

PLAN PROVINCIAL DE HIGIENE DE MANOS

en la atención sanitaria

*2º Edición
2025-2026*



MENDOZA

MINISTERIO
DE SALUD
Y DEPORTES

1

PERSPECTIVA GENERAL

Las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) afectan a cientos de millones de personas en todo el mundo y plantean un importante problema para la seguridad del paciente. La transmisión de los microorganismos que ocasionan estas infecciones en los entornos sanitarios se produce, principalmente, a través de las manos del personal de salud mal higienizadas. Por ello, la realización de la higiene de manos (HM) de forma adecuada y en los momentos precisos es imprescindible para evitar la diseminación de microorganismos en las Instituciones de Salud. Aunque la higiene de manos es una acción sencilla, la falta de cumplimiento entre los profesionales sanitarios sigue constituyendo un problema a escala mundial.

El Programa **Provincial de Control de IACS de Mendoza**, utilizando como referencia las Directrices de la OMS sobre Higiene de Manos, realizó la primera edición del Plan **Provincial de Higiene de Manos**, durante los **años 2023 y 2024**. Esta prueba piloto fue llevada a cabo en 15 Instituciones Públicas, Privadas y de la Seguridad Social que constituían en ese momento el Comité Provincial de Control de IACS. Teniendo en cuenta el análisis de los indicadores tras la Implementación del Plan anterior y la discusión con el Comité Provincial de Control de IACS se elabora este nuevo Plan, con el fin de lograr una mejora continua en la adherencia de manos del personal de salud (PDS) de las Instituciones de Salud.

2

OBJETIVOS

Objetivo principal:

Mejorar la adherencia a la higiene de manos por parte del personal sanitario que trabaja en atención directa a pacientes en todas las Instituciones de Salud que integran el Programa y el Comité Provincial de Prevención, Vigilancia y Control de IACS.

Objetivos secundarios:

- Disponer de un Plan de Higiene de Manos Provincial Basado en la Estrategia Multimodal de la OMS adaptado a la Provincia con metas, objetivos y actividades
- Elaborar e Implementar Planes de Higiene de Manos en todas las Instituciones de Atención sanitaria que integran el Comité y el Programa Provincial de Prevención, Vigilancia y Control de IACS
- Mejorar la Infraestructura de las Instituciones para la higiene de las manos
- Mejorar el conocimiento y la percepción sobre la higiene de las manos y las IACS por el Personal de Salud (PDS)
- Estandarizar el proceso de medición de entrega y consumo de soluciones hidroalcohólicas utilizada para higiene de manos en los sectores involucrados
- Estandarizar el proceso de medición de consumo de soluciones hidroalcohólicas utilizada para higiene de manos en los sectores involucrados

3 | UNIDAD EJECUTORA

Programa de Prevención, Vigilancia y Control de las IACS - Dirección General de Epidemiología y Gestión Integral de la Calidad en Salud

Instituciones de Salud que integran el Programa y el Comité Provincial de Prevención, Vigilancia y Control de IACS.

4 | BASES LEGALES

- Resolución Ministerio de Salud Provincia Mendoza 1465/20: Creación de la Dirección General de Epidemiología y Gestión Integral de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerio de Salud Provincia Mendoza 296/2022: Creación de Programa Provincial de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas al Cuidados de la Salud.
- Resolución Ministerio de Salud Provincia Mendoza 1212/2022: Creación del Comité Provincial de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas al Cuidados de la Salud.
- Resolución Ministerio de Salud Nación 2885/83: Creación Programa de Vigilancia de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud.
- Resolución Secretaría de Gobierno de Salud de Nación 690/2018: Creación de Programas y Comités de Control de IACS Hospitalarias
- Ley 27680/2022 de Prevención y Control de la Resistencia a los Antimicrobianos

5 | DEFINICIONES OPERATIVAS

- Infección Asociada al Cuidado de la Salud (IACS): Infección que se produce en un paciente durante el proceso de atención en un hospital u otro centro sanitario que no estaba presente o no se estaba incubando en el momento del ingreso. Se incluyen las infecciones contraídas en el hospital pero que se manifiestan tras el alta hospitalaria y también las infecciones profesionales entre el personal del centro sanitario.
- Estrategia Multimodal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la mejora de la higiene de manos: Aplicación de múltiples medidas para abordar diferentes obstáculos, así como barreras conductuales, con el objetivo de mejorar la adherencia de la Higiene de Manos.
- Higiene de Manos: Término genérico que se refiere a cualquier medida adoptada para la limpieza de manos.
- Punto de Atención: El lugar en el que concurren tres elementos: el paciente, el profesional sanitario, y la atención o tratamiento que implican contacto con el paciente o su entorno (en la zona del paciente). El concepto abarca la necesidad de realizar la higiene de las manos en los momentos recomendados cuando tiene lugar la atención sanitaria. Esto exige que un producto de higiene de las

manos, por ejemplo, un preparado de base alcohólica, si se dispone de él, esté fácilmente accesible y lo más cerca posible (por ejemplo, al alcance del brazo), cuando se lleva a cabo la asistencia o el tratamiento al paciente. Los productos del punto de atención deben estar accesibles sin tener que salir de la zona del paciente. En el punto de atención los preparados de base alcohólica suelen estar disponibles en frascos de bolsillo que lleva el personal, dispensadores de pared, recipientes fijados a la cama o mesilla del paciente o a los carros de curas y/o medicación que se llevan al punto de atención.

6 ORGANIZACIÓN DEL PLAN

Este Plan es un Plan multimodal. Se intenta abordar el problema de la HM en los entornos sanitarios desde distintas aristas, incluyendo: 1) disponer de insumos imprescindibles para que el PDS realice la HM en todo momento; 2) conocimiento del PDS de la importancia de la HM, de cómo y cuándo realizarla de forma correcta; 3) aplicación en la práctica de HM de forma correcta; 4) recordatorios de la HM en los distintos puntos de atención (cartelería) ; 5) clima institucional adecuado .

Por esto, y con el fin de realizar este abordaje multimodal, el Plan está organizado según **5 Componentes**: 1) Infraestructura básica para la HM, con principal hincapié en el Cambio de sistema propuesto por la OMS ; 2) Formación y Aprendizaje; 3) Evaluación y Retroalimentación; 4) Recordatorios en el Lugar de Trabajo; 5) Clima Institucional de Seguridad.

Estos componentes serán analizados en cada uno de los apartados que se analizan a continuación. En cada uno de los componentes se realizará: A) Diagnóstico de Situación Inicial; B) Implementación del Plan de Mejora y C) Evaluación tras la Implementación. Para realizar el Diagnóstico de Situación Mayo-Junio inicial se utilizarán datos recopilados durante mayo del año 2025 con los instrumentos que se detallarán en este documento. A su vez, de forma global, al finalizar la evaluación tras la implementación se realizará Retroalimentación y Planificación de Nuevas Actividades según resultados encontrados (Ciclo de Mejora Continua)

ÁMBITO DE APLICACIÓN

Idealmente este Plan deberá implementarse en los **sectores críticos de la Institución donde se implementó la edición anterior**. Este año se propone **también incluir al menos otro Sector Crítico de la Institución**, e idealmente, todos los Sectores Críticos de la misma. En aquellas Instituciones que tengan un sólo sector crítico, deberían realizar la implementación en un Sector no crítico, además del crítico. En aquellas Instituciones que no tienen sectores críticos lo podrán realizar en sectores no críticos y/o sectores ambulatorios.

Aquí se engloban distintos recursos físicos y administrativos que deben existir para poder llevar a cabo el Plan.

