.1</b> Manual o guías de prevención y control de Infecciones Asociadas a los Cuidados de la Salud.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Manual o guías para la prevención y control de IACS que contemple: - Higiene de manos. - Precauciones Estándar. - Precauciones de contacto (aislamientos) según mecanismo de transmisión. - Medidas para la prevención de infecciones asociadas a dispositivos.

		<b>1.1.4.b.2</b> Manual o guías de prevención y control de IACS con el objetivo de reducir las infecciones en huéspedes inmunocomprometidos.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Manual o guías para la prevención y control de IACS con el objetivo de reducir las infecciones en huéspedes inmunocomprometidos que contemple: - Características del ambiente protegido (especialmente para pacientes sometidos a trasplante de médula ósea alogénicos y pacientes con neutropenia); presión positiva, 12 recambios de aire por hora o superior, aire sometido a filtros HEPA (alta eficiencia: 99,95 % o superior, capacidad de filtrar partículas de 0,3 micrones de diámetro). - Prevención de infecciones en general para el cuidado integral del huésped inmunocomprometido: alimentación, higiene de manos, baño del paciente, cuidados de la piel, cuidados especiales para la colocación y mantenimiento de catéteres venosos centrales de corta y larga permanencia, etc. - Prevención de infecciones frente a tareas de refacción, renovación o construcción en la institución, especialmente en áreas cercanas a las de internación de los huéspedes inmunocomprometidos.
<b>1.2</b> Coordinación del PHPVvC IACS a través de un Comité de Control de Infecciones (CCI), servicio de Infectología (SI) o Servicio de Prevención y Control de Infecciones (SPyCI).	<b>1.2.1</b> Participantes del CCI, SI o SPyCI.	<b>1.2.1.a</b> Integrantes del CCI sin dedicación específica, que acuden a las reuniones cuando son citados: personal médico de distintas áreas, personal de esterilización, personal de quirófano, personal de limpieza, personal de otras áreas si integra el CCI. Si se trata de un SI o SPyCI, lista con grupo de expertos cuando son citados a reuniones.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Actas de las reuniones periódicas del CCI, SI o SPyCI realizadas durante el año anterior y el año en curso.
	<b>1.2.2</b> Actividades del CCI, SI o SPyCI.	<b>1.2.2.a</b> Se reúne periódicamente al menos una vez cada tres meses.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
		<b>1.2.2.b</b> Existen evidencias de los temas tratados y de las decisiones tomadas.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
	<b>1.2.3</b> Relación de los responsables del PHPVvC IACS con otras áreas de la Institución de manera formal.	<b>1.2.3.a</b> Laboratorio de Microbiología.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.	
		<b>1.2.3.b</b> Servicio de Esterilización.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
		<b>1.2.3.c</b> Medicina Laboral o Salud Ocupacional.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
<b>1.2.3.d</b> Personal de Mantenimiento hospitalario.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.		
	<b>1.2.3.e</b> Servicios Generales: manejo de residuos, higiene hospitalaria, lavadero y ropería, cocina.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.		

		<b>1.2.3.f</b> Comité de Higiene y Seguridad Hospitalaria.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Libro de actas o archivo digitalizado del Comité de Higiene y Seguridad Hospitalaria correspondientes al año anterior y al año en curso.
		<b>1.2.3.g</b> Comité de Insumos Médicos.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Libro de actas o archivo digitalizado del Comité de Insumos Médicos correspondientes al año anterior y al año en curso.
		<b>1.2.3.h</b> Comité de Medicamentos.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Libro de actas o archivo digitalizado del Comité de Medicamentos correspondientes al año anterior y al año en curso.
<b>1.3</b> Integración del PHPVyc IACS con otros programas y niveles de atención.	<b>1.3.1</b> Programa de Calidad y Seguridad del Paciente.	<b>1.3.1.a</b> Las actividades de prevención y control de infecciones están integradas dentro del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente de la institución.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Programa anual del área de Calidad y Seguridad del Paciente correspondientes al año anterior y año en curso.
		<b>1.3.2.a</b> El PHPVyc IACS adapta sus acciones a los informes provenientes de los organismos de Salud Pública relevantes, por ej.: Ministerio de Salud de la Nación.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Archivos físicos o digitales de documentos que contengan los informes las alertas epidemiológicas emitidas por organismos de Salud Pública relevantes (por ej.: Ministerio de Salud de la Nación) adaptadas a la institución. Correspondientes al año anterior y al año en curso.



## 2. Recursos asignados para el Programa para la Prevención y Control de Infecciones (PPCI) | 15 Indicadores

Componente	Características	Indicadores	Nivel de Cumplimiento	Verificadores sugeridos
2.1 Composición del equipo técnico - profesional a cargo del PHPVvC IACS.	2.1.1 Médicos.	2.1.1.a Título habilitante de epidemiólogo/infectólogo.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Acreditación formal en Epidemiología o Infectología con formación en control de infecciones certificada por autoridad competente. Opción de mínima: Curso postgrado de epidemiología nivel intermedio o avanzado de más de 400 hs. Curso postgrado prevención y de control de infecciones de más de 400 hs. Opción máxima: magister en epidemiología, magister en control de infecciones.
		2.1.1.b Su dedicación es de al menos 10 hs. semanales por cada 100 camas.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Resolución firmada por RRHH o autoridad de la institución.
		2.1.1.c Existe una descripción formal de sus funciones.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Descripción firmada por autoridad de la institución en actas constitutivas o en el programa del CCI.
		2.1.1.d Tiene autoridad para desarrollar las tareas requeridas por el PHPVvC IACS.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Descripción en actas constitutivas o programa del CCI o en informes anuales donde se describan las tareas realizadas requeridas por el PHPVvC IACS. Dependencia directa de la dirección.
2.1.2 Enfermeros en control de infecciones.		2.1.2.a Capacitación formal en prevención y control de infecciones y supervisión.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Al menos uno de los profesionales debe acreditar una capacitación formal.
		2.1.2.b Su dedicación es al menos de 35 hs. semanales por cada 100 camas dependiendo el N° de camas de UTI y del alcance del PHPVvC IACS.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Perfil de puesto definido y aprobado por recursos humanos o autoridades de la institución.
		2.1.2.c Cuenta con reemplazos asignados por licencias.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Resolución firmada por RRHH o autoridad de la institución.
		2.1.2.d Existe una descripción formal de sus funciones.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Descripción firmada por autoridad de la institución en actas constitutivas o en el programa del CCI.
		2.1.2.e Tiene autoridad para desarrollar las tareas requeridas por el PHPVvC IACS.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Descripción en actas constitutivas o programa del CCI o en informes anuales donde se describan las tareas realizadas requeridas por el PHPVvC IACS. Dependencia directa de la dirección.

	<b>2.1.3</b> Microbiología.	<b>2.1.3.a</b> Cuenta con soporte de laboratorio microbiológico (dentro o fuera del establecimiento) para fines rutinarios.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Planta física (en caso de ser tercerizado, contrato de vinculación entre organismos).
		<b>2.1.3.b</b> Profesional de microbiología con tiempo asignado, con funciones explícitas en el PHPVYC IACS.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Descripción del puesto de trabajo en el programa del CCI.
<b>2.2</b> Apoyo de otras áreas.	<b>2.2.1</b> Apoyo administrativo.	<b>2.2.1.a</b> Secretaria con capacitación formal en epidemiología básica o ingresos de datos epidemiológicos.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Descripción del puesto de trabajo en el programa del CCI.
	<b>2.2.2</b> Apoyo institucional.	<b>2.2.2.a</b> Oficina para el CCI.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Existencia de oficina asignada al CCI.
		<b>2.2.2.b</b> Recursos físico y no físico informáticos a disposición.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Existencia de los recursos físicos o no físicos (computadoras u otros dispositivos electrónicos, impresoras, internet, papelería y librería).
		<b>2.2.2.c</b> Recursos para capacitación del personal del comité o de la institución.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Existencia de datos físicos o digitales de asignación de fondos para campañas o capacitaciones.

### 3. Sistema de Vigilancia | 36 Indicadores

Componente	Características	Indicadores	Nivel de Cumplimiento	Verificadores sugeridos
3.1 Alcance del sistema de vigilancia.	3.1.1 Características del sistema de vigilancia.	3.1.1.a Registro de datos pacientes y factores de riesgo vigilados (CC, CU, ARM, IQ).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Manual o guías que define el proceso de recolección de la información: planillas de recolección de datos, lista de verificación y paquetes de medidas, o ser hospital centinela VIHDA.
		3.1.1.b Búsqueda activa de episodios de IACS entre los grupos de riesgo con una frecuencia diaria o al menos semanal, por vigilancia activa, revisión de historias clínicas o datos de laboratorio	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Manual o guías que definen el proceso de recolección de la información: planillas de recolección de datos, lista de verificación y paquetes de medidas, o ser hospital centinela VIHDA.
3.2 Componentes del sistema de vigilancia	3.2.1 Infecciones asociadas a dispositivos.	3.2.1.a Infecciones primarias de la sangre asociadas al uso de catéter venoso central.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reporte de tasas de estos indicadores presentados a las autoridades y firmado por las mismas (ideal trimestral, mínimo anual).
		3.2.1.b Infecciones urinarias asociadas a uso de catéter urinario.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
		3.2.1.c Neumonía asociada a ventilación mecánica.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
	3.2.2 Infección de sitio quirúrgico asociadas al menos a los siguientes procedimientos:	3.2.2.a Cirugías osteoarticulares con prótesis y/o implantes.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial/ No aplica.	
		3.2.2.b Neurocirugías.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial/ No aplica.	
		3.2.2.c Cirugía cardiovascular.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial/No aplica.	
		3.2.2.d Cirugía colo-rectal.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial/No aplica.	
		3.2.2.e Otras.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial/No aplica.	
	3.2.3 Otras infecciones.	3.2.3.a Diarrea por <i>Clostridioides difficile</i> .	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
	3.2.4 Microorganismos multirresistentes.	3.2.4.a Colonización por microorganismos multirresistentes (MMR).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
3.2.4.b Infecciones por microorganismos multirresistentes (MMR).		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reporte de tasas de MMR entregadas al CCI y firmadas por el mismo.	

