

## Documento de sistematización

### Índice de Seguridad Hospitalaria

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

Regional

2010

#### 1. Introducción

La herramienta se desarrolla en el marco del proyecto "Fortalecimiento de comunidades a través de instalaciones de salud más seguras en Centroamérica: Programa de hospital seguro con perspectiva local", financiado por el Departamento de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea, dentro de su VI Plan de Acción DIPECHO para esa región.

El objetivo general del proyecto fue contribuir a la reducción del riesgo a través del fortalecimiento y preparación para desastres del sector salud y a la reducción de la vulnerabilidad en instalaciones sanitarias con perspectiva local y enfoque intersectorial. Más específicamente el proyecto buscaba brindar apoyo a las poblaciones seleccionadas en Nicaragua, Honduras, El Salvador y Guatemala, para que sus instalaciones de salud sean menos vulnerables, más seguras y capaces de continuar funcionando en situaciones de emergencia y desastre.

En el proceso de implementación se fomentó la iniciativa de hospital seguro promoviendo un compromiso político en los niveles de decisión en Centroamérica que identifique la necesidad de proteger los establecimientos de salud; y la utilización del Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH) frente a desastres para hospitales de alta complejidad.

En este contexto se puso énfasis en mejorar la capacidad técnica de los países para evaluar la seguridad de las instalaciones de salud mediante la capacitación a profesionales en ingeniería, arquitectura, salud, y otros relacionados con el tema de gestión de riesgo de desastres; así también, la aplicación del ISH en instalaciones de salud seleccionadas, la evaluación y análisis de resultados, la priorización de acciones a seguir, y finalmente, la implementación de algunas acciones de mejoramiento en los establecimientos evaluados.

El proyecto se implementó en 4 países de Centroamérica:

- El Salvador: Departamento de Santa Ana. Municipalidades de Chalchuapa, El Congo, Santa Ana, y Coatepeque.
- Nicaragua: Departamento de Rivas. Municipalidades de Rivas, Altagracia, Cárdenas, Moyogalpa. Incluye el Hospital Nacional para niños, el Gaspar García Laviana y el Hospital España en Chinandega.
- Guatemala: Departamentos de Alta y Baja Verapaz. Municipalidades de Salamá y Alta Verapaz, Cobán. Hospital Regional de Cobán, Hospital Departamental de Salamá, hospitales distritales de Santa Catalina la Tinta, Tukurú y San Cristóbal Verapaz.

- Honduras: Departamento de Choluteca. Municipalidades de El Triunfo, Marcovia, Namasigue. Incluidos también el Hospital del Sur, Hospital San Lorenzo y el Hospital Nacional de Tegucigalpa.

La implementación del proyecto inició el 1° de octubre de 2008 y finalizó el 28 de febrero de 2010.

## 2. Concepción

Es una herramienta de evaluación confiable, rápida y de bajo costo para medir el grado de seguridad de instalaciones de salud menores, que complementa el esfuerzo del Índice de Seguridad Hospitalaria, producido por la OPS/OMS en 2008 para establecimientos de salud de alta complejidad.

Mediante aplicación de una lista de verificación que contiene 93 preguntas se calcula la probabilidad de que una instalación de salud continúe funcionando durante y después de un desastre, y con base en las respuestas se asigna rangos de seguridad que le permitirán establecer prioridades de actuación. Los niveles de seguridad se clasifican en alto, medio y bajo:

- **Categoría A:** Aunque es probable que el hospital continúe funcionando en caso de desastres, se recomienda continuar con medidas para mejorar la capacidad de respuesta y ejecutar medidas preventivas en el mediano y largo plazo, para mejorar el nivel de seguridad frente a desastres.
- **Categoría B:** Se requiere medidas necesarias en el corto plazo, ya que los niveles actuales de seguridad del establecimiento pueden potencialmente poner en riesgo a los pacientes, el personal y su funcionamiento durante y después de un desastre.
- **Categoría C:** Se requiere medidas urgentes de manera inmediata, ya que los niveles actuales de seguridad del establecimiento nos son suficientes para proteger la vida de los pacientes y el personal durante y después de un desastre.

Esta herramienta se aplica en establecimiento de salud de baja complejidad como: hospitales primarios -que atienden algunas especialidades básicas (gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general)-, con menos de 20 camas o sin hospitalización, centros de salud, policlínicos, clínicas, etc.