Recursos físicos:

- existencia de lavamanos accesibles, teniendo en cuenta la cantidad de camas de cada sector y los requisitos de OMS (lo ideal: un lavamanos cada 10 camas)
- acceso a un suministro seguro y continuo de agua potable, jabón líquido y toallas de papel en cada lavamanos
- Soluciones hidroalcohólicas: la propuesta de la OMS, y adoptada por este Plan, es la del CAMBIO DE SISTEMA, es decir, cambiar el sistema de higiene de manos húmedo (con agua y jabón) al seco (soluciones hidroalcohólicas) en la mayoría de las situaciones clínicas. Esto se debe a que, entre otras cosas, son más rápidas (20 segundos) e igual de efectivas en la mayoría de las situaciones clínicas y pueden estar disponibles en el punto de atención de los pacientes. Es decir, que se pueden ubicar en las cercanías de la cama del paciente, de forma tal de garantizar el cumplimiento de los cinco momentos de la HM. Al tratarse de un Plan Jurisdiccional, la intención es estandarizar la medición de la disponibilidad de soluciones hidroalcohólicas en el punto de atención de los pacientes y contar con indicadores comparables de esto. Para ello, se establece un índice (o razón) que relaciona los dispensers de solución hidroalcohólica con las camas de los pacientes (ver más adelante) en la nueva encuesta de infraestructura desarrollada. En la misma también se indaga acerca del reprocesamiento y la producción segura de estas soluciones, en caso de que esto se realice en las Instituciones.

Recursos administrativos, normativos y organizativos:

Con el fin de poder realizar una implementación exitosa de esta nueva edición del Plan Provincial de HM, se requiere por parte de las Instituciones participantes:

- Análisis y devolución de los resultados del Plan anterior a las partes interesadas
- Elaboración de un nuevo Plan Institucional de HM basado en el nuevo Plan Jurisdiccional
- Normas Institucionales de HM y de uso de antisépticos basadas en las Jurisdiccionales.
- Proceso de medición del consumo de soluciones hidroalcohólicas, como medida indirecta de su uso y del proceso de reposición de las mismas.

Análisis de resultados del Plan anterior

Los Instrumentos utilizados fueron: (ver componente 3)

- Encuesta de Infraestructura (Encuesta de cambio de sistema)
- Encuesta de Consumo de soluciones hidroalcohólicas/1000 días paciente

- **Minutas de las visitas** realizadas a las Instituciones por el Programa Provincial de control de IACS: se evalúa in situ las mejoras implementadas por las Instituciones. Se realizaron dos visitas presenciales en el año 2023 y una en el 2024 a cada una de las Instituciones.

Como conclusiones se evidenció una mejora en todos los tópicos analizados en las Encuestas de forma Jurisdiccional. Sin embargo, se detectaron puntos en los que hay que establecer estrategias de mejora, que se mencionan a continuación y que serán la base de las metas y actividades a plantear en esta versión 2025-2026 del Plan.

Puntos a mejorar

- En algunas Instituciones no se hizo una mejora sustancial de la **disponibilidad de soluciones hidroalcohólicas** deficitarias. La disponibilidad en el punto de atención del paciente de soluciones hidroalcohólicas es el primer punto a modificar por parte de las Instituciones comprometidas con mejorar la adherencia de manos de su personal. Por lo cual es un tópico muy importante a trabajar de cara a implementar la segunda edición de este Plan.
- **Planes de Higiene de Manos no aprobados** por autoridades Institucionales en casi la mitad de los casos.
- No existencia de **referentes** específicos designados para este Plan en muchas de las Instituciones donde existen varios integrantes en los equipos de Control de IACS
- No existencia de procesos escritos de medición de consumo de soluciones hidroalcohólicas

Indicadores y Metas

| INDICADOR | META |
|---|---|
| % de instituciones que tienen Normas/Lineamientos Hospitalarios de Higiene de Manos y de Antisépticos Aprobados basados en las Normas Provinciales. | Disponer de una Norma/Lineamiento Hospitalario de Higiene de Manos y Uso de Antisépticos aprobada para el año 2025/2026 en el 80% de las Instituciones que integran el Programa Provincial de Control de IACS |
| % de instituciones que tienen un Plan de Higiene de Manos con los requisitos mínimos establecidos | Disponer de un Plan de HM Institucional de HM 2025/2026 aprobado en el 80% de las Instituciones que integran el Programa Provincial de Control de IACS |
| Razón de visitas presenciales anuales realizadas por el Programa Provincial de Control de IACS a las Instituciones | Índice de visitas presenciales anuales realizadas por el Programa Provincial de Control de IACS a las Instituciones de 1 o más |
| Disponibilidad de soluciones hidroalcohólicas en relación a camas totales | Meta 1: Que al menos el 50 % de las Instituciones cumpla con el criterio de cumplimiento en el 50% o más de todos sus servicios. Meta 2: Que al menos el 80 % de las Instituciones cumpla con el criterio de cumplimiento en el 80% de los Servicios donde se está llevando la implementación . |
| Disponibilidad de soluciones hidroalcohólicas en relación a pacientes internados | Meta 1: Que al menos el 50 % de las Instituciones cumpla con el criterio de cumplimiento en el 50% o más de todos sus servicios. Meta 2: Que al menos el 80 % de las Instituciones cumpla con el criterio de cumplimiento en el 80% de los Servicios donde se está llevando la implementación |
| Porcentaje de servicios que reportan datos de entrega de soluciones hidroalcohólicas en las instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS. | Lograr que al menos el 60% de los servicios de las instituciones donde se implementa el Plan Provincial de HM disponga de datos de la entrega de soluciones alcohólicas cada 1000 días pacientes de forma mensual mientras se realiza la implementación del Plan Provincial y del Plan Hospitalario de HM |

Implementación del Plan de mejora

En todas las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS

- Definir sectores donde se llevará a cabo este Plan. (Ver **Ámbito de Aplicación**)
- Definir referentes institucionales para el Plan de HM.
- Adaptar las Normas Provinciales de HM y antisépticos a cada Institución y aprobarlas
- Mejora del déficit de infraestructura identificados y/o mantener las mejoras logradas: por ej: disponibilidad de soluciones hidroalcohólicas
- Redactar y aprobar por las autoridades de la Institución sus Planes de Higiene de Manos (pueden ser parte de sus Programas de Control de IACS o en documento aparte)
- Medir mensualmente la entrega de soluciones hidroalcohólicas a los servicios seleccionados para implementar el Plan. En aquellos lugares que sea factible medir consumo de soluciones hidroalcohólicas, además de entrega, definiendo la estrategia de medición. Para esto se utilizará la Nueva Encuesta de Entrega de soluciones Hidroalcohólicas de sectores seleccionados de forma mensual.

Evaluación tras (y durante) la implementación

- **Nueva Encuesta de Entrega de soluciones Hidroalcohólicas** de sectores seleccionados mensual.
- **Nueva Encuesta sobre Infraestructura** : al diagnóstico (junio 2025) , al finalizar el primer año de implementación (diciembre 2025) y al finalizar implementación (noviembre 2026)
- **Envío** al Programa Provincial de Control de IACS de **Normas Institucionales de HM y uso de antisépticos** adaptadas y aprobadas por las Instituciones
- Envío al Programa Provincial de Control de IACS de **Planes de HM Institucionales aprobados**
- **Visitas presenciales** del Programa Provincial de control de IACS: se evaluarán distintos tópicos de infraestructura, como la mejora de la disponibilidad de soluciones hidroalcohólicas y la cartelería.

COMPONENTE DOS

Formación y Aprendizaje

La formación representa una de las piedras angulares de la mejora de las prácticas de higiene de manos y pretende generar un cambio conductual y cultural. Sin formación es poco probable que el cambio del sistema se traduzca en un cambio conductual.

Todos los profesionales sanitarios necesitan formación sobre: la importancia de la higiene de las manos, el modelo de “Los 5 momentos para la higiene de manos” y los procedimientos adecuados para el lavado y la fricción de manos.

