

PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

INDICADORES DE
HIGIENE DE MANOS

2024



Ministerio de Sanidad

Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud

Maria Rosario Fernández García (coordinación)

Nuria Prieto Santos (coordinación)

Rebeca Padilla Peinado (coordinación)

M. Rocío Montiel Villalonga (coordinación)

Comunidades Autónomas

Elvira Eva Moreno Campoy (Andalucía)

Paloma Trillo López (Andalucía)

Mara Til Aliaga (Aragón)

Belén Suarez Mier (Asturias)

Sandra Díaz Rodríguez (Asturias)

Layla Aoukhiyad Lebrahimi (Balears)

M^a Dolores Alonso Llobregat (Balears)

Nuria Bañón Morón (Canarias)

Paloma García de Carlos (Canarias)

María Oro Fernández (Cantabria)

Jose Luis Teja (Cantabria)

Tomás Maté Enríquez (Castilla y León)

Soledad Montero Alonso (Castilla y León)

Sonia Cercenado Sorando (Castilla-La Mancha)

Dolors Segura Bisbal (Cataluña)

Laura Navarro Vila (Cataluña)

Vicente José Belda Torrent (C. Valenciana)

Mari Carmen Bonet Costa (C. Valenciana)

María José Merino Plaza (C. Valenciana)

Patricia Vargas Díaz (INGESA)

Julián Domínguez Fernández (Ceuta)

Francisco Javier de la Vega Olías (Melilla)

Manuel García Toro (Extremadura)

María Dolores Formoso Lavandeira (Galicia)

Isabel Losada Castillo (Galicia)

M^a Isabel Ursúa Díaz (Galicia)

Pilar Sáenz Ortiz (La Rioja)

Ana Isabel Izaguirre Martín (La Rioja)

Francisca García Lizana (Madrid)

Elena Jiménez García (Madrid)

Alberto Pardo Hernández (Madrid)

José Eduardo Calle Urra (Murcia)

Joaquín Almela Bernal (Murcia)

Amaya Jimeno Almazán (Murcia)

Amaya Bacaicoa Hualde (Navarra)

Aránzazu Elizondo Sotro (Navarra)

Enrique Peiró Callizo (País Vasco)

María Luisa Iruretagoyena Sánchez (País Vasco)

Contenido

Contenido	3
1.Lista de abreviaturas.....	4
2. Introducción y método.....	5
3. Resultados.....	8
3.1. Indicador L2O2.2.1. Camas de UCI con preparado de base alcohólica en el punto de atención.	8
3.2. Indicador L2O2.2.2. Camas de hospitalización con preparado de base alcohólica en el punto de atención	10
3.3. Indicadores L2O2.2.3., L2O2.2.4. y L2O2.2.5. Consumo de preparado de base alcohólica en hospitalización, UCI y consultas.	12
3.4. Indicadores L2O2.2.6. y L2O2.2.7. Observación del cumplimiento de la higiene de manos y del uso de preparados de base alcohólica.	18
3.5. Cuestionario de Autoevaluación de la Higiene de manos	21
3.6. Cuestionario Programa PRINCESS	24
4. Comentarios y conclusiones	25
5. Referencias.....	27
ANEXO I. Descripción de los indicadores estudiados	29
ANEXO II. Tabla Resumen. Indicadores CC.AA. 2024	37

1. Lista de abreviaturas

AP: Atención Primaria

C.A.: Comunidad Autónoma

CC.AA.: Comunidades Autónomas

CAP: Centro de Atención Primaria

EA: Evento Adverso

EE.MM.: Estados Miembros

HM: Higiene de manos

IAAS: Infecciones Asociadas a la Asistencia Sanitaria

IRAS: Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria

L: Litros

OMS: Organización Mundial de la Salud

PBA: Preparados de Base Alcohólica

Programa PRINCESS: programa para la prevención de infecciones en centros residenciales dirigidos a personas mayores de servicios sociales

SIAE: Sistema de Información de Atención Especializada

SIAP: Sistema de Información de Atención Primaria

SNS: Sistema Nacional de Salud

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

2. Introducción y método

La prevención y el control de las infecciones, así como la resistencia a los antimicrobianos, son una prioridad a nivel mundial. Así se contempla en el objetivo estratégico 3.3 del Plan de Acción Mundial de la OMS para la Seguridad del Paciente (1). Este organismo internacional ha enfatizado la necesidad de disponer de programas dirigidos a alcanzar esta meta.

Así, en la 75ª Asamblea Mundial de la Salud, se adoptó la resolución que ha dado lugar a la Estrategia Global para la Prevención y Control de Infecciones (2), que incluye un plan de acción global con un marco de seguimiento y consulta con los Estados Miembros (EE.MM.) Esta Estrategia Global, también proporciona a los EE.MM. orientaciones para reducir las infecciones asociadas con la asistencia sanitaria (IAAS).

A nivel mundial, el impacto que tienen las IAAS y la resistencia a los antimicrobianos en la vida de las personas es incalculable. Más del 24% de los pacientes afectados de septicemia de origen nosocomial y el 52,3% de esos pacientes tratados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) mueren cada año. Estas muertes se duplican o triplican cuando las infecciones son resistentes a los antimicrobianos, según datos de la OMS (3). Además, las IAAS provocan un aumento de las estancias hospitalarias, discapacidad a largo plazo, mayor resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos y costes adicionales tanto para pacientes como para el sistema sanitario (4).

De acuerdo con la encuesta anual EPINE (Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España) (5) desde el año 2015, se observó un descenso de la prevalencia de las IAAS, tendencia que se modificó, con un incremento significativo en los años 2021 y 2022, como consecuencia de la pandemia por Covid-19. Los últimos datos de la encuesta EPINE relativos a 2024, muestran un valor muy similar al de 2023, siendo de un 8,18% el total de pacientes con Infección nosocomial, lo que, si se mejora en los siguientes años podría significar el inicio de la disminución de esta prevalencia.

Las IAAS son una de las causas más prevenibles de eventos adversos (EA) graves. Estas se pueden adquirir en cualquier momento de la asistencia sanitaria y se transmiten de múltiples maneras, siendo la vía más frecuente por contacto directo a través de las manos de los profesionales sanitarios (6).

La higiene de manos ha demostrado ser una medida altamente efectiva y eficiente, esencial para reducir la transmisión de microorganismos e infecciones en entornos de atención médica, bien sea implementada como una intervención independiente o integrada en intervenciones multifacéticas (7-9).

De acuerdo con los datos aportados en el Documento Marco del Sistema Nacional de Salud (SNS) de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS), elaborado por el Grupo de Trabajo de Vigilancia de las IRAS de la Comisión de Salud Pública en 2015 y revisado en 2019 (5), el 20-30% son prevenibles mediante programas de higiene y control de la infección, como el Programa de Higiene de Manos del SNS (10). Por tanto, la prevención de estas infecciones es un objetivo prioritario en la mejora de la calidad asistencial y debe recogerse en las líneas estratégicas dirigidas a promover la seguridad del paciente.

El Ministerio de Sanidad, en el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS, promueve y fomenta la expansión de dicho programa. La recientemente publicada

Estrategia de Seguridad del Paciente 2025-2035, mantenido una línea continuista con el anterior texto, así lo establece en la línea estratégica 2 de *prácticas seguras*, en su segundo objetivo general “*promover las prácticas seguras para prevenir y controlar las IAAS*” (11).

Es importante diseñar herramientas que permitan evaluar, identificar las áreas de mejora y aumentar el grado de implementación de estas prácticas y procedimientos. Con este propósito se diseñaron, en consenso con todas las Comunidades Autónomas (CC.AA.), diversos indicadores, algunos desde 2009 y otros de inclusión más reciente, que permiten evaluar la adherencia de las CC.AA. al Programa de Higiene de Manos del SNS y, cuyos resultados se someten a revisiones anuales.

Hasta el momento los datos de indicadores aportados por las CC.AA., se han publicado de manera anonimizada. Con el objetivo de dar un paso más en la mejora de este programa, este año por primera vez los resultados se publican sin anonimizar, lo que añade valor a la comparabilidad del dato.

Los indicadores que actualmente se someten a evaluación son:

L2O2.2.1. Porcentaje de camas de UCI con preparado de base alcohólica (PBA) en el punto de atención.

L2O2.2.2. Porcentaje de camas de hospitalización con PBA en el punto de atención.

L2O2.2.3. Consumo de PBA en hospitalización.

L2O2.2.4. Consumo PBA en UCI (registro de datos desde 2021).

L2O2.2.5. Consumo de PBA en Atención Primaria (AP) (Registro de datos desde 2015).

L2O2.2.6. Observación de la higiene de manos.

L2O2.2.7. Observación del uso de PBA.

Además, para ampliar la información, desde 2021, se añaden preguntas para conocer la situación sobre la autoevaluación de los centros sanitarios, que de manera general se basa en el cuestionario publicado por la OMS en 2009 (12). En el informe de 2024, se introduce también una modificación relevante: la inclusión de nuevas preguntas en el cuestionario, con el fin de obtener datos más detallados:

1. ¿Se realiza en su CC.AA. el cuestionario de autoevaluación de la Higiene de Manos de la Organización Mundial de la Salud, o una adaptación del mismo?
2. ¿Cuántos de los centros de su CC.AA. realizan el cuestionario de autoevaluación de la Higiene de Manos en el año 2024?
3. De los centros que tienen instaurada la Autoevaluación de Higiene de Manos, ¿cuántos centros tienen una calificación básica en el año 2024?
4. De los centros que tienen instaurada la Autoevaluación de Higiene de Manos, ¿cuántos centros tienen una calificación intermedia en el año 2024?
5. De los centros que tienen instaurada la Autoevaluación de Higiene de Manos, ¿cuántos centros tienen una calificación avanzada en el año 2024?

6.¿Cuántos centros obtuvieron una puntuación inferior a la última evaluación realizada?

7.¿Cuántos centros obtuvieron una puntuación superior a la última evaluación realizada?

Los datos para la evaluación de estos indicadores se solicitan a las 17 CC.AA. y las 2 Ciudades Autónomas del SNS. Los datos de estas últimas se reportan de forma conjunta, por lo que los cálculos se realizan sobre un total de 18 territorios –en adelante y hasta el final del texto, el término Comunidad Autónoma (C.A) podrá designar a cualquiera de los 18.

Cada Comunidad Autónoma cuenta con un responsable que coordina el análisis de datos de su Comunidad y facilita los numeradores y denominadores de estos indicadores a las personas referentes de la Seguridad del Paciente designados en su C.A. (Comité Institucional de la Estrategia de Seguridad del Paciente). Son estos últimos los que remiten al Ministerio de Sanidad la información, donde se lleva a cabo un análisis global de los datos. Por tanto, esta evaluación cuenta con una doble verificación y validación de la información.

Desde el año 2018, los resultados se recogen mediante la plataforma LimeSurvey.

A continuación, se describen los resultados obtenidos para cada uno de estos indicadores durante el año 2024, así como la evolución temporal desde el seguimiento anual que se dispone para cada uno de ellos en función de su inclusión en la Estrategia.

3. Resultados

3.1. Indicador L2O2.2.1. Camas de UCI con preparado de base alcohólica en el punto de atención.

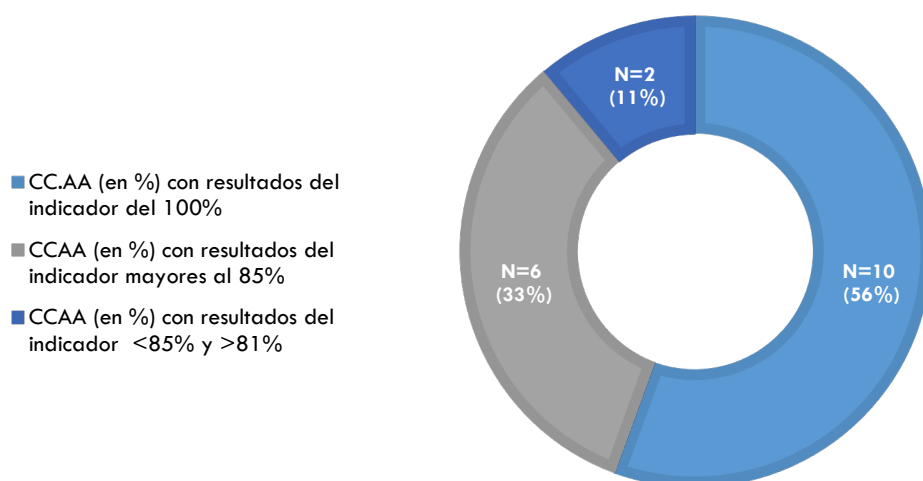
Según los datos aportados por las 17 CC.AA. y 2 ciudades autónomas, este indicador se ha evaluado en 5.707 camas de UCI del SNS, lo que supone una disminución de 205 camas respecto al año anterior y 405 camas menos que en el año 2023.

