

“DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ”

INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA

Dr. Horacio Espinoza

**DOCENTE DE EPIDEMIOLOGIA Y ADMINISTRACIÓN
EN SALUD**

JULIO 2013

INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO.

El Hospital Universitario Nuestra Señora de La Paz funciona más de 10 años de su inauguración y en los últimos años consolidado como establecimiento de salud con servicios de salud ambulatorios, internación, gabinete y de apoyo en áreas de medicina, odontología, fisioterapia y otros, al momento funciona con la infraestructura completa es decir todos los espacios físicos de su estructura está siendo usados para la atención a los usuarios. En esta gestión y por el lapso determinado se encuentra bajo un convenio con el Seguro de Salud de la Banca Privada para la atención principalmente de emergencias, internación y resolución quirúrgica de sus asegurados, los mismos ocupan al momento un 65% de la capacidad del Hospital.

Actualmente el Hospital presta los siguientes servicios:

- Consulta externa de especialidades donde incluye la atención de seguros públicos como el SUMI, SPAM, además de emergencias las 24 horas
- Internación para Ginecología Obstetricia, Pediatría, UTI Neonatal y adultos, Medicina Interna, Cirugía y otras especialidades.
- Servicios de estudios de gabinete y exámenes complementarios,
- Unidad quirúrgica con central de esterilización y suministros
- Clínica odontológica
- Unidad de fisioterapia y rehabilitación
- Farmacia
- Nutrición
- Vacunas
- Archivo y atención al cliente
- Áreas administrativas y tecnológicas
- Ambulancia

Los servicios básicos y de soporte están tercerizados como ser:

- Lavandería y mucama
- Alimentación y nutrición
- Limpieza y desinfección
- Disposición final de residuos sólidos (empresa municipal)

Finalmente y al ser un hospital universitario, cuenta con la afluencia de estudiantes e internos de las carreras de medicina, odontología, enfermería, instrumentación quirúrgica y otros de la universidad de acuerdo a un rol interno que está coordinado con los servicios correspondientes.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

El análisis de situación se realizó en los primeros días del mes de Julio en base a algunos aspectos que se explicaran más adelante, sin embargo, este diagnóstico no es definitivo ni suficiente y parte de la implementación del plan posteriormente deberá profundizar el mismo en aspectos determinados o que surjan por necesidad expresa.

La información para el análisis respectivo se sintetizó en base a los siguientes insumos:

1. Informe de observaciones de la supervisión del SEDES (solo cuento con el primer informe)
2. Análisis situacional y estudio de prevalencia de IIH del Dr. Fernando Espinoza realizado en el mes de mayo 2013
3. Visita rápida de todos los ambientes del hospital junto con el Dr. Ariñez, es necesario aclarar que no se visitaron los ambientes en turnos de la tarde, ni de la noche, este aspecto deberá ser contemplado luego por los comités respectivos de acuerdo a propuesta más adelante.
4. Entrevista a algunos personeros del Hospital para indagar aspectos generales, como ser: Administrador del Hospital, Jefa de Enfermeras y algunas enfermeras de planta, personal de lavandería, personal de limpieza, personal de cafetería, personal de archivo y de informaciones.

Inicialmente se describirán las dificultades identificadas, mencionadas como aspectos a mejorar con un sentido propositivo, más adelante el análisis y conclusiones respectivas. Se hace notar que después de la descripción de cada punto se anota tres criterios, el primero es **CRÍTICO** que implica una urgencia en su resolución o atención, **INTERMEDIO** se refiere a que se puede contar con más tiempo para su atención la misma no debería sobrepasar los 3 o 4 meses y **REFERIDO** que requiere más tiempo y mayor presupuesto.