La determinación del nivel de seguridad del hospital o del centro de salud permite tener una estimación general y aproximada, pero no sustituye a un estudio más detallado y profundo de la vulnerabilidad de ese establecimiento.

### **Concepción**

Necesidad identificada a la cual se quiere responder con la herramienta.

Esta herramienta es una adaptación del Índice de Seguridad Hospitalaria para establecimientos de alta complejidad, que permite conocer la situación de seguridad de las unidades de salud de mediana y baja complejidad frente a desastres y su capacidad de respuesta.

En abril del 2009, Guatemala inició la evaluación de 5 hospitales de mediana complejidad en la Región de Verapaz. En el proceso se aplicó el ISH para establecimientos de alta complejidad (único modelo cuantitativo disponible a esa fecha). Si bien su aplicación permitió tener una idea general del estado de los establecimientos de salud, el resultado numérico no correspondía a la realidad, pues los servicios esenciales para estas instalaciones de salud, son distintos a los que están obligados a mantener los hospitales de alta complejidad (unidad de cuidados intensivos, sala de quemados –que tienen alta ponderación en el ISH- funcionan únicamente en hospitales de alta complejidad).

Frente a esta situación, y considerando la importancia que tienen las unidades de salud de mediana y baja complejidad para garantizar el adecuado funcionamiento de la red de salud, se identificó la necesidad de ajustar la herramienta de modo que la evaluación responda a la condición real de los mismos, en función de las siguientes premisas:

- El ISH para establecimiento de alta complejidad no se aplica a instalaciones pequeñas porque hay diferencias en los servicios esenciales de los que dispone cada uno y se valora en el ISH.
- El mayor número de instalaciones de salud en las Américas son hospitales pequeños.
- A partir de la experiencia positiva de aplicación del ISH para hospitales de mayor complejidad, los Ministerios de Salud están interesados en mejorar la seguridad de todos los establecimientos que conforman las redes de salud, independientemente de su nivel.
- Los evaluadores necesitan una herramienta específica para evaluar unidades de salud de mediana y baja complejidad, de modo que se reduzcan al mínimo el margen de interpretación o valoración subjetiva al momento de evaluar, y se garantice resultados objetivos y más exactos.

Partes involucradas (beneficiarios, socios, autoridades, etc.)

En el proceso de revisión, elaboración y validación de la herramienta se involucraron los siguientes actores:

- Universidad de San Carlos (Facultad de Ingeniería), Universidad Mariano Gálvez y Universidad Rafael Landívar en Guatemala.
- Universidad de El Salvador (Facultad de Ingeniería) y Universidad Don Bosco en El Salvador.
- Universidad Nacional de Ingeniería en Nicaragua.
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social y Empresa Privada Sísmica de El Salvador.
- Universidad Nacional de Honduras.
- Comisión Permanente de Contingencias de Bomberos y el Programa Nacional de Servicios de Salud (PRONASSA) en Honduras.
- Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) y Unidad Ejecutora de Conservación Vial (COVIAL) en Guatemala.
- Ministerio de Gobernación de El Salvador.
- Vicepresidencia de la República de Guatemala.
- Centros de Salud y Hospitales Distritales del Polochic, Ministerio de Salud y Secretaría Ejecutiva de la Coordinadora Nacional para la Reducción de Desastres (SE–CONRED) de Guatemala.
- Departamento de Gestión de Riesgo a los Desastres, Dirección Área de Salud Alta Verapaz, de Guatemala.
- Dirección General de Infraestructura, Ministerio de Salud de Nicaragua.
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Comando de Sanidad Militar Fuerza Armada y Región Oriental de Salud (San Miguel) de El Salvador.

- Región de Salud en Choluteca y Colegio Médico en Honduras.
- Municipios de Guatemala: Municipalidad de San Miguel Petapan, Municipalidad de Santa Lucía Cotzumalguapa, Municipalidad de Santiago de Atitlán.
- Municipios de Honduras: Municipalidades El Triunfo, Marcovia, Namasigue.
- Municipios de El Salvador: Municipalidades de Chalchuapa, El Congo, Santa Ana, Coatepeque.
- Municipios de Nicaragua: Municipalidades de Rivas, Altagracia, Cárdenas y Moyogalpa.