Acorde con los datos de 2023 del portal Estadístico del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) [\(13\)](#) del Ministerio de Sanidad, el resultado es que se han evaluado el 89% de las camas UCI en funcionamiento. Globalmente el número de camas evaluadas disminuye un 2,4%, debiéndose tener en cuenta que hay una diferencia de un año entre una fuente y otra.

En 2024, según los datos aportados, el 97, 72% de las camas evaluadas disponen de preparado de base alcohólica (PBA) en el punto de atención, dato ligeramente inferior al de 2023 (97,95%).

Los resultados globales muestran que todas las CC.AA. declararon disponer de PBA en al menos el 81,7% de sus camas de UCI, 6 CC.AA. en más del 85% y 10 CC.AA. en el 100%. (Figura 1).

Figura 1. Camas de UCI con PBA en el punto de atención 2024. “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”



Respecto a los datos del año anterior, se mantiene el número de CC.AA. que declaran tener PBA en el punto de acceso de todas sus camas de UCI. Además, se recupera la tendencia de 2022, en el que todas las comunidades autónomas declaran porcentajes por encima del 80% (Figuras 2 y 3).

Figura 2. Dispersión de los resultados L202.2.1 de las CC.AA. en 2024. “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”

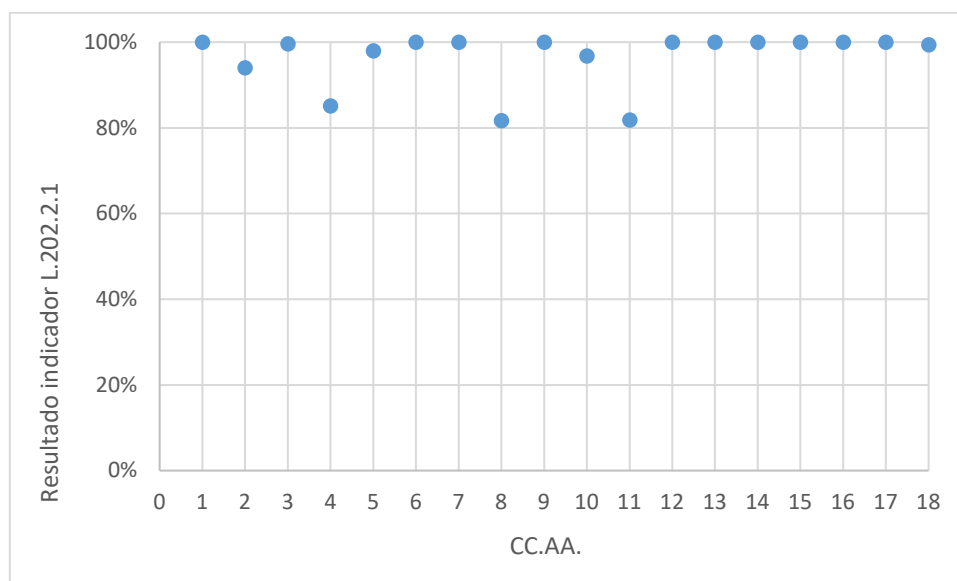
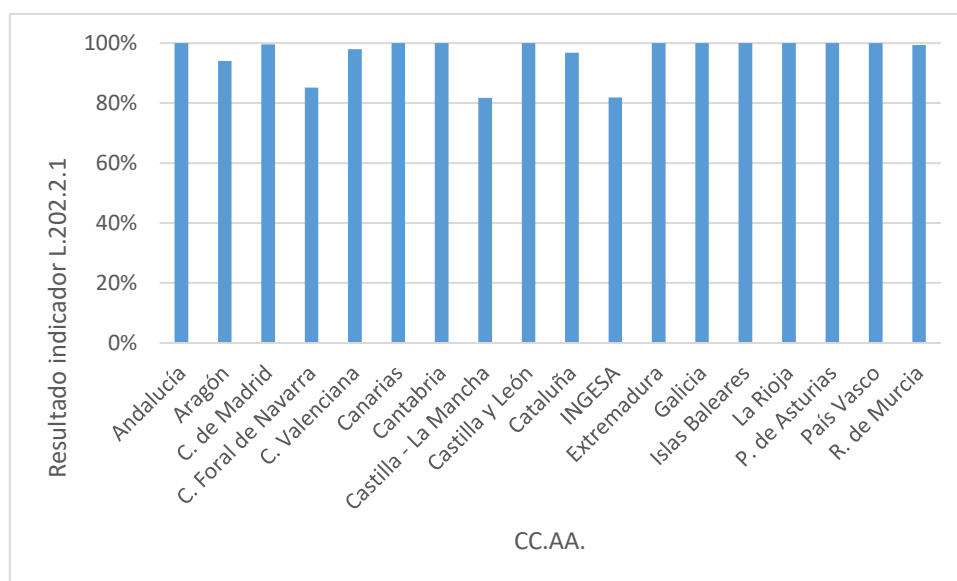
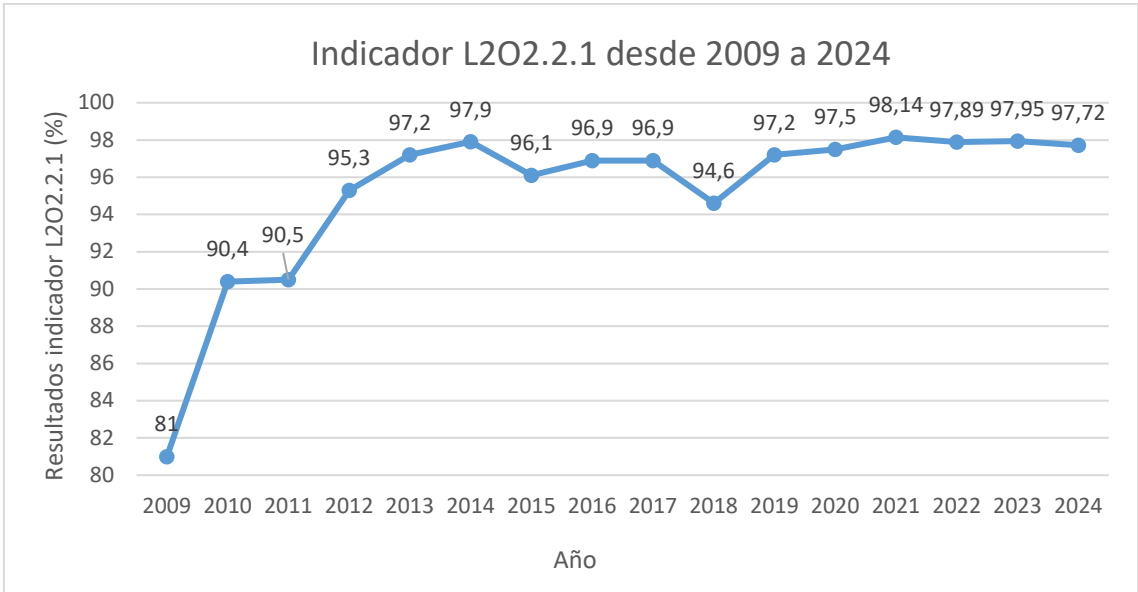


Figura 3. Gráfica de los resultados L202.2.1 de las CC.AA. en 2024. “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”



Comparando con años anteriores, desde 2009 hasta 2014 se aprecia una tendencia ascendente en este indicador. A partir de 2014, los valores se han mantenido elevados, presentando solo ligeras variaciones. Durante 2020-2021 se registró un aumento notable en la serie, coincidiendo con la pandemia de Covid-19, periodo en el cual la higiene de manos adquirió una relevancia especial y que debe considerarse al interpretar los resultados. Desde 2022, los valores se mantienen estables (Figura 4).

Figura 4. Evolución temporal del indicador L2O2.2.1 de 2009-2024. “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”

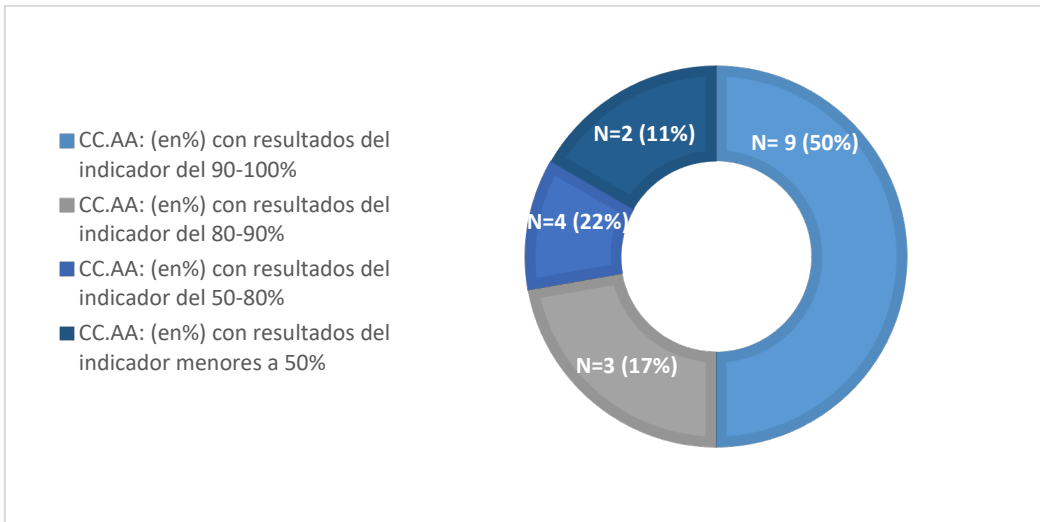


3.2. Indicador L2O2.2.2. Camas de hospitalización con preparado de base alcohólica en el punto de atención

Según los datos aportados por las 17 CC.AA. y 2 ciudades autónomas, este indicador se ha evaluado en 92.972 camas de hospitalización del SNS, lo que representa un 80,5% del número de camas en hospitales de agudos, de acuerdo con el último dato disponible (2023) en el Portal Estadístico del SIAE (13) del Ministerio de Sanidad, debiéndose tener en cuenta que hay una diferencia de un año entre una fuente y otra.

Este año 9 CC.AA. alcanzan resultados de entre el 90-100%, 3 presentan cifras entre 80-90%, otras 4 entre el 50-80% y 2 registran datos inferiores al 50% (Figura 5).

Figura 5. Camas de hospitalización con PBA en el punto de atención 2024. “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”



Es probable, que la variabilidad de resultados de este indicador entre CC.AA., se deba en parte a la diferente valoración que hacen los centros sanitarios a la hora de considerar el punto de atención en relación con el acceso al PBA. Esta variabilidad, se observa en el gráfico de dispersión, siendo el valor mínimo del 25,10% y el máximo del 100% (Figuras 6 y 7).