	<b>3.2.5</b> Otros.	<b>3.2.5.a</b> Brotes de adquisición hospitalaria.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Informe de estudio de brotes con identificación de las causas posibles. Registro de los brotes ocurridos y de las acciones implementadas reportadas a las autoridades de la institución y firmadas por los mismos.	
<b>3.3</b> Áreas incluidas en la vigilancia.	<b>3.3.1</b> Unidades de Cuidados Intensivos.	<b>3.3.1.a</b> Unidad de cuidados intensivos de adultos.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.	Reporte de tasas de estos indicadores por unidad vigilada.	
		<b>3.3.1.b</b> Unidad de cuidados intensivos coronaria/cardiovascular.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.		
		<b>3.3.1.c</b> Unidad de cuidados intensivos pediátrica.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.		
		<b>3.3.1.d</b> Unidad de cuidados intensivos neonatales.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.		
	<b>3.3.2</b> Unidades de trasplante.	<b>3.3.2.a</b> Unidad de trasplante de órgano sólido.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.		
		<b>3.3.2.b</b> Unidad de trasplante de médula ósea.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.		
	<b>3.3.3</b> Otras áreas.	<b>3.3.3.a</b> Unidades no Críticas.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.	Estudios de Prevalencia de IACS en áreas no críticas.	
<b>3.4</b> Indicadores del sistema de vigilancia.	<b>3.4.1</b> Resultado.	<b>3.4.1.a</b> Utiliza definiciones estandarizadas (criterios de inclusión) para definir las IACS.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Manual de Vigilancia de infecciones asociadas al cuidado de la salud en Argentina (Programa VIHDA) o Consensos intersociedades.	
		<b>3.4.1.b</b> Los denominadores seleccionados se ajustan de acuerdo al indicador por:	<b>3.4.1.b.1</b> Días-factor de riesgo para las infecciones asociadas a dispositivos.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Manual de vigilancia que define el proceso de recolección de la información. Planillas de recolección de datos.
			<b>3.4.1.b.2</b> Pacientes expuestos para las infecciones de sitio quirúrgico y otras que no estén influenciadas por el tiempo de exposición.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.	
<b>3.5</b> Análisis y difusión de la información obtenida a partir del sistema de vigilancia para detectar problemas y evaluar el impacto de las intervenciones.	<b>3.5.1</b> Análisis de la información epidemiológica.	<b>3.5.1.a</b> Se realiza un análisis con una frecuencia al menos trimestral de los indicadores básicos.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reporte de los indicadores analizados y las medidas de mejora	
		<b>3.5.1.b</b> La organización emplea la información de las tasas y sus tendencias para diseñar o modificar los procesos de reducción de riesgos de IACS con el propósito de alcanzar los niveles más bajos que sean posibles.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.		
	<b>3.5.2</b> Evaluación de la calidad de la información.	<b>3.5.2.a</b> Existe algún mecanismo de validación de la información		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Evidencia de que los indicadores más relevantes son validados por personal externo al área de Prevención y Control de Infecciones (por ej.: estar adherido al Programa Nacional VIHDA, red WHONET, Control de calidad externo).	
		<b>3.5.2.b</b> La evaluación de la calidad de la información es al menos anual.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.		

<b>3.5.3</b> Difusión de la información.	<b>3.5.3.a</b> Los indicadores del sistema de vigilancia se difunden periódicamente.	<b>3.5.3.a.1</b> Personal médico.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reporte escrito o digitalizado de la divulgación periódica de los indicadores.
		<b>3.5.3.a.2</b> Personal de enfermería.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
		<b>3.5.3.a.3</b> Otros destinatarios identificados como relevantes.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
		<b>3.5.3.a.4</b> Pacientes y familiares.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
	<b>3.5.3.b</b> La información actualizada está disponible y es conocida en todos los servicios involucrados en la vigilancia.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Verificación in situ de que los indicadores se encuentran disponibles en los servicios involucrados.	
	<b>3.5.3.c</b> Existen informes periódicos de los indicadores del sistema de vigilancia, con una frecuencia al menos semestral, a los niveles de decisión del hospital (interna).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reporte escrito o digitalizado a las autoridades de la institución con la evolución de los indicadores del PHPVyc IACS.	
	<b>3.5.3.d</b> Existen informes periódicos de los indicadores del sistema de vigilancia a las autoridades del nivel local (externa).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.	Reportes a las autoridades del nivel local, provincial y/o nacional (por ej.: Dirección de Epidemiología, Programas Provinciales, Programa Nacional VIHDA) con la evolución de los indicadores más relevantes del PHPVyc IACS.	
<b>3.5.3.e</b> Existen informes periódicos de los indicadores del sistema de vigilancia a las autoridades del nivel nacional y/o provincial (externa).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.			

**4. Estrategias de intervención para la Prevención y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud | 45 Indicadores**

Componente	Características	Indicadores	Nivel de Cumplimiento	Verificadores sugeridos	
4.1 Estrategias para aumentar la adherencia a la higiene de manos (HM).	4.1.1 Definición de momentos, elementos usados y técnica recomendada para la higiene de manos.	4.1.1.a Las recomendaciones se basan en los 5 momentos propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Guía y/o procedimiento escrito o digitalizado para la HM conteniendo las recomendaciones de la OMS o una adaptación de las mismas (5 momentos, estrategia multimodal), avalada por la dirección.	
		4.1.1.b La estrategia contempla para su implementación la propuesta multimodal de la OMS.	4.1.1.b.1 Existe un sistema definido como preferencial para la HM (por ej.: alcohol-gel).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Guía y/o procedimiento escrito o digitalizado para la HM.
			4.1.1.b.2 Provisión de insumos para el lavado de manos en forma continua durante todo el año.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registro de compras anuales del producto.
			4.1.1.b.3 Existe un programa de capacitación en la técnica de HM.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registros de la capacitación brindada al personal de salud sobre HM. Capacitación durante la inducción y anualmente.
			4.1.1.b.4 Estructuralmente cuenta con dispositivos que faciliten la HM del personal, la familia y el paciente. (1 bacha de manos cada 10 camas, 1 dispensador con solución alcohólica en la unidad del paciente).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Verificación in situ de la presencia de bachas de mano adecuadas y/o dispensador con solución alcohólica.
			4.1.1.b.5 Adherencia a HM. Oportunidades ganadas/total de oportunidades.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reportes escritos o digitalizados de nivel de adherencia a la HM.
			4.1.1.b.6 Existe un sistema de recordatorios en los puntos de uso que estimula la adherencia a la HM.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Cartelería dispuesta en los puntos de uso (dispensadores de alcohol-gel, lavatorios, etc).
	4.1.1.c Se involucra a los pacientes, familiares y visitas en la HM.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Evidencia de la difusión (folletos, videos etc.) a los pacientes, familiares y visitas.		
4.2 Estrategias para la aplicación de Precauciones Estándar.	4.2.1 Medidas de Precauciones Estándar.	4.2.1.a Utilización correcta del Equipo de Protección Personal (EPP).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Guía y/o procedimiento escrito o digitalizado para el uso de Precauciones Estándar. Verificación in situ de cartelería visible en salas de espera, oficinas, office.	
		4.2.2.b Higiene respiratoria/etiqueta de tos.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.		
		4.2.2.c Tratamiento de equipos/instrumental para el paciente.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.		

		<b>4.2.2.d</b> Correcto manejo y eliminación de residuos.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.		
		<b>4.2.2.e</b> Prácticas seguras del material corto-punzante.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.		
<b>4.3</b> Estrategias para la aplicación de Precauciones de Aislamiento para las patologías infecciosas.	<b>4.3.1</b> Sistema de comunicación de las Precauciones de Aislamientos.	<b>4.3.1.a</b> Existe un sistema de identificación de las precauciones de aislamientos de la institución.	<b>4.3.1.a.1</b> Digitalizado: historias clínicas - Informes -	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Guía y/o procedimiento escrito o digitalizado para las Precauciones de Aislamientos. Verificación in situ de cartelera visible en salas de espera, oficinas, office, acorde a cada aislamiento.
			<b>4.3.1.a.2</b> Identificación en informes médicos, enfermería, etc.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
			<b>4.3.1.a.3</b> Cartelería en unidades de pacientes/habitaciones.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
	<b>4.3.2</b> Medidas de aislamiento de contacto.		<b>4.3.2.a</b> Ubicación del paciente en habitación individual.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
			<b>4.3.2.b</b> Ubicación de los pacientes por cohorte.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.	
			<b>4.3.2.c</b> Disponibilidad de guantes para uso exclusivo con el paciente.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
			<b>4.3.2.d</b> Disponibilidad de camisolines para uso exclusivo con el paciente.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
			<b>4.3.2.e</b> Elementos de uso exclusivo por paciente (por ej.: tensiómetros, estetoscopios, antisépticos y otros insumos).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
	<b>4.3.3</b> Medidas de aislamiento respiratorio-gotas.		<b>4.3.3.a</b> Disponibilidad de barbijos quirúrgicos para uso exclusivo con el paciente.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
	<b>4.3.4</b> Medidas de aislamiento respiratorio-aéreo.		<b>4.3.4.a</b> Disponibilidad de barbijos N95.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
		<b>4.3.4.b</b> Habitaciones con presión negativa o filtros HEPA portátiles.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.		
<b>4.4</b> Medidas preventivas para el uso seguro de dispositivos.	<b>4.4.1</b> Medidas para prevenir las infecciones asociadas a accesos vasculares.	<b>4.4.1.a</b> Recomendaciones para la inserción y cuidado de accesos vasculares centrales (CVC).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Guía y/o procedimiento escrito o digitalizado de la inserción y cuidado de accesos vasculares centrales (CVC).	
		<b>4.4.1.b</b> Paquete de medidas o "Bundle" para prevenir las infecciones asociadas al uso de accesos vasculares.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.		
		<b>4.4.1.c</b> Medición cuatrimestral del nivel de adherencia al paquete de medidas.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reporte escrito o digitalizado del nivel de adherencia.	
		<b>4.4.1.d</b> Check list de inserción de accesos vasculares centrales.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.		
	<b>4.4.2</b> Medidas para prevenir las infecciones asociadas a ventilación mecánica.		<b>4.4.2.a</b> Recomendaciones para la prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVIM).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Guía y/o procedimiento escrito o digitalizado para la prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVIM).
			<b>4.4.2.b</b> Paquete de medidas o "Bundle" para prevenir la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVIM).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
			<b>4.4.2.c</b> Medición cuatrimestral del nivel de adherencia al paquete de medidas.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reporte escrito o digitalizado del nivel de adherencia.

