



# GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC  
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega



\*AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO\*

## RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 81 -2024-DG-HRGDV A.

Abancay, 09 APR. 2024

### VISTO:

Memorando N°267-2024-DG-HRGDV-ABANCAY, de fecha 25 de marzo del 2024, de Dirección General, el Informe N°99-2024-HRGDVA-OESASO, de fecha 20 de marzo del 2024, del Jefe de la Oficina Ejecutiva de Epidemiología, Salud Ambiental y Salud Ocupacional y demás documentos que forman parte integrante de la presente resolución, y;



### CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;



Que, mediante Ordenanza Regional N° 005-2020-GR-APURIMAC/CR, se aprueba el Organigrama Institucional y Reglamento de Organización y Funciones (ROF), del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay; cuya disposición legal establece que, dentro de las atribuciones y responsabilidades del Director General del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, está la emisión y aprobación de documentos técnicos normativos, para mejorar la Gestión Pública de la Institución; en ese contexto, la Dirección General del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, dispone expedir la presente Resolución;



Que, mediante Resolución Ministerial N°753-2004/MINSA, se aprueba la NT N°020-MINSA/DGSP-V.01: Normas Técnicas de Prevención y Control de infecciones Intrahospitalarias, cuya norma técnica establece en el ítem 2.2 del numeral 2, que el comité de Prevención y Control de infecciones asociadas a la atención de salud, estará compuesta por un grupo multidisciplinario de profesionales que representen a los niveles de decisión del hospital y especialistas en prevención de infecciones. Los profesionales que conforman el comité deberán reunir los siguientes requisitos: i) interés y motivación en el control de las infecciones intrahospitalarias; ii) capacitación en el tema; iii) Capacidades de liderazgo; asimismo, estará conformado por el comité ejecutivo o técnico operativo y el Comité Ampliados a los cuales se añadirán los representantes de los servicios;



Que, con Resolución Ministerial N°168-2015/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud", que tiene como finalidad de contribuir a la disminución de las infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), en los establecimientos de salud, a través del cumplimiento de directrices en vigilancia, prevención y control de esos eventos, con el objeto de establecer directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a prevenir controlar las infecciones asociadas a la atención de la salud en los establecimientos de salud del país;







**GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC**  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC  
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega



"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 81 -2024-DG-HRGDV A.**

Abancay, 09 APR. 2024

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 523-2020/MINSA de fecha 25 de julio 2020, se aprueba la NTS N°163-MINSA/2020/CDC, "Norma técnica de salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud" cuya finalidad es contribuir a la prevención de las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) mediante la generación de información oportuna para la toma de decisiones;

Que, mediante Resolución Ministerial N°090-2022/MINSA, de fecha 21 de febrero del 2022, se aprobó la Directiva Administrativa N°326-MINSA/OGPPM-2022 "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud", el cual tiene como finalidad la de contribuir al logro de objetivos institucionales y sectoriales mediante la estandarización de Planes Específicos en el Ministerio de Salud (MINSA) que se orienten a lograr la operatividad de las intervenciones sanitarias y administrativas relevantes;

Que, con Informe N°99-2024-HRGDVA-OESASO, de fecha 20 de marzo del 2024, emitido por la Jefa de la Oficina Ejecutiva de Epidemiología, Salud Ambiental y Salud Ocupacional, solicita al Director General, la aprobación del Plan Anual de Evaluación Interna de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) 2024;

Que, el Plan Anual de Evaluación Interna de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), tiene por finalidad contribuir en el mejoramiento continuo de la calidad de los procesos de vigilancia, prevención y control de las IAAS y en la reducción del impacto de las IAAS en los usuarios del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega;

Que, con la finalidad de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnicos administrativos a nivel institucional, así como alcanzar los objetivos y metas programa en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, resulta pertinente atender la propuesta presentada por la Jefe de la Oficina Ejecutiva de Epidemiología, Salud Ambiental y Salud Ocupacional, por lo que, con Memorando N°267-2024-DG-HRGDV-ABANCAY, de fecha 25 de marzo del 2024, el Director General, dispone proyectar la Resolución Directoral aprobar el Plan Anual de Evaluación Interna de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS);

Con el visado de la Dirección de la Oficina Ejecutiva de Administración, Dirección de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, Dirección de la Oficina Ejecutiva de Recursos Humanos y la Dirección de la Oficina Ejecutiva de Asesoría Jurídica del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay;

En uso de las facultades conferidas por el Artículo 08° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, aprobado por la Ordenanza Regional N°005-2020-GR.APURIMAC/CR; lo previsto en el Texto Único Ordenado de la Ley N°27444, Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N°004-2019-JUS; decreto Legislativo N°276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y Remuneraciones del Sector Público;



Av. Daniel Alcides Carrión



083-321006/ 083-321108



HRGDVA



hrgdv.log@gmail.com



Gobierno Regional  
**APURÍMAC**  
Unidos por el progreso





# GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC  
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega



"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

## RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 81 -2024-DG-HRGDV A.

Abancay, 09 ABR. 2024

Decreto Supremo N°005-90-PCM, Reglamento de la Ley de la Carrera Administrativa, Ley N° 26842, Ley General de Salud, Resolución Ministerial N°753-2004/MINSA, Resolución Ministerial N°168-2015/MINSA, Resolución Ministerial N° 523-2020/MINSA, Resolución Ministerial N°090-2022/MINSA y de la Resolución Directoral N°676-2023-DG-DIRESA-AP.

### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR** el Documento Técnico: "Plan Anual de Evaluación Interna de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – 2024", cuyo anexo forma parte integrante de la presente Resolución Directoral.

**ARTÍCULO SEGUNDO.- DISPONER** que el Jefe de la Oficina Ejecutiva de Epidemiología, Salud Ambiental y Salud Ocupacional del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, realice la implementación, aplicación y supervisión del Plan Anual de Evaluación Interna de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) aprobada mediante la presente resolución.

**ARTÍCULO TERCERO.- TRANSCRIBIR**, la presente Resolución Directoral a los órganos administrativos y a los interesados para conocimiento y fines consiguientes.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC  
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA  
M.C. Juan Reynaldo Ortega Ascue  
C.M.P. N° 22451  
DIRECTOR GENERAL

Cc:  
Archivo  
Of. Asesoría Jurídica  
Of. Administración  
Of. Planificación, Presupuesto  
Of. RR.HH.  
RMMHdy

Av. Daniel Alcides Carrión

083-321006/ 083-321108

HRGDVA

hrgdv.log@gmail.com







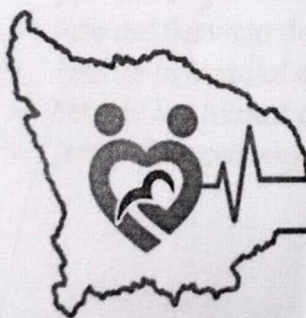
GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC  
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega



OFICINA EJECUTIVA DE EPIDEMIOLOGÍA, SALUD AMBIENTAL Y SALUD OCUPACIONAL



# PLAN ANUAL DE LA EVALUACION INTERNA DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)



## HOSPITAL REGIONAL

Guillermo Díaz de la Vega

Abancay, 2024



*Handwritten signature*





EQUIPO TECNICO DE EVALUACION INTERNA DE LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD  
HRGDV - 2024

- Director General del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay.
- Director de Oficina Ejecutiva de Administración.
- Jefe de la Unidad de Logística.
- Jefe de la Oficina Ejecutiva de Epidemiología Salud Ambiental y Salud Ocupacional.
- Jefe de la Unidad de Epidemiología.
- Jefe de la Unidad de Salud Ambiental.
- Jefe de la Unidad de Salud Ocupacional.
- Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad.
- Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.
- Responsable del VEIAAS.
- Responsable de la VMMMP.
- Jefe del Servicio de Medicina.
- Jefe del servicio de Cirugía.
- Jefe del Servicio de Traumatología.
- Jefe del Servicio de Pediatría.
- Jefe del servicio de Neonatología.
- Jefe del Servicio de Ginecología.
- Jefe del Servicio de Obstetricia.
- Jefe del Departamento de Enfermería
- Jefe del Servicio de Emergencia.
- Jefe de la Unidad de Cuidados Críticos.
- Jefe de la Unidad de Patología Clínica.
- Jefe del Departamento de Farmacia.