ASPECTOS A MEJORAR (DIFICULTADES IDENTIFICADAS)

ASPECTOS DE GESTIÓN Y ESTRUCTURA GENERAL HOSPITALARIA Y ESPECÍFICA PARA SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

El HNSLP al momento se encuentra en proceso de fortalecimiento y crecimiento, ha tomado la decisión de desarrollar acciones para su certificación y acreditación, por tanto las funciones de gestión son vitales; en el detalle de los mismos son:

- o Dirección, Planificación y Organización; el HNSLP está en proceso de implementación y mejora de su plan estratégico y sus planes operativos, de la misma forma el Manual de Organización y funciones, manual de procedimientos y aplicación de los subsistemas de Administración, Organizaciones y Planificación

- están vigentes y se podrán fortalecer más adelante. Sin embargo no se desarrollaron instrumentos específicos para vigilancia epidemiológica. CRÍTICO
- Sistemas de Control; De la misma forma está en desarrollo la construcción y fortalecimiento de los procesos de Evaluación, control, supervisión, monitoreo y todo el sistema de información para la toma de decisiones con calidad. CRÍTICO

En cuanto al sistema de Vigilancia Epidemiológica se identifican las siguientes dificultades;

- No se cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica desarrollado ni implementado, existe un Comité Hospitalario de Vigilancia Epidemiológica pero no está funcionando, por tanto tampoco se han implementado los Subcomités de este sistema (recomendación y norma nacional) CRÍTICO:
 - Subcomité de Residuos hospitalarios
 - Subcomité de Bioseguridad
 - Subcomité de Prevención y Control de Infecciones
 - Subcomité de Análisis de Información
- No se cuenta con un **Plan estratégico hospitalario de Vigilancia Epidemiológica y planes para sus 4 subcomponentes**, es decir un plan específico para; Residuos Hospitalarios, Prevención y Control de infecciones intrahospitalarias, Bioseguridad y Análisis de Información. CRÍTICO
- Introducción de recursos económicos y no económicos para sostener cada plan de subcomités, en la planificación operativa anual que consoliden y garanticen la implementación de sus acciones. Al no contar con planes de cada subcomponente tampoco se tiene planificado el presupuesto.
- No se cuentan con los Manuales de Organización, Funciones y Procedimientos de cada Subcomité de vigilancia epidemiológica. INTERMEDIO
- No se cuentan con instrumentos, flujos, procesos y reportes de información del SNIS, vigilancia epidemiológica y producción de servicios CRÍTICO
- Se deberán desarrollar y fortalecer instrumentos y procesos para los sistemas de control; como supervisión, monitoreo y evaluación de cada subcomité y sus componente específicos.
- Se deberían evaluar y mejorar los procesos de tercerización de sistemas de limpieza, lavandería y alimentos, además de mejorar los procesos de eliminación terminal de los residuos sólidos como base de la estructura administrativa y operativa del Hospital, respecto a ajustar los contratos de trabajo para introducir aspectos importantes para fortalecer la vigilancia epidemiológica con sus 4 subcomponentes

ASPECTOS DEL SUBCOMPONENTE DEL MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS

El Hospital cuenta al momento con avances importantes en el cumplimiento de la norma nacional para manejo de los residuos hospitalarios como la implementación de bolsas de selección de residuos para contaminados y comunes, se cuenta con recipientes para estas bolsas en casi todos los servicios y lugares del Hospital, se tienen depósitos intermedios en cada piso y algunos servicios y finalmente el depósito general del Hospital con una instalación exclusiva para este tratamiento sin embargo se han identificado algunos aspectos:

- No se tiene el Subcomité Hospitalario de Residuos conformado ni asignado con sus responsabilidades, por ende no existe un plan específico ni instrumentos de organización, procedimientos y funciones, si bien hay funcionarios que están conduciendo los esfuerzos no están asignados en forma escrita para estas labores y debería funcionar a partir de esto en cascada hasta el último personal dentro del Hospital. CRITICO
- No están implementadas el 100% los instrumentos de implementación, evaluación, supervisión y monitoreo de este sistema de residuos. CRITICO
- NO se hace separación ni manejo de los residuos clasificados como B, sustancias químicas tóxicas y otras que deberían ser clasificadas y despachadas en bolsas y procedimientos específicos (Azul). INTERMEDIO
- Los depósitos de residuos de cada piso no están siendo supervisados y se encontraron desechos comunes en bolsas rojas y desechos orgánicos en bolsas comunes. CRITICO
- El depósito general de residuos no tiene luz, su limpieza no es adecuada, el camino entre el hospital y el ambiente es de tierra y si se cayera o abriera una bolsa contaminada no se podría desinfectar, si bien es un ambiente exclusivo el mismo al encontrarse en el acceso al hospital deberá contar con señalización, protección para moscas (malla milimétrica) y mejora de la acera para su acceso. CRITICO
- Existen servicios como laboratorio, algunos espacios y algunos servicios que no contaban con bolsas rojas o negras durante mi visita. CRÍTICO
- En espacios públicos como salas de espera y salas de internación falta letreros o comunicados de qué tipo de desechos son específicos para cada bolsa y su color respectivo. INTERMEDIO
- Si bien no se ha realizado una encuesta sobre conocimientos, prácticas del personal respecto a desechos algunos informes indican que es una necesidad hacer un proceso permanente de actualización al personal médico, de servicios y de apoyo, de todo el personal hospitalario y externos. CRÍTICO
- NO se hace el manejo adecuado de residuos líquidos. CRÍTICO
- Se ha encontrado basura en los drenajes de lluvia del techo, en algunos ambientes que no son usados y sobre todo en los cuartos de internos y estudiantes. CRÍTICO

ASPECTOS RELACIONADOS A BIOSEGURIDAD

El propósito es vigilar el cumplimiento de las normas nacionales de bioseguridad en todos sus componentes, se han identificado esfuerzos muy importantes ya desarrollados, como el tema de seguridad general, existen guardias y porteros, el personal de servicios la mayoría tiene uniformes, existen elementos de protección específica para el personal, sin embargo se encontraron las siguientes dificultades:

- No se tiene el Subcomité Hospitalario de bioseguridad conformado, ni asignado con sus responsabilidades, no existe un plan específico, ni instrumentos de organización, procedimientos y funciones, si bien hay funcionarios que están conduciendo los esfuerzos no están asignados en forma escrita para estas labores. CRITICO
- El manejo de cortopunzantes se hace con recipientes adecuados, pero no están en todos los servicios, por ejemplo en laboratorio hematología no existía, se encontraron en algunos recipientes no duros, no existen el sistema de vigilancia, ni reporte de accidentes con cortopunzantes. CRITICO
- El personal en un 90% tiene uniforme, si bien no es adecuado en algunos casos, debe ser identificado, se han otorgado medidas de bioseguridad básicos como guantes y protectores pero es insuficiente y sobre todo no está vigilado. INTERMEDIO
- Se deberá completar la vacunación contra la hepatitis B, la antitetánica y otros que así se requiera de acuerdo con los niveles de responsabilidad y contacto. INTERMEDIO
- El personal de limpieza y lavandería deberá contar con lentes protectores para casos de posibles salpicaduras. INTERMEDIO
- Los servicios ambulatorios y de internación deberían contar con un stock mínimo de EPP completo (equipo de protección personal con bata, lentes, guantes) en casos necesarios y como parte de las precauciones universales. CRITICO
- El personal de servicios de apoyo, no tiene guantes adecuados para electricidad, los tubos de gases como oxígeno o aire comprimido en áreas de depósito deben tener las conexiones de electricidad, protegidas o con separación adecuada. CRITICO
- El personal requiere de proceso de actualización permanente en Bioseguridad. CRITICO.
- El subcomité específico una vez conformado deberá realizar un diagnóstico profundo de otros aspectos importantes. INTERMEDIO
- Si bien no es un tema específico de bioseguridad pero tiene relación en el manejo de los medicamentos e insumos, la farmacia, los almacenes intermedios de insumos en enfermería, deben contar con mejores condiciones, en el caso de farmacia y almacén debe tener mejora ventilación, regular las normativas de conservación y almacenamiento de medicamentos respecto a temperatura, humedad y la iluminación, enfermería tiene un ambiente común donde se entregan insumos, desprovisto de adecuado y cómodo manejo de conservación y entrega de insumos y materiales, de la misma forma los instrumentos, los insumos y materiales que salen de central de esterilización obstruye muchas veces el ingreso y salida de pacientes de quirófanos o de UTIN. CRITICO.