### 3. Elaboración

Una vez identificada la necesidad de adaptar el ISH para establecimientos de alta complejidad, en el marco del proyecto DIPECHO *Fortalecimiento de comunidades a través de instalaciones de salud más seguras en Centroamérica*, se realizaron talleres con tomadores de decisión del sector salud, gerentes, técnicos, instituciones académicas y usuarios de los servicios, así como profesionales capacitados en la aplicación del Índice de Seguridad Hospitalaria en Centro y Suramérica. Durante los talleres se ajustan los parámetros de medición de la herramienta, y se adaptan a las características específicas de las instalaciones de mediana y baja complejidad.

Proceso de construcción (paso 1, 2, 3 que facilita la comprensión y réplica)

A partir de la elaboración y validación de la herramienta en Centroamérica, más que la adaptación de los contenidos técnicos y ajustes en cálculo matemático del ISH a la realidad de cada país, se promueve su aplicación en los países de las Américas tal cual está concebida, pues por un lado, la herramienta contempla estándares de medición que responden a la realidad genérica de los países, y por otro, el proceso de cambio supone una serie de pasos más largos y complejos que involucran niveles de decisión política de alto nivel, consenso entre actores de diversas disciplinas y sectores. Este último aspecto limita mucho más el nivel de replicabilidad que se promueve en esta sistematización. Por estas razones la sistematización va en función del uso de la herramienta y no de su modificación o adaptación. Para la implementación del ISH se recomienda seguir los siguientes pasos:

1. Promover el uso de la herramienta entre los niveles políticos y técnicos de alto nivel.
2. Desarrollar capacidades técnicas

Capacitar en la aplicación del Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH) a profesionales, principalmente del sector público, de las ramas de arquitectura, ingeniería, salud/gestión de riesgos y otros relacionados con la temática.

Promover entre las instituciones del estado, responsables del tema hospital seguro y gestión de riesgos, la estructuración de un proceso de certificación o acreditación de los profesionales capacitados en esta temática mediante:

- La formulación de los contenidos que serán impartidos a los aspirantes a evaluadores.
- Identificación de la institución pública o académica más idónea para proporcionar la certificación/acreditación a los evaluadores.
- Definición de la metodología, tiempos y requerimientos para la entrega de la certificación o acreditación.

3. Aplicar el ISH en establecimientos de salud priorizados por la autoridad sanitaria/responsable gestión de riesgos.

4. Elaborar informes y planes de acción a corto, mediano y largo plazo, con priorización de acciones a ser implementadas en el corto plazo.
5. Implementar acciones de mejoramiento demostrativos en los establecimientos evaluados y promover el uso de los resultados como una herramienta de gestión de recursos.

#### Validación antes/durante el uso

La herramienta se validó en establecimientos de mediana y baja complejidad de todos los países de Centro y Sudamérica, permitiendo probarla en el terreno y consolidar las recomendaciones de cambios sugeridas en los países. Estas sugerencias fueron analizadas en un taller realizado en Cali – Colombia en mayo del 2012, con la participación de técnicos y delegados de los ministerios de salud de Latinoamérica y el Caribe.

En el proceso se revisó la herramienta en cada uno de sus tres componentes y en consenso se desarrollaron propuestas técnicas para incorporar los cambios surgidos, los que serán trabajados por la OPS/OMS hasta diciembre del 2012 para obtener la nueva versión.

La utilidad de la herramienta, en los ámbitos técnicos y de gestión, fue evidente durante las presentaciones realizadas por los participantes en el taller de Cali, a partir de los testimonios recogidos durante el taller de los delegados de los Ministerios de Salud de Chile, Argentina, Ecuador, Perú, Colombia, y en su momento, a los responsables del tema en Bolivia, Perú, Paraguay, República Dominicana, Nicaragua, El Salvador, Panamá y Cuba.

## 4. Uso

### Implementación

- Contexto en el cual es usada la herramienta (fase del proyecto, quienes la usan)

La herramienta fue elaborada durante la implementación del proyecto *Fortalecimiento de comunidades a través de instalaciones de salud más seguras en Centroamérica: Programa de hospital seguro con perspectiva local*, y fue aplicada una vez finalizado el mismo en los países de centro y Sudamérica, en el marco de la iniciativa mundial de hospitales seguros frente a desastres.