	<p><b>4.4.3</b> Medidas para prevenir las infecciones urinarias asociadas al uso de sonda vesical.</p>	<p><b>4.4.3.a</b> Recomendaciones para la prevención de infecciones del tracto urinario asociadas al uso de catéter urinario (ITU-CU).</p>	<p>Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.</p>	<p>Guía y/o procedimiento escrito o digitalizado para la prevención de infecciones del tracto urinario asociadas al uso de catéter urinario (ITU-CU).</p>
		<p><b>4.4.3.b</b> Paquete de medidas o "Bundle" para prevenir las ITU-CU.</p>	<p>Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.</p>	<p>Listas de verificación.</p>
		<p><b>4.4.3.c</b> Medición cuatrimestral del nivel de adherencia al paquete de medidas.</p>	<p>Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.</p>	<p>Reporte escrito o digitalizado del nivel de adherencia.</p>
<p><b>4.5</b> Medidas preventivas para reducir el riesgo de infecciones del sitio quirúrgico.</p>	<p><b>4.5.1</b> Cuidados para la atención quirúrgica segura.</p>	<p><b>4.5.1.a</b> Disponen de guía o norma vigente, validada por autoridades y jefatura de servicio, que contengan las siguientes medidas:  <b>En el pre operatorio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baño pre-operatorio</li> <li>• Manejo de vello en zona quirúrgica</li> <li>• Pesquisa de portación de SAMR, en pacientes sometidos a cirugías ortopédicas y cardiovasculares.</li> <li>• Profilaxis ATB adecuada (indicación, dosis, vía, duración).</li> </ul>	<p>Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.</p>	<p>Manual, norma o guía, escrita o digitalizada adaptada o propia, vigente dentro de los últimos tres años a la fecha, para la atención quirúrgica segura, en los diferentes tiempos quirúrgicos.</p>
		<p><b>4.5.1.b</b>  <b>En el intraoperatorio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavado de manos del personal de salud con productos de base alcohólica.</li> <li>• Antisepsia de la piel del paciente con productos de base alcohólica o yodopovidona.</li> <li>• Mantenimiento de normo termia</li> <li>• Mantenimiento normo volemia</li> <li>• Mantenimiento normo glucemia</li> <li>• Administración de Oxígeno suplementario.</li> </ul>	<p>Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.</p>	
		<p><b>4.5.1.c</b> Disponen de guías o normas actualizadas, sobre preparación del equipo quirúrgico y del campo quirúrgico, donde se detalle:  Recomendaciones sobre el uso apropiado de EPP dentro y fuera del área quirúrgica.  Uso de campos quirúrgicos amplios, estériles e impermeables (hidro-hemo-alcohol repelentes).  Preparación de mesa de cirugía.</p>	<p>Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.</p>	
		<p><b>4.5.1.d</b>  <b>En el posoperatorio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimiento de normo glucemia.</li> <li>• Protocolo de curación de heridas en el posoperatorio.</li> <li>• Protocolo de manejo de drenajes en el posoperatorio.</li> </ul>	<p>Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.</p>	



	<b>4.5.2</b> Ambiente Quirúrgico.	<b>4.5.2.a</b> Disponen de guía o norma vigente, referida al mantenimiento y monitoreo periódico de las condiciones ambientales recomendadas para un quirófano seguro (temperatura, humedad, presión, recambios de aire).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.	Manual, norma, guía escrita o digitalizada adaptada o propia, vigente dentro de los últimos tres años a la fecha, referida al mantenimiento, monitoreo y circulación del personal.
		<b>4.5.2.b</b> Disponen de recomendaciones actualizadas, sobre quirófano seguro, en relación a la circulación del personal dentro del quirófano y mantenimiento de puerta cerrada.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.	
		<b>4.5.2.c</b> Realiza mediciones de los procesos con periodicidad, utilizando como herramienta de monitoreo y prevención de las ISQ, listas de verificación en cada uno de los tiempos quirúrgicos.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.	Registros escritos o digitalizados actualizados, de mediciones y resultados de los procedimientos /procesos monitoreados, mantenimiento de las condiciones ambientales recomendadas para un quirófano seguro (temperatura, humedad, presión, recambios de aire), donde se detalle la circulación en quirófano seguro, límite del número de personas que circulan en quirófano y mantenimiento de puertas cerradas. Listas de control/verificación. Informes de resultados (actas, presentaciones). Cartelería informativa, adecuada, vigente, visible.
		<b>4.5.2.d</b> Realiza mediciones de los procesos de calidad ambiental de quirófano, de acuerdo a norma existente.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.	
<b>4.6</b> Estrategias para la gestión del uso de antisépticos.	<b>4.6.1</b> La institución utiliza antisépticos fraccionados en origen.	<b>4.6.1.a</b> Los antisépticos se dispensan en envases adecuados, según tipo de antiséptico, dosis individuales rotuladas y con aplicadores apropiados, acordes al marco regulatorio vigente.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.	Verificación in situ en las distintas áreas de atención, de los envases de antisépticos, y sus características. Por ej.: zona de almacenamiento, stock, office de enfermería, carros de curaciones, zona quirófano, farmacia, etc.
		<b>4.6.1.b</b> El fraccionamiento de antisépticos, se realiza según norma, guía o procedimiento adaptada o propia, vigente, respetando ambiente de preparación, dosificación y almacenamiento.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.	Norma, guía o procedimiento escrito o digitalizado adaptado o propio, vigente, dentro de los últimos tres años, firmada por el CCI, jefe de farmacia, y autoridad competente, donde detalle tamaño de los envases de fraccionamiento, tratamiento de frascos dispensadores (lavado, esterilización, almacenamiento de envases, llenado, cierre, identificación y distribución).

		<p><b>4.6.1.c</b> Existe espacio físico centralizado, con condiciones de ambiente controlado dedicado al fraccionamiento de antisépticos, con personal capacitado en fraccionamiento de antisépticos.</p>	<p>Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.</p>	<p>Verificación in situ de zona de preparación y almacenaje de antisépticos.          Registro de monitoreo de ambiente controlado (cambios de filtros de aire, recambios de aire, etc...)          Registro del control de calidad de los distintos antisépticos que se adquieran para uso interno.          Registro de capacitación del personal del servicio.</p>
--	--	---	---	---

## 5. Esterilización y desinfección de alto nivel | 36 Indicadores

Componente	Características	Indicadores	Nivel de Cumplimiento	Verificadores sugeridos
<b>5.1</b> Manuales, normas o procedimientos para el reprocesamiento de dispositivos médicos reutilizables (DMR).	<b>5.1.1</b> Estandarización de los procedimientos para el reprocesamiento de DMR.	<b>5.1.1.a</b> Existen procedimientos escritos validados que definen las distintas etapas del reprocesamiento de DMR, a través de esterilización y desinfección de alto nivel.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Manual de procedimientos de la Central de Esterilización acorde a las resoluciones vigentes del Programa Nacional de Garantía de Calidad.
<b>5.2</b> Procesos para el reprocesamiento de DMR.	<b>5.2.1</b> Pre-lavado.	<b>5.2.1.a</b> Recepción de los DMR prelavados en la Central de Esterilización.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimiento escrito o digitalizado del proceso, de recepción de los DMR, implementando la trazabilidad.
		<b>5.2.1.b</b> El proceso de pre-lavado se encuentra estandarizado aun cuando este se realice fuera de la Central de Esterilización.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimiento escrito o digitalizado del proceso de pre-lavado en el punto de uso, que incluya todas las operaciones que se realizan antes del transporte de un DMR a la Central de Esterilización.
	<b>5.2.2</b> Lavado.	<b>5.2.2.a</b> El proceso de lavado se lleva a cabo en la Central de Esterilización o bien es supervisado directamente por personal de la misma, en un espacio específico sectorizado que evite la contaminación por aerosoles o microgotas.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimiento escrito o digitalizado del proceso de lavado manual y/o automático. Corroborar la existencia del espacio sectorizado para evitar la contaminación por aerosoles o microgotas.
		<b>5.2.2.b</b> Se usan productos adecuados para el lavado de los materiales (por ej.: detergentes enzimáticos).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimiento escrito o digitalizado del preparado de los detergentes enzimáticos usados durante el proceso de lavado según las indicaciones del fabricante.
		<b>5.2.2.c</b> Se aplican estrategias (por ej.: control visual a través de lupa, indicadores de proceso) que permiten asegurar la calidad del proceso de lavado.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registros escritos o digitalizados de los indicadores de proceso o bien registro del control visual del proceso.
		<b>5.2.2.d</b> Se realizan controles para asegurar la calidad del agua utilizada en el proceso de Lavado.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registros escritos o digitalizados de los controles del agua. Procedimiento escrito o digitalizado para la toma de muestras y para la evaluación de la calidad del agua.
	<b>5.2.3</b> Acondicionado	<b>5.2.3.a</b> El material es acondicionado de acuerdo a las características del mismo y al proceso de esterilización al que será sometido.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimiento operativo estandarizado (POE) escrito o digitalizado, del proceso de acondicionamiento del material, de acuerdo a los principios de gestión de calidad.
		<b>5.2.3.b.</b> El control y montaje de los DMR, que se lleva a cabo después de la limpieza y desinfección, además del control de funcionalidad.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registros escritos o digitalizados de los controles de montajes y funcionalidad de los DMR, luego de la limpieza y desinfección.

	<b>5.2.3.c.</b> Elección del envoltorio o empaque de acuerdo a las características del material y al agente esterilizante.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimientos escritos estandarizados, escritos o digitalizados de tipos de envoltorios o empaques.	
<b>5.2.4</b> Métodos de esterilización.	<b>5.2.4.a</b> Los métodos de esterilización se adaptan a las particularidades de cada material.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimiento escrito o digitalizado del proceso de esterilización.	
	<b>5.2.4.b</b> Se utilizan sólo métodos de esterilización comprobadamente eficaces (por ej.: autoclaves de vapor de agua o de formaldehído, óxido de etileno en equipo automatizado, plasma de peróxido de hidrógeno en equipo automatizado) y se validan periódicamente.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimiento y registros de validación, escritos o digitalizados del proceso de esterilización..	
	<b>5.2.4.c</b> Procesos de esterilización	<b>5.2.4.c.1</b> Los procesos de esterilización son controlados para garantizar su resultado: se llevan a cabo controles paramétricos luego de cada ciclo.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registros escritos o digitalizados de los controles paramétricos de cada ciclo.
	<b>5.2.4.c.2</b> Los procesos de esterilización son controlados para garantizar su resultado: se usan controles químicos individuales.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registros escritos o digitalizados de los controles químicos individuales.	
	<b>5.2.4.c.3</b> Los procesos de esterilización son controlados para garantizar su resultado: se usan controles biológicos al menos una vez por semana.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registros escritos o digitalizados de los controles biológicos.	
<b>5.2.5</b> Almacenamiento	<b>5.2.5.a</b> Todos los paquetes se encuentran etiquetados con fecha de proceso y fecha de vencimiento y están dentro del período de vigencia, almacenados en estantes limpios, en lo posible de tejido de acero inoxidable, respetando el orden cronológico de los vencimientos. Se ha implementado el sistema de trazabilidad. La temperatura y humedad ambiente de la Central de Esterilización, están controladas.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Verificación del etiquetado y fecha de vencimiento de los paquetes estériles. Verificación con termohigrómetro en lugares de almacenamiento. Procedimientos y registros escritos o digitalizados de trazabilidad.	
	<b>5.2.5.b</b> Los envases ubicados en el depósito de material estéril están indemnes y son apropiados al método de esterilización utilizado.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Verificación del estado y tipo de envoltorio de acuerdo al método de esterilización utilizado. Verificación con termo higrómetro.	
<b>5.2.6</b> Los procesos se realizan en equipos que funcionen bien.	<b>5.2.6.a</b> Existe un programa de mantenimiento preventivo de los equipos de esterilización.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registros escritos o digitalizados de los mantenimientos preventivos de los equipos de esterilización.	

