RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 446 -2026-DIREC.EJEC.HHUT-DRS.T/G.R.TACNA

Tacna, 30 JUN 2026

VISTO:

El Registro N°8830, que contiene el INFORME N°278-2026-UESA-DIREC.EJEC.HHUT-DRS.T/GOB.REG.TACNA emitido por la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, respecto a la aprobación del "Plan de Evaluación Interna de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Asociadas a las Atención de Salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, periodo 2026"; y,

CONSIDERANDO:

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

Que, la Resolución Ministerial N°523-2020-MINSA, que aprobó la NTS N°163-MINSA/2020/CDC: "Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las infecciones Asociadas a la Atención de la Salud", que tiene como finalidad contribuir a la prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (I.A.A.S.) mediante la generación de información oportuna para la toma de decisiones;

Que, con Resolución Ministerial N°523-2007/MINSA se aprueba la "GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN INTERNA DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS" la cual tiene como finalidad contribuir con el mejoramiento continuo de la calidad de los procesos de vigilancia, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias (IIH) y en la reducción del impacto de estas, en los usuarios y en los establecimientos hospitalarios del país;

Que, asimismo se tiene la Resolución Ministerial N°526-2011/MINSA que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio Salud", entre sus objetivos específicos brindar a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de sus funciones normativas; así como, estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos más relevantes en el ciclo de producción normativa del Ministerio de Salud, así mismo establecer la aplicación de procesos transparentes y explícitos para la emisión de los documentos normativos del Ministerio de Salud;

Que mediante el INFORME N°278-2026-UESA-DIREC.EJEC.HHUT-DRS.T/GOB.REG.TACNA, emitido por el Jefe de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el cual solicita indicar a quien corresponda la emisión de la Resolución Directoral para la aprobación PLAN DE EVALUACIÓN INTERNA DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, PERIODO 2026;

Que, el referido PLAN DE EVALUACIÓN INTERNA DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, PERIODO 2026, tiene como objetivo Fortalecer la calidad de las acciones de vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), mediante la implementación de estrategias de mejora continua que contribuyan a disminuir su incidencia y mejorar la seguridad del paciente;

Que, el artículo 37 de la Ley N°26842, Ley General de Salud, modificado por el artículo 1° de la ley N°29414, establece que los establecimientos de salud deben aprobar normas y reglamentos de funcionamiento interno. En este sentido, y constituyendo uno de los pilares más importantes para fortalecer la calidad de la atención en el Hospital, corresponde emitir el acto administrativo aprobando el citado Plan;

Contando con aprobación de la Dirección Ejecutiva y la visacion de la Unidad de Epidemiologia y Salud Ambiental del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, se dispone a emitir el acto administrativo correspondiente;

REPÚBLICA DEL PERÚ

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 446 -2026-DIREC.EJEC.HHUT-DRS.T/G.R.TACNA

Tacna, 30 JUN 2026

Que, en mérito a las consideraciones expuestas y con las facultades establecidas en el Manual de Organización y Funciones, aprobados mediante la Resolución Directoral N°089-2015-ORG-OPE-DIRECC.EJEC-HHUT-DRS.T/GOB.REG.TACNA, de fecha 19 de febrero de 2015, norma que estipula como FUNCIONES ESPECIFICAS, en el literal r) Expedir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia, en concordancia con el Decreto Supremo N° 006-2026-JUS, TUO de la Ley N° 27444 – Ley de Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27783 – Ley de Bases de la Descentralización, Ley N° 27867 – Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y sus modificatorias y en uso de las atribuciones delegadas mediante la Resolución Directoral N°270-2024-ETARRHH-OEGDRRHH-DR/DRS.T/GOB.REG.TACNA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR el **PLAN DE EVALUACIÓN INTERNA DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, PERIODO 2026,** por las razones expuestas en la parte considerativa de la presente resolución, y cuyo anexo forma parte integrante de la presente resolución directoral.

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL Vº Bº HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA - GOB. REG. TACNA

ARTÍCULO SEGUNDO: DISPONER que el Comité de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la salud (I.A.A.S) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, supervise el cumplimiento del **PLAN DE EVALUACIÓN INTERNA DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, PERIODO 2026,** aprobado en la presente resolución.

ARTÍCULO TERCERO: ENCARGAR a la Oficina de Administración, para que a través de la Unidad de Recursos Humanos proceda al registro correspondiente y se cumpla con notificar a las instancias pertinentes para los fines de Ley.

ARTÍCULO CUARTO: ENCARGAR a la Unidad de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución Directoral en la página Web de la Institución (www.hospitaltacna.gob.pe), en cumplimiento de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública y su Modificatoria.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.

DIRECCIÓN EJECUTIVA - HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA - GOB. REG. DE TACNA

GOBIERNO REGIONAL DE TACNA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA

MED. EDDY R. VICENTE CHOQUE
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HHUT
CMP N°48126 RNE N°

ERVCh/gmbh
Cc. Arch.

PLAN DE EVALUACIÓN INTERNA DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD, PERIODO 2026



UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL
V°B°
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE TACNA

TACNA – PERÚ

2026

INDICE

I. INTRODUCCIÓN 1
II. FINALIDAD 1
III. OBJETIVOS 1
3.1. GENERAL 1
3.2. ESPECÍFICOS 1
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN 2
BASE LEGAL 2
VI. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD 3
6.1. INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD POR SERVICIOS 5
VII. RECURSOS NECESARIOS 9
VIII. SUPERVISION Y MONITOREO 9
IX. INSTRUMENTOS Y/O DOCUMENTOS PARA LA EVALUACION 10
X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 12
XI. ANEXO 12

I. INTRODUCCIÓN

El Hospital Hipólito Unanue de Tacna, comprometido con la mejora continua de la calidad de la atención en salud, viene desarrollando acciones orientadas a la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS). Estas acciones permiten no solo garantizar la seguridad de los pacientes, sino también proteger al personal de salud en todos sus niveles, fortaleciendo así la capacidad institucional de respuesta ante riesgos y eventos adversos.