- Resultados alcanzados (esperados y no esperados)

Esta herramienta, junto con el ISH de alta complejidad, permite evaluar la seguridad hospitalaria frente a desastres de todos los establecimientos de una red de salud, independientemente de su nivel de resolución.

Los resultados de estas evaluaciones permiten contar con un documento técnico que contribuye en:

- La planificación para la gestión de riesgos de desastres en los establecimientos de salud.
- La adjudicación de recursos financieros y la organización de acciones prioritarias a corto plazo para mitigar los efectos de los desastres.
- La priorización de las acciones más urgentes en función del impacto negativo que podrían causar en una situación de desastre.

La herramienta permite medir el progreso, con resultados cuantitativos, una vez implementadas acciones de mejoramiento en el establecimiento de salud, y rendir cuentas a la autoridad superior para futuras asignaciones.

#### Actores clave en la implementación

Los actores clave para garantizar un proceso de implementación a largo plazo y sostenible son:

- Ministerios de Salud
- Instituciones encargadas de la gestión de riesgos de desastres
- Instituciones académicas, especialmente facultades de ingeniería, medicina, arquitectura y gestión de riesgos de desastres.

#### Beneficiarios, cómo participan y se benefician

En el proceso de aplicación de la herramienta se identifican los siguientes beneficiarios y/o usuarios:

- Instituciones nacionales de salud y gestión de riesgos de desastres
  - Cuentan con una herramienta para evaluar los establecimientos de salud, a bajo costo, con fácil aplicación y resultados confiables.
  - Disponen de un instrumento que facilita el seguimiento de acciones de mejoramiento y el impacto efectivo de las misma (revaluación).
- Técnicos de salud e instituciones académicas
  - Disponen de una herramienta que les permite incorporar la perspectiva de gestión de riesgos de desastres en distintos ámbitos de acción: unidades de infraestructura de los ministerios de salud, servicios de salud, saneamiento ambiental; facultades de ingeniería, medicina, arquitectura y gestión de riesgos de desastres.
  - Disponen de criterios técnicos para complementar procesos de evaluación y acreditación de los establecimientos de salud existentes en los países: procesos de licenciamiento de hospitales, permisos de funcionamiento, entre otros.
- Gerentes de establecimientos de salud de mediana y baja complejidad
  - Obtienen un diagnóstico rápido y confiable sobre el nivel de seguridad de su establecimiento de salud (resultados de la evaluación).
  - Disponen de un instrumento de gestión de riesgos de desastres para su institución (informe técnico de la evaluación: recomendaciones).
  - Disponen de un instrumento que les permite tomar decisiones y priorizar acciones (planes de acción a corto mediano y largo plazo).
  - Disponen de un instrumento técnico que respalda la gestión de recursos financieros y humanos. (Plan de mejoramiento del nivel de seguridad hospitalario)
- COE hospitalario
  - Disponen de un instrumento de planificación para la gestión de riesgos de desastres, con parámetros que les permite hacer seguimiento y medir su impacto (informe técnico, plan de acción a corto, mediano y largo plazo; revaluación con aplicación del ISH).

- Personal de salud de los establecimientos de salud
  - Conocen el nivel de seguridad de su establecimiento de salud, lo que les permite gestionar su propio riesgo, mediante acciones preventivas cotidianas que no requieren inversión (socialización de resultados de la evaluación)
- Usuarios de los establecimientos de salud
  - Acceden a instalaciones de salud más seguras frente a desastres.

## 5. Replicabilidad y sostenibilidad

### Lecciones aprendidas

La herramienta contribuye a la iniciativa global de hospital seguro, pues permite conocer el nivel de seguridad de los establecimientos de salud priorizados en cada país, lo que a su vez facilita la gestión de recursos para mejorar el nivel de seguridad de los establecimientos de salud.

Existen experiencias positivas en la región luego de haber sido aplicada la herramienta, relacionadas con la movilización de recursos financieros para mejorar, sobre todo los aspectos funcionales, de los establecimientos evaluados, tal es el caso el caso de Argentina, Colombia, Ecuador, Chile, Perú, República Dominicana.

A partir de los resultados de las evaluaciones, se pueden impulsar acciones macro que permitan resolver temas estructurales. Este fue el caso de Guatemala, donde la evaluación generó interés en desarrollar acciones de reglamentación para la construcción de edificaciones nuevas y en Colombia donde se ha invertido importantes recursos financieros para el reforzamiento estructural de sus establecimientos de salud.