	<b>5.2.7</b> Reúso de dispositivos médicos de un solo uso.	<b>5.2.7.a</b> Existe un procedimiento escrito para el reúso de dispositivos médicos de un solo uso.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimiento escrito o digitalizado del proceso de reúso de DMR.
		<b>5.2.7.b</b> La institución tiene un mecanismo formal que determina que dispositivos médicos pueden reusarse.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimiento escrito o digitalizado accesible a los usuarios de la institución de los dispositivos médicos de un solo uso que pueden ser reusados.
		<b>5.2.7.c</b> Se evalúa que el costo de reproceso sea inferior al costo de adquisición del DMR, considerando su descarte y el daño al medio ambiente.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Informe escrito de la evaluación de costos de adquisición y reprocesamiento del DMR.
		<b>5.2.7.d</b> Se define el número máximo de reúsos para estos productos médicos.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimiento escrito o digitalizado del proceso de reúso de dispositivos médicos de un solo uso que incluya número máximo de reúsos
		<b>5.2.7.e</b> Se establecen pautas que aseguren que el proceso de esterilización seleccionado no altere la funcionalidad del producto médico.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimiento escrito o digitalizado de control de calidad y funcionalidad del producto reusado y trazabilidad.
		<b>5.2.7.f</b> Existe un proceso manual o informatizado que asegure la trazabilidad de los dispositivos médicos a través de los distintos usos.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registros escritos o digitalizados, de la trazabilidad de los dispositivos médicos reusados a través de los distintos reúsos.
<b>5.2.8</b> Recepción de materiales de ortopedias.	<b>5.2.8.a</b> Existe un procedimiento escrito que determina las pautas de recepción del material provenientes de las ortopedias.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.	Procedimiento escrito o digitalizado que define las condiciones en que se debe recibir el material de las ortopedias y los procesos que se siguen luego de su recepción (por ej.: reprocesamiento del material).	
	<b>5.2.8.b</b> Se realiza control sistemático y centralizado de las condiciones en que son recibidos los insumo médicos desde las ortopedias.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.		
	<b>5.2.8.c</b> Independientemente que el material proveniente de las ortopedias se reciba estéril, el mismo es reprocesado en la institución antes de ser utilizado en quirófano.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.		
<b>5.3</b> Métodos de Desinfección de Alto Nivel.	<b>5.3.1</b> Estandarización de la Desinfección de Alto Nivel.	<b>5.3.1.a</b> El proceso de Desinfección de Alto Nivel se lleva a cabo en la Central de Esterilización o bien es supervisado directamente por personal de la misma.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimiento escrito o digitalizado del proceso de Desinfección de Alto Nivel para los materiales semi-críticos de toda la institución.
		<b>5.3.1.b</b> Los endoscopios son trasladados en forma segura desde el lugar de uso hasta el lugar de reproceso.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
		<b>5.3.1.c</b> Antes de iniciar el proceso de desinfección se realiza la prueba de fuga de los endoscopios.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	

		<b>5.3.1.d</b> Se utilizan sólo métodos de desinfección de alto nivel comprobadamente eficaces (por ej.: desinfección con glutaraldehído; orthophtalaldehído [OPA]; ácido peracético).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
<b>5.3.2</b> Los procesos de Desinfección de Alto Nivel son controlados para garantizar su resultado.	<b>5.3.2.a</b> En el caso de reprocesamiento manual el lavado del canal interno se encuentra protocolizado.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Protocolo escrito o digitalizado del lavado del canal interno	
	<b>5.3.2.b</b> Existe control del tiempo de exposición apropiado al desinfectante en cada ciclo, según las instrucciones de uso del fabricante.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registros escritos o digitalizados de los tiempos de exposición de los materiales médicos a los desinfectantes.	
	<b>5.3.2.c</b> Se utiliza un indicador químico para titular la concentración desinfectante al menos una vez antes de iniciar cada jornada.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registros escritos o digitalizados de la titulación periódica de los desinfectantes.	
	<b>5.3.2.d</b> Se utiliza agua estéril para arrastre después de la desinfección.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registros escritos o digitalizados de uso de agua estéril, con número de lote.	
	<b>5.3.2.e</b> Secado del fibroendoscopio, con aire filtrado estéril.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Verificación in situ de la existencia de instalación de filtro de aire.	

**6. Microbiología | 22 Indicadores**

Componente	Características	Indicadores		Nivel de Cumplimiento	Verificadores sugeridos
6.1 Capacidad de diagnóstico.	6.1.1 El establecimiento tiene acceso a identificación de los agentes microbianos más relevantes asociados a las IACS.	6.1.1.a Identificación de bacterias aeróbicas hasta nivel de especie.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimientos escritos o digitalizados del Laboratorio de Microbiología que describa los procesos para la identificación de los microorganismos requeridos (vigencia no mayor a tres años).
		6.1.1.b Identificación de <i>M. tuberculosis</i> .		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
		6.1.1.c Identificación de <i>Cándida</i> .		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
		6.1.1.d Detección de GDH y toxina para <i>C. difficile</i> .		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
		6.1.1.e Identificación de hongos filamentosos.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
		6.1.1.f Detección de agentes virales: hepatitis, VIH adenovirus, influenza, virus respiratorio sincial, rotavirus, SARS-CoV2.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
	6.1.2 Cuenta con capacidad para identificar rutinariamente la sensibilidad a antimicrobianos de los agentes aislados y sus mecanismos de resistencia.	6.1.2.a Identifica patrones de sensibilidad a los agentes más frecuentes de las IACS.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reportes escritos o digitalizados de sensibilidad para los distintos microorganismos requeridos (vigencia no mayor a un año).
		6.1.2.b <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a metilicina.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
		6.1.2.c <i>Enterococcus</i> resistente a vancomicina.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
		6.1.2.d Enterobacterias productoras de Betalactamasas de Espectro Extendido.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
		6.1.2.e Enterobacterias productoras de carbapenemasas.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
		6.1.2.f Enterobacterias productoras de metalobetalacatamasas.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
		6.1.2.g Levaduras del género <i>Cándida</i> .		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
6.2 Control de calidad.	6.2.1 Las actividades de microbiología son evaluadas periódicamente con controles internos y externos.	6.2.1.a Mantienen registros de control de calidad interno en identificación de agentes y estudios de sensibilidad antimicrobiana siguiendo estándares de CLSI u otros.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reportes escritos o digitalizados de los resultados de los últimos controles de calidad (vigencia no mayor a un año).
		6.2.1.b Participa de un control de calidad externo al menos una vez por año.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
6.3 Normas de toma y envío de muestras.	6.3.1 Las normas y procedimientos se encuentran estandarizados.	6.3.1.a Existen procedimientos definidos para la toma, envío y eventual conservación de	6.3.1.a.1 Hemocultivos (incluye retrocultivos y catéteres vasculares).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimiento escrito o digitalizado para la toma, envío y conservación de muestras.
			6.3.1.a.2 Urocultivos (incluye chorro medio, sonda vesical, punción suprapúbica).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	

		muestras, actualizado al menos cada 3 años.	6.3.1.a.3 Cultivos de muestras respiratorias.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
			6.3.1.a.4 Hisopados de vigilancia.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
		<b>6.3.1.b</b> Los protocolos se encuentran adecuadamente difundidos.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registros escritos o digitalizados de la evidencia de acceso y difusión de los protocolos por parte de los profesionales de los distintos servicios (médicos, enfermeros, técnicos).
<b>6.4</b> Información microbiológica.	<b>6.4.1</b> Análisis de la información clínica y reporte a sistemas externos.	<b>6.4.1.a</b> Informe de los agentes responsables de las IACS de acuerdo al tipo de muestra y servicios de donde provienen al menos una vez al año.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reporte de los agentes responsables de las IACS de acuerdo al tipo de muestra a los distintos servicios.
		<b>6.4.1.b</b> Informe de los patrones de sensibilidad a los antimicrobianos de los agentes etiológicos de importancia al menos una vez al año.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reporte de los patrones de sensibilidad a los antimicrobianos de los agentes etiológicos de importancia.