OFICINA EJECUTIVA DE EPIDEMIOLOGÍA, SALUD AMBIENTAL Y SALUD OCUPACIONAL

INDICE

- I. INTRODUCCION
- II. FINALIDAD
- III. OBJETIVOS
- IV. ALCANCE
- V. BASE LEGAL
- VI. ANTECEDENTES
- VII. METODOLOGIA DE LA AUTOEVALUACION
- VIII. CRONOGRAMA





## I. INTRODUCCION

Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), antes llamadas infecciones intrahospitalarias (IIH); son infecciones adquiridas durante la estancia en un hospital y que no estaban presentes ni en periodo de incubación al momento del ingreso del paciente. Estos eventos son un problema importante de salud pública a nivel mundial y especialmente en los países en vías de desarrollo, debido al incremento del costo día/cama, ligado a una estadía hospitalaria prolongada, al uso de antibióticos de última generación, a las reintervenciones quirúrgicas, sin contar con el costo social reflejado en un incremento de la morbilidad, que en muchos casos genera discapacidad, además del 3% de letalidad, considerada en los estudios de la National Nosocomial Infections Surveillance NNIS en USA.

Ante este contexto, el Ministerio de Salud (MINSA) como ente rector en las actividades de Prevención y Control de las infecciones asociadas a la atención de la salud, establece como estrategia primordial la evaluación interna, entendido como un proceso de evaluación periódica en los diferentes servicios e instancias de la institución, con la finalidad de contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de los procesos de Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS, así como en la reducción del impacto de estas en los usuarios de la Institución a través del uso de metodologías e instrumentos estandarizados. La evaluación continua y el análisis de los resultados, permitirá la aplicación oportuna de las medidas correctiva, contribuyendo de esta manera en la disminución de las IAAS y la mejora de la calidad de atención.

Acordes con las estrategias implementadas por el MINSA en la Prevención y Control de las IAAS, presentamos a continuación el Plan Anual de Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las infecciones asociadas a la atención de salud 2024.

## II. FINALIDAD

Contribuir en el mejoramiento continuo de la calidad de los procesos de vigilancia, prevención y control de las IAAS y en la reducción del impacto de las IAAS en los usuarios del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.

## III. OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

Contribuir a mejorar la calidad de atención en las diferentes UPSS, reduciendo el impacto negativo de las Infecciones asociadas a la atención de salud en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.





#### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

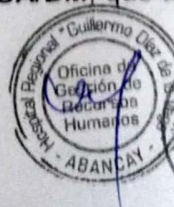
1. Identificar los problemas que afectan la calidad de los servicios brindados a los usuarios de HRGDV, a través de la aplicación de las fichas de la Guía Técnica para la Evaluación Interna.
2. Contribuir a la toma de decisiones gerenciales a través de los resultados del proceso de la Evaluación Interna.
3. Contribuir a la formulación de planes de mejora en las UPSS.

#### IV. ALCANCE

El proceso de Autoevaluación será de aplicación obligatoria en todas las Áreas, Servicios y Unidades priorizados del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.

#### V. BASE LEGAL

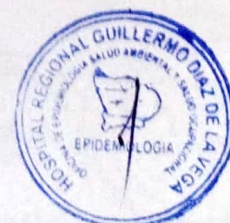
- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y sus modificatorias.
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de salud.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades y sus modificatorias.
- Decreto Legislativo N° 1278, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos, y su modificatoria.
- Decreto Supremo N° 012-2014-TR, que aprueba el Reglamento Único de información sobre accidentes de trabajo, incidentes peligrosos y enfermedades ocupacionales y modifica el artículo 110 del Reglamento de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 014-2017-MINAM, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1278, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos.
- Decreto Supremo N° 004-2003-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Decreto Supremo N° 052-2010-PCM, que crea la Comisión Multisectorial de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
- Decreto Supremo N° 005-2014-SA, que define metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir para recibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado.
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 021-2011-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.
- Resolución Ministerial N° 1472-2002-SA/DM, que aprueba el Manual de desinfección





OFICINA EJECUTIVA DE EPIDEMIOLOGÍA, SALUD AMBIENTAL Y SALUD OCUPACIONAL

- y esterilización hospitalaria.
- **Resolución Ministerial N° 452-2003-SA/DM**, que aprueba el Manual de Aislamiento Hospitalario.
  - **Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA**, que aprueba la NT N° 020-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
  - **Resolución Ministerial N° 523-2020-MINSA**, Aprueba la NTS N° 163-MINSA/2020/CDC, Norma Técnica de salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.
  - **Resolución Ministerial N° 523-2007/MINSA**, que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.
  - **Resolución Ministerial 727-2009/MINSA**, que aprueba el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud.
  - **Resolución Ministerial N° 184-2009/MINSA**, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 021-MINSA/ DGE.V.01. Directiva Sanitaria para la Supervisión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones.
  - **Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA**, que aprueba la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.
  - **Resolución Ministerial N° 768-2010-MINSA**, que aprueba el Documento Técnico: "Plan Nacional para Prevención del VHB, VIH y la TB por Riesgo Ocupacional en Trabajadores de Salud 2010- 2015".
  - **Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA**, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.
  - **Resolución Ministerial 174-2011/MINSA**, que aprueba el Reglamento Interno de la Comisión Multisectorial de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, creada por Decreto Supremo N° 052-2010-PCM.
  - **Resolución Ministerial N° 372-2011/MINSA**, que aprueba la Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de Ambientes en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
  - **Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA**, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
  - **Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA**, que aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
  - **Resolución Ministerial N° 599-2012/MINSA**, que aprueba el Documento Técnico: "Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud".
  - **Resolución Ministerial N° 076-2014-MINSA**, que aprueba la Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud.
  - **Resolución Directoral N° 056-2024-DG-HRGDV A.** aprueba la conformación del Comité Ejecutivo y Ampliado de la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones asociadas a la Atención de la Salud.
  - **Resolución Directoral N° 053-2024-DG-HRGDVA** aprueba la conformación del Equipo Técnico de Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de





Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.