Figura 6. Dispersión de los resultados L202.2.2 de las CC.AA. en 2024. “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”

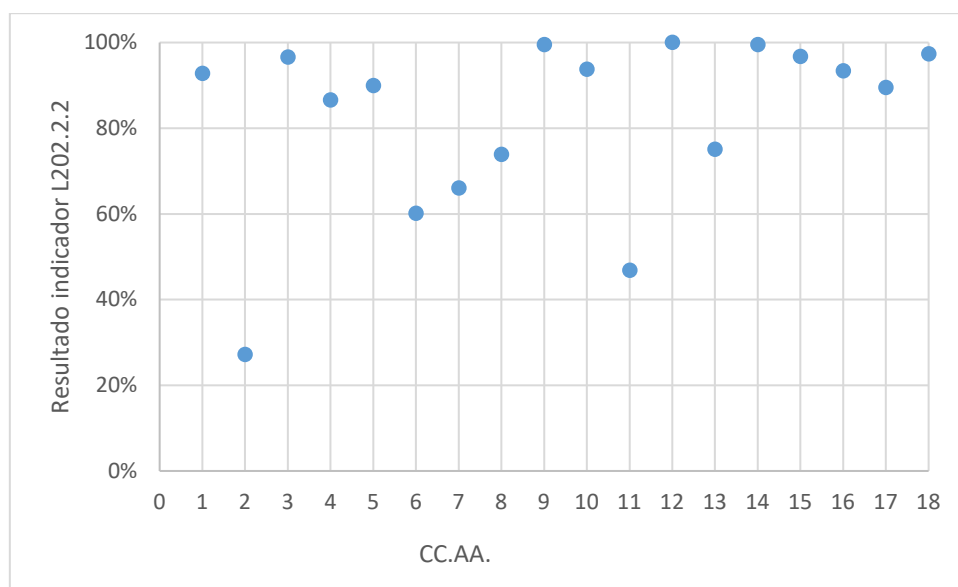
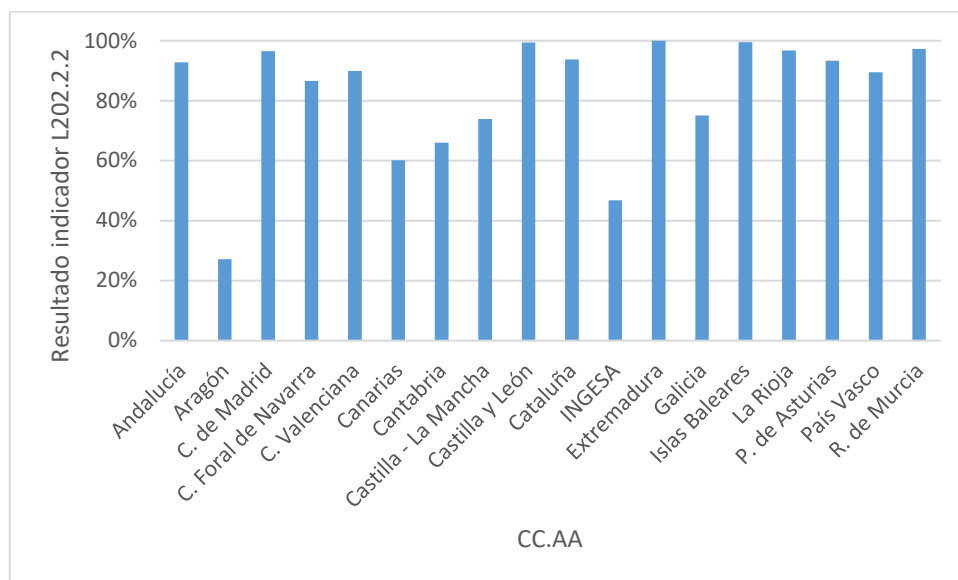
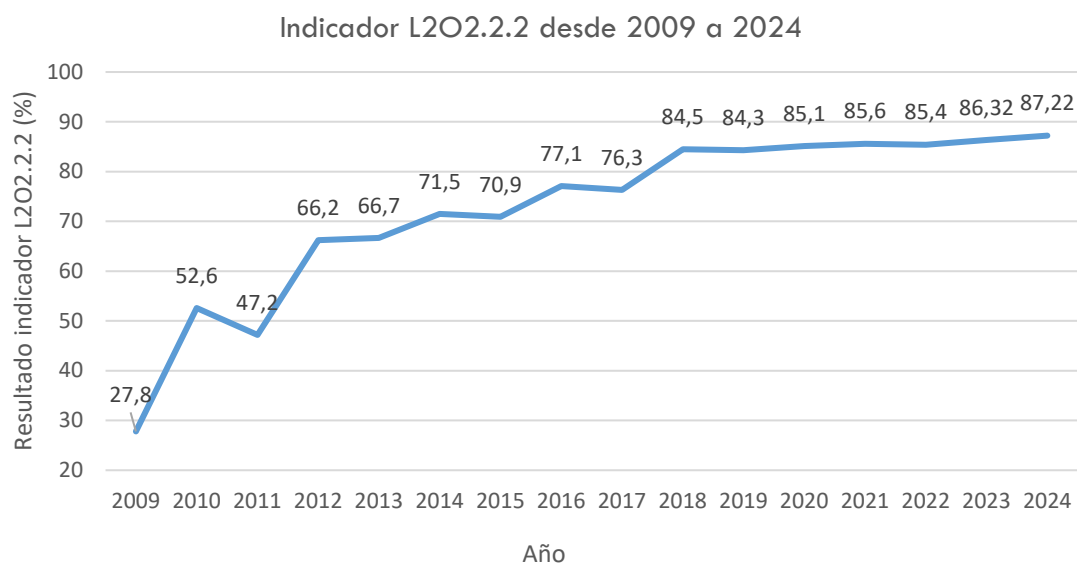


Figura 7. Gráfica de los resultados L202.2.2 de las CC.AA. en 2024. “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”



En relación con la evolución temporal (Figura 8), desde la implantación del Programa de Higiene de Manos en 2009, este indicador ha mejorado de manera constante, y en 2024 ha vuelto a alcanzar máximos históricos. El porcentaje acumulado de mejora en los últimos dos años es del 1,82 %.

Figura 8. Evolución temporal del indicador L2O2.2.2 de 2009-2024. “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”



3.3. Indicadores L2O2.2.3., L2O2.2.4. y L2O2.2.5. Consumo de preparado de base alcohólica en hospitalización, UCI y consultas.

Las 17 CC.AA. y 2 ciudades autónomas, han presentado datos para los indicadores L2O2.2.3 y L2O2.2.4. Sin embargo, a diferencia del año 2023 en el que todas las comunidades autónomas aportaron datos para todos los indicadores, en 2024, una comunidad autónoma no aporta datos para el indicador L2O2.2.5.

En el año 2024 el promedio de consumo de PBA en hospitalización es de 27,55 litros por cada 1.000 días de estancia y se han evaluado 23.927.708 estancias totales en hospitalización. El consumo promedio sigue la tendencia descendente iniciada en 2022 no encontrándose en niveles tan bajos desde 2017.

Este año, 9 CC.AA. han consumido entre 20 y 40 L, 6 CC.AA. obtienen un resultado inferior a 20, y 3 obtienen un dato de 40 a 60 L, siendo el consumo más alto 59,5 litros por cada 1.000 días de estancia. (Figuras 9, 10 y 11).

Figura 9. PBA consumido por cada 1.000 días de estancia hospitalaria 2024. Indicador L2O2.2.3 “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”

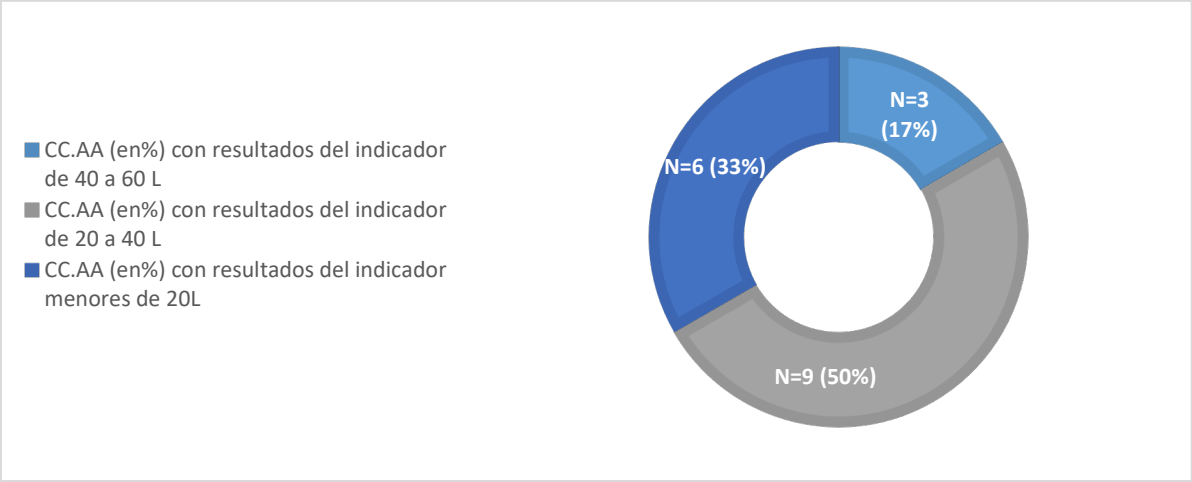


Figura 10. Dispersión de los resultados L2O2.2.3 de las CC.AA. en 2024. “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”

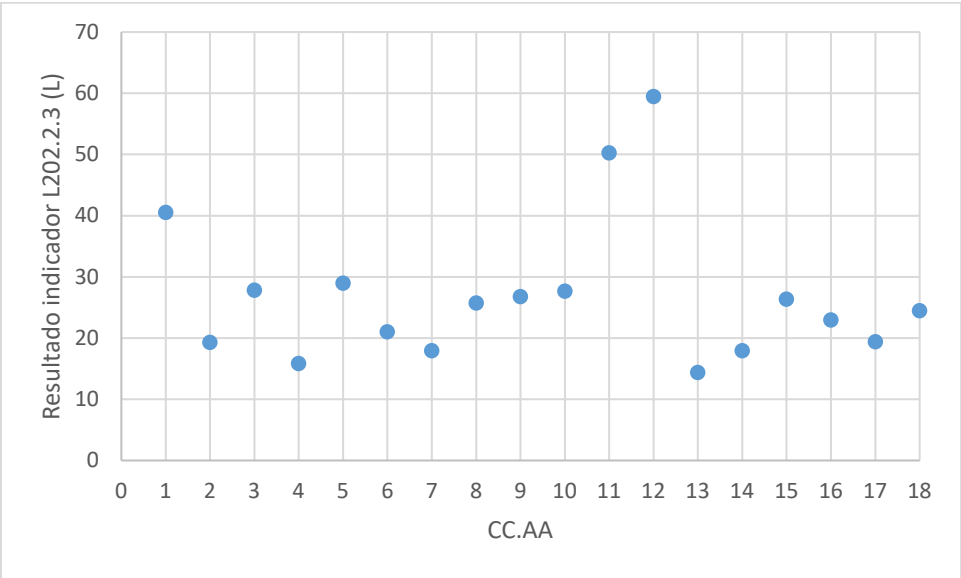
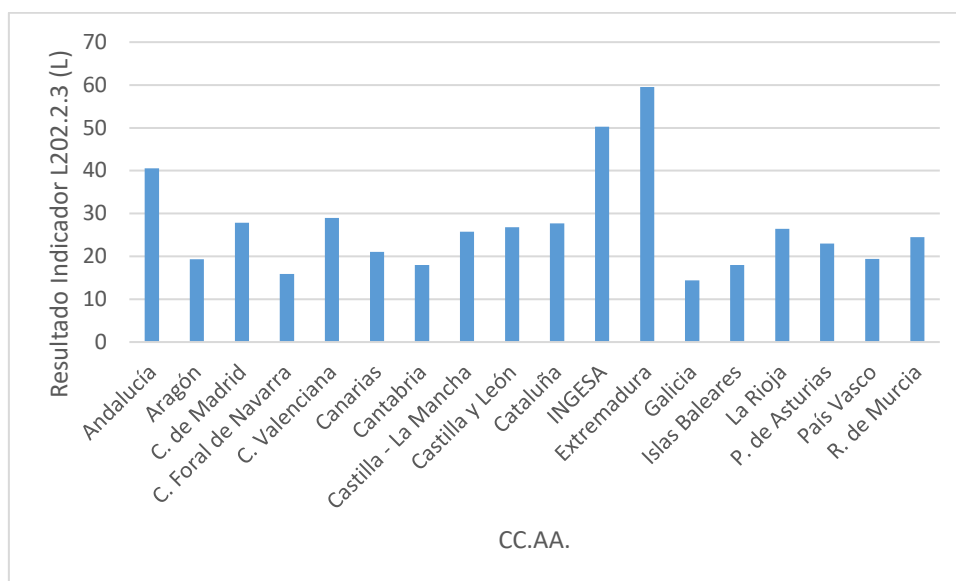


Figura 11. Gráfica de los resultados L202.2.3 de las CC.AA. en 2024. “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”



En relación con el consumo de PBA en UCI, el promedio en 2024 por cada 1.000 días de estancia es de 94,4L, y se han evaluado 1.125.784 estancias totales de UCI. Este parámetro se empezó a medir durante la pandemia, momento en el que se realizó el mayor consumo y había mantenido una tendencia descendente desde entonces; Sin embargo, este año se observa una mejora del 2%.

En el año 2024, 5 CC.AA. declaran un consumo superior a 100 L y 13 CC.AA. entre 50 y 100 L. Ninguna C.A. registra un consumo menor a 50 L por cada 1000 días de estancia (Figuras 12, 13 y 14).

Figura 12. PBA consumido por cada 1.000 días de estancia UCI 2023. Indicador L202.2.4. “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”.