También en Guatemala se diseñó una herramienta de evaluación de la seguridad de Centros Educativos (ISCE) tomando como base el Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH). Esa herramienta fue extendida a toda la Región de Centro y Sudamérica.

### Dificultades de uso

Durante la elaboración de la herramienta, la homogenización de los ítems de evaluación y la cuantificación de los mismos, generó amplias discusiones que no necesariamente cubrieron las expectativas de todos los técnicos y países, esto ha generado solicitudes de ajuste al ISH posterior. Aunque de la experiencia de aplicación de la herramienta, estos aspectos no repercuten en los resultados finales de categorización de los establecimientos de salud, se recogieron por país las observaciones realizadas y en un taller regional, mediante discusiones técnicas ampliadas, se consolidaron los insumos para realizar los ajustes técnicos necesarios al formulario de evaluación, la guía, y formulario de cálculo matemático.

### Debilidades/limitaciones de la herramienta:

Se pueden considerar como debilidades en la aplicación de la herramienta.

- El personal capacitado para evaluar los componentes estructural y no estructural a la fecha es insuficiente en la Región.
- Se generan muchas expectativas alrededor de la evaluación y en general no se dispone de recursos financieros para implementar las soluciones inmediatamente.
- Está en proceso la homogenización de una metodología para la elaboración del plan de acción a corto, mediano y largo plazo, así como para la priorización de acciones.

Frente a este escenario, se plantean las siguientes alternativas:

Establecer estrategias para contar con personal calificado y capacitado que evalúe los componentes estructural y no estructural de la herramienta:

- Identificar y capacitar al interior de los Ministerios de salud, profesionales con este perfil que se comprometan con el proceso.
- Consolidar un proceso de certificación institucional o acreditación académica para evaluadores.
- Establecer convenios con colegios/facultades de ingenieros y arquitectos para incorporar la temática en el proceso de formación o dictar cursos de capacitación específicos.

Desarrollar estrategias para convertir el informe técnico y los planes de acción, en herramientas regulares para la gestión de recursos.

Identificar y compilar las metodologías de priorización desarrolladas por los países, como las desarrolladas por el Servicio de Salud de Antofagasta en Chile, o el Ministerio de Salud de Perú, para unificar una metodología estándar que sirva como guía.

## Aplicación

Entre las principales lecciones aprendidas en los países después de la aplicación del ISH se han identificado la necesidad de realizar las siguientes actividades de aplicar la herramienta:

### *Antes*

- Realizar reuniones de socialización de la herramienta entre tomadores de decisión.
- Iniciar un proceso de capacitación y si es posible de acreditación de evaluadores.

### *Durante la aplicación*

- Programar al menos una semana para evaluar un establecimiento de salud, de modo que al día cinco se entregue al Director del hospital una versión preliminar del informe técnicos con las recomendaciones de mejoramiento, más un plan de acción a corto, mediano y largo plazo.
- La evaluación se debe coordinar con el COE del hospital, y debe tener el acompañamiento permanente de los técnicos del hospital (jefe de mantenimiento, responsable de COE, jefe de emergencias, de enfermería).
- Es importante programar una actividad específica para la entrega oficial del informe técnico con participación de autoridades locales, de salud y del hospital evaluado, lo que facilitará la gestión de recursos.

- Es importante prever fondos para la realización de algunas obras demostrativas de mejoramiento después de la evaluación.
- Es importante que las autoridades de los niveles nacional y local correspondientes, estén involucrados para consolidar la información generada en las evaluaciones. Esto permite mantener un registro de los hospitales evaluados y apoyar en la gestión de recursos para la implementación del plan de mejoramiento.

#### *Después*

- Determinar una metodología de seguimiento y apoyo técnico desde el nivel central, para la gestión de recursos humanos y financieros.
- Definir la periodicidad con la que se aplicaría el ISH.

#### Sostenibilidad:

La herramienta responde a iniciativas/compromisos asumidos por los países en marcos normativos regionales y globales para reducir el riesgo, lo que asegura su sostenibilidad:

- Plan de Acción de Hyogo 2005 - 2015
- Resolución OPS/OMS: Plan de Acción para hospitales seguros al 2015
- Políticas nacionales y locales de hospital seguro
- Plan de Acción de Políticas Nacionales desarrolladas para Hospital Seguro
- Conformación de Comités de hospital Seguro para promover la iniciativa de hospital seguro.