## VI. ANTECEDENTES

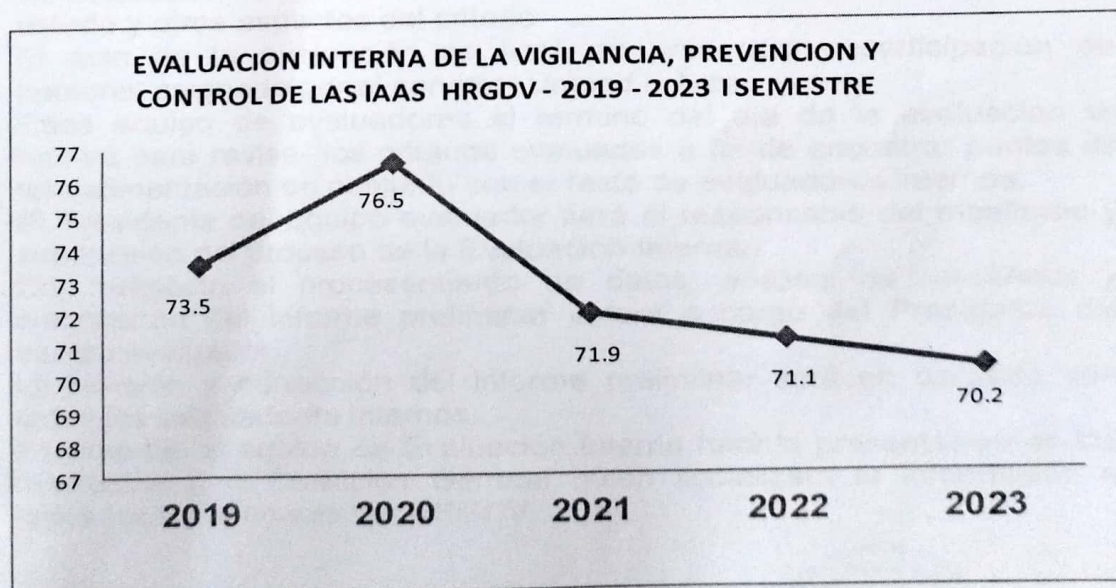
Mediante R.M N° 523-2007/MINSA se aprueba la Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y control de la Infecciones Intrahospitalarias, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de la atención de los servicios hospitalarios reduciendo el impacto negativo de las IAAS; es así que a partir del año 2008 se realiza la evaluación interna semestral en todas las UPSS y áreas del Hospital de acuerdo a esta Guía Técnica y teniendo en consideración los criterios señalados.

De acuerdo a las actividades programadas en el Plan anual de Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de IAAS, en el año 2023 se remitió el informe final a la Dirección General con las conclusiones y recomendaciones para que pueda ser socializado a todas las UPSS y áreas involucradas; los instrumentos utilizados fueron las fichas de evaluación con sus criterios (Estructura, Proceso y Resultado).

En muchos servicios, áreas y Unidades evaluadas, el criterio de Estructura tiene ítems que no pueden ser modificados ya que no dependen de la jefatura o de los trabajadores, porque estos tienen mucho que ver con los criterios de infraestructura.

La evaluación interna se realiza simultáneamente en todos los servicios, áreas y Unidades; al momento de la evaluación conjunta con el responsable del servicio se da a conocer los ítems observados, al finalizar el proceso, se deja una copia de la ficha al jefe del servicio con la finalidad de socializar y subsanar las observaciones que estén sujetas a cambio.

**GRAFICO 1: TENDENCIA DE LA EVALUACION INTERNA HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA 2019 – 2023**



Fuente: Fichas de evaluación interna de IAAS - Unidad de Epidemiología





OFICINA EJECUTIVA DE EPIDEMIOLOGÍA, SALUD AMBIENTAL Y SALUD OCUPACIONAL

La curva de tendencia anual acumulada de la evaluación interna, correspondiente a los años 2019 al 2023 es decreciente y nos muestra que el pico más alto de cumplimiento fue en el año 2020 llegando al 76.5 % calificado como **REGULAR**; en el año 2023 el porcentaje de cumplimiento fue inferior en comparación a los años anteriores.

**VII. METODOLOGIA DE LA AUTOEVALUACION**

De acuerdo a la Guía Técnica para la Evaluación interna de la Vigilancia, Prevención y Control de IAAS, la evaluación debe realizarse trimestralmente; En nuestro nosocomio se realiza semestralmente considerando todos los servicios, unidades y áreas, para la evaluación en hospitalización se evalúan todos los servicios y se obtiene un promedio general.

El equipo de evaluadores del HRGDV, utilizara diversas técnicas tales como:

- ✓ Observación directa de los procesos.
- ✓ Revisión Documentaria.
- ✓ Entrevistas.
- ✓ Reuniones de Problematización.

El instrumento que se empleara durante la Evaluación interna serán las fichas de Autoevaluación (criterios según Servicios, Unidades o Áreas) de la Guía Técnica para la Evaluación Interna de IAAS.

La metodología de trabajo del día a día en el periodo de la ejecución de la Autoevaluación será la siguiente:

- ✓ La Evaluación se realiza mediante la visita a los diferentes servicios verificando los criterios señalados.
- ✓ La evaluación tendrá en cuenta: Existencia, condiciones, características, estado y otros aspectos del criterio.
- ✓ El acto de la evaluación se hará en presencia y participación del personal asignado por el servicio, Unidad o Área.
- ✓ Cada equipo de evaluadores al término del día de la evaluación se reunirá para revisar los criterios evaluados a fin de encontrar puntos de retroalimentación en conjunto con el resto de evaluadores internos.
- ✓ El Presidente del equipo evaluador será el responsable del monitoreo y supervisión del proceso de la Evaluación Interna.
- ✓ Con respecto al procesamiento de datos, análisis de resultados y elaboración del informe preliminar estará a cargo del Presidente del equipo evaluador.
- ✓ La revisión y corrección del informe preliminar será en conjunto con todos los evaluadores internos.
- ✓ Finalmente, el equipo de Evaluación interna hará la presentación de los resultados a la Dirección General quien socializará la información a todos los trabajadores del HRGDV.



*Handwritten signature*







PERÚ

MINSA

**GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC**  
**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC**  
 Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega  
**UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA, SALUD AMBIENTAL Y SALUD OCUPACIONAL**



**VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	META	CRONOGRAMA			
				I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
1	Conformación del Equipo Técnico	Dirección General.	1	X			
2	Elaboración y Aprobación del Plan de Autoevaluación.	Equipo de Evaluadores internos.	1	X			
3	Capacitación al equipo de Evaluadores Internos.	Dirección General.	2		X		X
4	Ejecución de la Autoevaluación.	Equipo de Evaluadores internos.	2		X		X
5	Consolidación de Informes.	Equipo de Evaluadores internos	2		X		X
6	Procesamiento de Datos.	Personal de Informática y Equipo de Evaluadores.	2		X		X
7	Análisis de los resultados.	Equipo de Evaluadores.	2		X		X
8	Presentación del Informe a la Dirección General.	Evaluador Líder.	2		X		X
9	Difusión de los Resultados de la Evaluación Interna.	Dirección General.	2		X		X



*[Handwritten signature]*

10



# FICHAS DE AUTOEVALUACION

(CRITERIOS SEGÚN SERVICIOS, UNIDADES O AREAS)



*Handwritten signature*





### 1. COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC			
<b>ESTRUCTURA</b>							
1	El Comité tiene Resolución Directoral (RD) actualizada.	RD o su equivalente.				RD o equivalente.	
2	Cuenta con un Plan Anual, aprobado por Resolución Directoral.	Elaborado según NI 020, 1er mes del año.				Plan.	
3	Los objetivos del Plan están incorporados en el PO Institucional.	Objetivos del Plan en POI.				POI	
4	Dispone de la normatividad referida a Vigilancia, Prevención y Control de IH (VPC de IH). (Anexo N° 1)	Ejemplar accesible de cada documento.				Normas IH.	
5	El CIH está presidido por el Director del Hospital o su representante.	RD.				RD, Actas.	
6	El CIH está compuesto por un grupo multidisciplinario de profesionales con funciones definidas.	Médico, enfermera de VPC, representantes de: Microbiología, Epidemiología, Calidad.				Reglamento del CIH. Libro de Actas.	
7	Cuenta con ambiente, computadora, impresora, materiales e insumos para su trabajo.	Operativos, disponibles y suficientes.				Informes, Actas.	
8	Miembros del CIH reciben capacitación en IH.	Por lo menos 3 miembros del Comité, anualmente.				Registro y/o informes de la capacitación.	
<b>SUBTOTAL ESTRUCTURA</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>		