ASPECTOS RELACIONADOS AL CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

En general existen procesos y estructura como para desarrollar acciones de prevención y control de infecciones ya implementadas y en coordinación con el subcomité de vigilancia de la banca privada se tienen muchas fortalezas, las áreas críticas están cumplimiento procesos muy importantes como el área quirúrgica, y las terapias. Los siguientes aspectos se han identificado sin embargo en mi visita, en el diagnóstico desarrollado de prevalencia de IHH y en las supervisiones del SEDES que se detallan a continuación:

- Se carece de un subcomité de infecciones hospitalarias con su respectivo plan, sus manuales, instrumentos, formularios y los informes específicos de acuerdo con la norma de vigilancia vigente. Este aspecto hace evidente la necesidad de contar con responsabilidades asignadas y supervisores de la vigilancia, sujeto muy de cerca con el 4to componente que es de análisis de información que se verá más adelante. CRÍTICO.
- No se tiene implementada la hoja de reporte de infecciones hospitalarias en los pisos de internación o consultorios, no hay informe periódico de vigilancia. CRITICO
- Limpieza y desinfección, se han identificado dificultades en la limpieza del Hospital:
 - o Se debe delimitar un mapeo de las áreas críticas, semicríticas y no críticas del hospital, visibles en cada piso y en general del hospital. En base a esto se asignaran los procedimientos de limpieza y desinfección de cada ambiente.
 - o Se han encontrado pisos no limpios sobre todo en gradas, ambientes de oficinas y habitaciones de internos y estudiantes.
 - o Los pasos de limpieza para ambientes semicriticos no están supervisados, no se conoce si las concentraciones de detergentes y desinfectantes son adecuadas
 - o No hay elementos adecuados para estos pasos, no hay doble baldes, trapeadores diferenciados, se usan en algunos casos escoba, no hay recogedores adecuados.
 - o El personal de limpieza si bien esta uniformado, las mangas del uniforme son cortas y usan otras ropas internas por debajo que llegan hasta las manos y que pueden contaminarse o contaminar las superficies
 - o Desconozco si se hace descontaminación y desinfección de acuerdo al área, de puertas, picaportes, barandas, mesas, sillas, camas, porta sueros, camillas, botones de ascensores, otros, no existen informes al respecto. CRITICO
 - o Los procesos en áreas críticas como UTI y UTIN son adecuados sin embargo se identificó, el jabón líquido no es antiséptico, los lavamanos deben ser adaptables a usarse con codo, rodilla o canilla, en UTI hay cortinas, se debe mejorar la limpieza y organización con un plan específico. CRITICO
 - o Existe un serio problema en el acceso de las áreas de esterilización con UTI que comparten el mismo ingreso, el personal que no trabaja en el hospital puede en algunos casos ingresar sin las normas de protección a áreas estériles o semicriticas, logrando una contaminación potencial, se debe separar o mejorar este ingreso con carácter urgente. CRITICO