Figura 13. Dispersión de los resultados L202.2.4 de las CC.AA. en 2024. “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”

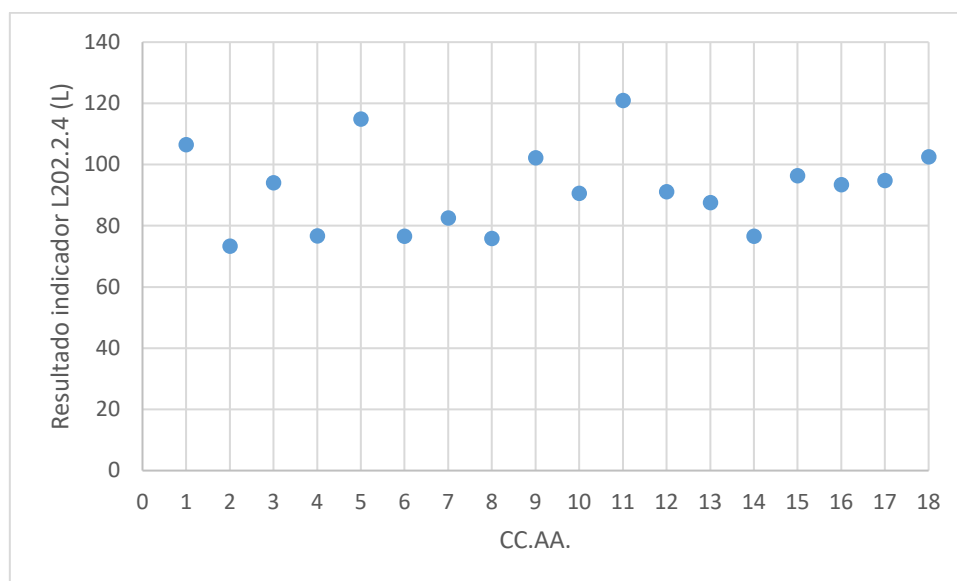
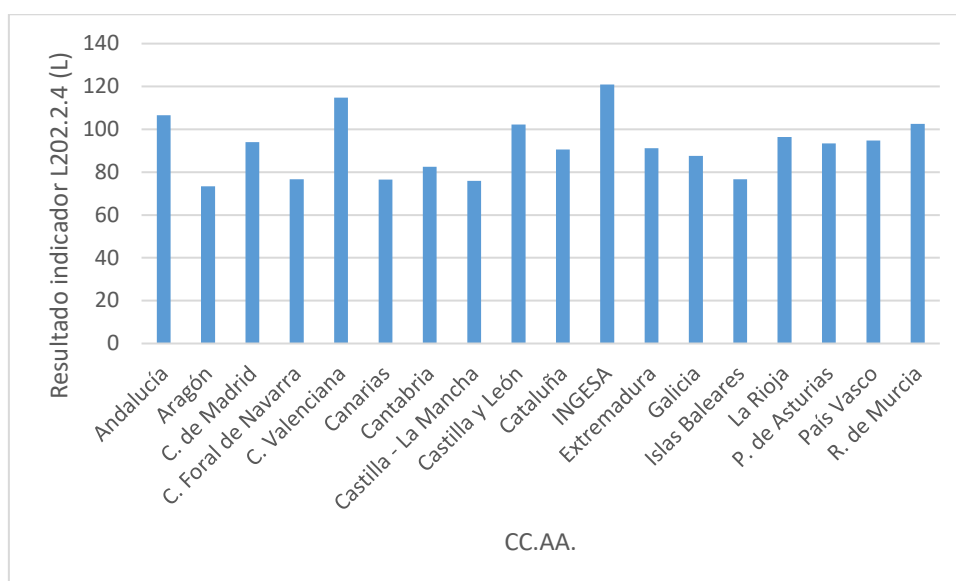


Figura 14. Gráfica de los resultados L202.2.4 de las CC.AA. en 2024. “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”



En relación a las consultas de AP en 2024, el consumo ha sido 3,8 litros por cada 10.000 consultas. Siendo la disminución de un 24% con respecto al año encontrándose por debajo de valores pre-pandémicos (3,92 en 2019).

Como se muestra en la figura 16, existe una enorme variabilidad entre CC.AA., con una amplia dispersión del indicador, que se ha evaluado sobre un total de 311.799.563 consultas. El número de consultas evaluadas corresponde a un 71% del número total de consultas de atención primaria, según los datos del Portal Estadístico del SIAP (14). Este valor continúa en tendencia descendente, suponiendo en 2024 casi un 4% menos que en 2023, y una disminución de un 9% menos de consultas evaluadas que en el año 2022.

El número de litros de PBA entregado en las consultas fue de 366.308 L en el año 2022, 159.566 L en 2023 y 118.743 en 2024. Es decir, en el año 2024, se han entregado 40.823 L de PBA menos que el año anterior y 246.565 L menos que en 2022. Sólo 1 CC.AA. han superado los 10 L, 1 C.A. registra consumos entre 5 y 10 L y 16 CC.AA. refieren valores de consumo menores a 5 L (Figuras 15, 16 y 17).

Figura 15. PBA consumido por cada 10000 consultas AP 2024. Indicador L202.2.5. “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”

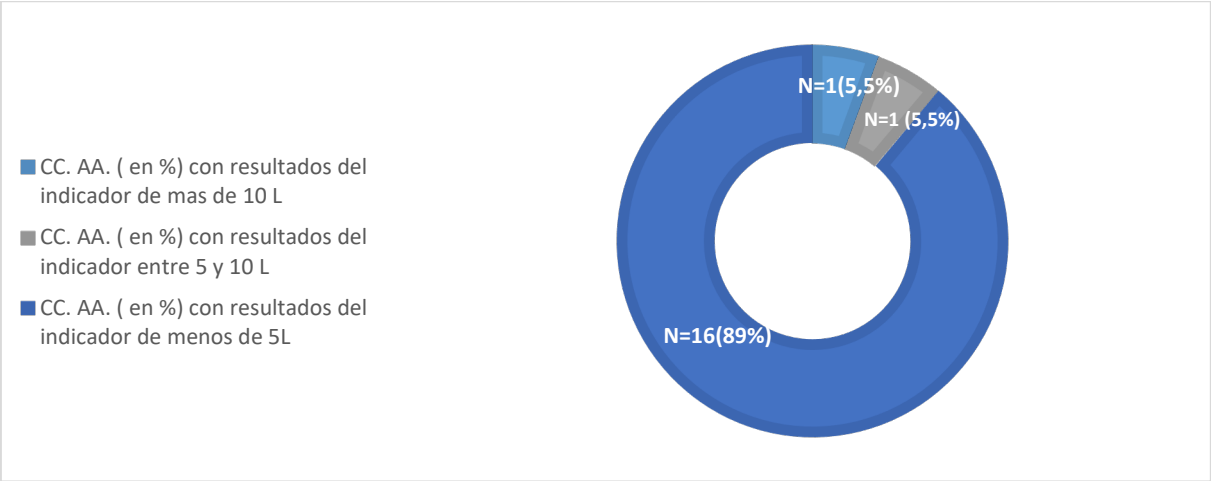


Figura 16. Dispersión de los resultados L202.2.5 de las CC.AA. en 2024. “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”

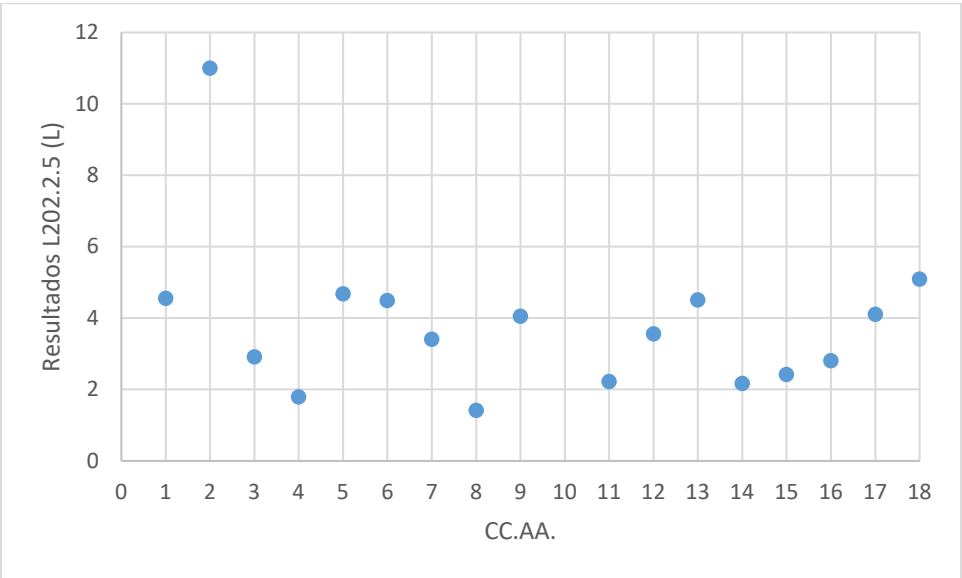
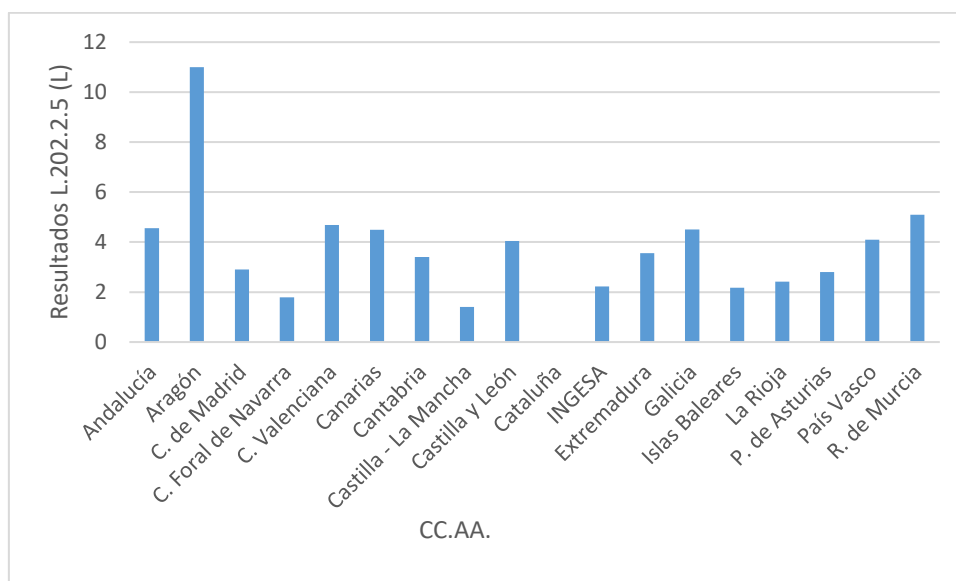


Figura 17. Gráfica de los resultados L2O2.2.5 de las CC.AA. en 2024. “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”

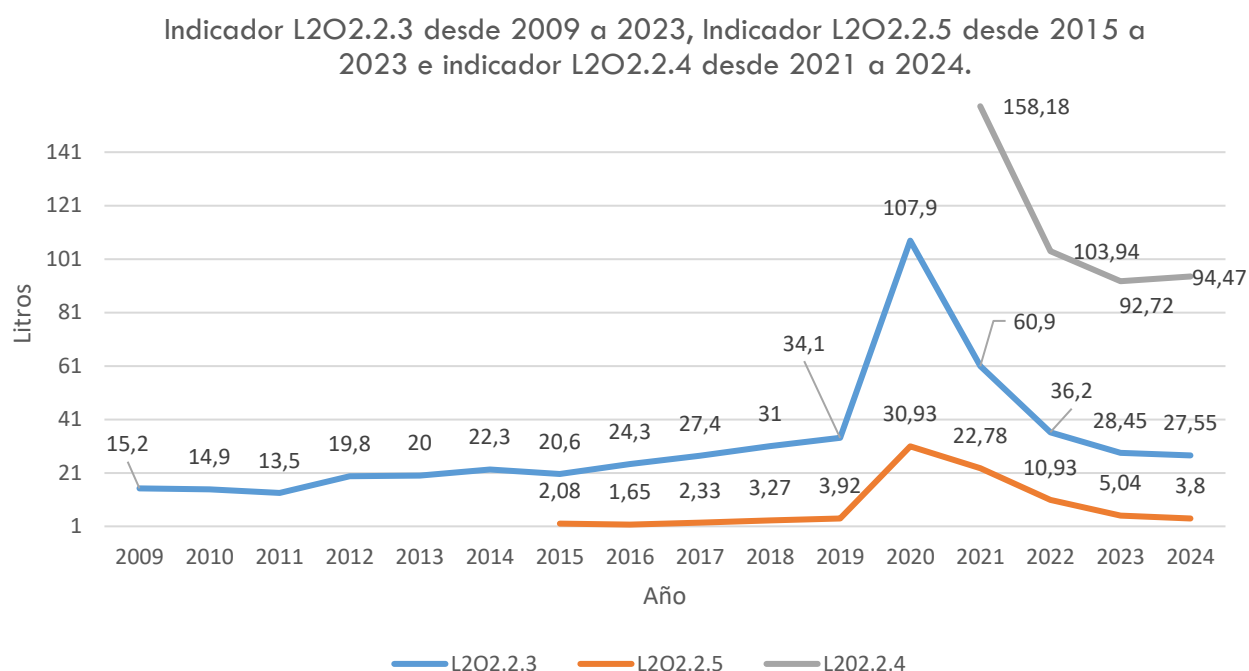


En relación con la gráfica de la evolución temporal del consumo promedio de PBA, se incluyen los indicadores L2O2.2.3 desde 2009, L2O2.2.5 desde 2015, y el indicador L2O2.2.4 de creación más reciente con datos registrados desde el 2021 (Figura 18).