**7. Ambiente hospitalario y saneamiento ambiental | 28 Indicadores**

Componente	Características	Indicadores		Nivel de Cumplimiento	Verificadores sugeridos
<p><b>7.1</b> Condiciones de la planta física.</p>	<p><b>7.1.1</b> Existen condiciones estructurales básicas para la Prevención y Control de las IACS.</p>	<p><b>7.1.1.a</b> Espacio mínimo: separación mínima de un metro o más entre camas en todas las áreas de internación (habitación compartida, UCI y cunas de neonatología).</p>		<p>Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.</p>	<p>Verificación in situ que la recomendación se cumple.</p>
		<p><b>7.1.1.b</b> Supervisión por parte del equipo de Prevención y Control de Infecciones en caso de remodelación o construcción en áreas donde se realizan actividades de importancia clínica.</p>		<p>Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.</p>	<p>Manual, norma o guía, escrita o digitalizada adaptada o propia para la remodelación o construcción en áreas de importancia clínica.</p>
		<p><b>7.1.1.c</b> Aislamiento individual de pacientes.</p>	<p><b>7.1.1.c.1</b> Aislamiento individual de pacientes inmunocomprometidos: trasplantado de medula ósea. Existen habitaciones para el aislamiento individual con lavamanos operativos e insumos, puertas y ventanas selladas con presión positiva, y filtro HEPA de alta eficiencia.</p>	<p>Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.</p>	<p>Registro escrito o digitalizado de presión y control de filtros HEPA. Verificación in situ que la recomendación se cumple.</p>
		<p><b>7.1.1.c.2</b> Aislamiento individual de pacientes inmunocomprometidos: neutropénicos y trasplante de órganos sólidos. Habitación individual con lavamanos operativo, insumos y puerta cerrada.</p>		<p>Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.</p>	<p>Verificación in situ que la recomendación se cumple.</p>
		<p><b>7.1.1.d</b> Aislamiento individual de pacientes con microorganismos potencialmente transmisibles por vía respiratoria-aérea (tuberculosis bacilífera, sarampión, varicela zoster, herpes zoster diseminado, etc). Existen habitaciones para el aislamiento individual de estos pacientes con lavamanos operativos o alcohol para HM, insumos y puertas herméticas cerradas, presión negativa filtro HEPA de alta eficiencia. De no contar filtro HEPA y presión negativa la habitación debe tener ventilación al exterior.</p>		<p>Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.</p>	<p>Registro escrito o digitalizado de presión y controles de filtro HEPA o verificación de la salida al exterior de aire. Verificación in situ que la recomendación se cumple.</p>
<p><b>7.2</b> Condiciones de higiene ambiental.</p>	<p><b>7.2.1</b> Manejo de los residuos.</p>	<p><b>7.2.1.a</b> El personal que manipula desechos utiliza barreras protectoras (por ej.: guantes gruesos impermeables, cobertores de ojos si existe la posibilidad de salpicaduras durante las actividad).</p>		<p>Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.</p>	<p>Registros escritos o digitalizados de la entrega de EPP adecuados. Verificación in situ de su uso.</p>

	<b>7.2.1.b</b> Residuos comunes: los residuos son dispuestos en recipientes claramente identificados con bolsas especiales destinadas a tal fin.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Verificación in situ de los recipientes para residuos no patógenos accesibles en los puntos de uso.	
	<b>7.2.1.c</b> Residuos patogénicos.	<b>7.2.1.c.1</b> Residuos patogénicos: los residuos son dispuestos en recipientes claramente identificados con bolsas especiales destinadas a tal fin.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Verificación in situ de recipientes para residuos patógenos accesibles en los puntos de uso.
		<b>7.2.1.c.2</b> Residuos patogénicos: el manejo del material corto punzante y su descarte se realiza bajo normas de bioseguridad y en recipientes adecuados.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimiento escrito o digitalizado para la manipulación y descarte adecuada de material corto punzante.
<b>7.2.2</b> Limpieza.	<b>7.2.2.a</b> Se han definido los productos usados para la limpieza de los distintos sectores y los mismos se utilizan de acuerdo a las indicaciones del fabricante.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimineto escrito o digitalizado adaptado o propio del listado de productos utilizados, almacenamiento, rotulación de los envases, fechas de reconstitución y vencimientos.	
	<b>7.2.2.b</b> Existe un procedimiento escrito y éste ha sido difundido para el manejo de derrames de líquidos biológicos.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimiento escrito o digitalizado para manejo de derrames de líquidos biológicos.	
	<b>7.2.2.c</b> Área quirúrgica: existe un procedimiento escrito para la limpieza del área quirúrgica, entre cirugías y limpieza final.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.	Procedimiento escrito o digitalizado para la limpieza del área quirúrgica, definiendo los productos utilizados, el alcance y la frecuencia. Registro escrito de las limpiezas realizadas.	
	<b>7.2.2.d</b> Habitaciones.	<b>7.2.2.d.1</b> Habitaciones: existe un procedimiento escrito para las limpiezas diarias y terminales de las habitaciones.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimiento escrito o digitalizado para la limpieza de la habitación definiendo productos utilizados alcance y frecuencia.
		<b>7.2.2.d.2</b> Habitaciones: existe un procedimiento definido para la limpieza de habitaciones de pacientes con <i>Clostridioides difficile</i> .	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimiento escrito o digitalizado para la limpieza de la habitación con productos esporicidas como hipoclorito de sodio de 1000/1500 ppm o monopersulfato de potasio o dicloro isocianurato de sodio o peróxido de hidrogeno acelerado.
		<b>7.2.2.d.3</b> Habitaciones: la limpieza es monitoreada periódicamente a través de algún tipo de indicador (por ej.: marcador fluorescente, bioluminiscencia) o check-list.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reporte de nivel de adherencia a la higiene del entorno.
	<b>7.2.3</b> Manejo de la ropa.	<b>7.2.3.a</b> Existe un procedimiento escrito para el manejo de la ropa de cama.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimiento escrito o digitalizado para manejo de ropa de cama.

		<b>7.2.3.b</b> El proceso de limpieza de ropa hospitalario se realiza a temperatura de $\geq 70$ °C por 20 minutos o más. Máquina secadora /calandra o planchadora a temperatura mayor a 140°C. Control semestral del servicio en caso de estar tercerizado.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimiento escrito o digitalizado para manejo de ropa hospitalaria y registro de temperaturas. Control semestral del servicio de limpieza y registro en libro de actas en caso de estar tercerizado.
	<b>7.2.3.c</b> Ropa limpia.	<b>7.2.3.c.1</b> Ropa limpia: la ropa de cama limpia es transportada en contenedores cerrados por un circuito distinto al de la ropa sucia.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Verificación in situ del circuito de transporte de ropa limpia y del tipo de contenedores utilizados para el transporte.
		<b>7.2.3.c.2</b> Ropa limpia: la ropa limpia es almacenada embolsada en lugares adecuados de modo tal de evitar su contaminación.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Verificación in situ de áreas de depósito de ropa limpia y la presencia de armarios con puerta.
	<b>7.2.3.d</b> Ropa sucia.	<b>7.2.3.d.1</b> Ropa sucia: la ropa de cama sucia es transportada en contenedores con bolsa plástica o lavables cerrados, por un circuito distinto al de la ropa limpia.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Verificación in situ del circuito de transporte de ropa sucia y del tipo de contenedores utilizados para el transporte.
		<b>7.2.3.d.2</b> Ropa sucia: el personal que clasifica la ropa sucia utiliza barreras protectoras (por ej.: guantes gruesos impermeables, calzado resistente a pinchazos y barbijos para reducir el riesgo de exposición durante esta actividad).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registros escritos o digitalizados de la entrega de EPP adecuados. Verificación in situ de su uso.
<b>7.3</b> Alimentación.	<b>7.3.1</b> Alimentación general.	<b>7.3.1.a</b> Existe un procedimiento escrito definido para el manejo de los alimentos, su preparación y distribución a los pacientes y el personal.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimiento escrito o digitalizado para el manejo de alimento, su preparación y distribución a los pacientes y al personal.
		<b>7.3.1.b</b> Control de temperatura de heladeras y freezer por turno.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registro escrito o digitalizado por turno de temperaturas de heladeras y freezer.
		<b>7.3.1.c</b> Libreta sanitaria personal.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Verificación in situ de las libretas sanitarias de todo el personal del servicio. Control semestral del servicio de limpieza y registro en libro de actas en caso de estar tercerizado.
	<b>7.3.2</b> Alimentación especial.	<b>7.3.2.a</b> Alimentación enteral: existe una guía o procedimiento para el manejo de alimentación enteral.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Guía o procedimiento escrito o digitalizado para el manejo de alimentación enteral.
		<b>7.3.2.b</b> Alimentación parenteral: existe una guía o procedimiento para el manejo de alimentación parenteral.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Guía o procedimiento escrito o digitalizado para el manejo de alimentación parenteral.

		<b>7.3.2.c</b> Nutrición enteral y banco de leche materna.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.	Procedimiento escrito o digitalizado de higiene y esterilización de biberones, extracción, almacenamiento, fecha y conservación de leche materna.
<b>7.4</b> Kinesiología.	<b>7.4.1</b> Elementos para kinesiología.	<b>7.4.1.a</b> Existe normativa escrita de limpieza de elementos kinésicos.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimiento escrito o digitalizado de la limpieza de materiales kinésicos luego de la atención del pacientes.

8. Salud del personal | 22 Indicadores

Componente	Características	Indicadores	Nivel de Cumplimiento	Verificadores sugeridos
8.1 Actividades para la prevención de infecciones que se pueden transmitir entre pacientes y el personal de salud.	8.1.1 Existe un programa escrito de inmunizaciones para el personal.	8.1.1.a Existe un programa de inmunizaciones acorde a la legislación local, que abarca a todos los miembros de la institución incluyendo rotantes, residentes, estudiantes, etc.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Programa de inmunizaciones escrito o digitalizado actualizado con detalle de marco legal vigente local.
		8.1.1.b Se ha definido un responsable de la articulación entre todos los involucrados en el plan de inmunización.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Documento oficial con la firma de la máxima autoridad de la institución.
		8.1.1.c Se entregan semestralmente informes al CCI sobre la adherencia al programa de inmunizaciones.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Informes, mails, otras presentaciones. Resumen semestral bajado del SISA.
		8.1.1.d Se trabaja en un plan de mejora para la adherencia.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Minutas, mails, cartelería, cartas de gestión y solicitud de vacunas a las autoridades sanitarias, etc.
		8.1.1.e Control de la serología de las patologías inmunoprevenibles del personal de reciente ingreso y anualmente si corresponde. Certificación de la vacunación.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Nómina de ingresos de los últimos 6 meses y registro de serologías y /o vacunas. Registro escrito o digitalizado de revisión anual de serologías del personal.
8.1.2 Cobertura de Inmunización		8.1.2.a La cobertura de inmunización anti-influenza alcanza al menos el 80% de la población-objetivo.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registros escritos o digitalizados de inmunización contra la gripe del personal (SISA). Registros firmados de personal que no quiere vacunarse. Resumen semestral bajado del SISA.
		8.1.2.b La cobertura de inmunización anti- hepatitis B alcanza al menos el 80% de la población-objetivo.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registros escritos o digitalizados de inmunización contra Hepatitis B del personal (SISA). Registros firmados de personal que no quiere vacunarse. Resumen semestral bajado del SISA.
		8.1.2.c La cobertura de inmunización anti-sarampión y anti- rubéola alcanza al menos el 80% de la población-objetivo.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registros escritos o digitalizados de inmunización Doble viral del personal (SISA). Registros firmados de personal que no quiere vacunarse. Resumen semestral bajado del SISA.
		8.1.2.d La cobertura de inmunización anti-tetánica/anti-diftérica y anti-coqueluche alcanza al menos el 80% de la población-objetivo.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registros escritos o digitalizados de inmunización Doble y/o triple bacteriana del personal (SISA). Registros firmados de personal que no quiere vacunarse. Resumen semestral bajado del SISA.