- Otro servicio observado como crítico es donde funciona Banco de vacunas y emergencias del hospital que comparten ambiente, donde se contamina los procedimientos de atención a niño/a sano/a, vacunas con atenciones de pacientes muchos de ellos potencialmente contaminados, este debe regularse de manera urgente. CRITICO
- Los consultorios tienen lavamanos muy pequeños con grifos no adecuados, falta en algunos casos basureros con bolsa roja
- No hay reportes o informes de control laboratorial de cultivos o muestras de ventiladores, tubos de aspiración, válvulas y otros que se usan en UTI, UTIN, Quirófanos, esto debe estar documentado y archivado por el comité específico.
- Según el informe del estudio de prevalencia de IIH se tiene un 7 a 8% de infecciones hospitalarias asociadas a pacientes de UTIN y UTI es el único informe de vigilancia, pero no es conclusivo porque solo es descriptivo y no se investigación de causas, esto deberá desarrollarse como parte del comité.
- He evidenciado que algunos pacientes internado estaban con su ropa propia y no así con ropa adecuada para hospital.
- Lavandería, no cuenta con mobiliario adecuado para ropa sucia o contaminada, todo está en el piso, se está usando mal las concentraciones de lavandina, no tiene supervisión, las ropas ya lavadas y planchadas deben estar depositadas en mobiliario adecuado, no tienen lentes de protección y finalmente las cláusulas de contrato deberían establecer más detalladamente aspectos de vigilancia y bioseguridad. CRITICO
- Cocina y alimentación. Este servicio está dividido en dos, uno que atiende a la banca, pacientes internados que tiene adecuadas condiciones, sin embargo debe ser supervisado y escrito por el subcomité específico de la banca, la cafetería que es una empresa tercerizada, debe mejorar sus aspectos de almacenamiento, manipulación y preparación de alimentos de acuerdo con la norma, debe existir una persona supervisora técnica y también vigilancia de enfermedades por infecciones alimentarias del personal, revisar que los contratos estipulen claramente aspectos de control de infecciones y bioseguridad en sus cláusulas. CRITICO
- Durante estos días he podido percibir que existe personal que no cumple norma para control de infecciones, como lavado de manos, uso de protección personal, uso adecuado de mascarillas y otros que se deberá implementar con una actualización y capacitación continua. CRITICO E INTERMEDIO
- Hay letreros de papel, cartulina u otros materiales que no son desinfectables que pueden acumular microorganismos, los mismos deben ser retirados y más bien generar letreros que induzcan al personal para cumplir las normas de prevención y control de infección y bioseguridad. CRITICO
- Finalmente no se tienen investigaciones o estudios dirigidos a identificar IIH teniendo el potencial de la universidad de puede fortalecer estos aspectos. INTERMEDIO.

ASPECTOS DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN DE VIGILANCIA

El hospital cuenta con instrumentos de información como ser formularios de expedientes clínico para atención ambulatoria y de internación, manejo de enfermería y exámenes de gabinete, administrativos y operativos, pero esta información llega a un archivo que no consolida, sistematiza ni reporta indicadores para analizar y tomar decisiones de fortalecimiento, esto además de;

- No se hace reporte de formularios ni los instrumentos del SNIS, no están implementados
- No existen reportes estadísticos de información de producción de servicios ni vigilancia, por tanto no se puede generar indicadores hospitalarios
- No hay un estadístico responsable de estos aspectos
- No hay un Subcomité de Análisis de información.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES.

En general estos son los aspectos identificados como dificultades o aspectos a mejorar en estos pocos días de trabajo, muchas de estas dificultades pueden variar día a día o aparecer otros que sean resultado de estos primeros o de nuevas dificultades.

En conclusión inicial se puede mencionar que los pasos principales para resolver esta situación se basan en procesos de implementación de un plan hospitalario de vigilancia epidemiológica, que cuente con un comité específico para su implementación y apoyo de la Universidad y de las instancias rectoras para su operativización, la mayor parte de las acciones que deberían desarrollarse se programaran a mediano plazo es decir no más de 3 meses, sin embargo hay algunas que son urgentes es decir en no más de 15 días se podrían resolver.

Definitivamente no existe una dificultad que no pueda ser mejorada y que está sujeta a voluntad del personal, recursos o normativa interna que se pueda generar al interior del hospital. Por estos motivos a continuación presento mis recomendaciones donde se establecen según mi criterio aquellos de será de requerimiento inmediato o críticos (menos de un mes), corto plazo (tres meses) y de medianos plazo (1 año) plasmados a continuación en una propuesta inicial de plan de intervenciones que deberán ser desarrolladas por el Hospital, Administración, Epidemiología y los comités a ser conformados de acuerdo con la recomendación y los recursos disponibles.