La aplicación de la guía institucional posibilita evaluar el cumplimiento de las medidas de prevención y control, así como la disponibilidad de documentos técnicos, equipos, insumos y materiales necesarios. Al mismo tiempo, este proceso facilita la identificación de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, lo que constituye la base para diseñar e implementar planes de mejora que aseguren la eficiencia de los servicios, optimicen los recursos y garanticen una atención segura y de calidad para la población atendida.

II. FINALIDAD

Contribuir a la mejora continua de la calidad en los procesos de vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, a fin de reducir su incidencia y proteger la seguridad y salud de la población atendida.

III. OBJETIVOS

3.1. GENERAL

- Fortalecer el proceso de mejora continua de la calidad de los procesos de vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), disminuyendo tasas de incidencia acumulada, e incidencia acumulada.

3.2. ESPECÍFICOS

- Verificar y garantizar el cumplimiento de las medidas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) en los diferentes servicios hospitalarios.
- Implementar y aplicar de manera sistemática la metodología, procedimientos e instrumentos establecidos para la autoevaluación de las IAAS.
- Reducir progresivamente la incidencia de las IAAS mediante intervenciones preventivas, correctivas y de mejora continua en los procesos de atención hospitalaria.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Las disposiciones contenidas en este Plan se aplicarán en todas las Jefaturas de Departamentos y Servicios del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26642. Ley General de Salud.
- Ley Nº 27813.Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley Nº 27314. Ley General de Residuos Sólidos. Modificatoria DL 1065.
- Ley Nº 31972. Ley que fortalece la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) como componente de la política nacional de salud pública.
- Decreto Supremo Nº 013-2002-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley 27657.
- Decreto Supremo Nº 023-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial Nº 1472-2002-SA/DM, que aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria.
- Resolución Ministerial Nº 452-2003-SA/DM, que aprueba el Manual de Aislamiento Hospitalario.
- Resolución Ministerial Nº 753-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N°020–MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalaria".
- Resolución Ministerial Nº 523-2007/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalaria.
- Resolución Ministerial 184-2009/MINSA, que aprueba la D.S. N° 021-2009/MINSA Directiva Sanitaria para la Supervisión al Sistema de Vigilancia de IIH.
- Resolución Ministerial N° 1295-2018-MINSA, que aprueba la NTS Nº144-MINSA/2018/DIGESA, Norma Técnica de Salud: "Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación.
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud".
- Resolución Ministerial Nº 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° 523-2020-MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 163-MINSA/2020/CDC, Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.
- Manual de Procedimientos bacteriológicos de las Infecciones Intrahospitalarias MINSA Serie de Normas Técnica Nº. 28-2001.
- Manual de Procedimientos para la Investigación de brotes de Infecciones Intrahospitalaria producidas por bacterias mediante métodos de biología molecular. MINSA Serie de Normas Técnica Nº. 35-2002.
- Protocolo de Estudio de Prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias 2014.

VI. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD

El Comité de Prevención y Control de IAAS de nuestra institución desarrolla la vigilancia activa, identificando los principales factores de riesgo relacionados con la aparición de infecciones intrahospitalarias. Las Tablas N°01 y N°02 muestran los eventos priorizados, servicios de riesgo y tasas de incidencia registradas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna (HHUT) durante el periodo enero – diciembre 2025.

Tabla N°01: Vigilancia activa por factores de riesgo.

INFECCION INTRAHOSPITALARIA	FACTOR DE RIESGO ASOCIADO	SERVICIO A VIGILAR
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU)	CATETER URINARIO	MEDICINA CIRUGÍA UCI EMERGENCIA
NEUMONIA	VENTILACION MECANICA	UCI NEONATOLOGIA EMERGENCIA
INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUINEO (ITS)	CATETER VENOSO CENTRAL(CVC) CATETER VENOSO PERIFERICO (CVP)	UCI NEONATOLOGIA EMERGENCIA
ENDOMETRITIS PUERPERAL	PARTO VAGINAL, PARTO CESAREA	GINECO OBSTETRICIA
INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA	COLECISTECTOMIA HERNIO PLASTIA INGINAL CIRUGÍA DE CADERA PARTO POR CESAREA	CIRUGÍA GINECO OBSTETRICIA

Tabla N°02: Tasas de densidad de incidencia e incidencia acumulada según tipo de IAAS, factor de riesgo y UPSS en el HHUT, enero a diciembre del 2025.

Unidades productoras de servicios de salud	Tipo de IAAS		Factor de Riesgo		2025 N° días exposición	2025 N° de IAAS	2025 TDI	TDI nacional (II-2) 2024
Neonatología	ITS	Infección del torrente sanguíneo	Catéter Venoso Central	CVC	311	4	12.35	**1.48**
			Catéter Venoso Periférico	CVP	689	1	1.45	**0.57**
			Nutrición Parenteral Total	NPT	89	0	0.00	-
	Neumonía	Neumonía	Ventilación mecánica	VM	145	0	0.00	**0.89**
Cuidados intensivos general	ITS	Infección del torrente sanguíneo	Catéter Venoso Central	CVC	1489	0	0.00	**0.56**
			Nutrición Parenteral Total	NPT	0	0	0.00	-
	ITU	Infección del Tracto Urinario	Catéter Urinario Permanente	CUP	1636	1	0.61	**1.38**
	Neumonía	Neumonía	Ventilación mecánica	VM	1012	18	17.79	**5.33**
Emergencia	ITS	Infección del torrente sanguíneo	Catéter Venoso Central	CVC	804	0	0.00	**0.56**
	ITU	Infección del Tracto Urinario	Catéter Urinario Permanente	CUP	3384	2	0.59	**1.38**
	Neumonía	Neumonía	Ventilación mecánica	VM	430	3	6.98	**5.33**
Medicina	ITU	Infección del Tracto Urinario	Catéter Urinario Permanente	CUP	3524	13	3.69	**1.22**
Cirugía	ITU	Infección del Tracto Urinario	Catéter Urinario Permanente	CUP	2658	0	0.00	**0.30**