Método de formación: Primero se forman los equipos de control de IACS y los observadores de Higiene de Manos del Hospital, y luego al resto de los Profesionales de la Institución.

Diagnóstico de Situación/ Análisis de Resultados del Plan Anterior

Los **Instrumentos** utilizados fueron: (ver componente 3)

- **Encuesta de Percepción y conocimiento** del personal de Salud
- **Encuesta de Infraestructura:** se evalúa la existencia de Programas de Capacitación en las Instituciones de Salud sobre HM
- Durante las **visitas presenciales** del Programa Provincial a los Hospitales se indaga acerca de los Programas de Capacitación
- **Encuesta de adherencia a HM (observaciones)**

Con todas las herramientas utilizadas se obtienen las siguientes conclusiones, que serán utilizadas como base de las metas y actividades a plantear en esta versión 2025-2026 del Plan:

- **Déficit de Programas de Capacitación** en las Instituciones en los sectores seleccionados
- Falta de conciencia por un porcentaje considerable del PDS de los sectores seleccionados de que las manos del PDS son la principal fuente de transmisión de MO en el Hospital
- Falta de reconocimiento de situaciones prácticas que conllevan exposición a fluidos corporales
- Falta del concepto básico de cambio de sistema y de que el uso de soluciones hidroalcohólicas es igualmente efectivo al lavado de manos con agua y jabón en la mayoría de las situaciones clínicas.
- Se realiza evaluación sistemática de la adherencia a la HM del PDS que antes no se realizaba en los sectores e Instituciones incluidas en el Plan.

Indicadores y Metas

| INDICADOR | META |
|---|--|
| Cantidad de Instituciones que cuentan con un Programa de Capacitación con las características establecidas para el año 2025/2026 | Disponer de un Plan de Capacitación de HM 2025/2026 cumpliendo los requisitos establecidos en el 80% de las Instituciones que integran el Programa Provincial de Control de IACS |
| Porcentaje de Adherencia a la Higiene de Manos en los Servicios seleccionados para implementar el Plan de HM | Lograr que al menos el 60% de los servicios de las instituciones donde se implementa el Plan Provincial de HM alcancen un porcentaje de adherencia a la higiene de manos igual o superior al 70%, tras la implementación de la Estrategia de Mejora (Plan Provincial y Planes Hospitalarios de HM) |
| Porcentaje Provincial de Técnica correcta de Higiene de Manos en todas las Instituciones participantes | Lograr que al menos el 60% de los servicios de las instituciones donde se implementa el Plan Provincial de HM alcancen un porcentaje de técnica correcta de HM igual o superior al 60%, tras la implementación de la Estrategia de Mejora (Plan Provincial y Planes Hospitalarios de HM) |
| Porcentaje de servicios que reportan datos de higiene de manos discriminados por momento en las instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS. | Lograr que al menos el 80% de los servicios de las instituciones donde se implementa el Plan Provincial de HM disponga de datos de higiene de manos discriminados por momento, tras la implementación de la Estrategia de Mejora (Plan Provincial y Planes Hospitalarios de HM). |
| Porcentaje obtenido en la Encuesta de Conocimiento en toda la Provincia | Alcanzar el 80% de respuestas correctas (sobre conocimiento) de Higiene de Manos de PDS en los Hospitales que conforman el Comité Provincial de Control de IACS y a nivel Jurisdiccional y tras la Implementación de la Estrategia. |

Implementación

Desde el Programa Provincial de Control de IACS

- Realización de un **Curso** dictado por integrantes de los equipos de control de IACS locales y certificadas de ADECI **de cómo armar Programas de Capacitación para el PDS** sobre tópicos de HM (1º Taller dictado diciembre 2024) a los integrantes de los equipos de control de IACS de todas las Instituciones
- Proyecto de **Curso de Inducción en Control de IACS** a los Residentes ingresantes a todas las Residencias de Salud en la Provincia

En las Instituciones

Se elaborará un **Plan de Formación en Higiene de Manos** (dentro de una Programa de Capacitación en Control de IACS Institucional) que deberá cumplir con requisitos establecidos en Anexo 1

Evaluación tras y durante la implementación

- **NUEVA Encuesta sobre Conocimiento de Higiene de Manos de PDS:** al diagnóstico (junio 2025), al finalizar el primer año de implementación (diciembre 2025) y al finalizar implementación (noviembre 2026)
- Observaciones de Higiene de Manos (**Encuesta de Adherencia de HM**, instrumento del Programa VIHDA): 2 veces al año y al finalizar la Implementación.
- **Visitas presenciales** del Programa Provincial de control de IACS: se evaluarán planillas de capacitación y otros tópicos relacionados con las mismas.
- **Envío de Programas de Capacitación** de las Instituciones al Programa Provincial de control de IACS

COMPONENTE TRES

Evaluación y Retroalimentación

Instrumentos

Como ya ha sido expuesto se resume a continuación los Instrumentos que se usaron para evaluar este Plan:

| INSTRUMENTO | DETALLE | Cuando se utiliza |
|---|---|---|
| Encuesta de Infraestructura | Se miden recursos físicos expresados en Infraestructura básica (componente uno) y recordatorios en el lugar de trabajo (componente 4). Se realiza en toda la Institución. Link a encuesta: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScQ3XGVwtyEupfB3MVEObYYE8pg_Hs6e0hjt22EHcZxAr_c5A/viewform?usp=dialog | Al diagnóstico, al finalizar el primer año de implementación y tras la finalización de la implementación. |
| Encuesta de entrega de soluciones hidroalcohólicas | Mide los L/1000 días paciente entregados de soluciones hidroalcohólicas en los sectores seleccionados. Link a encuesta : https://forms.gle/ABvM3fgCjA67TtAC6 | Mensual |
| Encuesta de percepción y conocimiento | Evalúa Conocimientos básicos de HM. Se realiza al PDS de los sectores seleccionados. Para que esta encuesta sea significativa debe incluir como mínimo al 30 % el PDS de los Servicios elegidos para implementar la estrategia (muestreo aleatorio simple). Link a encuesta: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSehYJ5ZQ67lxQdHr9pl9u5db8r9uZy4dIFp7XIDJ35WMyKt1A/viewform?usp=sharing&oid=T11013003429493014055 | Al diagnóstico, al finalizar el primer año de implementación y tras la finalización de la implementación. |
| Encuestas de adherencia | Mediante Cortes de Prevalencia se analiza la adherencia del PDS a la HM. Se evalúa la | Al diagnóstico y finalización de cada |

| | | |
|------------------------------|---|--|
| (observaciones de HM) | <p>adherencia a la higiene de manos (si realizan o no HM cuando está indicada), si la realizan con técnica correcta y si la realizan en los momentos que corresponde (5 momentos de la HM de OMS). Se utilizan los Cortes de Prevalencia del Programa VIHDA sobre adherencia a HM.</p> <p>Link a encuesta: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeEkgZazDeYjmMOIWUaG_PCekiEBx6mTQr4gcpK7QmxDRu8w/viewform?usp=dialog</p> | Plan, y durante la implementación cada 6 meses |
|------------------------------|---|--|

Evaluación del Plan Anterior

La evaluación y el seguimiento reiterado de una serie de indicadores son un componente vital de la estrategia para mejorar la higiene de las manos. Se ha expresado en cada componente como ha sido evaluado y en el punto anterior se detallan los Instrumentos con los que se evaluará este Plan 2025/2026. El análisis final del Plan 2023/2024 se utilizó para armar esta versión 2025/2026 del mismo.

Retroalimentación

Desde el Programa Provincial se ha realizado un análisis jurisdiccional y otro individual de cada una de las Instituciones del Plan 2023-2024.