#### Potencial de réplica:

Hay al menos tres elementos fundamentales que garantizan su potencial de replicabilidad:

- Los conceptos y elementos que se evalúan son comunes en los hospitales de la región
- La aplicación tiene un bajo costo y proporciona información confiable importante para la toma de decisiones y gestión de recursos
- Todos los países disponen de evaluadores capacitados en el marco de proyectos ejecutados por OPS/OMS, a partir de los cuales se puede generar capacidades propias del país.

## Costos y recursos humanos

El proceso de implementación/uso de la herramienta se divide en cinco pasos:

1. Capacitación para aplicación del ISH de mediana y baja complejidad			
Recursos requeridos para la implementación/uso de la herramienta			
Actividades	Materiales:	Personal:	Presupuesto:
Socialización de la herramienta entre los tomadores de decisión	Reproducción de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Guía para la evaluación de establecimientos de salud de mediana y baja complejidad</li> <li>- Material de difusión de la herramienta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomadores de decisión del Ministerio de Salud, Universidades, gobiernos descentralizados autónomos, instituciones responsables de la gestión del riesgo de desastres en el país, gerentes de hospitales públicos y privados, otros que en el país sean relevantes en el tema.</li> </ul>	Para la organización de los talleres se deben incluir como mínimo los siguientes costos para 25 personas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reproducción de guías y formularios</li> <li>- Pasajes</li> <li>- Viáticos por un máximo de dos días.</li> <li>- bolígrafos y block de notas</li> <li>- Alimentación para 1 o 2 días</li> <li>- Hospedaje para 1 noche (2 días)</li> <li>- Facilitador con perfil técnico/político que conozca la herramienta de modo general.</li> <li>- Tomadores de decisión/ técnicos que tengan experiencia en la aplicación de la herramienta – lecciones aprendidas</li> </ul>
<b>Nivel de participación:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomadores de decisión y técnicos de los Ministerios de Salud, seguridad social y otros actores del sector salud</li> <li>- Tomadores de decisión y técnicos de las instituciones responsables de gestión del Riesgo de desastres.</li> <li>- Gerentes y técnicos de los servicios de salud público y privado</li> </ul>		

<b>2. Capacitación para aplicación del ISH de mediana y baja complejidad</b>			
<b>Recursos requeridos para la implementación/uso de la herramienta</b>			
<b>Actividades</b>	<b>Materiales:</b>	<b>Personal:</b>	<b>Presupuesto:</b>
Identificación de profesionales de la ramas de arquitectura, ingeniería, salud/gestión de riesgos	Reproducción de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Guía para la evaluación de establecimientos de salud de mediana y baja complejidad</li> <li>- Formularios de evaluación de establecimientos de salud de mediana y baja complejidad</li> <li>- Modelo matemático para cálculo de resultados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomadores de decisión. Al menos en un primer momento es importante incluir para que conozcan la herramienta y respalden el proceso de capacitación.</li> <li>- Autoridades, técnicos y personal de salud.</li> <li>- Técnicos de las áreas de arquitectura, ingeniería, salud/gestión de riesgos/capacitados en la aplicación del ISH</li> </ul>	Para la organización de los talleres se deben incluir como mínimo los siguientes costos para 25 personas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reproducción de guías y formularios</li> <li>- Pasajes</li> <li>- Viáticos por un mínimo de 4 días.</li> <li>- bolígrafos y block de notas</li> <li>- Alimentación para 4 días</li> <li>- Hospedaje para 3 noches (4 días)</li> <li>- Facilitador para los elementos estructurales, no estructurales y funcionales (al menos uno por componente).</li> </ul>
Identificación y coordinación con un establecimiento de salud para aplicación práctica de aplicación del ISH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contratación de transporte para movilizar a los participantes al establecimiento de práctica</li> <li>- Teléfonos de contacto</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinador general del ejercicio</li> <li>- Coordinador de cada componente</li> <li>- Director del hospital a ser evaluados</li> <li>- Responsable de gestión de riesgos</li> <li>- COE hospitalario</li> <li>- Jefe de mantenimiento</li> <li>- Jefe de emergencias/enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Box lunch para participantes, facilitadores y personal asignado del hospital</li> </ul>
<b>Nivel de participación:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomadores de decisión y técnicos de los Ministerios de Salud, seguridad social y otros actores del sector salud</li> <li>- Tomadores de decisión y técnicos de las instituciones responsables de gestión del Riesgo de desastres.</li> <li>- Gerentes y técnicos de los servicios de salud</li> </ul>		