Unidades productoras de servicios de salud	Tipo de IAAS		Factor de Riesgo		N° de pacientes	N° de IAAS	TIA	TIA nacional (II-2) 2024
Cirugía	IHO	Infección de herida operatoria	Colecistectomía		355	1	0.28	**0.20**
			Hernioplastía inguinal	HI	55	1	1.82	**0.34**
Gineco-Obstetricia	Endometritis	Endometritis	Parto Vaginal	PV	855	0	0.00	**0.06**
			Parto Cesárea	PC	1098	5	0.46	**0.11**
	IHO	Infección de herida operatoria	Parto Cesárea	PC	1098	6	0.55	**0.85**

FUENTE: Sistema Nacional de Vigilancia de IAAS NOTIWEB CDC-MINSA 2025/naa/UESA-HHUT

6.1. INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD POR SERVICIOS

SERVICIO DE NEONATOLOGIA

Figura N°01: Tasa de densidad de incidencia de ITS asociada a CVC, 2021 – 2025.

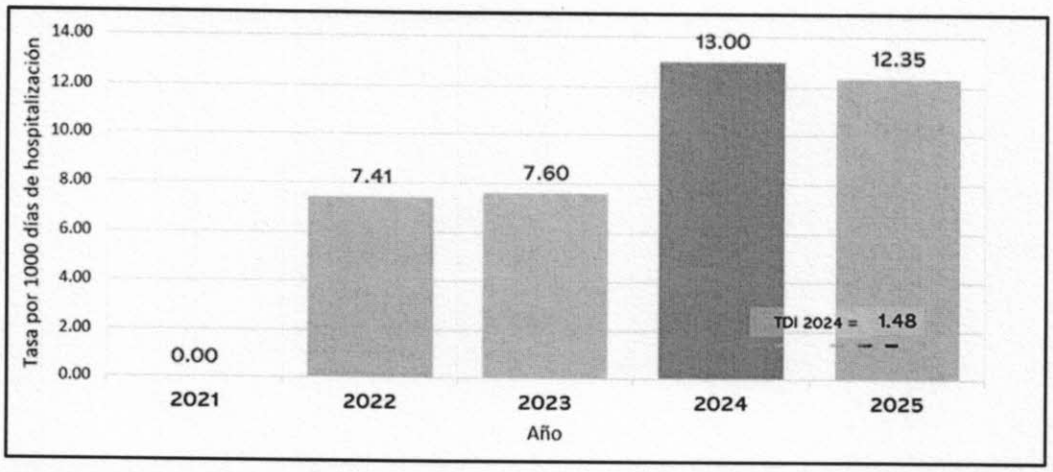


Figura N°02: Tasa de densidad de incidencia de ITS asociada a CVP, 2021 – 2025.

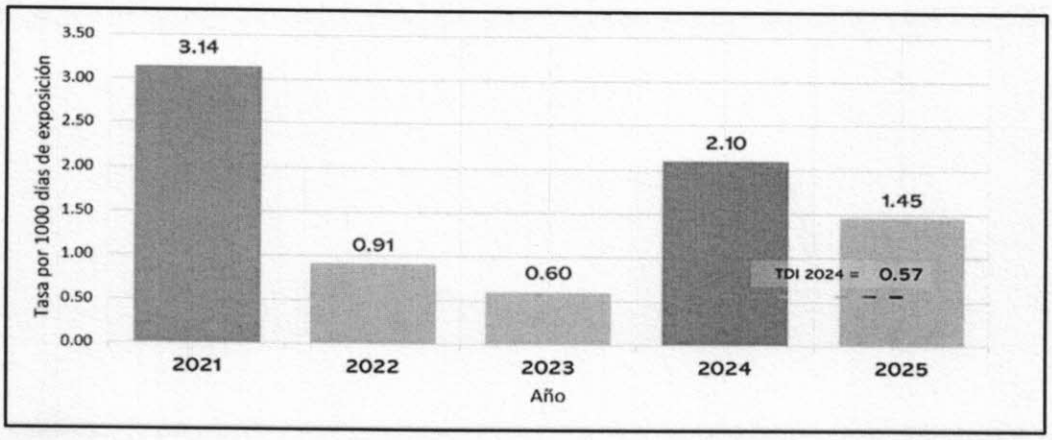
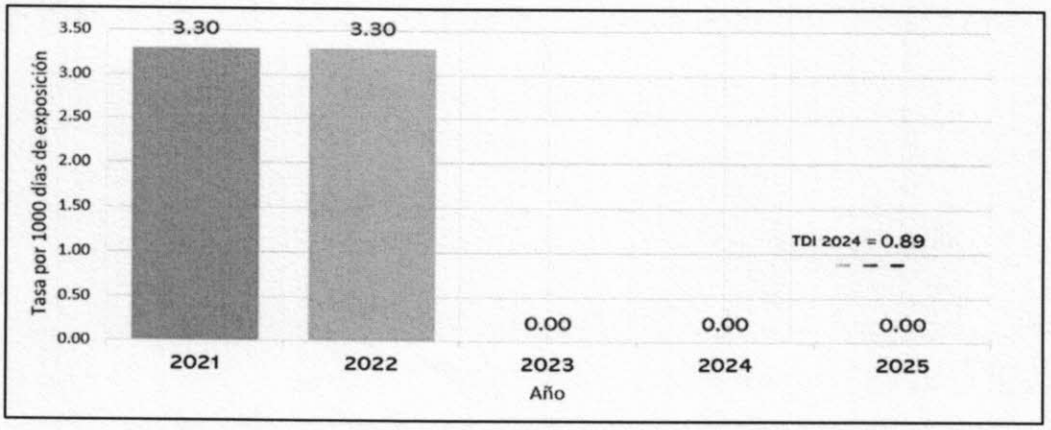