El análisis Jurisdiccional será divulgado a las autoridades del Ministerio mediante un informe escrito.

A su vez se enviará un informe escrito a los equipos de Control de IACS de las Instituciones y se realizará una Jornada-Taller donde se discutirán estos resultados.

Los equipos hospitalarios presentarán estos resultados enviados por el Programa Provincial y otros resultados que ellos analicen a sus Directivos y al Comité Hospitalario de Control de IACS, dejando registro de lo mismo (libro de actas u otros registros formales)

A su vez, tras finalizar la implementación de este Plan (2025-2026) se hará nuevamente un análisis y una devolución similar. También se harán análisis parciales cada 6 meses (Adherencia de HM) y al finalizar el primer año de implementación.

COMPONENTE CUATRO

Recordatorios en el Lugar de Trabajo

Los recordatorios en el lugar de trabajo son herramientas clave para señalar y recordar a los profesionales sanitarios la importancia de la higiene de las manos y las indicaciones y procedimientos adecuados para

llevarla a cabo. También son medios de informar a los pacientes y a sus visitas de las pautas asistenciales que deberían esperar de sus profesionales sanitarios con respecto a la higiene de manos.

Los pósteres son el tipo de recordatorio más habitual. Como básico se incluyen dos modelos de posters:

- 1) recordatorios de la técnica correcta de HM, ya sea con agua y jabón o con soluciones hidroalcohólicas;
- 2) recordatorios de los 5 momentos de la HM. Ambos deberían estar en los puntos de atención del paciente y/o en las cercanías de donde están las soluciones hidroalcohólicas y los lavamanos.

Otros tipos de recordatorios: folletos de bolsillo que cada profesional sanitario puede llevar consigo, pegatinas colocadas en el punto de atención, etiquetas especiales incluyendo eslóganes persuasivos pegados en los dispensadores de preparados de base alcohólica y los distintivos con el logotipo de la higiene de manos.

Diagnóstico de Situación/ Análisis de Resultados del Plan Anterior

Se evalúa la presencia de los carteles básicos en la Encuesta de Infraestructura, la cual se realiza como parte del diagnóstico y al finalizar la implementación del Plan. La mejora de la señalética es parte de la implementación de la mejora de la Infraestructura de las Instituciones.

Se detectó tras la implementación del Plan anterior que persiste, aunque con mejoras, el déficit de cartelería detectado previamente. La disponibilidad de cartelería es importante para mejorar la HM y es muy valioso trabajar en su mejora para la próxima edición del Plan.

Sin embargo, a fin de definir prioridades, no es imprescindible, como, por ejemplo, la disponibilidad de insumos para realizar la misma.

Indicadores y Metas

| INDICADOR | META |
|---|--|
| % de sectores de internación de las Instituciones que cuentan con Recordatorios de higiene de manos | <p>Meta 1: Que al menos el 50 % de las Instituciones cumpla con el criterio de cumplimiento en el 50% o más de sus servicios.</p> <p>Meta 2 : Que al menos el 80 % de las Instituciones cumpla con el criterio de cumplimiento en el 80% de los Servicios donde se está llevando la implementación .</p> |

Implementación

Desde el Programa Provincial se gestionará la provisión de cartelería colaborando con las Instituciones que no tengan presupuesto para la cartelería faltante, al menos en los sectores seleccionados para la segunda edición del Plan. Se buscarán también socios estratégicos para lograr la mejora de este tópico.

Se instará a las Instituciones en la mejora de este tópico también.

Evaluación tras la implementación

Se repetirá la Encuesta de Infraestructura, con evaluación de la señalética, al finalizar la implementación.

Hace referencia a crear el entorno y las percepciones que propicien la sensibilización sobre cuestiones de seguridad del paciente y garantizar al mismo tiempo que la mejora de la higiene de manos se considere una prioridad a todos los niveles.

A escala institucional, este componente de la estrategia constituye los cimientos para la implementación y el mantenimiento del plan de mejora de la higiene de manos, que debe integrarse en una cultura que entienda y priorice las cuestiones de seguridad básicas, involucrando a todas las áreas institucionales que trabajen en calidad y seguridad (Comités Hospitalarios, Servicios y Áreas).

A escala individual, este componente de la estrategia es importante para sensibilizar a todos los profesionales sanitarios de la importancia de la higiene de manos, así como para motivarlos a realizarla de manera óptima como muestra de su compromiso de no causar daño alguno a los pacientes.

Mediante la creación de un clima institucional de seguridad, tanto la institución como cada profesional toman conciencia de su capacidad de generar cambios y de catalizar la mejora a través de todos los indicadores. La creación de un clima institucional de seguridad debe ser una prioridad en toda promoción de la higiene de manos, independientemente de cuál sea el nivel de progreso de la mejora de la misma en el centro, y es esencial durante cualquier fase de implantación del plan.

Diagnóstico de Situación/ Análisis de Resultados del Plan Anterior

Mediante la Encuesta de Percepción y Conocimiento se pueden evaluar algunos aspectos de la cultura organizacional.

Los mismos también pueden evidenciarse a través del compromiso mostrado por parte de las autoridades en muchas temáticas relacionadas con el tema, como, por ejemplo, en la compra de insumos básicos para la HM. También se pueden detectar a través de las dificultades de los equipos de control de IACS en poder desarrollar el Plan, como, por ejemplo, talleres de capacitación, observaciones de adherencia de HM, etc.

Sin embargo, no es algo fácil de cuantificar. A pesar de esto, se pueden encontrar distintos indicios con los instrumentos propuestos, durante las visitas presenciales y por las dificultades que encuentran los equipos en la implementación del Plan.

Implementación de Actividades que pueden mejorar el Clima Institucional

- Gestos de compromiso con la temática de autoridades: firma de acta de compromiso, algún tipo de discurso o trabajo en distintos sectores hablando de la temática, comunicación oficial/ extraoficial de la importancia u otro

- Concursos de videos de la Higiene de Manos, involucrando al PDS de las Instituciones involucradas.
- Campañas del día mundial y el día internacional de la HM
- Reconocimientos/ incentivos a personas/servicios que realizan adecuadamente la Higiene de Manos
- Hacer devolución de resultados y participar a los sectores afectados
- Taller de Reflexión y análisis del Plan de HM 2023/2024 con los equipos de control de IACS a realizarse en marzo y abril de 2025. Aquí se realizará el análisis del diagnóstico de situación y propuestas de mejora (marzo 2025) y se discutirá el próximo Plan de HM 2025/2026.
- Taller de Lanzamiento del nuevo Plan de HM Provincial que involucre a directivos de las Instituciones y a referentes de los sectores de las Instituciones en las que se hará esta nueva versión del Plan. El objetivo es realizar una reunión con todos los involucrados a fin de mejorar la percepción de la temática, la cultura organizacional y la priorización del tema. Tentativamente junio 2025.
- A fin de mejorar la adherencia y la cultura organizacional se trabajará en un Instructivo Jurisdiccional de evaluación y Registro de problemas con la tolerancia a productos de HM.