SEGUNDA PARTE DE INFORME

PROPUESTA DE PLANIFICACIÓN DE ACCIONES DE INTERVENCIÓN EN VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

Esta propuesta de plan inicial se establece de acuerdo a recomendaciones basadas en las normas nacionales, basadas en todos los aspectos de cada subcomponente del sistema, no reemplaza el plan estratégico hospitalario y operativo que deberá ser elaborado y aprobado posteriormente, pero sirve como un insumo inicial para ajustar acciones inmediatas y mediatas para solucionar las dificultades identificadas anteriormente, de la misma forma serán sometidas a consideración de las autoridades hospitalarias y en base los cuales se tomaran decisiones en esos niveles. Por este motivo se denomina **PROPUESTA PARA PLAN DE INTERVENCIÓN** a continuación.

AREA	ACTIVIDAD	CRONOGRAMA	POSIBLE/S RESPONSABLE/S	RECURSOS NECESARIOS
Gestión y estructura general del Hospital y del Sistema de Vigilancia Epidemiológica	Conformación institucional del COMITÉ HOSPITALARIO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA , asignación y puesta en funcionamiento	Inmediato (1 mes) y con funcionamiento permanente, reuniones cada 15 días	Director Hospital Responsable de Vigilancia Epidemiológica Personal asignado al comité	Ambiente para reuniones Libros de actas Memos Materiales de escritorio
	Selección de personal, asignación y funcionamiento de los 4 subcomités - Residuos - Bioseguridad - IIH - Información	Inmediato y con funcionamiento permanente Reuniones semanales	Asignación por Dirección	Ambiente para reuniones Libros de actas Memos Materiales de escritorio
	Elaboración de Plan estratégico, manual de procedimientos, funciones y organización, flujos, etc. - Comité Vig. Epide. - Los 4 subcomités	Mediato no más de tres meses	Cada directiva de cada subcomité	Material escritorio. Impresiones Sala de reuniones
	Asignación de supervisores y controladores de cumplimientos de normas	Mediato no más de tres meses	Cada Subcomité hará conocer a dirección de	Material escritorio. Impresiones

	para cada subcomité y sus propios subcomponentes		estas designaciones para entrega de memos respectivos.	
	Proceso de capacitación al personal y la implementación de sistemas de actualización continua	Mediato	Cada subcomité en base a su plan deberá implementar acciones	Material escritorio. Impresiones Sala de reuniones
	Introducción y asignación de recursos para sostenimiento de planes respectivos de cada subcomité en el POA del Hospital	Mediato y luego anualmente	Cada Subcomité Administración Dirección	Recursos
Infraestructura para prevención de IH y bioseguridad	Readecuación de ingreso a UTIN y Quirófanos, se debe abrir un ingreso diferenciado de UTIN respecto a áreas quirúrgicas, y aprovechara para ubicar mejor el lugar de entrega de materiales e insumos estériles para pisos y ambulatorios.	Mediato sujeto a disponibilidad de recursos	Dirección Administración Jefes de Servicios	Recursos
	Reubicar a un espacio específico el área de banco de vacunas y más bien implementar un servicio de atención a niño/a sano/a con vacunas, crecimientos y desarrollo, además de otros programas de salud pública	Inmediato con extensión no mayor a dos meses	Dirección Administración Jefes de Servicios	Recursos
	Ampliar la farmacia para mejora conservación y manejo de medicamentos, es probable que se pueda reubicar al área de administración a otro piso o habilitar otra oficina como se tiene el en tercer piso para los pisos 4 o 5.	Mediato	Dirección Administración Jefes de Servicios	Recursos
	Identificar y/o adecuar una sala de internación de AISLAMIENTO para	Mediato	Dirección Administración Jefes de	Recursos