Figura N°03: Tasa de densidad de incidencia de Neumonía asociada a VM, 2021 – 2025.



SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS

Figura N°04: Tasa de densidad de incidencia de ITS asociada a CVC, 2021 – 2025.

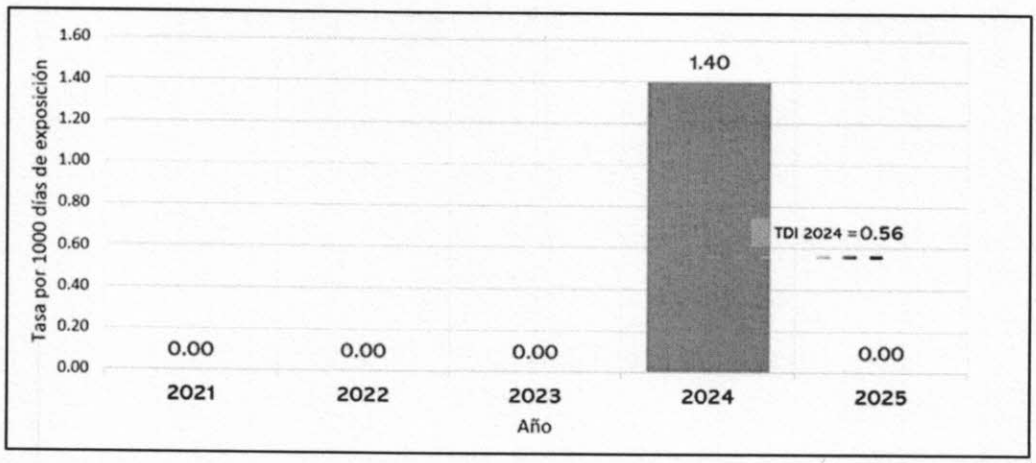


Figura N°05: Tasa de densidad de incidencia de ITU asociada a CUP, 2021 – 2025.

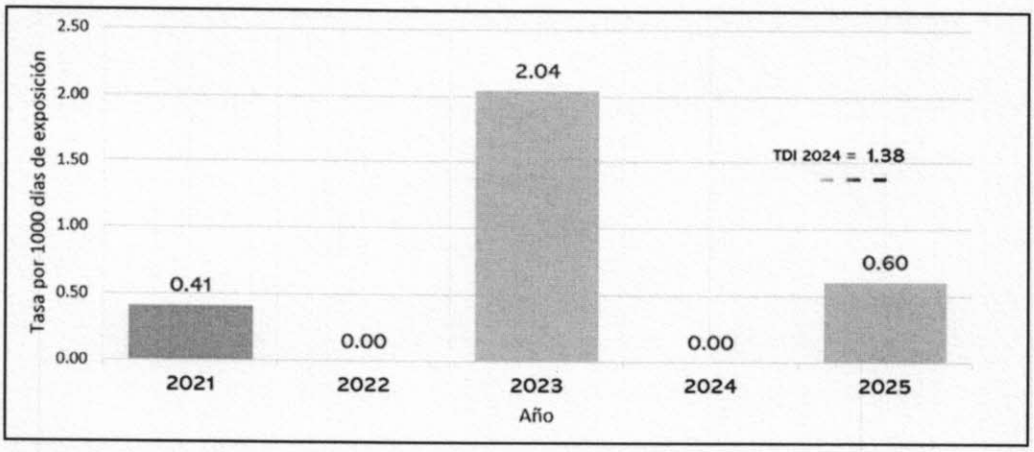
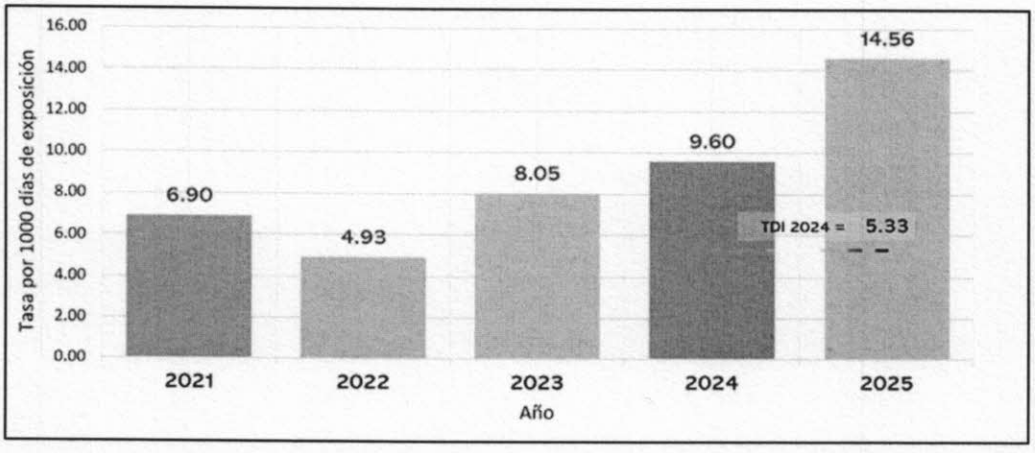


Figura N°06: Tasa de densidad de incidencia de Neumonía asociada a VM, 2021 – 2025.



DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA

Figura N°07: Tasa de incidencia acumulada de Endometritis por parto por cesárea, 2021 – 2025.

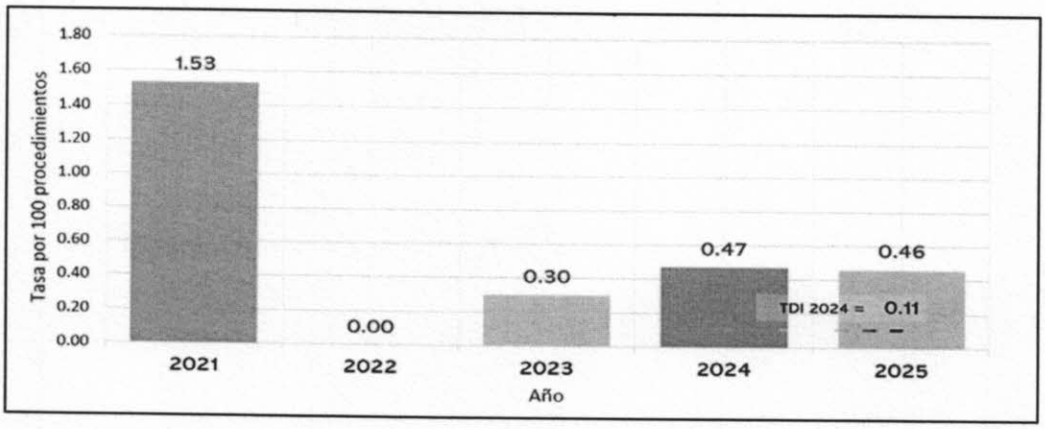
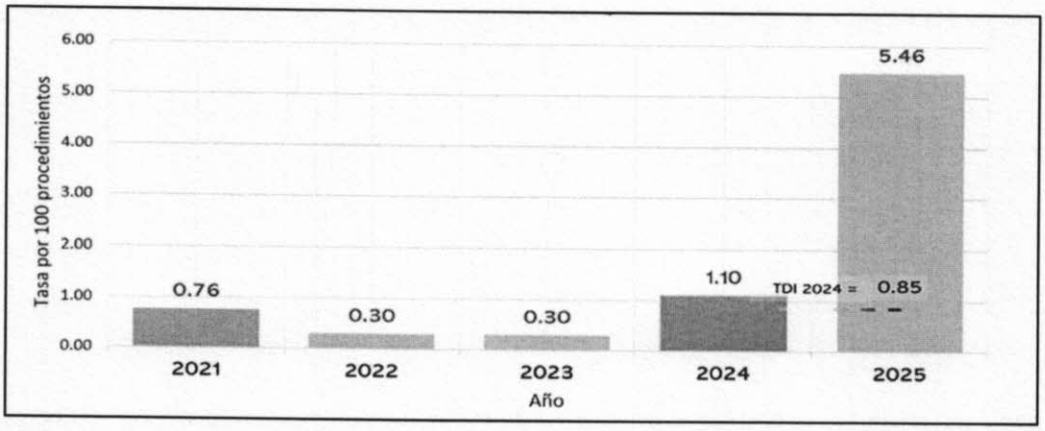
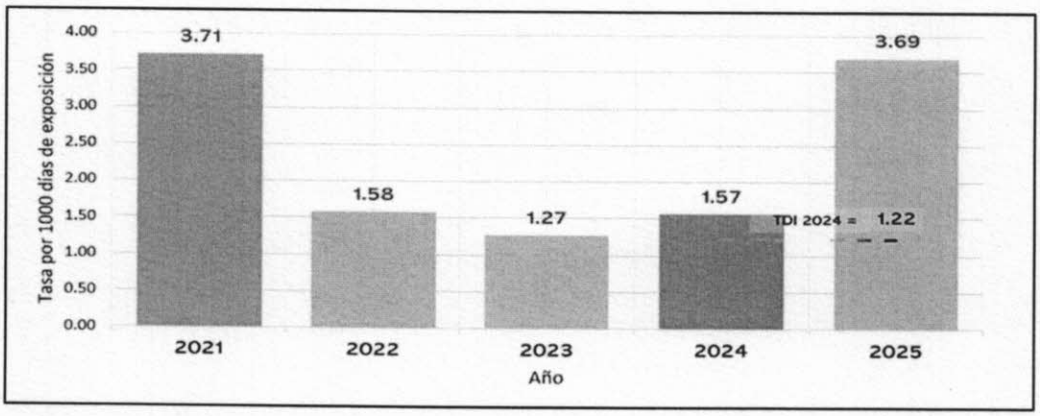


Figura N°08: Tasa de incidencia acumulada de infección de herida operatoria por cesárea, 2021 – 2025.



SERVICIO DE MEDICINA

Figura N°09: Tasa de densidad de incidencia de ITU asociada a CUP, 2021 – 2025.



SERVICIO DE CIRUGIA

Figura N°10: Tasa de densidad de incidencia de ITU asociada a CUP, 2021 – 2025.