7 | ANEXOS

ANEXO 1: Indicadores

% de instituciones que tienen Normas/Lineamientos Hospitalarios de Higiene de Manos y de Antisépticos Aprobados basados en las Normas Provinciales.

| |
|--|
| Relevancia : El indicador evalúa si la Institución cuenta con un documento con pautas o directrices para orientar a los trabajadores de salud sobre la higiene de manos y uso apropiado de antisépticos |
| Numerador: Cantidad de Instituciones que cuentan con Normas Hospitalarias de HM y Antisépticos con las características establecidas para el año 2025/2026 |
| Denominador: Cantidad de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS 2025/2026 |
| Fórmula de Cálculo: Cantidad de Instituciones que cuentan con Normas Hospitalarias de HM y Antisépticos con las características establecidas para el año 2025/2026 / Cantidad de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS X 100 |
| Técnica de obtención: Auditoria de documentos |
| Meta: Disponer de una Norma/Lineamiento Hospitalario de Higiene de Manos y Uso de Antisépticos aprobada para el año 2026 en el 80% de las Instituciones que integran el Programa Provincial de Control de IACS |
| Periodicidad de la medición : Durante el diagnóstico de situación y al final de cada año. Se medirá primero al finalizar el año 2025 (durante la Implementación) y luego tras la finalización de la implementación del Plan , al finalizar 2026. |
| Responsable de la medición : Integrantes del Programa Provincial de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones. |
| Responsable de registrar el dato: Integrantes del Programa Provincial de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones y de los equipos hospitalarios de control de IACS |
| Criterio de Cumplimiento: |
| CUMPLE: existe un documento/ lineamiento de Prevención/ Vigilancia y Control de IACS de Higiene de Manos y Antisépticos que cumple con los siguientes requisitos: |
| 1. Contiene las fechas de entrada en vigencia y de última revisión. |
| 2. Contenido en consonancia con los lineamientos provinciales |
| 3. Contiene autores, revisores y modalidad de aprobación (aprobación por el Comité Hospitalario de Control de IACS , firma del Director de la Institución, Resolución Hospitalaria u otro) |
| 4. Se ha actualizado luego de la aprobación y publicación de la Norma Provincial del mismo tema. |
| 5. Contenidos mínimos: |
| Situaciones y momentos en los que debe realizarse la higiene de manos (en consonancia con los cinco momentos de la higiene de manos de la OMS). Técnica apropiada de acuerdo con el tipo de atención. Procedimiento para el lavado y el secado de las manos. Procedimiento para la desinfección de manos con solución de alcohol. Tipos de productos (agua y jabón o soluciones de alcohol, entre otros) e indicaciones para su uso. Técnica apropiada de acuerdo con el tipo de atención. |
| NO CUMPLE: Si no se dan todos los requisitos mencionados |
| Aspectos técnicos: |
| . El protocolo puede tener otro nombre, como instrucciones para el personal de salud, manual de procedimientos, procedimientos, guía, normas locales u otros. |
| - El protocolo puede ser un documento único o formar parte de otros |

Documento de referencia: no aplica

% de instituciones que tienen un Plan de Higiene de Manos con los requisitos establecidos

| |
|---|
| Relevancia : Como parte del Plan Provincial de Higiene de Manos cada Hospital que integra el Programa Provincial de Control de IACS debe tener un Plan de Higiene de Manos Institucional redactado y aprobado cumpliendo los requisitos establecidos. |
| Numerador: Cantidad de Instituciones que cuentan con un Plan de Higiene de manos con las características establecidas para el año 2025/2026 |
| Denominador: Cantidad de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS 2025/2026 |
| Formula de Calculo: Cantidad de Instituciones que cuentan con un Plan de Higiene de manos con las características establecidas para el año 2025/2026/ Cantidad de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS X 100 |
| Fuente del dato : documento en papel y/o electrónico existente |
| Técnica de obtención: Auditoría de documentos |
| Meta: Disponer de un Plan de HM Institucional de HM 2025/2026 aprobado en el 80% de las Instituciones que integran el Programa Provincial de Control de IACS |
| Periodicidad de la medición: Durante el diagnóstico de situación y al final de cada año. Se medirá primero al finalizar el año 2025 (durante la Implementación) y luego tras la finalización de la implementación del Plan , al finalizar 2026. |
| Responsable de la medición : Integrantes del Programa Provincial de Vigilancia, Prevención y Control de IACS |
| Responsable de registrar el dato: Integrantes del Programa Provincial de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones y de los equipos hospitalarios de control de IACS |
| Criterio de Cumplimiento: |
| CUMPLE |
| El criterio se cumple si existe un documento físico o electrónico que contenga un documento redactado (Plan) con todos siguientes requisitos: |
| Equipo de trabajo: responsable de elaborar y ejecutar el plan de higiene de manos. Idealmente también debe estar asignado un Coordinador o responsable Institucional Debe incluir la implementación en al menos 2 sectores de la Institución, idealmente sectores críticos. |
| 1. Contenidos mínimos del documento: |
| - Metas y/o objetivos |
| - Actividades |
| 2. El contenido está en consonancia con el Plan Provincial de HM . Deben utilizarse las Herramientas otorgadas para evaluación por el Plan Provincial (Encuesta de Infraestructura, Encuesta de Percepción y Conocimiento, etc) que podrán ser complementadas por otras herramientas que los Hospitales consideren pero como mínimo deberán utilizar las Propuestas por el Plan Provincial de Higiene de Manos. |
| 3. Se encuentra aprobado (Comité Hospitalario de Control de IACS, firma del Director de la Institución, Resolución Hospitalaria u otro) |
| NO CUMPLE: El criterio no se cumple si no se cumplen todos los requisitos mencionados. |
| Aspectos técnicos: No aplica |
| Documento de referencia: No aplica |

% de instituciones que tienen un Plan/ Programa de Capacitación que incluya la Capacitación en HM en los sectores seleccionados con los requisitos mínimos establecidos

| |
|---|
| Relevancia : Una parte importante de un plan de higiene de manos es la capacitación del PDS que allí trabaja con el objeto de lograr aumentar la adherencia a la HM |
| Numerador: Cantidad de Instituciones que cuentan con un Programa de Capacitación con las características establecidas para el año 2025/2026 |
| Denominador: Cantidad de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS 2025/2026 |
| Formula de Calculo: Cantidad de Instituciones que cuentan con un Programa de Capacitación con las características establecidas para el año 2025/2026/ Cantidad de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS X 100 |
| Fuente del dato : documento en papel y/o electrónico existente del Plan/Programa de Capacitación |
| Técnica de obtención: Auditoría de documentos |
| Meta: Disponer de un Plan de Capacitación de HM 2025/2026 cumpliendo los requisitos establecidos en el 80% de las Instituciones que integran el Programa Provincial de Control de IACS |
| Periodicidad de la medición : Durante el diagnóstico de situación y al final de cada año. Se medirá primero al finalizar el año 2025 (durante la Implementación) y luego tras la finalización de la implementación del Plan , al finalizar 2026. |
| Responsable de la medición : Integrantes del Programa Provincial de Vigilancia, Prevención y Control de IACS |
| Responsable de registrar el dato: Equipo de Plan de HM de cada Hospital |
| Criterio de Cumplimiento: si se constata un Programa de Capacitación donde se incluya: |
| <ul style="list-style-type: none">• Destinatarios• tiempo que se asignará a la formación• cronograma• contenido de la capacitación: mensajes clave: Prevención de las IACS a través de la higiene de las manos adecuada; 5 momentos de la Higiene de Manos; Técnica correcta de higiene de manos con agua y jabón y con soluciones hidroalcohólicas• herramientas utilizadas• modalidad de evaluación y registro |

| |
|------------------------------------|
| Aspectos técnicos: No aplica |
| Documento de referencia: No aplica |