*[Handwritten signature]*

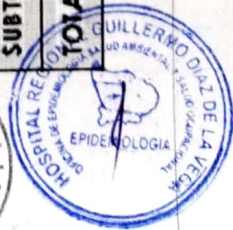


Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>PROCESO</b>						
9	El CIH determina los daños y servicios que serán vigilados.	Plan Local. Libro de actas.			Plan Local. Libro de actas.	
10	Registra reuniones en libro de actas, con control de acuerdos.	100% de reuniones registradas.			Libro de actas.	
11	Analiza resultados de la VPC IH y ABL y propone acciones correctivas.	Evaluación al menos trimestralmente.			Libro de actas. Informe a la Dirección del Hospital.	
12	Analiza y difunde el mapa microbiológico a servicios asistenciales.	Cada 6 meses.			Cuaderno de Cargos.	
13	Promueve con la Oficina de Calidad la implementación de Planes de Mejora según problemas priorizados.	Implementa por lo menos un PMCC al año.			PMCC. Informe de implementación.	
14	Analiza informes de manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios y propone intervenciones.	Trimestral.			Libro de actas. Informe a la Dirección del Hospital.	
15	Analiza informes sobre calidad del agua y propone intervenciones.	Trimestral.			Libro de actas. Informe a la Dirección del Hospital.	
16	Evalúa y propone actividades oportunas de PC en caso de brotes e hiperendemia.	En el 100% de casos.			Informe a la Dirección del Hospital.	
17	Evalúa resultados de acciones de VPC IH y los avances del Plan.	Trimestral.			Libro de actas. Informes.	
18	Con el Comité Farmacológico implementa estrategias para Uso Racional de ATM.	CIH, participa en su implementación.			Libro de actas. Informes.	
19	Analiza e implementa recomendaciones del nivel intermedio y/o nacional.	Según el caso.			Libro de actas. Informes.	
20	Participa en procesos de adquisición de antisépticos, desinfectantes y otros insumos para la VPC de las IH y ABL.	Especificaciones de los productos y políticas de uso de antimicrobianos.			Informe. Propuesta técnica de licitaciones.	



N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
21	Informa trimestralmente a la Dirección de los resultados, logros y dificultades.	De acuerdo al Plan Anual.			Informe a la Dirección del Hospital.	
<b>SUBTOTAL PROCESO</b>			CUMPLIMIENTO: N° =      =      %			
<b>RESULTADOS</b>						
22	Cumplimiento de las metas señaladas en el Plan en no menos del 80%.	De actividades programadas en el Plan.			Informe anual.	
23	Reducción no menor del 20%, de la incidencia por tipo de IHH de acuerdo a la línea basal y estándares.	Según lo programado en el Plan para las IHH.			Informe anual.	
24	El 90% del personal por lo menos cumple con el lavado de manos en áreas críticas.	Según Línea de Base.			Informe anual.	
25	Incremento en un 50% de cumplimiento de medidas de prevención en procedimientos de riesgo (factos vaginales, rasurado pre quirúrgico, uso de catéteres y antibiótico profaxis)	Según Procedimientos establecidos.			Informe anual. Lista de cotejo.	
<b>SUBTOTAL RESULTADO</b>			CUMPLIMIENTO: N° =      =      %			
<b>TOTAL COMITÉ DE IHH</b>			CUMPLIMIENTO      %			



*Handwritten signature in blue ink.*



2. UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA HOSPITALARIA (UEH)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y CONTROL DE BROTES</b>						
<b>ESTRUCTURA</b>						
1	Cuenta con la Oficina/Unidad de Epidemiología.	ROF.			ROF.	
2	Cuenta con equipo de cómputo, correo electrónico e impresora.	Operativos y disponibles.			Lista verificación.	
3	Cuenta con documentos técnicos de VPC IIH. (Anexo N° 1)	Ejemplar de cada documento.			Normas disponibles.	
4	Cuenta con profesionales necesarios y con funciones del nido.	Epidemiólogo, enfermera, estadístico, otros.			MOF, CAP.	
5	Cuenta con enfermera para la VPC IIH.	A tiempo completo (1/ 200 camas).			MOF, CAP.	
6	En las acciones de VPC incorpora personal de los servicios.	Al menos uno por servicio.			Informes.	
<b>SUBTOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO: N° = %</b>						
<b>PROCESO</b>						
7	Investiga brotes e hiperendemias, comunica resultados a la Dirección, al Comité IIH y al nivel Intermedio.	En 100% de los casos.			Informes, Reportes.	
8	Vigila diaria y activamente las IIH en servicios seleccionados.	En 100% de los casos.			Reportes, Formatos	
9	Revisa los resultados microbiológicos positivos, de servicios seleccionados.	Diariamente en el Laboratorio de Microbiología.			Plan actividades Informes.	
10	Vigila y reporta los ABL.	Vigilancia Pasiva.			Reportes.	
11	Conduce los estudios de prevalencia de IIH y otros relacionados.	De acuerdo a Plan.			Informes.	
12	Participa en la Vigilancia del IIRATM.	De acuerdo a Plan.			Informes.	



*[Handwritten signature]*



N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
13	El epidemiólogo supervisa la Vigilancia activa de la enfermera.	Semanalmente.			Plan actividades.	
14	Capacita en VPC IIH y ABL en los servicios.	Durante la supervisión.			Plan actividades. Informes.	
15	Informa a nivel intermedio resultados de la vigilancia y otros afines.	Mensual y oportunamente.			Informes.	
16	Informa al CIH y a la Dirección las incidencias de IIH y ABL.	Mensual y oportunamente.			Informes.	
17	Elabora Tendencias de las Incidencias de las IIH vigiladas.	Con al menos 5 años de reportes.			Informes de la vigilancia.	
18	Analiza e informa sobre el comportamiento de la Vigilancia de IIH.	De acuerdo a línea basal y estándares.			Informes.	
19	Analiza con Salud Ocupacional, riesgos laborales y promueve el control de los mismos. (Anexo N° 2)	Especial atención a exposición a cor pulmonares y TBC.			Reportes. Informes.	
<b>SUBTOTAL PROCESO CUMPLIMIENTO: N° = % = RESULTADO</b>						
20	Cumple las metas señaladas para la Vigilancia de las IIH y ABL en el Plan en no menos del 80%.	De lo programado en el Plan.			Informe Anual.	
<b>SUBTOTAL RESULTADO CUMPLIMIENTO: N° = % = RESULTADO</b>						
<b>SALUD AMBIENTAL</b>						
<b>ESTRUCTURA</b>						
21	Cuenta con Plan de Manejo de RSH. (Anexo N° 3)	Plan anual.			Plan.	
22	Cuenta con los insumos necesarios para cumplir sus funciones.	Según especificaciones.			Informes.	
23	Cuenta con los equipos para el acopio y transporte intermedio de los RSH.	De acuerdo a requerimientos solicitados			Lista chequeo. Informes.	



Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
24	Dispone del personal capacitado de acuerdo a funciones.	Ing. Ambiental o Sanitario o Técnica Sanitaria.			MOF. CAP. Informes de capacitación.	
SUBTOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO: N° = %						
<b>PROCESO</b>						
25	Supervisa servicios y puntos de acopio intermedio y final en BSH.	De acuerdo a la norma vigente.			Reportes. Informes.	
26	Controla puntos críticos de agua en: C. Quirúrgico, C. Obstétrico, Central de Esterilización, UCI, Hemodiálisis, Otros.	Cumple cronograma.			Informes.	
27	Realiza limpieza y desinfección de reservorios de agua.	De acuerdo al plan de limpieza y a la Norma.			Informes.	
28	Vigila y controla el manejo sanitario de los alimentos según normatividad vigente.	Inspecciones periódicas al servicio de Nutrición.			Informes.	
29	Realiza el control de vectores de acuerdo a la Norma.	Programa fumigación, desratización.			Informes.	
30	Con Farmacia, supervisa manejo adecuado de productos limpiadores y desinfectantes de uso general.	Según el Plan.			Informes.	
SUBTOTAL PROCESO CUMPLIMIENTO: N° = %						
<b>RESULTADOS</b>						
31	Cumple por lo menos el 80% de las metas señaladas en el Plan de Actividades.	Actividades programadas.			Informe Anual.	
SUBTOTAL RESULTADOS CUMPLIMIENTO: N° = %						
SUBTOTAL SALUD AMBIENTAL CUMPLIMIENTO: N° = %						
TOTAL UEH CUMPLIMIENTO: N° = %						



*[Handwritten signature]*



"Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias"

**LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA (LM) ( Anexo N° 4 )**

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>ESTRUCTURA</b>						
1	Cumple con los criterios de infraestructura, según norma.	De acuerdo a normalidad.			Lista chequeo Informes.	
2	Cuenta con equipos necesarios para el diagnóstico y antibiograma.	Equipamiento mínimo apto para el uso.			Registro de equipos y estado.	
3	Dispone de insumos mínimos necesarios para diagnóstico y antibiograma.	Listado de insumos mínimos.			Listados.	
4	Cuenta con insumos de protección del personal en cantidad suficiente.	Guañetes, respiradores, mandiles, lentes.			Informes	
5	Cuenta con instrumentos para controlar temperaturas.	Termómetro máximo y mínimo. Registrador de temperatura.			Registros.	
6	Cuenta con los Manuales de Procedimientos.	Por tipo de procedimiento			MAPRO.	
7	Formato de solicitud de exámenes de laboratorio para hospitalización, con la información necesaria para la ayuda al diagnóstico.	En Laboratorio de Microbiología más del 80% de formatos con información necesaria.			Más del 80% cumple con esta condición en el muestreo de un día.	
8	Cuenta con formato estandarizado de informe de resultados con firma y sello de profesional calificado.	Formatos estandarizados por tipo de muestra.			Archivo de resultados.	
9	Dispone de stock temporal para cepas posibles IHH con fines de verificación.	Stock temporal 15 días.			Listado Informes.	
	Cuenta con todas las cepas referenciales ATCC necesarias y viables.	S. aureus ATCC 25923; E. coli ATCC 25922; E. coli ATCC 35218; E. faecalis 29212; P. aeruginosa 27853			Listado de stock.	



*See*



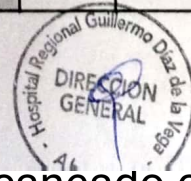
\*Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias\*

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
11	Cuenta con recursos humanos necesarios.	Profesionales, técnicos y auxiliares de Microbiología.			Manual de Organización y Funciones. Cuadro de Asignación de Personal. Programación.	
12	El Personal está capacitado de acuerdo a sus funciones.	Cumple más del 70% del Plan Anual Capacitación.			Plan de Capacitación Informes.	
<b>SUBTOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO: N° = %</b>						
<b>PROCESO</b>						
13	Almacena los insumos adecuadamente.	Según recomendaciones del fabricante. No se utilizan fuera del rango.			Listado.	
14	Realiza pruebas de diagnóstico de acuerdo al nivel de complejidad.	Listado de pruebas mínimas			Registro de pruebas realizadas.	
15	Utiliza sangre de carnero en casos necesarios.	Aislamiento primario y pruebas de identificación. Según criterios establecidos.			Informes.	
16	Realiza pruebas adicionales de resistencia, BLEE, MRSA, MLS y VRE.	Según criterios establecidos.			Registro Reportes	
17	Emite oportunamente los resultados de acuerdo al tipo de muestra y análisis.	Tiempos establecidos.			Manual de Procedimientos.	
18	Informa resultados de sensibilidad antimicrobiana al CIH, según muestras, microorganismos y servicios.	De servicios predelimitados por CIH. (Semestral)			Reportes.	
19	Utiliza software actualizado de VR ATM.	Resultados oportunos.			Reportes.	
20	Realiza control de calidad de insumos de las pruebas para diagnóstico microbiológico.	Medios de cultivo, reactivos, discos de sensibilidad ATM.			Libro de registros.	
21	Controla los medios y discos de sensibilidad antimicrobiana.	Control de calidad al menos cada 15 días.			Registros.	



"Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias"

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
22	Cumple las normas de bioseguridad dispuestas en el Laboratorio.	Con buenas prácticas y barreras.			Manual Bioseguridad.	
23	Controla y registra la temperatura de estufas, refrigeradora y congeladora.	A primera hora y a la salida (diario)			Registros.	
24	Participa del Programa de Evaluación Externa (PEED) del Laboratorio de Referencia Regional.	Anual.			Informe.	
25	Coordina servicios para optimizar desempeño en calidad de muestras. Llenado de órdenes e interpretación de los resultados.	Semestral.			Plan de actividades.	
26	No informa de rutina la sensibilidad a los antibióticos de uso restringido por el CIH y Comité Farmacológico.	Responsabilidad compartida.			Resultado de antibiogramas.	
27	Estudia los brotes de IIH con orientación epidemiológica y envía cepas al Laboratorio de Referencia.	Participa activamente.			Informes. Registros.	
<b>SUBTOTAL PROCESO</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>		<b>%</b>	
<b>RESULTADOS</b>						
28	Los resultados del Programa de Evaluación Externa (PEED), son satisfactorios de acuerdo al nivel de complejidad del hospital.	% de pruebas aceptables, concordancia de lectura de halos e interpretación.			Informes.	
29	La positividad de los hemocultivos convencionales debe ser ≥ 10% y en los automatizados de ≥ 20%. La contaminación debe ser ≤ 3 a 5% respectivamente.	Solo se mide en hemocultivos rutinarios en septicemias.			Informes. Libro de resultados. Informe Anual.	
<b>SUBTOTAL RESULTADOS</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>		<b>%</b>	
<b>TOTAL LAB. MICROBIOLOGIA</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>		<b>%</b>	