Para facilitar la construcción e interpretación del gráfico, los litros de PBA consumidos en AP se presentan por 10.000 consultas, mientras que los litros correspondientes a hospitalización y consumo en UCI se mantienen por 1.000 días de estancia. En todos los indicadores se observa un pico de consumo que coincide con los años 2020 y 2021.

Figura 18. Evolución temporal indicadores L2O2.2.3, L2O2.2.5 y L2O2.2.4 2009/2015/2021- 2024.

“Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”



3.4. Indicadores L2O2.2.6. y L2O2.2.7. Observación del cumplimiento de la higiene de manos y del uso de preparados de base alcohólica.

De acuerdo con la definición de estos indicadores ([ANEXO I](#)), la observación del cumplimiento debe realizarse, como mínimo, antes del contacto con el paciente y antes de la realización de un procedimiento limpio o aséptico, que corresponden al momento uno y dos de los [“5 Momentos de Higiene de manos de la OMS”](#) (15).

El indicador L2O2.2.6 sintetiza el porcentaje de las oportunidades en las que se realizó higiene de manos de las oportunidades observadas y por tanto incluye información de los momentos 1 y 2, pero también, en algunos casos, de otros de los 5 momentos.

Al igual que en 2023, todas las CC.AA. aportan datos para este indicador. Ninguna de estas CC.AA. confirma el cumplimiento de las acciones de higiene de manos en el 100% de las oportunidades observadas, siendo el cumplimiento global del 61.2 %, un 1,21 % menos que el año anterior y dato más bajo de la serie desde 2019. No obstante, el número de CC.AA. que han registrado un cumplimiento igual o mayor al 50% es de 15; 2 CC.AA. más que en 2023 y 5 más que en 2022. (Figuras 19, 20 y 21).

Figura 19. Porcentaje de cumplimiento higiene de manos CC.AA. 2024. Indicador L2O2.2.6. “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”

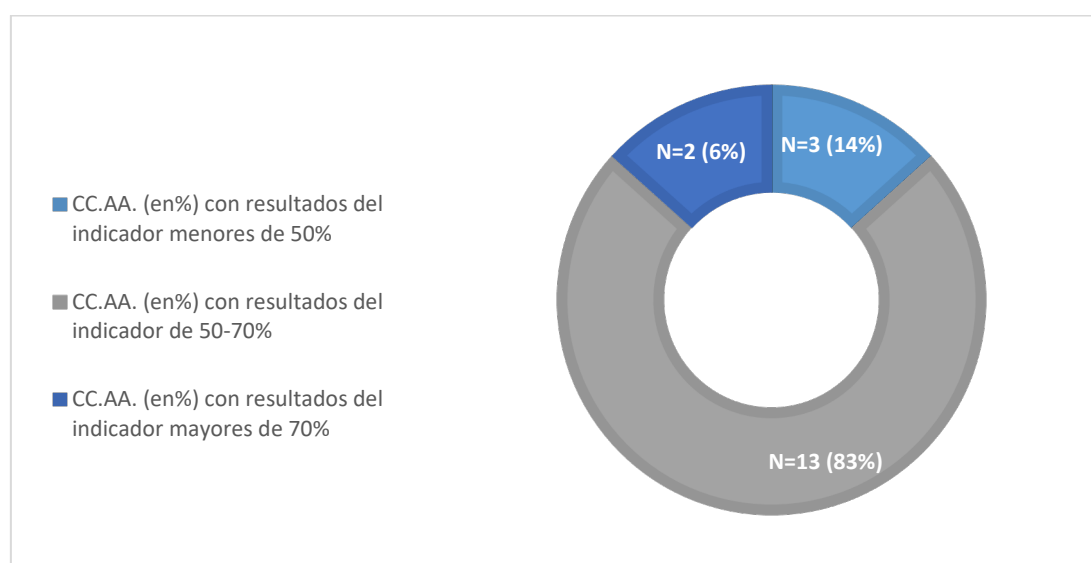
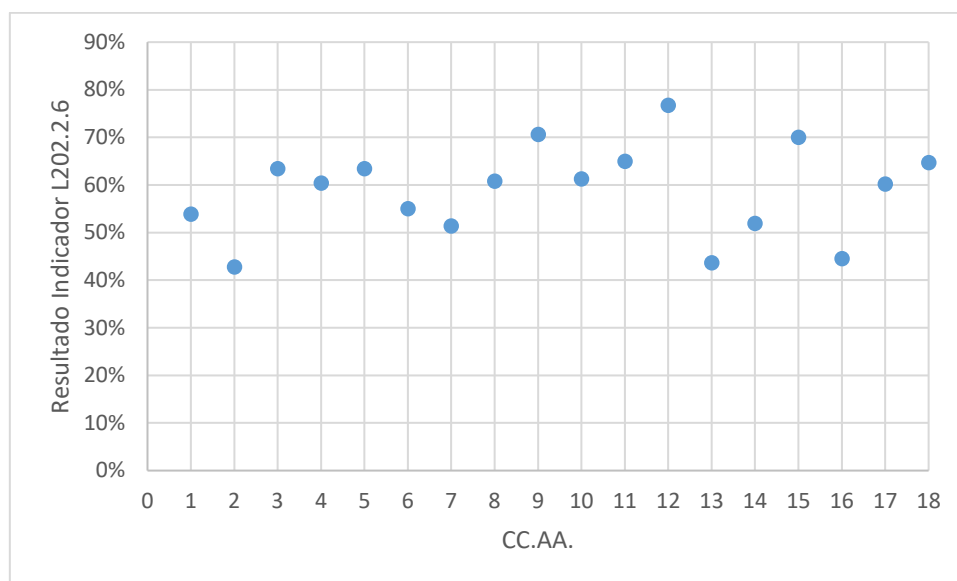


Figura 20. Dispersión de los resultados L2O2.2.6 de las CC.AA. en 2024. “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”



El indicador L2O2.2.7 cuantifica el porcentaje de acciones de higiene de manos realizadas con PBA sobre el total de oportunidades de higiene de manos observadas. Por tanto, el denominador es el mismo que en el indicador anterior. El cumplimiento global del uso de PBA, de acuerdo con los datos de las CC.AA. es del 55.98%, evidenciando una leve mejora con respecto a 2023, pero sin llegar a alcanzar los valores de 2022.

De nuevo este año todas las CC.AA. han aportado datos para este indicador y, aumentan hasta 12 las CC.AA. que declaran un cumplimiento mayor al 50% (Figuras 21 y 22).

Figura 21. Porcentaje de cumplimiento higiene de manos con PBA CC.AA. 2024. Indicador L2O2.2.7 “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”

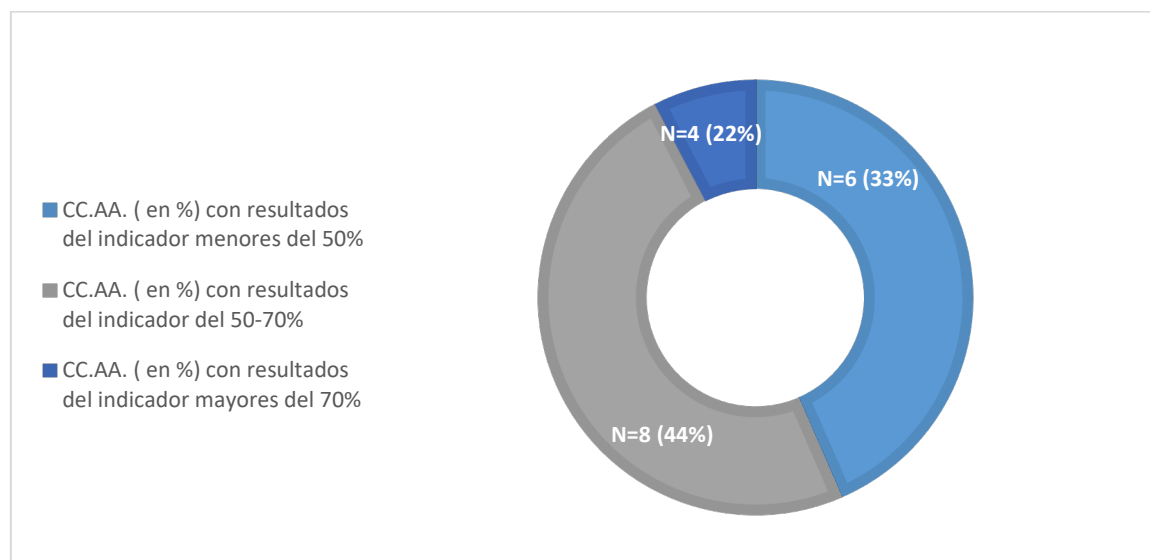
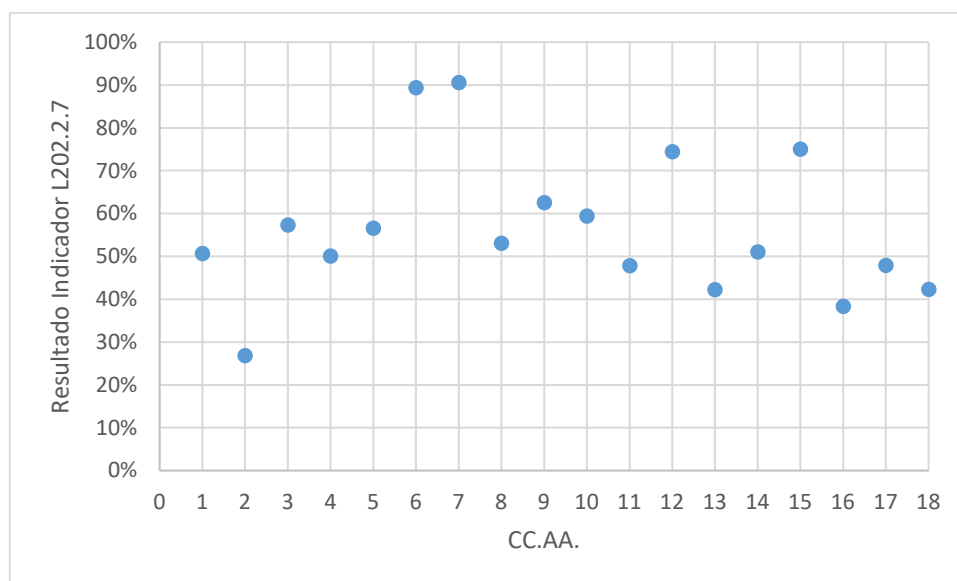
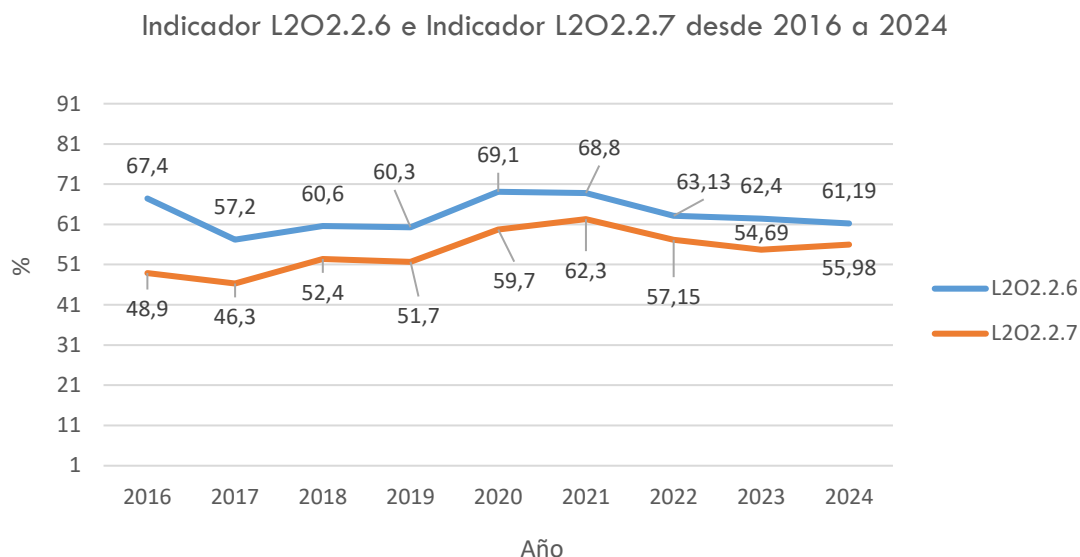


Figura 22. Dispersión de los resultados L202.2.7 de las CC.AA. en 2024. “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”



Aunque en 2024, el indicador L202.2.7 ha mejorado discretamente, el cumplimiento de ambos indicadores no mejora como resultado global (Figura 23) y en algunas CC.AA. preocupa la baja adherencia (Figuras 20y 22).