Razón de visitas presenciales anuales realizadas por el Programa Provincial de Control de IACS a las Instituciones

| |
|--|
| Relevancia : Durante las visitas presenciales del Programa Provincial de Control de IACS a las Instituciones se evalúan avances y se realiza una mejora continua in situ de las actividades desarrolladas por los equipos de Control de IACS, incluido el Plan Provincial de HM |
| Numerador: Reuniones presenciales por año realizadas en las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS durante la Implementación del Plan Provincial de HM |
| Denominador: Cantidad de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS durante la Implementación del Plan Provincial de HM |
| Fórmula de Cálculo: $(\text{Reuniones presenciales por año realizadas en las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS durante la Implementación del Plan Provincial de HM}) / \text{Cantidad de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS durante la Implementación del Plan Provincial de HM}$ |
| Técnica de obtención: Auditoría de documentos (minutas de reuniones) |
| Meta: Resultado 1 o más en la fórmula |
| Periodicidad de la medición : Al final de cada año. Se medirá primero al finalizar el año 2025 (durante la Implementación) y luego tras la finalización de la implementación del Plan , al finalizar 2026. |
| Responsable de la medición : Integrantes del Programa Provincial de Control de IACS |
| Responsable de registrar el dato: Integrantes del Programa Provincial de Control de IACS |
| Criterio de Cumplimiento: El Criterio se cumple si se evidencia un índice de 1 o más. |
| Aspectos técnicos: No aplica |
| Documento de referencia: no aplica |

Porcentaje de Adherencia a la Higiene de Manos en las Instituciones participantes

| |
|--|
| Descripción del indicador: Porcentaje de Adherencia a la Higiene de Manos en los Servicios seleccionados para implementar el Plan de HM |
| Relevancia : Este indicador nos muestra la tasa de adherencia a la higiene de manos en los Servicios seleccionados para implementar el Plan de HM. |
| Numerador: Cantidad de oportunidades ganadas de higiene de manos (cantidad de veces que los profesionales realizan Higiene de Manos) en el Servicio X de la Institución X |
| Denominador: Cantidad de oportunidades observadas de Higiene de manos (cantidad de momentos donde corresponde la realización de la higiene de manos) en el Servicio X en la Institución X |
| Fórmula de Cálculo: $\text{Cantidad de oportunidades ganadas en el Servicio X de la Institución X} / \text{Cantidad de Oportunidades Observadas en el Servicio X de la Institución X} \times 100$ (se hace en todas las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS) |
| Línea de base: 1ª medición realizada (1º semestre 2025) |
| Técnica de obtención: Observaciones directas: los equipos de control de iacs de los distintos hospitales (o personas entrenadas específicamente para esto) asisten a los distintos servicios de las instituciones e identifican los momentos en los que los diferentes profesionales deberían realizar HM y detectan si efectivamente la HM es realizada. |
| Meta: Lograr que al menos el 60% de los servicios de las instituciones donde se implementa el Plan Provincial de HM alcancen un porcentaje de adherencia a la higiene de manos igual o superior al 70%, tras la implementación de la Estrategia de Mejora (Plan Provincial y Planes Hospitalarios de HM) |
| Periodicidad de la medición : Semestral. Se realizará la primera medición en el 1º semestre 2025 |
| Responsable de la medición : Integrantes de los Planes de HM de los Hospitales |
| Responsable de registrar el dato: Integrantes de los Planes de HM de los Hospitales |
| Criterio de Cumplimiento: El Criterio se cumple si se constata la realización de la HM por parte de los profesionales de salud teniendo en cuenta los momentos en que deben realizarla (5 momentos de la higiene de manos de la OMS) |
| Aspectos técnicos: Se deberá definir por cada Institución antes de realizar las observaciones los sectores que se incluirán en el Plan. Ver ámbito de implementación. |
| Documento de referencia: formularios VIHDA |

| |
|---|
| Descripción del indicador: Porcentaje Provincial de Técnica correcta de Higiene de Manos en todas las Instituciones participantes |
| Relevancia : Este indicador nos muestra cómo realizan la técnica de higiene de manos las personas que efectivamente higienizan sus manos. Es importante realizar HM correctamente, ya que esta es la única manera de minimizar el riesgo de que las manos persistan contaminadas tras su realización. |
| Numerador: Cantidad oportunidades en las que se realizó la higiene de manos con técnica correcta (cantidad de veces que los profesionales realizan Higiene de Manos con la técnica correcta) en el Servicio X de la Institución X |
| Denominador: Cantidad de oportunidades ganadas de Higiene de manos (cantidad de veces que los profesionales realizan Higiene de Manos) en el Servicio X de la Institución X |
| Fórmula de Cálculo: $\text{Cantidad de Personas que realizan HM con técnica correcta en el Servicio X de la Institución X} / \text{Cantidad de Oportunidades Ganadas en el Servicio X de la Institución X} \times 100$ |
| Línea de base: Línea de base: 1ª medición realizada (1º semestre 2025) |

| |
|---|
| Técnica de obtención: Observaciones directas: los equipos de control de iacs de los distintos hospitales (o personas entrenadas específicamente para esto) asisten a los distintos servicios de las instituciones e identifican los momentos en los que los diferentes profesionales deberían realizar HM y detectan si efectivamente esta HM es realizada de forma correcta (con la técnica correcta) |
| Meta: Lograr que al menos el 60% de los servicios de las instituciones donde se implementa el Plan Provincial de HM alcancen un porcentaje de técnica correcta de HM igual o superior al 60%, tras la implementación de la Estrategia de Mejora (Plan Provincial y Planes Hospitalarios de HM) |
| Periodicidad de la medición : Semestral. Se realizará la primera medición en el 1º semestre 2025. |
| Responsable de la medición : Integrantes de los Planes de HM de los Hospitales |
| Responsable de registrar el dato: Integrantes de los Planes de HM de los Hospitales |
| Criterio de Cumplimiento: |
| El Criterio se cumple si se constata la realización de higiene de manos utilizando la técnica correcta propuesta por la OMS |
| Aspectos técnicos: |
| Se deberá definir por cada Institución antes de realizar las observaciones los sectores que se incluirán en el Plan. Ver ámbito de implementación. |
| Documento de referencia: formularios VIHDA |

| |
|---|
| Descripción del indicador: Porcentaje de servicios que reportan datos de higiene de manos discriminados por momento en las instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS. |
| Relevancia : Este indicador nos muestra la tasa de adherencia por momento de higiene de manos (antes del contacto con el paciente, antes de una tarea aséptica, después del contacto con el paciente, después del contacto con el entorno del paciente, después del contacto con fluidos corporales). Se realiza un indicador por cada momento. |
| Numerador: Cantidad de servicios que reportan datos discriminados por momentos de Higiene de Manos en la Provincia de Mendoza |
| Denominador: Cantidad de servicios totales de las Instituciones que reportan datos de Adherencia de Higiene de Manos en la Provincia de Mendoza |
| Fórmula de Cálculo: Cantidad de servicios que reportan datos discriminados por momentos de Higiene de Manos /cantidad de servicios totales de las Instituciones que reportan datos de Adherencia de Higiene de Manos en la Provincia de Mendoza |
| Línea de base: 1º medición realizada (1º semestre 2025) |
| Técnica de obtención: Observaciones directas: los equipos de control de iacs de los distintos hospitales (o personas entrenadas específicamente para esto) asisten a los distintos servicios de las instituciones e identifican los momentos en los que los diferentes profesionales deberían realizar HM y detectan si efectivamente está HM es realizada |
| Meta: Lograr que al menos el 80% de los servicios de las instituciones donde se implementa el Plan Provincial de HM disponga de datos de higiene de manos discriminados por momento, tras la implementación de la Estrategia de Mejora (Plan Provincial y Planes Hospitalarios de HM). |
| Periodicidad de la medición : Semestral. Se realizará la primera medición en el 1º semestre 2025. |
| Responsable de la medición : Integrantes de los Planes de HM de los Hospitales |
| Responsable de registrar el dato: Integrantes de los Planes de HM de los Hospitales |
| Criterio de Validez de datos: |
| El Criterio se cumple si existen datos jurisdiccionales de la adherencia a la HM por momento tras la Implementación de la Estrategia de mejora |
| Aspectos técnicos: |
| Se deberá definir por cada Institución antes de realizar las observaciones los sectores que se incluirán en el Plan. Ver ámbito de implementación. |
| Documento de referencia: formularios VIHDA |