	pacientes infecciosos		Servicios	
	Cambiar los lavamanos y grifos de los servicios de UTIN, UTI, consultorios	Mediato	Dirección Administración Jefes de Servicios	Recursos
Procedimientos y actividades de los 4 subcomponentes.	Adecuar y dar condiciones al ambiente de almacenamiento general de residuos, luz, limpieza, área de ingreso, camino de acceso entre el hospital y el ambiente, colocar malla milimétrica	Inmediato y mediato	Dirección Administración Jefes de Servicios Responsable de Subcomité	Recursos
	Fortalecer todos los procesos de limpieza y desinfección con la empresa, desde uniformes, procedimientos, materiales e insumos como ser: <ul style="list-style-type: none"> - Carro doble balde - Basureros - Trapeadores adecuados 	Inmediato y mediato	Dirección Subcomité Empresa	Recursos Negociación Materiales Insumos Equipos
	Asignación de supervisores de cada servicio o piso para que se cumplan las normas de manejo de residuos, utilización adecuada de concentraciones de detergentes y desinfectantes, periodos y calidad de la limpieza y desinfección, uso adecuado de uniformes	Inmediato aplica para todos los subcomités	Dirección Subcomité	Memos Recursos
	Establecer un programa de actualización y comunicación para manejo adecuado de residuos para personal del hospital y limpieza	Inmediato	Dirección Subcomité	Recursos Materiales
	Elaboración y ejecución de planes de capacitación y educación continua para todos los subcomités	Inmediato con sus respectivos cronogramas	Subcomités	Recursos y materiales
	Implementación de formularios e instrumentos	Inmediato	Dirección Subcomité	Recursos

	manejo de residuos hospitalarios			
	Supervisión y cumplimiento de normas de bioseguridad, control de infecciones y residuos para cuartos de estudiantes y de internos.	Inmediato	Subcomites Supervisores	Procesos Normativa
	Implementación de programa de capacitación y actualización de todo el personal en prevención y control de IH y Bioseguridad	Inmediato y funcionando periódicamente	Subcomites	Materiales Salas de reuniones Letreros
	Implementar y fortalecer los procesos de riesgo para cortopunzantes, supervisión periódica de recipientes y procedimientos, reportes de accidentes e informes regulares	Inmediato y funcionando periódicamente	Subcomites	Materiales Salas de reuniones Letreros
	Implementar un archivo de informes semanales de supervisión de procesos de limpieza, desinfección y esterilización, con actualización de posibles accidentes o eventos inusitados, estos últimos deben ser reportados inmediatamente	Inmediato o funcionando	Supervisores de cada servicio	Materiales y formatos
	Supervisar, reportar y otorgar insumos y materiales para bioseguridad y control de infecciones por cada servicio y/o comité; Jabón líquido adecuado, alcohol gel, toallas de papel, guantes, mascarillas adecuadas para procedimientos, batas y lentes (EPP), basureros, bolsas por colores, recipientes para cortopunzantes, etc.	Mediato y regular	Supervisores y responsable de servicios	Recursos Materiales Insumos

	Contratación de un estadístico con experiencia en SNIS	Inmediato	Dirección Administración	
	Implementación de instrumentos del SNIS en todos los servicios, implementación y actualización de reportes operativos, epidemiológicos y de producción de servicios, vigilancia epidemiológica, indicadores y boletines	Inmediato y Mediato	Subcomité análisis de información	Recursos Materiales Oficina o espacio específico Equipo de computación con impresora e internet
	Realizar estudios específicos de control de infecciones, microbiológicos, epidemiológicos u operativos en todos los servicios con apoyo de la universidad y servicios contratados.	Mediato	Subcomites y Epidemiología	Recursos y convenios
Lavandería	Dotar de mobiliario adecuado para ropaje de acuerdo a momentos protocolizados.	Inmediato	Subcomité Administración Empresa	Recursos Mobiliario
	Revisar los procedimientos de lavado, limpieza y despacho de la ropa que incluye uso de lavandina y protección del personal de lavandería, capacitación y supervisión	Inmediato	Subcomité Administración Empresa	Recursos Protocolos Materiales
	Asignar un responsable de supervisión técnica de los procedimientos de lavandería, parte de personal de enfermería o central de esterilización que realice informes periódicos de situación	Inmediato y en coordinación con la empresa	Subcomité de infecciones	Materiales
Cafetería	Mejorar el almacenamiento, limpieza, manipulación y expendio de alimentos de acuerdo a norma nacional	Inmediato y mediato	Subcomité de infecciones	Insumos y materiales