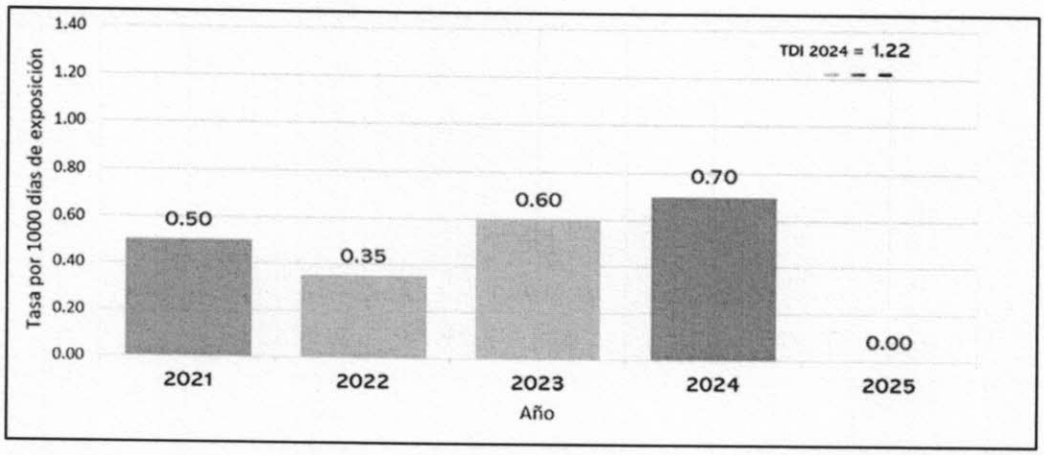


Figura N°11: Tasa de incidencia acumulada de IHO asociada a Colecistectomía, 2021 – 2025.

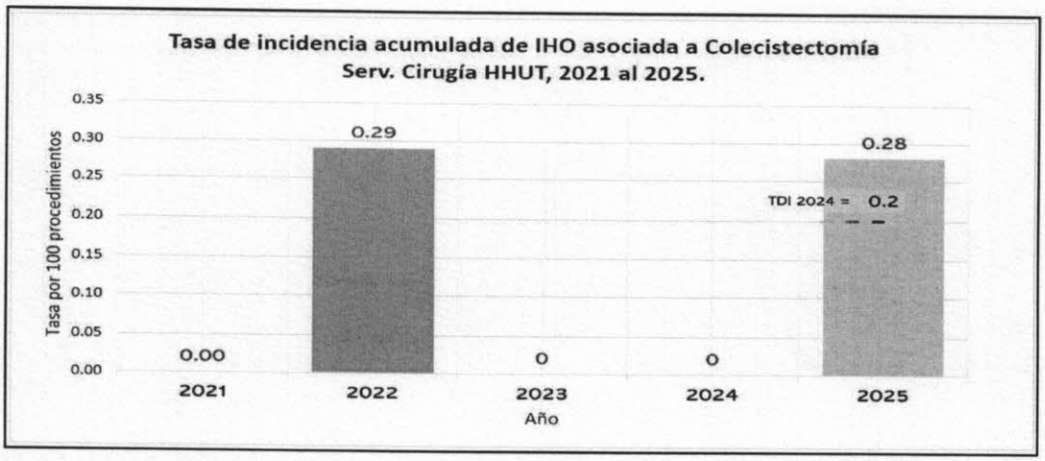
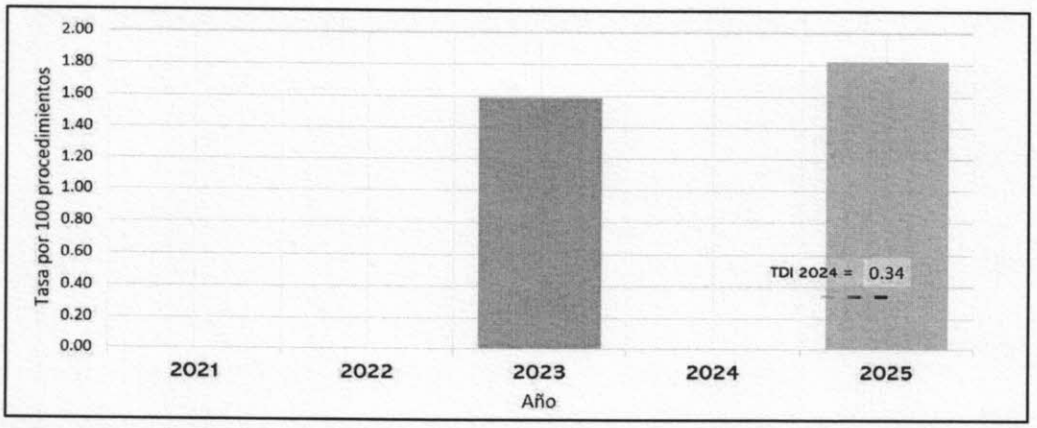


Figura N°12: Tasa de incidencia acumulada de IHO asociada a Hernioplastia Inguinal, 2021 – 2025.



El análisis conjunto de los indicadores de IAAS en el HHUT para el periodo 2021 – 2025 evidencia que las infecciones asociadas a dispositivos invasivos (CVC, CVP, ventilación mecánica y catéter urinario) continúan siendo las principales causas de morbilidad intrahospitalaria, con mayor impacto en las unidades críticas y en los servicios con alta carga de procedimientos quirúrgicos y obstétricos.

Si bien se observan esfuerzos de vigilancia y control, las tasas reportadas señalan la necesidad de **fortalecer de manera integral las estrategias de prevención**, priorizando:

- La implementación estricta de protocolos de inserción y retiro de dispositivos.
- La capacitación continua del personal en medidas de bioseguridad.
- La estandarización de Care bundles en todos los servicios asistenciales.
- El monitoreo permanente de indicadores para retroalimentar las prácticas clínicas.