		<b>8.1.2.e</b> La cobertura de inmunización anti- hepatitis A alcanza al menos el 80% de la población-objetivo (personal de laboratorio, alimentación, mantenimiento, residuos patológicos).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registros escritos o digitalizados de inmunización contra Hepatitis A del personal (SISA) o del estatus inmunológico. Registros firmados de personal que no quiere vacunarse. Resumen semestral bajado del SISA.
		<b>8.1.2.f</b> La cobertura de inmunización anti-meningococcica alcanza al menos el 80% de la población-objetivo (por ej.: personal de laboratorio o situaciones específicas).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registros escritos o digitalizados de inmunización anti- meningococcica del personal (SISA). Registros firmados de personal que no quiere vacunarse. Resumen semestral bajado del SISA.
		<b>8.1.2.g</b> La cobertura de inmunización para enfermedades emergentes o de relevancia epidemiológica alcanza al menos el 80% de la población-objetivo.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registros escritos o digitalizados de inmunización para enfermedades emergentes del personal (SISA). Registros firmados de personal que no quiere vacunarse. Resumen semestral bajado del SISA.
	<b>8.1.3</b> Reducción del riesgo y manejo de los accidentes por exposición a fluidos biológicos.	<b>8.1.3.a</b> Se reduce el riesgo de exposición a fluidos a través del uso de Precauciones Estándar, dispone de los elementos necesarios para su cumplimiento.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Verificación in situ de la disponibilidad de EPP.
		<b>8.1.3.b</b> Existe un análisis de las áreas con mayor riesgo de exposición y se evalúa la incorporación de dispositivos de bioseguridad.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Análisis de eventos e incorporación de dispositivos de seguridad según los resultados. Verificación in situ de disponibilidad de insumos de seguridad. Cartelería.
		<b>8.1.3.c</b> Se reduce el riesgo de accidentes corto-punzantes a través del uso de dispositivos de seguridad (por ej.: jeringas y catéteres periféricos con aguja retráctil) al menos para los profesionales con alto nivel de exposición.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
		<b>8.1.3.d</b> Existe un procedimiento para el manejo oportuno de las exposiciones a fluidos biológicos (por ej.: sangre) por lesiones corto-punzantes con artículos usados en pacientes. El mismo tiene cobertura los 7 días de la semana, las 24hs. Se revisa y actualiza cada 2 años y/o según normas y legislaciones vigentes.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimiento escrito o digitalizado para el manejo de accidentes por exposición conteniendo: estudio del accidentado y de la fuente, prevención de transmisión de Hepatitis B, C y VIH, y pautas de seguimiento y profilaxis en caso de requerir.
<b>8.2</b> Vigilancia de las infecciones del personal potencialmente transmisibles para proteger al resto del personal expuesto y a los pacientes.	<b>8.2.1</b> Reducción del riesgo de transmisión de infecciones desde el personal a pacientes y colaboradores.	<b>8.2.1.a</b> Se ha definido un responsable de la articulación entre todos los involucrados en el plan de reducción del riesgo de transmisión de infecciones.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Documento oficial que nombre al responsable.
		<b>8.2.1.b</b> Existe un procedimiento para el manejo del personal con infecciones transmisibles que se supervisa y se cumple (por ej.: covid, gripe, conjuntivitis, eruptivas, herpes, etc.).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Procedimiento escrito o digitalizado para el manejo del personal con infecciones transmisibles con integración de Medicina Laboral y Prevención y Control de Infecciones.

		<b>8.2.1.c</b> Se entregan mensualmente reportes al CCI sobre los accidentes biológicos.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reporte mensual escrito o digitalizado.
		<b>8.2.1.d</b> Se realiza un análisis de causa raíz entre los referentes de las áreas de Medicina Laboral, Seguridad e Higiene, líderes de los sectores y control de infecciones sobre los eventos, y se llevan a cabo estrategias de prevención para eventos futuros.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registro de Minutas, informes, capacitaciones, etc.
		<b>8.2.1.e</b> Existe un indicador por sector y global de la institución sobre accidentes biológicos mensuales.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registro escrito o digitalizado de indicador con reporte de casos. Minutas o registro de análisis y acciones en aquellos sectores o áreas donde no suelen denunciar accidentes.
		<b>8.2.1.f</b> Vigilancia de exposiciones laborales de importancia epidemiológica. (por ej.: TBC, HIV, HBV , HCV) y notificación de las denuncias obligatorias de su jurisdicción.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registro escrito o digitalizado de las exposiciones laborales de importancia epidemiológica y fichas de denuncia.

## 9. Capacitación al personal y educación a pacientes y familiares | 25 Indicadores

Componente	Características	Indicadores		Nivel de Cumplimiento	Verificadores sugeridos	
9.1 Programa de capacitación para el personal de salud en Prevención y Control de IACS.	9.1.1 Para profesionales del equipo de Prevención y Control de IACS.	9.1.1.a Actualización en Prevención y Control de IACS.	9.1.1.a.1 Asistencia a cursos, seminarios o congresos científicos.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registro y/o certificados de la asistencia a cursos, seminarios o congresos científicos.	
			9.1.1.a.2 Acceso a bibliografía especializada.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Verificación in situ de acceso a bibliografía.	
	9.1.2 Para todo el personal de salud en atención directa a pacientes (equipo clínico y de unidades de apoyo).	9.1.2.a Existe un programa de capacitación anual para todo el personal con actividades pre-establecidas.	9.1.2.b Inducción al ingreso.	9.1.2.b.1 Importancia de las IACS en cuanto a su impacto en la morbi-mortalidad de los pacientes y los costos de salud.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Programa anual de capacitación y registros escritos o digitalizados de las actividades realizadas.
				9.1.2.b.2 Información sobre las metas y objetivos del PPCI.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
				9.1.2.b.3 Capacitación en higiene de manos.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
				9.1.2.b.4 Capacitación en el uso de Precauciones Estándar y las medidas de aislamiento.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
				9.1.2.b.5 Capacitación en infecciones asociadas a dispositivos.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
				9.1.2.b.6 Capacitación sobre cómo reducir el riesgo de accidentes por exposición a material biológico y a elementos corto punzantes.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
				9.1.2.b.7 Capacitación específica sobre las responsabilidades, según la función que cumple el personal, en relación con la Prevención y el Control de Infecciones.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
				9.1.2.b.8 Evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
9.1.2.c Actualización periódica.				9.1.2.c.1 Actualización de los procedimientos referidos a la Prevención y Control de las IACS.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registros escritos o digitalizados de los contenidos de las capacitaciones de actualización realizadas.



		<b>9.1.2.c.2</b> Evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP)	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registro de las evaluaciones realizadas, ya sea antes, intra o post CAP.
	<b>9.1.3</b> Para grupos especiales	<b>9.1.3.a</b> Prevención y manejo de la exposición a sustancias potencialmente tóxicas usadas para Prevención y Control de IACS (por ej.: óxido de etileno; glutaraldehído; orto-ftalaldehído; formaldehído).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registros escritos o digitalizados de los contenidos de las capacitaciones realizadas.
<b>9.2</b> Actividades de educación para el paciente y su familia.	<b>9.2.1</b> Tipo de estrategias educativas.	<b>9.2.1.a</b> Educación incidental.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registros de la evidencia de la educación incidental.
		<b>9.2.1.b</b> Charlas comunitarias sobre la prevención de infecciones.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registros de la evidencia de las charlas impartidas.
		<b>9.2.1.c</b> Entrega de material impreso medidas que ayudan a prevenir infecciones.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Material impreso entregado a los pacientes y/o familiares.
		<b>9.2.1.d</b> Educación a través de videos informativos.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial/ No aplica.	Videos educativos.
		<b>9.2.1.e</b> Información a través de la página web oficial de la institución.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial/ No aplica	Página web de la institución.
	<b>9.2.2</b> Las estrategias educativas están dirigidas a:	<b>9.2.2.a</b> Pacientes.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reporte de las estrategias educativas implementadas.
		<b>9.2.2.b</b> Familiares y visitas.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
<b>9.2.2.c</b> Público en general.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.		
<b>9.3</b> Capacitación PROA.	<b>9.3.1</b> Capacitación básica de los profesionales sanitarios en el uso óptimo de los antimicrobianos.	<b>9.3.1.a</b> El hospital ofrece capacitación inicial (por ej.: concientización acerca de la resistencia a los antimicrobianos y uso de las guías de tratamiento) al personal en torno al modo de optimizar la prescripción, dispensación y administración de antimicrobianos.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registro de capacitación del personal en el tema. Deben ser al menos anuales.
	<b>9.3.2</b> Capacitación inicial y periódica del equipo de PROA en materia de tratamiento de las infecciones.	<b>9.3.2.a</b> El hospital vela por la capacitación adecuada del equipo de PROA de conformidad con los requisitos locales o nacionales.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Certificados de capacitaciones. Deben ser al menos anuales.
	<b>9.3.3</b> Capacitación del personal de fraccionamiento de ATM.	9.3.3.a El personal tiene una capacitación específica en fraccionamiento de antimicrobianos.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Certificados de capacitaciones periódicas del personal.