	Estudios microbiológicos de alimentos, bebidas e identificación de riesgos	Mediato	Subcomité	
Otros	Revisión y adecuación de la norma para servicios de apoyo, mantenimiento, luz, mecánica y otros en bioseguridad y control de infecciones	Mediato	Subcomite bioseguridad	
	Adecuar y establecer acciones para mejorar la eliminación y tratamiento de residuos líquidos	Mediato y prolongado	Subcomité	
	Proteger o cambiar los interruptores y toma de corriente en áreas donde se almacena o se generan los gases como oxígeno y aire comprimido	Inmediato	Subcomité Administración	
Morgue y Anfiteatro	Implementar y fortalecer los procedimientos de bioseguridad y control de infecciones para cadáveres y sus residuos	Inmediato	Subcomité Universidad	

OTRAS RECOMENDACIONES

Para la conformación de los comités se sugieren los siguientes puestos hospitalarios:

COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- Director Hospital
- Jefe Medico
- Jefa de Enfermería
- Administrador
- Jefa unidad esterilización y quirófanos
- Epidemiólogo

SUBCOMITE DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y BIOSEGURIDAD (por ahora y al no ser tan extenso el hospital se puede fusionar estos dos subcomites)

- Jefa de Enfermería
- Administración
- Jefe Medico

- Epidemiología
- Jefe de Laboratorio
- Jefa de farmacia

SUBCOMITE DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

- Jefe Medico
- Jefe de unidad académica
- Epidemiólogo
- Jefa de Enfermeras
- Jefe de Unidad de esterilización y quirófanos
- Jefe de Laboratorio
- Responsable Nutrición

SUBCOMITE DE ANALISIS DE INFORMACION

- Epidemiólogo
- Jefe Medico
- Jefa Enfermería
- Estadístico (por contratar)

ACTIVIDADES PROPUESTAS CON CARÁCTER DE URGENCIA DONDE EXISTIRA ASISTENCIA TÉCNICA DE EPIDEMIOLOGIA DEL HOSPITAL.

ACTIVIDAD	FECHA DE EJECUCIÓN	RESPONSABLES
Reactivación y funcionamiento del Comité Hospitalario de Vigilancia Epidemiológica (reunión y acta)	22 a 24 de julio	Director Hospital Director Médico
Asignación institucional de los miembros del comité por dirección	Hasta 26 de julio	Director Hospital Resp. RRHH
Conformación y convocatoria a miembros de Subcomités: <ul style="list-style-type: none"> - Residuos Hospitalarios - Bioseguridad - Infecciones intrahospitalarias - Análisis y sistema de información 	Hasta 2 de agosto	Directorio comité hospitalario de vigilancia epidemiológica
Revisión y adecuación técnica de cláusulas de contratos con empresas tercerizadas de limpieza, lavandería, alimentación y residuos en temas de control de infecciones y bioseguridad; capacitación de su personal y dotación de materiales e insumos concertados y necesarios	Hasta el 15 de agosto	Comité Vigilancia Dirección Administración
Nombramiento y asignaciones de supervisores,	Hasta 30 de agosto	Comité Vigilancia

personal de control y monitoreo de bioseguridad, control de infecciones y residuos hospitalarios		Dirección Administración
Implementación del SNIS, sistema de vigilancia epidemiológica y ASIS	Hasta 30 de agosto	Epidemiólogo Dirección Medica Estadística
Elaboración de manuales, guías y planes de cada subcomité	Hasta 30 de septiembre	Cada subcomité
Capacitación del personal	Agosto	Responsables comités y director académico