Figura 23. Evolución temporal indicadores L202.2.6 y L202.2.7 2016- 2024. “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”



Los resultados de los indicadores de cumplimiento, deben interpretarse con reservas, dado que existe una variabilidad significativa en el número de centros participantes por CC.AA. Esta heterogeneidad en la recogida de datos puede influir en la representatividad y comparabilidad de los resultados entre territorios.

3.5. Cuestionario de Autoevaluación de la Higiene de manos

El cuestionario de Autoevaluación de la Higiene de Manos ([ANEXO I](#)), se incorporó por primera vez en 2021 y este año incluye algunas modificaciones.

Este cuestionario está compuesto por las siguientes preguntas:

1. ¿Se realiza en su CC.AA, el cuestionario de autoevaluación de la Higiene de Manos de la Organización Mundial de la Salud, o una adaptación del mismo?
2. ¿Cuántos de los centros de su CC.AA. realizan el cuestionario de autoevaluación de la Higiene de Manos en el año 2024?
3. De los centros que tienen instaurada la Autoevaluación de Higiene de Manos, ¿cuántos centros tienen una calificación básica en el año 2024?
4. De los centros que tienen instaurada la Autoevaluación de Higiene de Manos, ¿cuántos centros tienen una calificación intermedia en el año 2024?
5. De los centros que tienen instaurada la Autoevaluación de Higiene de Manos, ¿cuántos centros tienen una calificación avanzada en el año 2024?
6. ¿Cuántos centros obtuvieron una puntuación inferior a la última evaluación realizada?
7. ¿Cuántos centros obtuvieron una puntuación superior a la última evaluación realizada?

En el año 2024, 14 CC.AA. y 1 ciudad autónoma, reportan que en algunos de sus centros se realiza el cuestionario de Higiene de Manos, y 3 CC.AA y 1 ciudad autónoma no.

A continuación, se muestra una tabla (Tabla 1) en la que se detallan los datos registrados relativos a esta acción.

Tabla 1. Resultados autoevaluación Higiene de Manos 2024. “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”

CC.AA	1.Realización de cuestionario de autoevaluación de la Higiene de Manos OMS, o adaptación del mismo en la C.A.	2.Nº Centros que realizan cuestionario de autoevaluación lavado de manos en 2024
Andalucía	Si	17
Aragón	Si	4
C. de Madrid	Si	291
C. Foral de Navarra	Si	1
C. Valenciana	Si	30
Canarias	Si	9
Cantabria	No	-
Castilla-La Mancha	Si	1
Castilla y León	Si	25
Cataluña	Si	51
Extremadura	No	-
Galicia	No	-
Islas Baleares	Si	1
La Rioja	Si	2
P. de Asturias	Si	4
P. Vasco	Si	5
R. de Murcia	Si	5
Ceuta	Si	1
Melilla	No	-

Con respecto al nivel de calificación, en 2024 de los 447centros que declaran haber realizado el Cuestionario de Autoevaluación, el 69% (309 centros) obtuvieron calificación intermedia, el 27% (121 centros) calificación avanzada y un 3.6% (16 centros), calificación básica (Figura 24). Un centro realizó el cuestionario por primera vez, pero no alcanzó la calificación básica.

En comparativa con la clasificación del año anterior, en 2024 el 18% (79) de los centros han obtenido una calificación superior, el 71% (320) han mantenido la misma y el 11% (48) han obtenido una calificación inferior (Figura 25).

Figura 24. Gráfica % de Centros que realizan el cuestionario de autoevaluación de Higiene de Manos en 2024 por clasificación avanzada, intermedia y básica. “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”

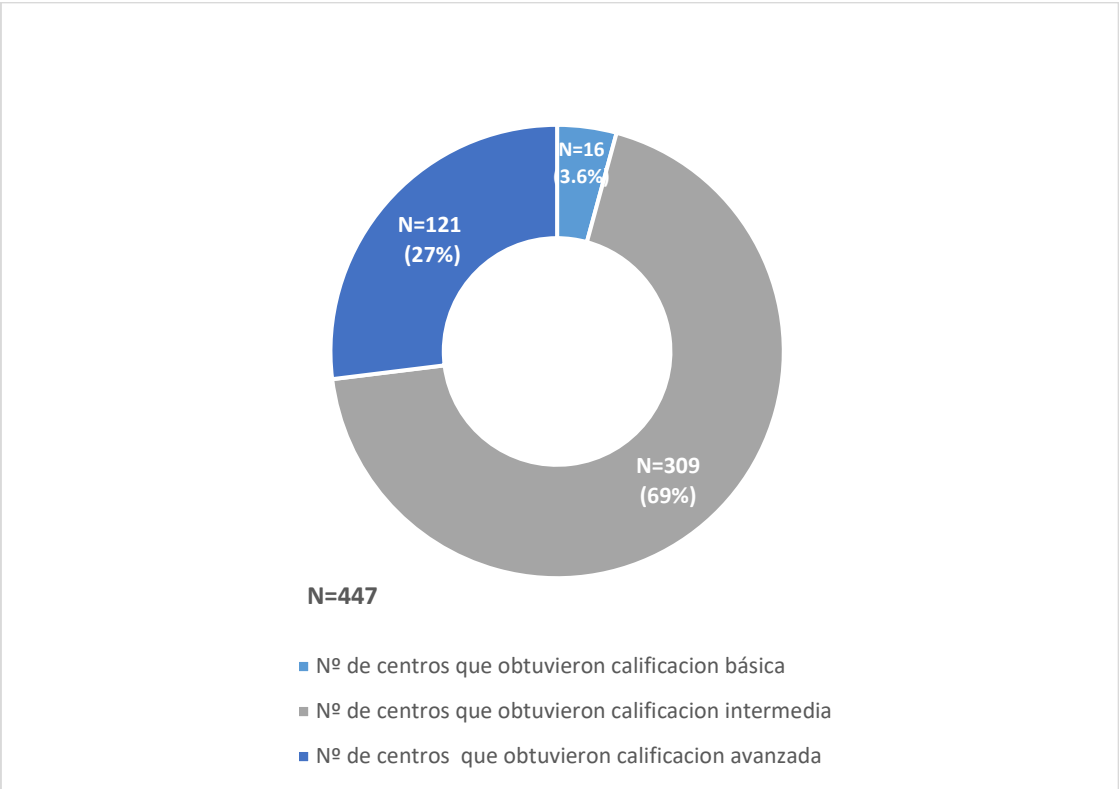
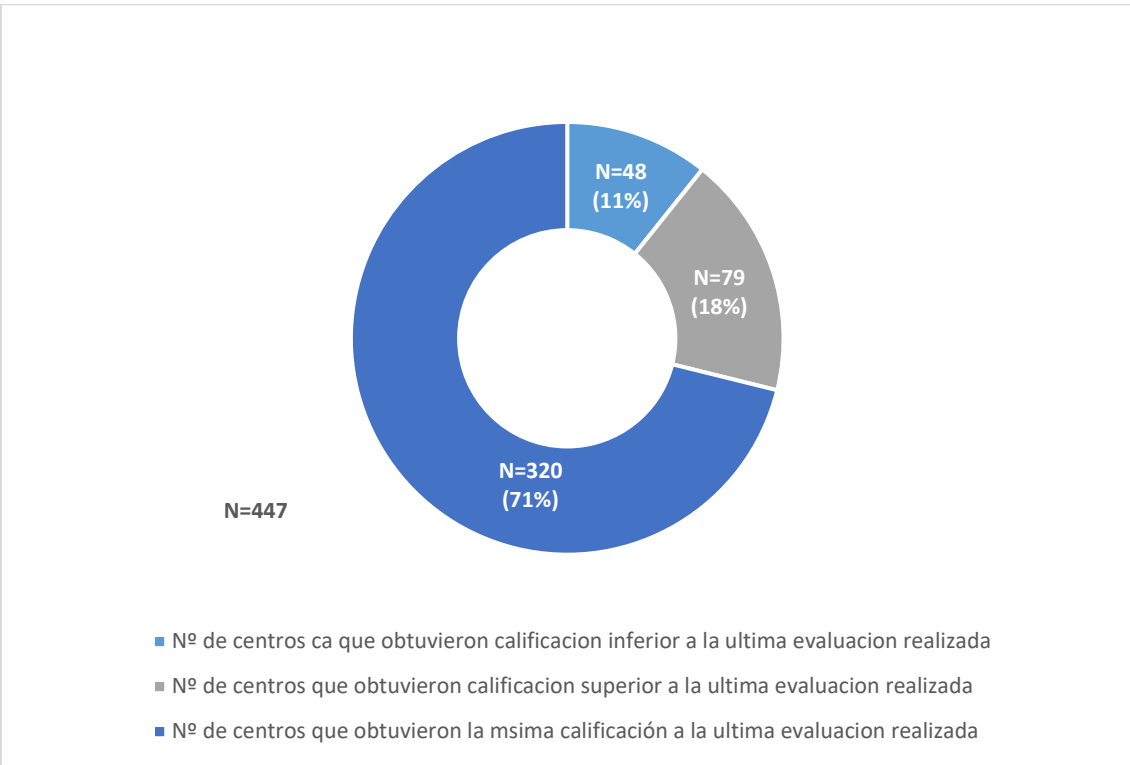


Figura 25. Gráfica % de centros que realizan el cuestionario de autoevaluación de Higiene de Manos en 2024 clasificados por cambio de calificación. “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”



3.6. Cuestionario Programa PRINCESS

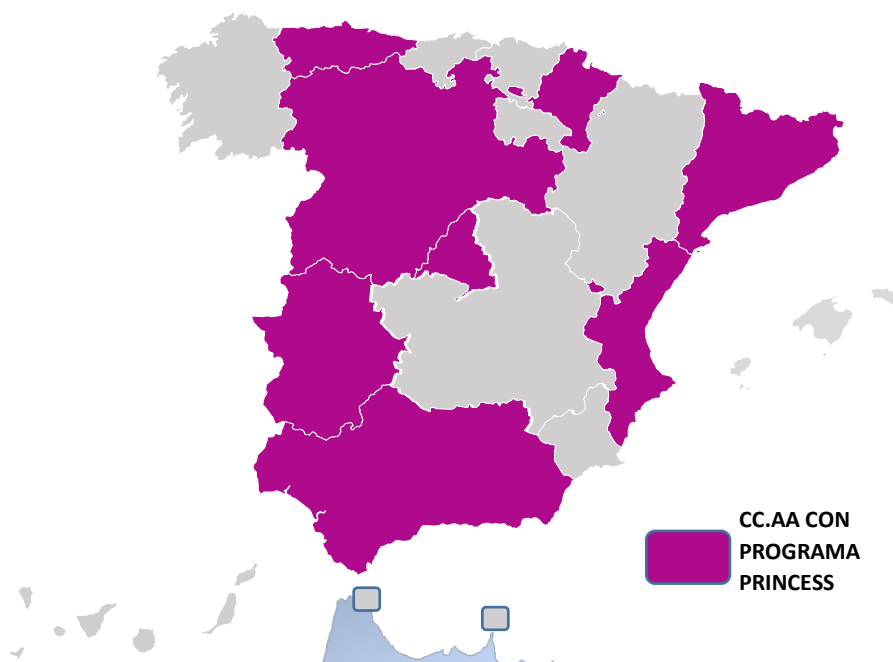
El programa PRINCESS (programa para la prevención de infecciones en centros residenciales dirigidos a personas mayores de servicios sociales), tiene entre sus objetivos, mejorar la higiene de manos en centros residenciales, reforzando la prevención de infecciones entre los residentes.