3. Evaluación del establecimiento de salud			
Recursos requeridos para la implementación/uso de la herramienta			
Actividades	Materiales:	Personal:	Presupuesto:
Priorización y selección de los establecimientos a ser evaluados.	<p>Cada evaluador debe disponer de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Guía para la evaluación de establecimientos de salud de mediana y baja complejidad</li> <li>- Formularios de evaluación de establecimientos de salud de mediana y baja complejidad</li> <li>- Modelo matemático para cálculo de resultados</li> <li>- Cámara de fotos</li> </ul>	<p>Conformación y movilización de un equipo de evaluación integrado al menos por un arquitecto, un ingeniero civil y un médico/enfermera/profesional en gestión de riesgos</p>	<p>Para la aplicación del Índice de Seguridad se debe contemplar al menos costos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reproducción de guías y formularios</li> <li>- Pasajes para un mínimo de 5 personas</li> <li>- Viáticos para 5 personas, por un mínimo de 5 días.</li> <li>- Materiales (tablas para toma de notas, bolígrafos y block de notas)</li> <li>- Prever una sala de reuniones para el análisis de resultados y elaboración de los informes técnicos</li> </ul>
<b>Nivel de participación:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomadores de decisión y técnicos de los Ministerios de Salud, seguridad social y otros actores del sector salud</li> <li>- Tomadores de decisión y técnicos de las instituciones responsables de gestión del Riesgo de desastres.</li> <li>- Gerentes y técnicos de los servicios de salud</li> <li>- Técnicos de la Organización panamericana de la Salud.</li> </ul>		

4. Elaboración de informes y planes de acción a corto, mediano y largo plazo			
Recursos requeridos para la implementación/uso de la herramienta			
Insumos:	Materiales:	Personal:	Presupuesto:
Elaboración de informes y planes de acción a corto, mediano y largo plazo, con priorización de acciones a ser implementadas en el corto plazo.	<p>Para reuniones del equipo evaluador se requiere: un espacio físico de trabajo, computador portátil, retroproyector.</p>	<p>Equipo evaluador de los tres componentes en la misma sala</p>	<p>Papelería para reuniones pequeñas de máximo 10 personas</p>
<b>Nivel de participación:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomadores de decisión y técnicos de los Ministerios de Salud, seguridad social y otros actores del sector salud</li> <li>- Tomadores de decisión y técnicos de las instituciones responsables de gestión del Riesgo de desastres.</li> <li>- Gerentes y técnicos de los servicios de salud</li> <li>- Técnicos de la Organización panamericana de la Salud.</li> </ul>		

5. Proceso de certificación o acreditación de los profesionales capacitados			
Recursos requeridos para la implementación/uso de la herramienta			
Actividades	Materiales:	Personal:	Presupuesto:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación de la institución pública o académica más idónea para proporcionar la certificación a los evaluadores.</li> <li>- Desarrollo de los contenidos que serán impartidos a los postulantes a evaluadores, en coordinación con la institución pública responsable del tema hospital seguro y gestión de riesgos.</li> <li>- Definición de la metodología, tiempos y requerimientos para la entrega de la certificación o acreditación.</li> <li>- Iniciar el proceso de certificación o acreditación.</li> </ul>	<p>Fotocopias de propuestas y material para reuniones de coordinación según requerimientos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsables gubernamentales del tema de salud y gestión de riesgos de desastres en el país.</li> <li>- Profesionales con experiencia académica</li> <li>- Técnicos capacitados en aplicación del ISH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Material requerido para pequeñas reuniones de coordinación</li> <li>- En caso de certificación académica, contrato con profesionales para elaboración, revisión y validación de malla curricular.</li> </ul>
<b>Nivel de participación:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomadores de decisión y técnicos de los Ministerios de Salud, seguridad social y otros actores del sector salud</li> <li>- Tomadores de decisión y técnicos de las instituciones responsables de gestión del Riesgo de desastres.</li> <li>- Autoridades académicas</li> <li>- Profesionales con experticia académica.</li> </ul>		