Disponibilidad de soluciones hidroalcohólicas en relación a camas totales

| |
|--|
| Relevancia : Disponer de dispensers de soluciones hidroalcohólicas en el punto de atención de los pacientes es muy importante para mejorar la adherencia de la HM. Aquí se mide la relación de soluciones hidroalcohólicas respecto a las camas totales ya que la existencia de soluciones hidroalcohólicas en relación a cada cama del paciente o como mínimo cada dos camas es una forma concreta de evidenciar la disponibilidad de soluciones hidroalcohólicas en el punto de atención de los pacientes. |
| Numerador: cantidad de dispensers de solución hidroalcohólica de pared y de alcoholes en gel en las habitaciones de los pacientes en un sector de internación x |
| Denominador: cantidad de camas totales en un sector de internación x |
| Fórmula de Cálculo: cantidad de dispensers de solución hidroalcohólica de pared y de alcoholes en gel en las habitaciones de los pacientes en un sector de internación x / cantidad de camas totales en un sector de internación x |
| Técnica de obtención: Auditoría de documentos (Encuesta de infraestructura durante el diagnóstico y tras la implementación) |
| Meta 1: Que al menos el 50 % de las Instituciones cumpla con el criterio de cumplimiento en el 50% o más de sus servicios. |
| Meta 2: Que al menos el 80 % de las Instituciones cumpla con el criterio de cumplimiento en el 80% de los Servicios donde se está llevando la implementación . |
| Periodicidad de la medición : Durante el diagnóstico de situación y al final de cada año. Se medirá primero al finalizar el año 2025 (durante la Implementación) y luego tras la finalización de la implementación del Plan , al finalizar 2026. |
| Responsable de la medición : Integrantes del Equipo del Plan de HM del Hospital |
| Responsable de registrar el dato: Integrantes del Equipo del Plan de HM del Hospital |
| Criterio de Cumplimiento: |
| Valor de la fórmula de 0.5 o más (indicaría una solución hidroalcohólica cada 2 camas de pacientes) en cada servicio |

| |
|------------------------------------|
| Aspectos técnicos: No aplica |
| Documento de referencia: no aplica |

Disponibilidad de soluciones hidroalcohólicas en relación a camas ocupadas (pacientes internados)

| |
|---|
| Relevancia : Disponer de dispensers de soluciones hidroalcohólicas en el punto de atención de los pacientes es muy importante para mejorar la adherencia de la HM. Aquí se mide la relación de soluciones hidroalcohólicas respecto a los pacientes internados. Se realiza esta comparación debido a que en aquellas instituciones donde se utilizan geles alcohólicos los mismos son colocados en el punto de atención del paciente una vez que el paciente se interna. De esta forma la existencia de soluciones hidroalcohólicas en relación a cada paciente internado o como mínimo cada dos pacientes es una forma concreta de evidenciar la disponibilidad de soluciones hidroalcohólicas en el punto de atención de los pacientes. |
| Numerador: cantidad de dispensers de solución hidroalcohólica de pared y de alcoholes en gel en las habitaciones de los pacientes en un sector de internación |
| Denominador: cantidad de pacientes internados en un sector de internación |
| Fórmula de Cálculo: cantidad de dispensers de solución hidroalcohólica de pared y de alcoholes en gel en las habitaciones de los pacientes en un sector de internación x / cantidad de pacientes internados en un sector de internación |
| Técnica de obtención: Auditoría de documentos (Encuesta de infraestructura durante el diagnóstico y tras la implementación) |
| Meta 1: Que al menos el 50 % de las Instituciones cumpla con el criterio de cumplimiento en el 50% o más de sus servicios. |
| Meta 2: Que al menos el 80 % de las Instituciones cumpla con el criterio de cumplimiento en el 80% de los Servicios donde se está llevando la implementación . |
| Periodicidad de la medición : Durante el diagnóstico de situación y al final de cada año. Se medirá primero al finalizar el año 2025 (durante la Implementación) y luego tras la finalización de la implementación del Plan , al finalizar 2026. |
| Responsable de la medición : Integrantes del Equipo del Plan de HM del Hospital |
| Responsable de registrar el dato: Integrantes del Equipo del Plan de HM del Hospital |
| Criterio de Cumplimiento: |
| Valor de la fórmula de 0.5 o más (indicaría una solución hidroalcohólica cada 2 pacientes internados) |
| Aspectos técnicos: No aplica |
| Documento de referencia: no aplica |

% de sectores de internación de las Instituciones que cuentan con Recordatorios de higiene de manos

| |
|---|
| Relevancia : Disponer de recordatorios (cartelería) es muy importante para que al PDS se le rememore frecuentemente que debe realizar la higiene de manos durante la atención de los pacientes. Además, los mismos sirven para consultar técnica y momentos de HM en el sitio de atención de los pacientes. |
| Numerador:cantidn de servicios de la Institución que cuentan con recordatorios de higiene de manos de técnica de hm y de 5 momentos según criterio de cumplimiento |
| Denominador: cantidad de servicios de la Institución |
| Fórmula de Cálculo: cantidad de servicios de la Institución que cuentan con recordatorios de higiene de manos de técnica de hm y de 5 momentos según criterio de cumplimiento /cantidad de servicios de la Institución x 100 |
| Técnica de obtención: Auditoría de documentos (Encuesta de infraestructura durante el diagnóstico y tras la implementación) |
| Meta 1: Que al menos el 50 % de las Instituciones cumpla con el criterio de cumplimiento en el 50% o más de sus servicios. |
| Meta 2 : Que al menos el 80 % de las Instituciones cumpla con el criterio de cumplimiento en el 80% de los Servicios donde se está llevando la implementación . |
| Periodicidad de la medición : Durante el diagnóstico de situación y al final de cada año. Se medirá primero al finalizar el año 2025 (durante la Implementación) y luego tras la finalización de la implementación del Plan , al finalizar 2026. |
| Responsable de la medición : Integrantes del Equipo del Plan de HM del Hospital |
| Responsable de registrar el dato: Integrantes del Equipo del Plan de HM del Hospital |
| Criterio de Cumplimiento: |
| Existencia de al menos 1 recordatorio de técnica de HM y 1 recordatorio de los 5 momentos de la HM en cada Servicio de las distintas Instituciones |
| Aspectos técnicos: No aplica |
| Documento de referencia: no aplica |

Porcentaje obtenido por el PDS en la Encuesta Conocimiento de Higiene de Manos en toda la provincia

| |
|--|
| Relevancia : El Conocimiento de Técnicas adecuadas y Momentos de HM por parte de PDS es un requisito básico para asegurar una buena adherencia a la HM en las Instituciones de Salud. El evaluar este conocimiento por parte del personal de salud es una parte importante de la evaluación de la estrategia multimodal de HM de la Institución. |
| Numerador: Suma de los puntajes obtenidos por los participantes de la Encuesta de conocimiento x cantidad de participantes |
| Denominador: puntaje máximo de la encuesta de conocimiento x cantidad de participantes |
| Fórmula de Cálculo: (Suma de los puntajes obtenidos por los participantes de la Encuesta de conocimiento x cantidad de participantes/ puntaje máximo de la encuesta de conocimiento x cantidad de participantes) x 100 |
| Línea de base: Resultados de Conocimiento realizada durante el diagnóstico de situación |

| |
|--|
| Técnica de obtención: Auditoría de documentos (Encuesta de Conocimiento realizada por el PDS de los sectores seleccionados durante el diagnóstico y tras la implementación) |
| Meta: Alcanzar el 80% de respuestas correctas de Higiene de Manos de PDS en los Hospitales que conforman el Comité Provincial de Control de IACS y a nivel Jurisdiccional y tras la Implementación de la Estrategia. |
| Periodicidad de la medición :Durante el diagnóstico de situación y al final de cada año. Se medirá primero al finalizar el año 2025 (durante la Implementación) y luego tras la finalización de la implementación del Plan , al finalizar 2026. |
| Responsable de la medición : Integrantes del Equipo del Plan de HM del Hospital |
| Responsable de registrar el dato: Integrantes del Equipo del Plan de HM del Hospital |
| Criterio de Cumplimiento: El Criterio se cumple si se evidencia un resultado de al menos un 80% en la Encuesta de Conocimiento tras la Implementación (según grilla elaborada a tal fin). Se deben comparar sectores donde se haya realizado la estrategia de implementación de infraestructura de cada Hospital. |
| Aspectos técnicos: No aplica |
| Documento de referencia: no aplica |