10. PROA | 34 Indicadores

Componente	Características	Indicadores	Nivel de Cumplimiento	Verificadores sugeridos
<b>10.1</b> Existencia de PROA.	<b>10.1.1</b> Existe un PROA formal implementado en la institución.	<b>10.1.1.a</b> Cuenta con personal dedicado especialmente para su desarrollo, ejecución y monitoreo.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Acta constitutiva del PROA (el equipo debe estar constituido al menos por dos participantes que incluya al farmacéutico y un médico formado en PROA)
<b>10.2</b> Responsabilidades (estructura/recursos).	<b>10.2.1</b> Composición del equipo técnico-profesional del PROA.	<b>10.2.1.a</b> Microbióloga/o.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Documento firmado por autoridad competente de la Institución.
		<b>10.2.1.b</b> Farmacéutica/o. Su dedicación depende del número de camas de la institución	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Se estima una dedicación de tiempo completo (DTC) Relación Farmacéutica/o / Medica/o según nº de camas: 100-300 camas: 1/.04 301-500: 1.2/4 501-1000: 2/0.6 > 1000: 3/1 (DTC: 40 hs. semanales)
		<b>10.2.1.c</b> ECI.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
		<b>10.2.1.d</b> Especialista en Infectología.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
		<b>10.2.1.e</b> Otros.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
<b>10.2.2</b> Se ha elegido un líder del PROA.	<b>10.2.2.a</b> Este líder es un profesional sanitario involucrado en las actividades de optimización, tiene una carga horaria asignada para estas actividades y dirige el equipo que pone en práctica el programa.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.		
<b>10.2.3</b> Se define claramente la articulación entre el PROA y el PHPVyc IACS.	<b>10.2.3.a</b> Se especifica por escrito el proceso de articulación entre el equipo o comité de PROA y el del PHPVyc IACS. En muchos centros de bajos recursos ambos comités pueden fusionarse.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Programa del PROA.	
<b>10.3</b> Acciones o estrategias de optimización de antimicrobianos.	<b>10.3.1</b> Existencia de guías.	<b>10.3.1.a</b> Desarrollo y/o adaptación de guías clínicas para el uso de antimicrobianos en la internación.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Guías escritas o digitalizadas, para el manejo de antimicrobianos en las situaciones clínicas más frecuentes de internación.
		<b>10.3.1.b</b> Desarrollo y/o adaptación de guías clínicas para el uso de antimicrobianos en la práctica ambulatoria.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Guías escritas o digitalizadas, para el manejo de antimicrobianos en las situaciones clínicas más frecuentes de la práctica ambulatoria.
		<b>10.3.1.c</b> Desarrollo y/o adaptación de guías clínicas para el uso de ATM en pediatría.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.	Guías escritas o digitalizadas, para el manejo de antimicrobianos en las situaciones clínicas más frecuentes.
		<b>10.3.1.d</b> Desarrollo y adaptación de guías para la reconstitución, dilución y conservación de antimicrobianos.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Guías escritas o digitalizadas, para la reconstitución, dilución y conservación de antimicrobianos.
		<b>10.3.1.e</b> Desarrollo y/o adaptación de guías de profilaxis quirúrgica.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial/NO aplica	Guías escritas o digitalizadas para el manejo de antimicrobianos en profilaxis quirúrgica.
		<b>10.3.1.f</b> Desarrollo y adaptación de guías para la optimización del uso de antimicrobianos (dosis de carga,	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Guías escritas o digitalizadas para la optimización de la dosificación de antimicrobianos.

		ajuste renal, ajuste por función hepática, infusiones prolongadas).		
		<b>10.3.1.g</b> Desarrollo y adaptación de guías para la monitorización de concentraciones plasmáticas de ciertos antimicrobianos según disponibilidad del laboratorio (por ej.: vancomicina; aminoglucósidos; itraconazol; voriconazol; posaconazol).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Guías escritas o digitalizadas, para el monitoreo terapéutico de antimicrobianos.
		<b>10.3.1.h</b> Desarrollo y adaptación de guías de fraccionamiento de antimicrobianos.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial / No Aplica.	Guía o procedimiento escrito o digitalizado, para el fraccionamiento de antimicrobianos.
<b>10.4</b> Monitoreo y Vigilancia. Indicadores del PROA.	<b>10.4.1</b> Adherencia a guías.	<b>10.4.1.a</b> Monitoreo de las tasas de adherencia a las guías para el uso de antimicrobianos en internación, incluyendo antimicrobianos de alto costo.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reportes de tasas de adherencia a guías de internación.
		<b>10.4.1.b</b> Monitoreo de las tasas de adherencia a la guía de profilaxis quirúrgica (por ej.: tasa de antimicrobianos administrados dentro de los 60 minutos previos al inicio de la cirugía, tasa de antimicrobianos suspendidos dentro de las 24 hs post-quirúrgicas).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reportes de tasas de adherencia a guías de profilaxis quirúrgica.
		<b>10.4.1.c</b> Monitoreo de las tasas de adherencia a las guías para el uso de antimicrobianos en la práctica ambulatoria.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reportes de tasas de adherencia a guías de la práctica ambulatoria.
		<b>10.4.1.d</b> Monitoreo de las tasas de adherencia a las guías para el uso de ATM en pediatría.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reportes de tasas de adherencia.
		<b>10.4.2.f</b> Monitoreo de las tasas de adherencia a las guías para la optimización del uso de antimicrobianos (dosis de carga, ajuste renal, ajuste por función hepática, infusiones prolongadas).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
		<b>10.4.2.g</b> Monitoreo de las tasas de adherencia a las guías para la monitorización de concentraciones plasmáticas de antimicrobianos.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
		<b>10.4.2</b> Fraccionamiento de antimicrobianos.	<b>10.4.2.a</b> Todos los medicamentos fraccionados tienen fecha y hora de dilución, y fecha y hora de validez /caducidad (principio activo y concentración mg/ml).	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.
	<b>10.4.2.b</b> Los medicamentos se fraccionan bajo flujo laminar.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Verificación in situ de la existencia del flujo laminar operativa.
	<b>10.4.2.c</b> Existen registros correspondientes a la eficiencia del flujo laminar.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reporte del registro anual de certificación del flujo laminar.
	<b>10.4.2.d</b> Existen registros correspondientes al mantenimiento del flujo laminar.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reportes de los registros correspondientes al mantenimiento preventivo del flujo laminar.
	<b>10.4.2.e</b> Monitoreo de las tasas de adherencia a las guías para la reconstitución, dilución, fraccionamiento y conservación de antimicrobianos.		Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reportes de tasas de adherencia.

	<b>10.4.3</b> Consumo y Apropiabilidad.	<b>10.4.3.a</b> Consumo de antimicrobianos en DDD/DOT ajustado días paciente.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reporte periódico del indicador.
		<b>10.4.3.b</b> Apropiabilidad de la prescripción de antimicrobianos. Reporte periódico del indicador.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	
	<b>10.4.4</b> Farmacovigilancia.	<b>10.4.4.a</b> Sistema para la identificación de interacciones medicamentosas y potenciales eventos adversos.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reportes escritos o digitalizados de farmacovigilancia, relacionados a eventos adversos potenciales asociados al uso de antimicrobianos.
	<b>10.4.5</b> Dispensación de antimicrobianos	<b>10.4.5.a</b> Sistemas de control para la dispensación de antimicrobianos (por ej.: formularios, interconsulta requerida, auto-stop de profilaxis quirúrgica)	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Registro de los sistemas de control implementados para la dispensación de antimicrobianos.
<b>10.5</b> Notificación.	<b>10.5.1</b> Evaluación e intercambio periódico de los datos de uso de antibióticos con los prescriptores.	<b>10.5.1.a</b> Los informes del hospital en torno a la cantidad de antibióticos dispensados se examinan y analizan, y los resultados principales se comparten con los prescriptores junto con los puntos específicos donde se debe actuar.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reportes escritos o digitalizados de informes compartidos con los prescriptores. Periodicidad al menos anual.
		<b>10.5.1.b</b> Los informes sobre las tasas de resistencia a los antibióticos se examinan y analizan, y los resultados principales se comparten con los prescriptores junto con los puntos específicos donde se debe actuar.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reportes escritos o digitalizados de informes compartidos con prescriptores y de objetivos planteados en torno a los resultados. Periodicidad al menos anual.
	<b>10.5.2</b> Evaluación e intercambio periódico de los indicadores con la dirección de la institución.	<b>10.5.2.a</b> Los informes de los indicadores se comparten con la dirección en forma conjunta con un plan de mejora.	Cumple / No Cumple / Cumple Parcial.	Reportes escritos o digitalizados de informes compartidos con la dirección y plan de mejora desarrollado en torno a los resultados. Periodicidad al menos anual.

## g. Condiciones de los verificadores

Los verificadores consignados en el estándar deben reunir una serie de condiciones para ser considerados válidos, a saber:

1) La vigencia de toda la documentación (normas, guías, procedimientos) es de 3 años, con bibliografía actualizada y adecuada a la normativa nacional e internacional.

2) Toda la documentación (normas, guías, procedimientos) debe estar firmada por el responsable del Comité de Control de Infecciones (CCI), la autoridad máxima de la institución y por el jefe de área si corresponde.

3) Toda la documentación (normas, guías, procedimientos, etc.) debe ser difundida a través de métodos fehacientes.

4) Los reportes de tasas e indicadores deben idealmente realizarse trimestralmente, máximo anualmente. Deben estar firmados por el responsable del CCI, por la autoridad máxima de la institución y por el jefe de área si corresponde.

5) El acta constitutiva del Comité de Control de Infecciones (CCI) de la institución debe detallar los integrantes y el puesto de trabajo de cada uno de ellos (perfil, funciones que cumplen dentro del CCI). En caso de que la Institución contara con un Servicio de Infectología (SI) o Servicio de Prevención y Control de Infecciones (SPyCI) o similar que comprenda todas las actividades de CI, deberá presentar un documento oficial en el cual se detallen sus integrantes y el puesto de trabajo de cada uno de ellos (perfil y funciones que cumplen dentro de los mismos). Deberá estar firmado por autoridad competente de la Institución.

6) El PHPVyC IACS debe realizarse anualmente, debe describir las metas, objetivos y actividades a realizar en diferentes tópicos de acción, estrategias a emplear e indicadores de vigilancia a obtener. En el mismo debe constar en algún apartado, que el personal de salud, los pacientes, sus familiares, acompañantes y/o visitas se encuentran incluidos en las estrategias planteadas en el PHPVyC IACS. Debe estar firmado por autoridad máxima de la Institución.

7) Las guías y recomendaciones deben estar escritas de forma de adaptarse a las necesidades institucionales y en cada una de ellas debe figurar la firma del revisor/es y la fecha de la última revisión. En caso de adoptar guías o recomendaciones nacionales o provinciales o consensos intersociedades deben constar en el PHPVyC IACS.