Este año es el primero en el que el cuestionario incluye una pregunta relacionada con este programa con el fin de conocer su grado de implementación en las CC:AA.:

- ¿Se ha iniciado alguna acción relacionada con la primera fase de implementación del programa PRINCESS (adaptación del programa multimodal de la OMS de higiene de manos al contexto de los centros residenciales de personas mayores en España)?

De las 17 CC.AA y 2 Ciudades autónomas, 8 declaran haber iniciado acciones del programa PRINCESS.

Figura 28. CC.AA. que declaran haber iniciado acciones del programa PRINCESS “Fuente propia: datos obtenidos en LimeSurvey y validados por las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad”



4. Comentarios y conclusiones

- **Se mantiene la buena implementación del programa de Higiene de Manos en lo que respecta a la infraestructura.**
 - **Aunque** la disponibilidad de PBA en los puntos de atención de las **camas de UCI disminuye un 0,23 %**, este año ninguno CC.AA. dispone de menos del 81,7 % de sus camas con PBA en el punto de atención, recuperándose la tendencia de 2022, en el que **todas las comunidades autónomas** declaraban porcentajes **por encima del 80%**.
 - La disponibilidad de PBA en los puntos de atención de camas de **hospitalización sigue mejorando de manera constante**, y en 2024 ha vuelto a alcanzar máximos históricos. El porcentaje acumulado de mejora en los últimos dos años es del 1,8%.
- **Entre los indicadores de consumo, destacamos los siguientes resultados:**
 - **El consumo de PBA en UCI aumenta un 2% en 2024.**
 - **El consumo de PBA en hospitalización** sigue la tendencia iniciada en 2022 encontrándose en niveles similares a 2017.
 - **El dato de consumo de PBA en AP**, continua en tendencia descendente, suponiendo en 2024 casi un 4% menos que en 2023, alcanzando niveles inferiores a los de 2019.
- **Disminuye el grado de cumplimiento de la higiene de manos sin PBA** en un 1,21% con respecto a 2023, **encontrándose el dato más bajo de la serie histórica desde 2019**. No obstante, el número de CC.AA. que han registrado un cumplimiento mayor al 50% es de 15.
- **El grado de cumplimiento de higiene de manos con PBA evidencia una leve mejoría**, un 1,30% con respecto a 2023, **sin llegar a alcanzar los valores de 2022**. Al igual que en el caso anterior, aumenta el número de CC.AA. que declaran un cumplimiento mayor del 50%.

Es preciso destacar que, aun contando con la definición de los indicadores correspondientes, la observación no se realiza de manera uniforme en las CC.AA. ni en todos los centros sanitarios. La observación de la higiene de manos se ve enormemente influida por el grado de implementación de la práctica, el conocimiento de la misma, la pericia en la evaluación de su adherencia y la infraestructura y cultura en seguridad de los centros en los que se lleva a cabo.

- **En la mayor parte de las CC.AA. se realiza el cuestionario de autoevaluación de Higiene de Manos.** Aunque no se dispone del seguimiento desagregado de cada centro, en 2024 gran parte de los centros obtienen una calificación intermedia (69%) . El 18% de los centros han mejorado su calificación y un 11% la ha empeorado.

Una de las principales fortalezas del informe de HM, es la apuesta decidida por parte del Ministerio de Sanidad, CC.AA., centros y profesionales sanitarios lo largo de los años por la mejora continua de la Seguridad del Paciente. El esfuerzo conjunto en la recogida

y análisis de datos, ha permitido disponer de una serie temporal de información muy sólida desde la perspectiva del SNS.

Sin embargo, la heterogeneidad en los métodos de recogida de información debilita los resultados para ofrecer una información detallada y, especialmente limita la comparabilidad entre CC.AA..

Por otro lado, los cambios en la gestión de los programas de HM referidos a disponibilidad y consumo de productos para la HM, así como la aparición de nuevas tecnologías para la observación, invitan a plantear la necesidad de revisar y actualizar los indicadores, de modo que sigan siendo útiles y representativos de la realidad actual.

Es imprescindible insistir en que los programas de HM, deben ser un pilar fundamental en los centros sanitarios para prevenir las IAAS. Aunque llevamos años transmitiendo este mensaje, su relevancia continúa plenamente vigente. Vivimos momentos en los que la sostenibilidad del SNS constituye una preocupación constante. Por ello, apostar por la implementación de programas eficientes como la HM, debe ser una prioridad en toda organización sanitaria que ponga el foco en la calidad y la seguridad del paciente, implicando a los responsables directivos y a todos los trabajadores de los centros.

Este informe como el de años anteriores invita a la reflexión y a plantear de raíz qué estamos haciendo para evitar la contaminación cruzada en los centros sanitarios.

Debemos encontrar un equilibrio entre inversiones de vanguardia e inversiones en programas “de siempre” pero transversales como la HM.

Somos conscientes de que la HM, no es una tecnología, es un hábito de conducta en la práctica clínica diaria basada en la cultura de seguridad, por eso su implantación requiere desarrollar habilidades basadas en la implementación de ésta. Es en este campo donde necesitamos aprender unos de otros y estudiar cómo podemos mejorar lo que estamos haciendo a luz de los datos que año tras año vamos encontrando.

5. Referencias

1. Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>
2. Global strategy on infection prevention and control. Geneva: World Health Organization; 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080515>
3. Organización Mundial de la Salud. (2022). *Global report on infection prevention and control*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051164>
4. Organización Mundial de la Salud. Informe del Director General. Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente. Ginebra: OMS; 2019
5. Ministerio de Sanidad. Documento Marco del Sistema Nacional de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria. Madrid: Grupo de Trabajo CCAES, CNE, ISCIII. Ministerio de Sanidad; 2019
6. Organización Mundial de la Salud. Research agenda for hand hygiene in health care 2023-2030. Genova: OMS; 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073715>
7. Luangasanatip N, Hongsuwan M, Limmathurotsakul D, Lubell Y, Lee AS, Harbarth S et al. Comparative efficacy of interventions to promote hand hygiene in hospitals: systematic review and network meta-analysis. *BMJ Glob Health*. 2015; 351: h3278. <https://doi.org/10.1136/bmj.h3278>
8. Organization for Economic Co-operation and Development. Stemming the superbug tide: just a few dollars more. Paris: OECD Publishing; 2018. <https://doi.org/10.1787/9789264307599-en>
9. Lotfinejad N, Peters A, Tartari E, Fankhauser-Rodriguez C, Pires D, Pittet D. Hand hygiene in health care: 20 years of ongoing advances and perspectives. *Lancet Infect Dis*. 2021; 21: e209-e21. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00383-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00383-2)
10. Ministerio de Sanidad. Seguridad del paciente. Programa de higiene de Manos: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/higieneDeManos/programa.htm>
11. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2025-2035. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025.

https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/docs/estrategia_seguridad_paciente_T2_5_35.pdf

12. Organización mundial de la Salud. Hand Hygiene Technical Reference Manual. Ginebra: OMS; 2009.

https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/higieneDeManos/docs/manual_tecnico.pdf

13. Ministerio de Sanidad. (2025). *Actividad en hospitalización*. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

<https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/C/siae/siae/hospitales/actividad-asistencial/actividad-en-hospitalizacion>

14. Ministerio de Sanidad. (s.f.). *Actividad*. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

<https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/N/sistema-de-informacion-de-atencion-primaria-siap/actividad>

15. Organización Mundial de la Salud. (2025). *Todos los momentos: Higiene de las manos en la atención sanitaria* (versión A2 en español).

[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/infection-prevention-and-control/hand-hygiene/d_allmoments_a2_spanish.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/infection-prevention-and-control/hand-hygiene/d_allmoments_a2_spanish.pdf)

ANEXO I. Descripción de los indicadores estudiados

L202.2.1 Camas de UCI con preparados de base alcohólica en el punto de atención

Fórmula de cálculo: N.º de camas de UCI, incluidas UCI pediátrica y neonatales con preparados de base alcohólica en el punto de atención $\times 100$ / N.º de camas de UCI, incluidas UCI pediátrica y neonatales de la C.A.

Aclaraciones:

Preparado de Base Alcohólica (PBA) en el punto de atención: La disponibilidad del producto ha de estar lo más cerca posible del lugar donde se va a desarrollar la actividad ([estando visible y accesible](#)) sin estar fuera de las inmediaciones de la zona de atención al paciente. No se considera punto de atención si está colocado a la entrada de la habitación o en un punto que requiera que el profesional se desplace, ni los PBA que no están fijos en el área de atención (carros, bateas, etc.).

Punto de atención: Confluencia de los tres elementos: el paciente, el personal sanitario y la atención o tratamiento que implica el contacto con el paciente o su entorno (dentro de la zona del paciente).

Zona del paciente: Lugar donde está el paciente y su entorno inmediato, esto incluye: la piel intacta del paciente y todas las superficies y objetos inanimados en contacto con el paciente (por ejemplo, barandillas de la cama, ropa de cama, tubos de infusión, timbre, etc.).

Numerador: N.º de camas de UCI (incluidas UCI pediátricas y neonatales) con preparados de base alcohólica en el punto de atención

Denominador: N.º total de camas de UCI (incluidas UCI pediátricas y neonatales), solo de los Centros que aportan datos.

Se consideran hospitales de la C.A. aquellos que, con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. Según criterio de la Consejería.

Tipo de indicador: Indicador de estructura

Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos: A establecer por la C.A.

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

Referencias bibliográficas:

- Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.

L202.2.2. Camas de hospitalización con preparados de base alcohólica en el punto de atención

Fórmula de cálculo: $N.º \text{ de camas de hospitalización de la C.A. con preparados de base alcohólica en el punto de atención} \times 100 / N.º \text{ total de camas de hospitalización de la C.A.}$

Aclaraciones:

Preparado de Base Alcohólica en el punto de atención: La disponibilidad del producto ha de estar lo más cerca posible del lugar donde se va a desarrollar la actividad sin estar fuera de las inmediaciones de la zona de atención al paciente. No se considera punto de atención si está colocado a la entrada de la habitación o en un punto que requiera que el profesional se desplace, ni los PBA que no están fijos en el área de atención (carros, bateas, etc.).

Punto de atención: Es el lugar donde coinciden tres elementos: el paciente, el profesional sanitario y el cuidado o tratamiento que implica contacto con el paciente.

Zona del paciente: Lugar donde está el paciente y su entorno inmediato, esto incluye: la piel intacta del paciente y todas las superficies y objetos inanimados que el paciente puede tocar (por ejemplo, barandillas de la cama, mesita de noche, ropa de cama, sillas, tubos de infusión, monitores, timbre y botones, mando TV, etc.).

Numerador: N.º de camas de hospitalización (incluyendo camillas e incubadoras) con preparados de base alcohólica en el punto de atención (incluido urgencias).

Denominador: N.º de camas de hospitalización (incluyendo camillas e incubadoras) de todos los servicios del hospital (incluido urgencias).

Se excluyen: camas de Psiquiatría y camas de UCI

Se consideran hospitales de la C.A. aquellos que, con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. Según criterio de la Consejería.

Tipo de indicador: Indicador de estructura

Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos: A establecer por la CC.AA.

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

Referencias bibliográficas:

- Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.

L202.2.3. Consumo preparados de base alcohólica en hospitalización

Fórmula de cálculo: $N.º \text{ litros entregados} \times 1000 / N.º \text{ total de estancias en el periodo evaluado}$

Aclaraciones:

N.º total de estancias en el periodo evaluado:

Se refiere a las estancias de los pacientes hospitalizados, siendo estancia= Fecha de alta – Fecha de ingreso, durante el periodo de cálculo del indicador. Fecha de ingreso: fecha en la que el paciente es admitido en el hospital y ocupa una cama definida como de hospitalización. Fecha de alta: Fecha en la que el paciente es dado de alta (por curación o mejoría, traslado a otro centro, alta voluntaria, fuga o fallecimiento) en el hospital y abandona una cama definida como de hospitalización.

Cuando un paciente es ingresado y dado de alta en el mismo día debe contabilizarse como un día de estancia.

Numerador: N.º total de litros entregados de preparado de base alcohólica (PBA) en los distintos servicios del hospital (solo unidades o plantas de hospitalización). Se excluyen los entregados en consultas externas, psiquiatría, urgencias, hospital de día, zona de quirófanos u otros servicios donde el paciente no permanezca ingresado. **No se excluye UCI.**

Denominador: N.º de estancias en todos los servicios. Se excluyen los atendidos en consultas externas, psiquiatría, urgencias, hospitales de día, zona de quirófanos u otros servicios donde el paciente no permanezca ingresado.