Porcentaje de servicios que reportan datos de entrega de soluciones hidroalcohólicas en en las instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS.

| |
|---|
| Relevancia : Está establecido por la OMS que el consumo mínimo recomendable de soluciones hidroalcohólicas en áreas críticas debe ser de 20 L cada 1000 días paciente. Esto muestra que el PDS que allí trabaja está realizando higiene de manos y utilizando estos productos para esto. |
| Numerador: entrega mensual de litros de soluciones hidroalcohólicas por parte de farmacia (u otro servicio responsable asignado en la Institución) al servicio x de la Institución (sectores seleccionados de la Institución para implementar el Plan de HM) |
| Denominador: días paciente mensual del servicio x de la Institución (sectores seleccionados de la Institución para implementar el Plan de HM) |
| Fórmula de Cálculo: $(\text{entrega mensual de litros de soluciones hidroalcohólicas al servicio x de la Institución} / \text{días paciente mensual del servicio x de la Institución}) \times 1000$ |
| Línea de base: Resultados de Encuesta de Consumo realizada durante el diagnóstico de situación |
| Fuente del dato: Formulario estandarizado donde quede registro de la entrega y días pacientes de los sectores seleccionados todos los meses. |
| Técnica de obtención: Auditoría de documentos |
| Meta: Lograr que al menos el 60% de los servicios de las instituciones donde se implementa el Plan Provincial de HM disponga de datos de la entrega de soluciones alcohólicas cada 1000 días pacientes de forma mensual mientras se realiza la implementación del Plan Provincial y del Plan Hospitalario de HM |
| Periodicidad de la medición : Mensual |
| Responsable de la medición : Integrantes del Equipo del Plan de HM del Hospital |
| Responsable de registrar el dato: Integrantes del Equipo del Plan de HM del Hospital |
| Criterio de Cumplimiento: Contar con datos mensuales de litros entregados y días pacientes de los sectores seleccionados para implementar el Plan |
| Aspectos técnicos: No aplica |
| Documento de referencia: no aplica |

ANEXO 2: Resumen de Indicadores. Metas e Instrumentos

| Indicador | Meta | Instrumento de medición | Momento de realización | | |
|--|--|--|------------------------|----------------|----|
| | | | OG | I | PI |
| % Instituciones que tienen Normas/Lineamientos Hospitalarios de Higiene de Manos y de Antisépticos Aprobados basados en las Normas Provinciales | Disponer de una Norma/Lineamiento Hospitalario de Higiene de Manos y Uso de Antisépticos aprobada para el año 2026 en el 80% de las Instituciones que integran el Programa Provincial de Control de IACS | Presentación de documentos Visita Presencial Programa Provincial a las Instituciones | x | x (fines 2025) | x |
| % de instituciones que tienen un Plan de Higiene de Manos con los requisitos establecidos | Disponer de un Plan de HM Institucional de HM 2025/2026 aprobado en el 80% de las Instituciones que integran el Programa Provincial de Control de IACS | Presentación de documentos Visita Presencial Programa Provincial a las Instituciones | x | x (fines 2025) | x |
| % de instituciones que tienen un Plan/ Programa de Capacitación que incluya la Capacitación en HM en los sectores seleccionados con los requisitos | Disponer de un Plan de Capacitación de HM 2025/2026 cumpliendo los requisitos establecidos en el 80% de las Instituciones que integran el Programa Provincial de Control de IACS | Presentación de documentos Visita Presencial Programa Provincial a | x | x (fines 2025) | x |

| | | | | | |
|--|---|--|---|--------------------|---|
| establecidos | | Las Instituciones | | | |
| Razón de visitas presenciales anuales realizadas por el Programa Provincial de Control de IACS a las Instituciones | Razón de visitas presenciales anuales realizadas por el Programa Provincial de Control de IACS a las Instituciones de 1 o más | Minutas y Registros del Programa Provincial | | x (fines 2025) | x |
| Porcentaje de Adherencia a la Higiene de Manos en las Instituciones participantes : adherencia a la HM, técnica correcta y adherencia por Momento | Lograr que al menos el 60% de los servicios de las instituciones donde se implementa el Plan Provincial de HM alcancen un porcentaje de adherencia a la higiene de manos igual o superior al 70%, tras la implementación de la Estrategia de Mejora Lograr que al menos el 60% de los servicios de las instituciones donde se implementa el Plan Provincial de HM alcancen un porcentaje de técnica correcta de HM igual o superior al 60%, tras la implementación de la Estrategia de Mejora (Lograr que al menos el 80% de los servicios de las instituciones donde se implementa el Plan Provincial de HM disponga de datos de higiene de manos discriminados por momento, tras la implementación de la Estrategia de Mejora | Encuesta de Adherencia a HM Programa VIHDA | x | x C/ 6 meses | x |
| Disponibilidad de soluciones hidroalcohólicas en relación a camas totales | Meta 1: Que al menos el 50 % de las Instituciones cumpla con el criterio de cumplimiento en el 50% o más de sus servicios. Meta 2: Que al menos el 80 % de las Instituciones cumpla con el criterio de cumplimiento en el 80% de los Servicios donde se está llevando la implementación . | Encuesta de Infraestructura | x | x (fines 2025) | x |
| Disponibilidad de soluciones hidroalcohólicas en relación a pacientes internados | Meta 1: Que al menos el 50 % de las Instituciones cumpla con el criterio de cumplimiento en el 50% o más de sus servicios. Meta 2: Que al menos el 80 % de las Instituciones cumpla con el criterio de cumplimiento en el 80% de los Servicios donde se está llevando la implementación | Encuesta de Infraestructura | x | x (fines 2025) | x |
| % de sectores de internación de las Instituciones que cuentan con Recordatorios de higiene de manos | Meta 1: Que al menos el 50 % de las Instituciones cumpla con el criterio de cumplimiento en el 50% o más de sus servicios. Meta 2 : Que al menos el 80 % de las Instituciones cumpla con el criterio de cumplimiento en el 80% de los Servicios donde se está llevando la implementación . | Encuesta de Infraestructura | x | x (fines 2025) | x |
| Porcentaje de servicios que reportan datos de entrega de soluciones hidroalcohólicas en en las instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS. | Lograr que al menos el 60% de los servicios de las instituciones donde se implementa el Plan Provincial de HM disponga de datos de la entrega de soluciones alcohólicas cada 1000 días pacientes de forma mensual mientras se realiza la implementación del Plan Provincial y del Plan Hospitalario de HM | Encuesta de Entrega de soluciones hidroalcohólicas | x | x mensual | x |
| Porcentaje obtenido por el PDS en la Encuesta de Conocimiento en toda la Provincia | Alcanzar el 80% de respuestas correctas de Higiene de Manos de PDS en los Hospitales que conforman el Comité Provincial de Control de IACS | Encuesta de Conocimiento | x | x (fines 2025) | x |

DG: Durante el diagnóstico de situación

I: Durante la Implementación

PI: Luego de la Implementación