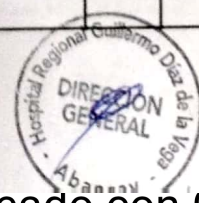


*Cey*



4. FARMACIA (F)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>ESTRUCTURA</b>						
1	Farmacia y los Almacenes Especializados de Medicamentos y otros productos farmacéuticos cumplen con las Buenas Prácticas de Almacenamiento. (BPA)	Cumplimiento del manual de BPA. (RM N° 585-99-SA/DIM).			Certif cada o acta de BPA emitida por Autoridad Sanitaria (DIGEMID-DEMID)	
2	Cuenta con los ATM identificados como necesarios para el hospital.	El 100% de ATM se encuentran en normastock.			Informes de stock y consumo de últimos 6 meses y Pareto.	
3	Los ATM no considerados en el Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales (PNME) vigente disponibles en Farmacia, son aprobados por Comité Farmacológico.	El 100% de ATM no incluidos en PNME aprobados por Comité Farmacológico.			Información de stock de ATM en Farmacia aprobada por Comité Farmacológico.	
4	Dispone de antisépticos y sus diluciones según especificaciones del CIH y documentos técnicos farmacéuticos normativos.	El 100% de antisépticos en normastock.			Registros. Normas.	
5	Dispone de hojas amarillas para notificación de Reacción adversa a medicamentos relacionadas con el uso de ATM.	Disponibles y su clientes en el 100% de los servicios.			Registro mensual.	
6	Dispone de documentos normativos actualizados.	Visibles.			Archivos	
7	Cuenta con recursos humanos necesarios y capacitados.	Q. Farmacéutico, técnico y auxiliar			Manual de Organización y Funciones. Cuadro de Asignación de Personal.	



*[Handwritten signature]*

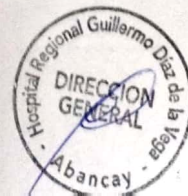


N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		EVIDENCIA DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
B	Responsable del almacenamiento de antisépticos y desinfectantes utilizados en el hospital.	Almacén Especializado cumple Manual de BPA.			Cumplimiento BPA en unidad de almacenamiento sanitaria (DIGEMID-DEMID).	
<b>SUBTOTAL ESTRUCTURA</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>		<b>%</b>	
<b>PROCESO</b>						
9	Supervisa y controla los medicamentos e insumos de su responsabilidad de uso en los servicios del hospital.	Supervisión del 100% al menos 2 veces al mes.			Informe o Formato de Supervisión.	
10	Controla la dispensación de antibióticos de uso restringido (ATMR).	El 100% de ATMR dispensados con autorización del CIH a través de médicos designados.			Registro de autorización del Comité de IH.	
11	Controla los antisépticos y desinfectantes utilizados en el hospital.	Cumple Directiva del SISMED. Tarjetas control visibles.			Formatos SISMED. Registro en tarjetas de control.	
12	Responsable de la preparación de diluciones de los antisépticos y desinfectantes.	Cumple con criterios técnicos de preparación de galénicos.			Registro de preparación de antisépticos y desinfectantes.	
13	Responsable del expendio de antisépticos y desinfectantes.	Cumple con el 100% de los requerimientos.			Registro de atenciones.	
14	Realiza capacitaciones a nivel local.	Por lo menos 6 capacitaciones anuales.			Registro de capacitaciones.	
15	Desarrolla estudios de utilización de ATM, Antisépticos y Desinfectantes.	Participa como mínimo en estudio sobre ATM cada 2 años.			Informe del estudio.	
16	Responsable de elaboración de las fórmulas estériles: Nutrición Parenteral (NP), mezclas intravenosas y otras.	El 100% de las fórmulas elaboradas según normas.			Registros de preparación.	
<b>SUBTOTAL PROCESO</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>		<b>%</b>	



"Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias"

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>RESULTADOS</b>						
17	Cumple metas programadas para Farmacia en VPC IIH en no menos del 80%.	Del Plan.			Informe Anual.	
<b>SUBTOTAL RESULTADOS</b>			=		%	
<b>TOTAL FARMACIA</b>			=		%	

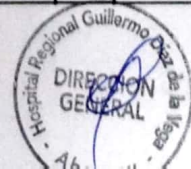


*Handwritten signature*



**5. CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN (CE) Y DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL (DAN)**

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</b>						
<b>ESTRUCTURA</b>						
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma.	Área roja, verde y azul.			Lista chequeo.	
2	Dispone de equipos e insumos de limpieza y descontaminación recomendados.	Detergente, agua blanda y destilada, hisopos, pistolas, otras.			Manual de Procedimientos.	
3	Cuenta con equipos e insumos de secado recomendados.	Aire comprimido, pistolas, secadores.			Manual de Procedimientos.	
4	Cuenta con los empaques recomendados.	Papel grado médico, corrugado, etc.			Manual de Procedimientos.	
5	Dispone de equipos esterilizadores operativos y validados.	Autoclaves, hornos con ventilador y cámara de baja temperatura con registros de verificación de procesos.			Documento de auditoría y certificación. Registro de apto.	
6	Cuenta con controles físicos, químicos y biológicos necesarios y normados.	Controles validados y certificados.			Registros.	
7	Cuenta con un programa efectivo de mantenimiento de equipos.	Cronograma normado.			Registro de mantenimiento.	
8	Cuenta con personal capacitado para realizar las funciones.	Desde la limpieza hasta la entrega del material estéril.			Manual de Organización y Funciones. Constancia de capacitación.	
<b>SUBTOTAL ESTRUCTURA</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>	



*[Handwritten signature]*



N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES		CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
		C	NC	C	NC		
<b>PROCESO</b>							
9	La jefatura de CE conduce, controla, supervisa y registra todas las etapas del proceso de esterilización en el hospital.	Desde la limpieza hasta la entrega del material estéril.				Manual de Organización y Funciones. Manual de Procedimientos.	
10	Participa activamente en las especificaciones técnicas para compra de materiales e insumos del servicio.	Del ne especificaciones técnicas.				Manual de Organización y Funciones. Registros de especificaciones.	
11	En caso de tercerización, registra la certificación de garantía de calidad.	Conoce y acepta el servicio.				Certificado del proveedor.	
12	Controla y registra los procesos de limpieza y descontaminación.	En el hospital.				Registros.	
13	Controla y registra los procesos de secado.	En el hospital.				Registros.	
14	Controla y registra los procesos de empaquetado.	En el hospital.				Registros.	
15	Controla y registra el proceso de esterilización.	En el hospital.				Registros.	
16	El material esterilizado se almacena según norma.	CE y en los servicios.				Registros	
17	Mantiene un stock mínimo de insumos estériles.	Almacén.				Lista de stock.	
18	Previene y controla el riesgo ocupacional.	Barreiras, inmunización.				Manual de Procedimientos. Informes	
19	Reporta incidencias, accidentes y procesos no satisfactorios a la autoridad correspondiente.	Inmediatamente.				Reportes. Registros de incidencias y notificaciones.	
<b>SUBTOTAL PROCESO</b>		<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>		<b>=</b>		<b>%</b>	



N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>RESULTADO</b>						
20	El 100% de lotes entregados con garantía de esterilidad.	En maniobras de riesgo.			Registros de salida. Informe Anual	
SUBTOTAL RESULTADOS			CUMPLIMIENTO: N° =	=	%	
SUBTOTAL C. ESTERILIZACIÓN			CUMPLIMIENTO: N° =	=	%	
<b>DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL (DAN)</b>						
<b>ESTRUCTURA</b>						
21	Cuenta con ambiente apropiado y materiales de protección personal.	Ambiente ventilado o cabinas y barreras.			Listado.	
22	Cuenta con desinfectantes de alto nivel normados.	Según CIIH			Manual de Procedimientos.	
23	Cuenta con los insumos de limpieza normados.	Detergentes enzimáticos, agua destilada, pistolas, recipientes y otros.			Informes.	
24	Cuenta con agua destilada estéril para el enjuague final.	Agua destilada estéril de fábrica.			Listado material.	
25	Cuenta con los insumos de secado normados.	Campos y compresas estériles para el secado. Equipos de secado estéril.			Listado stock.	
26	Cuenta con un módulo de almacenamiento y conservación.	Cabinas, contenedores, envoltorios.			Informes.	
27	Cuenta con personal profesional y técnico capacitado en Desinfección de Alto Nivel (DAN).	CE supervisa y controla los procesos DAN.			Manual de Procedimientos. Registros de procesos.	
SUBTOTAL ESTRUCTURA			CUMPLIMIENTO: N° =	=	%	