Observaciones: especificar el tipo de producto utilizado (líquido, gel o espuma)

Tipo de indicador: indicador de resultado

Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos: A establecer por la CC.AA.

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

Referencias bibliográficas :

- Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
- Measuring hand hygiene adherence. Overcoming the challenges. Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission; 2009.
- Indicadores y ejes de análisis del CMBD de hospitalización del sistema nacional de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.

L202.2.4. Consumo preparados de base alcohólica en Unidades de Cuidados Intensivos

Fórmula de cálculo: $N.º \text{ litros entregados en UCI} \times 1000 / N.º \text{ total de estancias en el periodo evaluado en UCI}$

Aclaraciones:

N.º total de estancias en el periodo evaluado:

Se refiere a las estancias de los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), siendo estancia= Fecha de alta – Fecha de ingreso, durante el periodo de cálculo del indicador. Fecha de ingreso: fecha en la que el paciente es admitido en la unidad y ocupa una cama definida como de UCI. Fecha de alta: Fecha en la que el paciente es dado de alta (por curación o mejoría, traslado a otro centro, alta voluntaria, fuga o fallecimiento, traslado a hospitalización de agudos) de la Unidad y abandona una cama definida como de UCI.

Cuando un paciente es ingresado y dado de alta en el mismo día debe contabilizarse como un día de estancia.

Numerador: N.º total de litros entregados de preparado de base alcohólica (PBA) en las UCI ([incluidas UCI pediátricas y neonatales](#)).

Denominador: N.º de estancias en la UCI.

Observaciones: especificar el tipo de producto utilizado (líquido, gel o espuma)

Tipo de indicador: indicador de resultado

Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos: A establecer por la CC.AA.

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

Referencias bibliográficas :

- Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
- Indicadores y ejes de análisis del CMBD de hospitalización del sistema nacional de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
- Measuring hand hygiene adherence. Overcoming the challenges. Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission; 2009.

L202.2.5. Consumo de preparados de base alcohólica en centros de atención primaria

Fórmula de cálculo: $N.º \text{ litros PBA entregados} \times 10.000 / N.º \text{ total de consultas en el período evaluado}$.

Aclaraciones: N.º total de consultas en el periodo evaluado: Se refiere a la suma de consultas realizadas diariamente, programadas y a demanda, de todas las atenciones relacionadas a los pacientes, como lo es medicina de familia, pediatría, enfermería, fisioterapeutas, etc. tanto en el centro de salud como en el domicilio, durante el periodo evaluado.

Numerador: N.º total de litros entregados de preparado de base alcohólica (PBA) en el centro de salud.

Denominador: N.º de consultas de medicina de familia, pediatría y enfermería, matronas, fisioterapeutas tanto en el centro de salud como en el domicilio.

Observaciones: especificar el tipo de producto utilizado (líquido, gel o espuma)

Tipo de indicador: Indicador de resultado

Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos: A establecer por la CC.AA.

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

Referencias bibliográficas: La higiene de las manos en la asistencia ambulatoria y domiciliaria y en los cuidados de larga duración. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos y del modelo “Los cinco momentos para la higiene de las manos”. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.

- Measuring hand hygiene adherence. Overcoming the challenges. Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission; 2009.

L202.2.6. Observación del cumplimiento de higiene de manos

Fórmula de cálculo: $N.º \text{ de acciones de higiene de las manos} \times 100 / N.º \text{ de oportunidades de higiene de manos observadas}$

Aclaraciones: Acciones de higiene de manos que se realizan con preparado de base alcohólica (PBA) o con agua y jabón según la metodología de los 5 momentos de la OMS. Oportunidad para la higiene de las manos: Momento durante la actividad asistencial en el que es necesario realizar una higiene de manos para interrumpir la transmisión manual de microorganismos.

Observación:

Se seguirá la metodología de observación de la OMS. Se realizará la observación al menos de los momentos 1 (antes del contacto con el paciente) y 2 (antes de un procedimiento limpio/aséptico).

Hospital: Se observará un mínimo de 30 oportunidades de higiene de manos por periodo y servicio evaluado. Aunque se recomienda aumentar este mínimo. Y sería recomendable evaluar, al menos, el 50% de servicios del hospital.

El resultado del indicador se daría por hospital. Las CC.AA. que lo deseen pueden aumentar el número de observaciones para dar resultados por servicios.

Atención Primaria: Se observará un mínimo de 30 oportunidades de higiene de manos por período y consulta (de medicina de familia, pediatría, enfermería o fisioterapia...) evaluada. Sería recomendable evaluar, al menos, el 50% de las consultas del centro de salud.

El resultado del indicador se daría por centro de salud. Las CC.AA. que lo deseen pueden aumentar el número de observaciones para dar resultados por consulta.

Tipo de indicador: Indicador de resultado

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

Referencias bibliográficas:

- Manual Técnico de Referencia para la Higiene de las manos. Dirigido a los profesionales sanitarios, a los formadores y a los observadores de las prácticas de higiene de las manos. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2009.
- Measuring hand hygiene adherence. Overcoming the challenges. Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission; 2009.

L202.2.7. Observación del uso de PBA

Fórmula de cálculo: $N.º \text{ de acciones de higiene de manos con preparado de base alcohólica} \times 100 / n.º \text{ de oportunidades de higiene de manos observadas}$

Aclaraciones:

Acciones de higiene de manos sólo con preparado de base alcohólica (PBA) según la metodología de los 5 momentos de la OMS

Oportunidad para la higiene de las manos: Momento durante la actividad asistencial en el que es necesario realizar una higiene de manos para interrumpir la transmisión manual de microorganismos

Observación:

Se seguirá la metodología de observación de la OMS. Se realizará la observación al menos de los momentos 1 (antes del contacto con el paciente) y 2 (antes de un procedimiento limpio/aséptico).

Hospital: Se observará un mínimo de 30 oportunidades de higiene de manos por periodo y servicio del hospital evaluado. Se recomienda aumentar este mínimo. Sería recomendable evaluar, al menos, el 50% de servicios del hospital.

Atención Primaria: Se observará un mínimo de 30 oportunidades de higiene de manos por período y consulta (de medicina de familia, pediatría, enfermería o fisioterapia) evaluada. Sería recomendable evaluar, al menos, el 50% de las consultas

Tipo de indicador: Indicador de resultado

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

Referencias bibliográficas:

- Manual Técnico de Referencia para la Higiene de las manos. Dirigido a los profesionales sanitarios, a los formadores y a los observadores de las prácticas de higiene de las manos. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2009.
- Measuring hand hygiene adherence. Overcoming the challenges. Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission; 2009.

Cuestionario de Autoevaluación de la Higiene de Manos	
1- ¿Se realiza en su C.A. el cuestionario de autoevaluación de la Higiene de Manos de la Organización Mundial de la Salud, o una adaptación del mismo?	Sí _____ No _____
2- ¿Cuántos de los centros de su C.A. realizan el cuestionario de autoevaluación de la Higiene de Manos en el año 2024?	Nº de centros que lo realizan _____ Nº total de centros de su C.A. _____
3- De los centros que tienen instaurada la Autoevaluación de Higiene de Manos, ¿cuántos centros tienen una calificación básica en el año 2024?	Nº _____
4- De los centros que tienen instaurada la Autoevaluación de Higiene de Manos, ¿cuántos centros tienen una calificación intermedia en el año 2024?	Nº _____
5- De los centros que tienen instaurada la Autoevaluación de Higiene de Manos, ¿cuántos centros tienen una calificación avanzada en el año 2024?	Nº _____
6- ¿Cuántos centros obtuvieron una puntuación inferior a la última evaluación realizada?	Nº _____
7- ¿Cuántos centros obtuvieron una puntuación superior a la última evaluación realizada?	Nº _____

Cuestionario Implementación PRINCESS	
Se ha iniciado alguna acción relacionada con la primera fase de implementación del programa PRINCESS (adaptación del programa multimodal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de higiene de manos al contexto de los centros residenciales de personas mayores en España.	Sí _____ No _____

ANEXO II. Tabla Resumen. Indicadores CC.AA. 2024

CC.AA.	Camas UCI con PBA en punto de atención	Nº total camas UCI	L202.2.1 % Camas UCI con PBA en punto de atención	Camas hospitalización con PBA en punto de atención	Nº total de camas de hospitalización	L202.2.2 % Camas hospitalización con PBA en punto de atención	Litros PBA entregados hospitalización	Estancias periodo evaluado	L202.2.3 Consumo PBA hospitalización	Litros PBA entregados en UCI	Estancias periodo evaluado	L202.2.4 Consumo PBA UCI	Litros PBA entregados consulta	Consultas en periodo evaluado	L202.2.5 Consumo PBA centros de AP	Nº acciones de HM	Nº oportunidades de HM observadas	L202.2.6 % Cumplimiento HM	Nº acciones HM con PBA	Nº oportunidades de HM observadas	L202.2.7 % Cumplimiento HM PBA
Andalucía	954	954	100%	11828	12752	92,75%	141808	3498773	40,53	16845	158178	106,49	33968	74581226	4,55	5441	10103	53,86%	5121	10103	50,69%
Aragón	156	166	93,98%	889	3274	27,15%	15152	784994	19,3	2709	36953	73,31	3674	3339289	11	2393	5591	42,80%	1502	5591	26,86%
C.de Madrid	817	820	99,63%	11592	12003	96,58%	86645	3111851	27,84	17072	181466	94,08	11042	37916776	2,91	36404	57365	63,46	32885	57365	57,33%
C. Foral de Navarra	86	101	85,15%	1377	1590	87%	7139	449544	15,88	1643	21429	76,67	1021	5718070	1,79	661	1094	60,42%	548	1094	50,09%
C.Valenciana	537	548	97,99%	8171	9087	89,92%	73451	2532727	29	11134	96940	114,85	18089	38641823	4,68	24387	38458	63,41%	21758	38438	56,61%
Canarias	219	219	100%	2501	4162	60,09%	20896	991916	21,07	3738	48810	76,58	7153	15928910	4,49	2565	4661	55,03%	582	651	89,40%
Cantabria	72	72	100%	712	1079	65,99%	5979	333098	17,95	932	11291	82,54	1432	4209833	3,4	74	144	51,39%	67	74	90,54%
Castilla - La Mancha	215	263	81,70%	3326	4501	73,89%	29178	1132140	25,77	2435	32097	75,86	4867	34631920	1,41	739	1215	60,82%	645	1215	53,09%
Castilla y León	228	228	100%	5949	5981	99,46%	37090	1384619	26,79	5076	49647	102,25	7260	17929309	4,05	18215	25784	70,64%	16132	25784	62,57%
Cataluña	1081	1117	96,78%	13176	14058	93,73%	101486	3662719	27,71	21772	239892	90,76				40466	66062	61,25%	39502	66466	59,43%
Extremadura	114	114	100%	2719	2719	100%	33786	567751	59,51	2296	25193	91,14	3593	10082181	3,56	3026	3943	76,74%	2936	3943	74,46%
Galicia	327	327	100%	5740	7646	75,07%	26488	1838320	14,41	4836	55243	87,54	9959	22087825	4,51	4159	9529	43,65%	3823	9057	42,21%
Islas Baleares	114	114	100%	1739	1748	99,49%	9827	547064	17,96	2006	26181	76,62	1788	8258100	2,17	3243	6242	51,95%	3186	6242	51,04%
La Rioja	50	50	100%	767	793	96,72%	5153	195195	26,4	637	6610	96,37	834	3447147	2,42	70	100	70%	90	120	75,00%
P. de Asturias	114	114	100%	3029	3245	93,34	17926	780836	22,96	2223	23791	93,44	2519	1226323	20,54	2927	6577	44,50%	2412	6293	38,33%
País Vasco	308	308	100%	4292	4796	89,49	23507	1210915	19,41	6574	69333	94,82	5624	13715264	4,1	2014	3347	60,17%	1690	3527	47,92%
R. de Murcia	158	159	99,37%	3137	3224	97,30%	20799	849210	24,49	4139	40349	102,58	5608	11013752	5,09	3587	5546	64,68%	2366	5596	42,28%
Ceuta	10	16	62,50%	100	132	75,76%	1188	35336	33,62	177	1725	102,61	58	606643	0,96	125	150	83,33%	83	150	55,33%
Melilla	17	17	100%	47	182	25,82%	1630	20700	78,74	111	656	169,21	254	800816	3,17	41	105	39,05%	39	105	37,14%
Global	5577	5707	97,72%	81091	92972	87,22%	659128	23927708	27,55	106355	1125784	94,47	118743	311799563	3,81	150537	246016	61,19%	135367	241814	55,98%