En conclusión, la situación actual exige consolidar un enfoque multidisciplinario que permita reducir la incidencia de IAAS, optimizar la seguridad del paciente y elevar la calidad de atención en todos los servicios del hospital.

VII. RECURSOS NECESARIOS

- **Conformación del Equipo Evaluador:** Se formalizará mediante Resolución Directoral, integrado por: La Dirección Ejecutiva del HHUT, Enfermera responsable de la Vigilancia Epidemiológica de IAAS, Jefe de la Unidad de Epidemiologia y Salud Ambiental, Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad y Jefe de la Oficina de Administración. Jefe del Departamento de Enfermería, Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica.
- **Insumos de escritorio en cantidad suficiente:** Se utilizarán los siguientes: lapiceros, lápices, tablillas, fichas de evaluación y equipo de cómputo para el registro y análisis de la información, entre otros.

VIII. SUPERVISION Y MONITOREO

La evaluación interna de vigilancia, prevención y control de IAAS, estará a cargo del Equipo Evaluador de la evaluación interna de la vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).

La mencionada evaluación se efectuará con las fichas por servicio que se encuentran en la Resolución Ministerial N° 523-2007/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Evaluación Interna de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias".

IX. INSTRUMENTOS Y/O DOCUMENTOS PARA LA EVALUACION

El equipo evaluador definira los instrumentos a emplear durante el proceso de evaluacion, como por ejemplo:

1. FICHAS DE AUTO EVALUACION DE LOS SERIVICIOS Y/O AREAS A EVALUAR

- SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS (UCI)
- CENTRO OBSTETRICO
- CENTRO QUIRURGICO
- FARMACIA
- LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA
- CENTRAL DE ESTERILIZACION
- COMITÉ DE IAAS
- UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL
- SERVICIOS DE HOSPITALIZACION:
  - Neumología
  - SERCIQUEM
  - Cirugía
  - Medicina
  - Ginecología
  - Obstetricia
  - Neonatología
  - Pediatría
  - Emergencia
  - Salud Mental

El formato de las fichas consta de cinco columnas que contienen las siguientes variables:

❖ **CRITERIO DE ESTRUCTURA**
- ✓ Recursos humanos
- ✓ Infraestructura
- ✓ Equipos
- ✓ Insumos
- ✓ Normas

❖ **CRITERIOS DE PROCESO**

Cumplimiento de la normatividad de vigilancia, prevención control de IAAS y otros afines.

❖ **CRITERIOS DE RESULTADOS**

Conjunto de indicadores trazadores de las intervenciones en el campo de la vigilancia prevención y control de las IAAS, con la finalidad de garantizar desde el servicio/área, el menor riesgo de contraer IAAS.

2. DOCUMENTOS TECNICOS

Normas, Manuales de Procedimientos, Protocolos, Listas de chequeo, según corresponda, otros que considere necesarios.

3. TECNICAS PARA LA AUTOEVALUACION

- **OBSERVACIÓN DIRECTA**: Este método permite recoger la información relacionada con el manejo estandarizado de los procedimientos, disponibilidad de recursos y otras, para las cuales la observación directa es apropiada.
- **REVISION DOCUMENTARIA**: Permite recabar información de registros existentes en los servicios y otras instancias, tales como: informes, reportes estadísticos, libro de actas, historias clínicas, registros de atención, registros de seguimiento, etc.
- **ENTREVISTA**: Es la comunicación establecida entre el personal de los servicios/áreas, objeto de la evaluación y otros que se considere de importancia, con los miembros del equipo a cargo de la autoevaluación. Tiene por finalidad obtener información directa, con relación a necesidades, prioridades, nudos críticos y posibles soluciones.

4. RECOLECCION DE INFORMACION

Se debe contar identificar y contar con información de importancia para el proceso, como:

- Información general del servicio/área a evaluar: Organización, recursos humanos, indicadores de producción y calidad.
- Informes de evaluaciones anteriores.
- Informes o documentos sobre problemas identificados en relación a las IAAS.

Otros

- La información antes mencionada debe de ser analizada por el Equipo Evaluador, permitiendo la identificación de los problemas relacionados a las IAAS de los servicios a evaluar.
- Esta fase debe de tener como producto concreto, una lista de problemas en lo relacionado a la vigilancia, prevención y control de las IAAS identificados como retos para el cambio u oportunidad de mejora.

5. CALIFACIÓN

La calificación de los criterios señalados en las fichas, se procederá de la siguiente manera:

- Al aplicar la ficha de evaluación y de acuerdo a la constatación en cada uno de los "criterios" se colocará en la columna correspondiente el puntaje obtenido, es decir uno (1) si cumple, o cero (0) si no cumple. Al finalizar la evaluación del servicio/unidad/área se sumará el puntaje obtenido y se registrará al final de la columna correspondiente.

- Los porcentajes obtenidos se llevarán a la siguiente tabla:

N°	SERVICIO/UNIDAD/ÁREA	SATISFACTORIO	REGULAR	DEFICIENTE
		>80%	60-80 %	<60 %

X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Estará a cargo del Equipo de Evaluación interna de la vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).