*[Handwritten signature]*



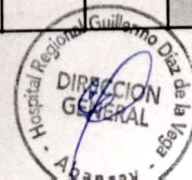
"Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias"

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>PROCESO</b>						
28	Controla y registra el proceso DAN	El 100% del proceso.			Informes.	
29	Reporta incidentes a la autoridad correspondiente.	Inmediatamente.			Informes.	
30	En servicios de endoscopia y hemodiálisis se controla el proceso.	De rutina.			Registros.	
31	Los procesos cuentan con registros de calidad.	En el 100%.			Informes.	
<b>SUBTOTAL PROCESO</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>	
<b>RESULTADOS</b>						
32	Mejora Continua en el DAN al menos en el 80% del Plan.	En los servicios donde se realiza.			Informe Anual.	
<b>SUBTOTAL RESULTADOS</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>	
<b>TOTAL DAN</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>	
<b>TOTAL CE Y DAN</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>	



### 6. CENTRO QUIRÚRGICO (CQ)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN			FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC			
<b>ESTRUCTURA</b>							
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma ( Anexo N° 6 )	Zonificación de ambientes y zonas de riesgo.				Norma.	
2	Dispone de agua potable corriente las 24 horas.	Asegurar la disponibilidad de agua.				Informe.	
3	Cuenta con lavamanos e insumos normados, en las diferentes áreas.	Insumos para el 100% Lavado Social, Lavado Clínico, Lavado Quirúrgico.				Informe.	
4	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.	Cuenta de manera sistemática y continua.				Informe.	
5	Cuenta con área de limpieza de utensilios, limpiadores y desinfectantes normados.	Cuenta de manera sistemática y continua.				Informe.	
6	Cuenta con material e insumos para el manejo de los residuos sólidos Hospitalarios.	Cuenta de manera sistemática y continua.				Informe.	
7	Se controla profilaxis quirúrgica de acuerdo a Norma.	De manera sistemática y continua.				Reporte Protocolos.	
<b>SUBTOTAL ESTRUCTURA</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>			<b>%</b>	



*[Handwritten signature]*



N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES		CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
		C	NC	C	NC		
<b>PROCESO</b>							
8	Se cumple con medidas de prevención y control de VIH (especialmente lavado de manos, antisepsia de piel) y Accidentes Biológico Laborales (ABL). (Anexo N° 7)	Cumple de manera sistemática y continua				Informe.	
9	Cirujanos, residentes, internos, enfermeros y otros, cumplen medidas de prevención, control y ABL.	Cumple de manera sistemática y continua.				Informe.	
10	Manejo de los RSH según norma. (Anexo N° 3)	Cumple de manera sistemática y continua.				Informe.	
11	Utilizan equipos e insumos estériles de ventilación y anestesia por paciente.	Circuitos de la máquina de anestesia, vacío, gases, ambú, otros.				Informe.	
12	Cumple con el Programa de Mantenimiento de equipos, sistema eléctrico, de gases y vacío.	Tarjetas de último chequeo.				Tarjetas. Reporte.	
13	En pacientes con infecciones de transmisión aérea y sangre se procede según norma. (Anexo N° 8)	TBC, Hepatitis viral, VIH.				Informe.	
14	Uso de drenaje aspirativo en circuito cerrado y sacados por contrabertura.	Cumple de manera sistemática y continua.				Informe. Manual de Procedimientos.	
15	Se evita rizado. Si es pertinente se recorta vello o rizado con técnica aséptica < 30 minutos antes de la intervención	Cumple de manera sistemática y continua.				Informe.	
16	Manejo de profilaxis inmediata en caso de heridas o pinchazos, se reporta a UEH para el seguimiento. (Anexo N° 2)	Cumple de manera sistemática y continua.				Informe.	
17	Conocimiento de la incidencia de infección de Herida Operatoria y de acciones de prevención y control.	Difusión mensual de resultados.				Reportes. Entrevista.	
<b>SUBTOTAL PROCESO</b>		<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>		<b>=</b>	<b>%</b>		



N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>RESULTADOS</b>						
18	El 100 % de cirujanos cumple con las normas del lavado quirúrgico.	Según Línea de base			Norma.	
19	Incremento porcentual del cumplimiento en el procedimiento de rizado o recorte de vello.	Según Línea de base.			Plan.	
20	Reducción porcentual de la incidencia de las Infecciones más frecuentes.	Según Línea de base o metas establecidas en el Plan.			Informe.	
<b>SUBTOTAL RESULTADOS</b> CUMPLIMIENTO: N° =      = %						
<b>TOTAL C. QUIRÚRGICO</b> CUMPLIMIENTO: N° =      = %						

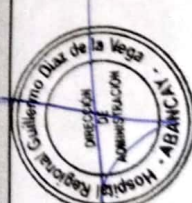
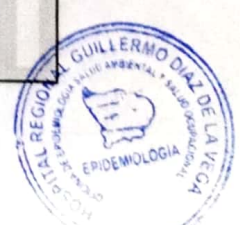


*Handwritten signature in blue ink.*



**7. CENTRO OBSTÉTRICO (CO)**

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>ESTRUCTURA</b>						
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma (Anexo N° 9)	Zonificación de ambiente y zonas de riesgo.			Informe.	
2	Dispone de agua potable corriente las 24 horas.	De manera sistemática y continua.			Informe.	
3	Cuenta con lavamanos e insumos normado en las diferentes áreas	Insumos para el 100% del Lavado Social, Clínico y Quirúrgico.			Informe.	
4	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos	Cuenta de manera sistemática y continua.			Informe.	
5	Cuenta con área de limpieza y utensilios, limpiadores y desinfectantes normados.	De manera sistemática y continua.			Informe.	
6	Cuenta con material e insumos para manejo de PSH. (Anexo N°3)	De manera sistemática y continua.			Informe.	
7	Los equipos e insumos de reanimación del neonato se manejan de acuerdo a normas de prevención y control de IIH.	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe.	
<b>SUBTOTAL ESTRUCTURA</b>						<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b> <b>%</b>



*Cuef*



\*Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC		
PROCESO						
8	El personal cumple con medidas de prevención y control IIH y ABL. Especialmente lavado de manos, antisepsia de la piel y mucosas.	Cumple de manera sistemática y continua con normas.			Procedimientos.	
9	Manejo de los Residuos Sólidos, según norma. (Anexo N° 3)	Cumple de manera sistemática y continua.			Manual de Procedimientos.	
10	Durante el trabajo de parto no se realizan más de 4 tactos vaginales.	Cumple de manera sistemática y continua.			Historia Clínica Partograma.	
11	Cuenta con un programa de mantenimiento preventivo y recuperativo de equipos.	Según especificaciones de equipos.			Informe. Kárdex de equipo.	
12	En pacientes con infecciones de transmisión aérea y sangre se procede según norma. (Anexo N° 8)	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe.	
13	Manejo de profilaxis inmediata en caso de heridas punzocortantes y reporte a UEH para el seguimiento. (Anexo N° 2)	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe.	
14	Conocimiento de la incidencia de IHO, Endometritis y de acciones de prevención y control.	Estadísticas del servicio.			Reporte.	
<b>SUBTOTAL PROCESO</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>		<b>=</b>	<b>%</b>



"Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias"

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>RESULTADOS</b>						
15	Incremento en un 50% de gestantes con no más de 4 tactos vaginales durante el trabajo de parto.	Según Línea de Base.			Historia Clínica Partoquema.	
16	Más del 90% del personal de CO cumple con las normas del lavado de manos. (Anexo N° 8)	Según Línea de Base.			Registro. Informe.	
17	Reducción porcentual de la incidencia de las IIH seleccionadas (endometritis, IHO, otras).	Según Línea de Base.			Registro. Informe.	
<b>SUBTOTAL RESULTADOS</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>	
<b>TOTAL CENTRO OBSTETRICO</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>	








*Car*



**8. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>ESTRUCTURA</b>						
1	Cumple con criterios de infraestructura, según norma (Anexo N° 10)	Ambientes, zonas de riesgo, según norma.			Norma.	
2	Cuenta con recursos humanos en número suficiente para la atención.	según Norma.			Manual de Organización y Funciones, Informes.	
3	Dispone de agua potable corriente las 24 horas.	De manera continua.			Informe.	
4	Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas (Anexo N° 8)	Insumos para 100% Lavado Social, Clínico y Quirúrgico.			Informe.	
5	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.	Cuenta de manera sistemática y continua.			Informe.	
6	Cuenta con área de limpieza y utensilios, limpiadores y desinfectantes normados.	Cuenta de manera sistemática y continua.			Informe.	
7	Cuenta con Manuales de Procedimientos de Enfermería y Guías de Práctica Clínica.	Cuenta de manera sistemática y continua.			Manuales, Guías.	
8	Cuenta con catéteres vasculares y otros en cantidad suficiente.	Cuenta de manera sistemática y continua.			Stock.	
9	Cuenta con medicamentos suficientes para cumplir con normas de estabilidad y seguridad con esquemas globales por pacientes.	Los trámites burocráticos y otros no impedirán la atención de calidad.			Listado.	
10	Los trastos de aspiración, nebulización y otros no están con líquido, si no se utilizan de inmediato.	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe, Manual de Procedimientos.	

*Cul*



\*Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias\*

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CUMPLIMIENTO: N° = %		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	%		
<b>PROCESO</b>						
11	Cuenta con programa de mantenimiento de equipos, sistema eléctrico, oxígeno y vacío.	Cumple de manera sistemática y continua.			Reporte.	
<b>SUBTOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO: N° = %</b>						
12	Utiliza fórmulas NPT con garantía de esterilidad antes del uso.	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe, Manual de Procedimientos.	
13	Se maneja Uso Racional de ATM.	Según Manual de Procedimientos.			Informe, Manuales.	
14	Se maneja Residuos sólidos según norma. (Anexo N° 3)	Cumple de manera sistemática y continua.			Reporte.	
15	Dispone para cada paciente de equipos e insumos de ventilación en condiciones de seguridad.	Circuitos, ambú, frascos de ventilación y humidificación.			Informe.	
16	Se cumplen medidas de aislamiento de acuerdo a la norma. (Anexo N° 8)	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe.	
17	Manejo de profaxis inmediata en caso de accidentes punzo cortantes, se reporta a UEH. (Anexo N° 2)	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe.	
18	Conocimiento de incidencia de IHH y de acciones de prevención y control	Análisis y difusión mensual de resultados.			Informe.	
19	En caso de brotes o hiperendemia se toman medidas oportunas.	Cumple de manera sistemática y continua.			Reporte.	
<b>SUBTOTAL PROCESO CUMPLIMIENTO: N° = %</b>						



N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>RESULTADOS</b>						
20	Reducción de la incidencia de infecciones del torrente sanguíneo.	Según línea de base o metas del Plan Local.			Informe.	
21	Reducción del número de brotes de IHI.	Según línea de base o metas del Plan Local.			Informe.	
22	Más del 90% del personal cumple con las normas de lavado de manos.	Según línea de base.			Informe.	
<b>SUBTOTAL RESULTADOS</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>	
<b>TOTAL UCI</b>			<b>CUMPLIMIENTO: N° =</b>	<b>=</b>	<b>%</b>	



*Handwritten signature in blue ink.*





### 9. HOSPITALIZACIÓN (H)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC		
<b>ESTRUCTURA</b>						
1	Cuenta con lavamanos e insumos normados en las diferentes áreas.	Insumos para 100% Lavado Social, Clínico.			Informe.	
2	Cuenta con área e insumos para descontaminación de instrumental y equipos.	Cuenta de manera sistemática y continua.			Informe.	
3	Cuenta con área de limpieza, utensilios, limpiadores y desinfectantes normados	Según norma.			Informe.	
4	Frascos de antibióticos y otras soluciones, rotulados, con tapa y otras especificaciones.	De manera sistemática.			Directiva.	
5	Cuenta con material e insumos para manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios.	De manera sistemática y continua.			Informe.	
<b>SUBTOTAL ESTRUCTURA CUMPLIMIENTO: N° = %</b>						
<b>PROCESO</b>						
6	Manejo adecuado de frascos de aspiración, nebulización y otros.	Según Manual de Procedimientos.			Informe.	
7	Se maneja Uso Racional de ATM.	Según Manual de Procedimientos.			Historia Clínica, Protocolos.	
8	Se manejan los Residuos Sólidos Hospitalarios según norma. (Anexo N° 3)	De manera sistemática y continua.			Informe.	
9	En pacientes con infecciones de transmisión aérea se procede según norma. (Anexo N° 8)	RBC, Varicela.			Informe, Manual de Procedimientos.	
10	Se cumplen medidas de aislamiento según norma. (Anexo N° 8)	Otro tipo de infecciones.			Norma.	

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA  
DIRECCIÓN GENERAL  
Abancay

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA  
DIRECCIÓN GENERAL  
Epidemiología

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA  
DIRECCIÓN GENERAL  
ASESORÍA TÉCNICA

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA  
DIRECCIÓN GENERAL  
NOMINACIÓN

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA  
DIRECCIÓN GENERAL  
REGISTRO TÉCNICO

*Coy*



N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC		
11	Manejo de profilaxis inmediata de heridas o pinchazo, según normatividad. (Anexo N° 2)	Hepatitis virales, VIH.			Informes. Cartillas.	
12	Conocimiento de incidencia de IIH asociadas a catéteres, sondas, etc. y de acciones de prevención y control.	Médicos y enfermeras conocen.			Informe.	
<b>SUBTOTAL PROCESO CUMPLIMIENTO: N° = %</b>						
<b>RESULTADOS</b>						
13	Reducir la incidencia de IIH por catéter urinario.	De acuerdo al Plan.			Informes, Plan.	
14	Reducir la incidencia de IIH por catéter venoso periférico.	De acuerdo al Plan.			Informes. Plan.	
15	Incremento del cumplimiento del uso racional de antibióticos	Según Guías de Práctica Clínica.			Informes. Historia Clínica.	
<b>SUBTOTAL RESULTADOS CUMPLIMIENTO: N° = %</b>						
<b>TOTAL HOSPITALIZACIÓN CUMPLIMIENTO: N° = %</b>						