8) El manual o conjunto de guías y/o recomendaciones para la prevención y control de infecciones debe contemplar:

- Higiene de manos

- Precauciones Estándar

- Precauciones para realizar "aislamientos" según la forma de transmisión de las enfermedades: de contacto, por gotitas y respiratorio aéreo

- Medidas para la prevención de infecciones asociadas a dispositivos:

  - \* Bacteriemia asociada a catéter venoso central

  - \* Neumonía asociada a ventilación mecánica

  - \* Infecciones del tracto urinario asociadas a catéter urinario

- Medidas de prevención de infecciones de sitio quirúrgico

- Selección y uso apropiado de antisépticos

- Desinfección de alto nivel de dispositivos biomédicos (endoscopios)
- Manejo de residuos
- Manejo de ropa limpia y sucia
- Higiene hospitalaria

9) El manual o conjunto de guías y recomendaciones para la prevención y control de infecciones con el objetivo de reducir las infecciones en huéspedes inmunocomprometidos debe contemplar:

- Características del Ambiente Protegido (especialmente para pacientes sometidos a trasplante de médula ósea alogénicos y pacientes con neutropenia prolongada); presión positiva, 12 recambios de aire por hora o superior, aire sometido a filtros HEPA (alta eficiencia: 99,95 % o superior, capacidad de filtrar partículas de 0,3 micrones de diámetro).
- Prevención de infecciones en general para el cuidado integral del huésped inmunocomprometido: alimentación, higiene de manos, baño del paciente, cuidados de la piel, cuidados especiales para la colocación y mantenimiento de catéteres venosos centrales de corta y larga permanencia, etc.
- Prevención de infecciones frente a tareas de refacción, renovación o construcción en la institución, especialmente en áreas cercanas a las de internación de los huéspedes inmunocomprometidos.

## 4. Certificación Nacional

### a. El proceso de certificación

La CERTIFICACIÓN NACIONAL DE PROGRAMAS HOSPITALARIOS DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD es una herramienta de mejora continua, garantía de la calidad y seguridad de los pacientes. El proceso de certificación establecido consiste en tres instancias:

- ✓ Autoevaluación: la Autoevaluación es un proceso de evaluación ordenada de un conjunto de componentes, características e indicadores que actúan como el "estándar" que una institución debería alcanzar para una efectiva prevención, vigilancia y control de las IACS.
- ✓ Evaluación Externa: la Evaluación Externa es un proceso de verificación de la Autoevaluación y de las evidencias de cada indicador del estándar.
- ✓ Certificación propiamente dicha: la Certificación es el proceso por el que el estado garantiza la adhesión y cumplimiento por parte del PHPVvC IACS del establecimiento de salud de los componentes, características e indicadores previstos en el estándar.

Los componentes, características e indicadores de la Certificación Nacional de PHPVvC IACS que se consideraron en la primera edición son los establecidos por el Consenso Nacional del 2014 y le cabe al Programa Nacional VIHDA, entre otras, la responsabilidad de coordinar los procesos de revisión y actualización periódica de los estándares de certificación en forma conjunta con las sociedades científicas y otros organismos del Ministerio de Salud.

El Programa Nacional VIHDA establece las condiciones de participación, define los mecanismos y agenda de implementación, determina los verificadores requeridos, coordina los procesos y convoca a los profesionales especialistas que actúan como pares evaluadores externos. Asimismo, emite la certificación correspondiente a las instituciones de salud que la alcanzan. La implementación del proceso de Certificación Nacional se realiza con la plataforma

tecnológica SISWap, incorporada al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica mediante Resolución de la SGS 178/2018.

En síntesis, el proceso de certificación consiste en las siguientes etapas:

- a) Autoevaluación de la institución de salud.
- b) Solicitud de Evaluación Externa de la institución de salud.
- c) Evaluación de la Solicitud de Evaluación Externa de la institución de salud.
- d) Conformación del Comité de Evaluadores Externos.
- e) Análisis de la Autoevaluación y Requerimiento de verificadores (evidencia) a las instituciones de salud por parte del Comité de Evaluadores Externos.
- f) Entrega de verificadores de la institución de salud al Comité de Evaluadores Externos.
- g) Validación de los verificadores de la institución de salud por parte del Comité de Evaluadores Externos.
- h) Visita del Comité de Evaluadores Externos a la institución de salud.
- i) Dictamen de Evaluación Externa de la institución de salud.
- j) Evaluación del Dictamen de Evaluación Externa de la institución de salud.
- k) Certificación.
- l) Notificación.
- m) Publicación.

## **b. El sistema informático**

SISWAP es el sistema informático (software) que soporta la implementación de la Certificación Nacional de PHPVyC IACS. El sistema fue desarrollado ad hoc por el Programa Nacional VIHDA y permite que, tanto referentes hospitalarios como evaluadores externos y coordinadores trabajen en una plataforma integral, garantizando la consistencia y transparencia del proceso.

El sistema trabaja en modo web y permite que los referentes hospitalarios, mediante su usuario y contraseña realicen la autoevaluación conforme el estándar vigente, registren allí sus verificadores, visualicen sus resultados (radar y puntajes), verifiquen las condiciones para la evaluación externa y la soliciten formalmente.

Asimismo, los evaluadores externos tienen la posibilidad de visualizar y analizar las autoevaluaciones y verificadores registrados y consignar allí los niveles de cumplimiento constatados en la visita de evaluación externa y el reporte de evaluación externa (observaciones y recomendaciones para la mejora). A partir de esos niveles de cumplimiento constatados, se emite el radar oficial del Comité Evaluador y se procede, si corresponde, a la certificación nacional.

El sistema informático se parametriza en base al estándar vigente y los verificadores exigidos, y va guiando a los usuarios en las etapas y actividades.

## **c. Verificadores exigibles**

Aquí se detallan los 24 verificadores claves que deben presentarse luego de la Autoevaluación y previo a la Evaluación Externa en el marco de la Certificación Nacional:

**Verificador 1:** Acta constitutiva del Comité de Control de infecciones (CCI).

**Verificador 2:** Documento del PHPVyC IACS.

**Verificador 3:** Manual o conjunto de guías y recomendaciones para la prevención y control de infecciones.

**Verificador 4:** Actas de las reuniones periódicas del CCI que deberán estar firmadas por los asistentes a las mismas.

**Verificador 5:** Acta constitutiva del Comité de Control de Infecciones (CCI) de la Institución.

**Verificador 6:** Documento institucional que define el proceso de recolección de la información: planillas de recolección de datos, lista de verificación y paquetes de medidas. Ser hospital centinela VIHDA acredita este verificador.

**Verificador 7:** Reporte de tasas con medidas de mejora entregadas a la autoridad máxima de la institución y a los jefes de área.

**Verificador 8:** Reporte de nivel de adherencia a la higiene de manos (mínimo anual).

**Verificador 9:** Reporte del nivel de adherencia a los paquetes de medidas (para prevenir las infecciones asociadas al uso de accesos vasculares, para la prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM), para la prevención de infecciones del tracto urinario asociadas al uso de catéter urinario (ITU-CU) y para la prevención de las infecciones del sitio quirúrgico (mínimo trimestral).

**Verificador 10:** Registros actualizados de mediciones y resultados de los procedimientos /procesos monitoreados, mantenimiento de las condiciones ambientales recomendadas para un quirófano seguro (temperatura, humedad, presión, recambios de aire), donde detalle la circulación en quirófano seguro, límite del número de personas que circulan en quirófano y mantenimiento de puertas cerradas.

**Verificador 11:** Manual operativo de la Central de Esterilización, debe contener: procedimiento escrito del proceso manual o informatizado, de recepción de los dispositivos médicos reutilizables (DMR), del proceso de pre-lavado en el punto de uso que incluya todas las operaciones que se realizan antes del transporte de un DMR a la central de esterilización, del proceso de lavado manual y/o automático, del preparado de los detergentes enzimáticos usados durante el proceso de lavado según las indicaciones del fabricante. Procedimiento Operativo Estandarizado (POE), del proceso de acondicionamiento del material, de acuerdo a los principios de gestión de calidad. Procedimientos escritos estandarizados, tipos de envoltorios o empaques. Procedimiento escrito del proceso de esterilización.

**Verificador 12:** Registro de controles químicos (de cada ciclo) y biológicos (al menos una vez por semana para la esterilización por vapor, pero para los procesos a baja temperatura en cada ciclo) del último trimestre.

**Verificador 13:** Manual y/o procedimientos del Laboratorio de Microbiología que describa los procesos para la identificación de los microorganismos requeridos. Procedimiento escrito para la toma, envío y conservación de muestras.

**Verificador 14:** Reportes de sensibilidad para los distintos microorganismos requeridos (máximo anual).

**Verificador 15:** Manual y/o procedimiento de higiene hospitalaria. Reporte del nivel de adherencia (mínimo trimestral).

**Verificador 16:** Procedimiento escrito para manejo de ropa hospitalaria y registro de temperaturas. Control semestral del servicio de limpieza y registro en libro de actas en caso de estar tercerizado. Procedimiento escrito de higiene de materiales kinésicos entre pacientes.

**Verificador 17:** Procedimiento escrito para el manejo de alimento, su preparación y distribución a los pacientes y el personal. Registro por turno de temperaturas de heladeras y freezer. Control semestral del servicio de limpieza y registro en libro de actas en caso de estar tercerizado. Guía o procedimiento para el manejo de alimentación enteral. Guía o procedimiento para el manejo de alimentación parenteral.



**Verificador 18:** Programa de inmunizaciones escrito actualizado con detalle de marco legal vigente nacional.

**Verificador 19:** Procedimiento escrito para el manejo de accidentes por exposición debe contener: estudio del accidentado y de la fuente, prevención de transmisión de hepatitis B y VIH, y pautas de seguimiento y profilaxis en caso de requerir. Procedimiento escrito para el manejo del personal con infecciones transmisibles con integración del CCI y Medicina laboral.

**Verificador 20:** Planilla de asistencia del personal a las actividades de capacitación (en PPCI y PROA). Las actividades de capacitación deben ser al menos anuales.

**Verificador 21:** Acta constitutiva del PROA. El equipo PROA debe estar constituido al menos por dos participantes que incluya al farmacéutico y un médico formado en PROA.

**Verificador 22:** Guía para el manejo de antimicrobianos en las situaciones clínicas más frecuentes de internación. Guía para el manejo de antimicrobianos en las situaciones clínicas más frecuentes de la práctica ambulatoria. Guía para el manejo de antimicrobianos en las situaciones clínicas más frecuentes en pediatría. Guía de profilaxis quirúrgica. Guía para la reconstitución, dilución y conservación de antimicrobianos. Guía para la optimización de la dosificación de antimicrobianos. Guía para el monitoreo terapéutico de antimicrobianos. Guía o procedimiento escrito para el fraccionamiento de antimicrobianos.

**Verificador 23:** Reportes de tasas de adherencia a guías (mínimo semestral).

**Verificador 24:** Evidencia de informes compartidos con los prescriptores y las autoridades. Los informes deben tener una periodicidad al menos anual.