CUADRO N° 01: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHA	ACTIVIDADES
09/06/2026	Presentación de informe para aprobación con Resolución Directoral de conformación del Equipo Evaluador.
11/06/2026	Reunión de coordinación con el Equipo Evaluador
12/06/2026	Informe de actividad a los jefes de las unidades, servicios y/o áreas evaluadas.
EVALUACION POR DPTOS/SERVICIOS	
15/06/26	• DPTO. DE FARMACIA
16/06/26	• UCI • DPTO. DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA
17/06/26	• SERCIQUEM • SERVICIO DE CIRUGIA
18/06/26	• SERVICIO DE NEUMOLOGIA • SERVICIO DE MEDICINA
19/06/26	• SERVICIO DE GINECO • SERVICIO DE OBSTETRICIA • CENTRO OBSTETRICO
22/06/26	• SERVICO DE NEONATOLOGÍA • SERVICIO DE PEDIATRÍA
23/06/26	• SERVICIO DE EMERGENCIA • SERVICIO DE PSIQUIATRIA
24/06/26	• CENTRO QUIRURGICO • CENTRAL DE ESTERILIZACION
25/06/26	• COMITÉ DE IAAS • UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL
TABULACION Y CALIFICACION DE FICHAS DE AUTOEVALUACION	
26-29/06/26	• ANALISIS DE DATOS
06/07/26	• PRESENTACION DE RESULTADOS

XI. ANEXO

Anexo N°1: Fichas de Autoevaluación interna de la vigilancia y control de las IAAS

1. COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN C	CALIFICACIÓN NC	FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
		ESTRUCTURA				
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 NT 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 IIH (VPC de IIH). (Anexo N° 1)	Ejemplar accesible de cada documento.			Normas IIH.	
5	El CIIH está presidido por el Director del Hospital o su representante.	RD.			RD, Actas.	
6	**El CIIH está compuesto por un grupo multidisciplinario de profesionales con funciones definidas.**	Médico, enfermera de VPC, representantes de: Microbiología, Epidemiología, Calidad.			Reglamento del CIIH. Libro de Actas.	
7	Cuenta con ambiente, computadora, impresora, materiales e insumos para su trabajo.	Operativas, disponibles y suficientes.			Informes . Actas.	
8	Miembros del CIIH reciben capacitación en IIH.	Por lo menos 3 miembros del Comité, anualmente.			Registro y/o informes de la capacitación.	
	SUBTOTAL ESTRUCTURA	**CUMPLIMIENTO: N° = = %**				

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN C	CALIFICACIÓN NC	FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
		PROCESO				
9	El CIIH 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 IIH 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 hiperendemias.**	En el 100% de casos.			Informe a la Dirección del Hospital.	
17	**Evalúa resultados de acciones de VPC IIH y los avances del Plan.**	Trimestral.			Libro de actas. Informes.	
18	Con el Comité Farmacológico implementa estrategias para Uso Racional de ATM.	CIIH, 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 IIH y ABL.	Especificaciones de los productos y políticas de uso de antimicrobianos.			Informe. Propuesta técnica de licitaciones.	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN C	CALIFICACIÓN NC	FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
21	Informa trimestralmente a la Dirección de los resultados, logros y dificultades.	De acuerdo al Plan Anual.			Informe a la Dirección del Hospital.	
SUBTOTAL PROCESO		CUMPLIMIENTO: N° =	=	%		
		RESULTADOS				
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 IIH de acuerdo a la línea basal y estándares.	Según lo programado en el Plan para las IIH .			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(tactos vaginales, rasurado pre quirúrgico, uso de catéteres y antibiótico prof laxis)	Según Procedimientos establecidos.			Informe anual. Lista de cotejo.	
SUBTOTAL RESULTADO		CUMPLIMIENTO: N° =	=	%		
TOTAL COMITÉ DE IIH		CUMPLIMIENTO	%			

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL V° B° HOSPITAL HIPOLITO UNANUE TACNA - GCI

2. UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA HOSPITALARIA (UEH)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN C	CALIFICACIÓN NC	FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y CONTROL DE BROTES					
	ESTRUCTURA					
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 definidas.**	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.	
	SUBTOTAL ESTRUCTURA	**CUMPLIMIENTO: N° = = %**				
	PROCESO					
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 URATM.	De acuerdo a Plan.			Informes.	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN C	CALIFICACIÓN NC	FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
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 CIIH 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	**cay analiza con Salud Ocupacional, riesgos laborales y propicia control de los mismos.** (Anexo N° 2)	Especial atención a exposición a cortopunzantes y TBC.			Reportes. Informes.	
	SUBTOTAL PROCESO	**CUMPLIMIENTO: N° = = %**				
		RESULTADO				
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.	
	SUBTOTAL RESULTADO	**CUMPLIMIENTO: N° = = %**				
		SALUD AMBIENTAL				
		ESTRUCTURA				
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.	

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL V° B° HOSPITAL HIPOLITO UNANUE TACNA - GCS - TACNA -

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 Técnico Sanitario.			MOF. CAP. Informes de capacitación.	
	SUBTOTAL ESTRUCTURA	**CUMPLIMIENTO: N° = = %**				
		PROCESO				
25	**Supervisa servicios y puntos de acopio intermedio y final en RSH.**	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° = = %**				
		RESULTADOS				
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° = = %**				

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL V° B° HOSPITAL HIPOLITO UNANUE TACNA - GCA - TACNA -

LABORATORIO DE MICROBIOOLOGÍA (LM) (Anexo N° 4)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
	ESTRUCTURA					
1	Cumple con los criterios de infraestructura, según norma.	De acuerdo a normatividad.			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 suf ciente.**	Guantes, 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 Laboratrorio 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 trma y sello de profesional calif cado.	Formatos estandarizados por tipo de muestra.			Archivo de resultados.	
9	**Dispone de stock temporal para cepas posibles IIH con f nes de verif cación.**	Stock temporal 15 días.			Listado. Informes.	
10	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.	

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.	
	SUBTOTAL ESTRUCTURA	**CUMPLIMIENTO: N° = = %**				
		PROCESO				
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.			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 CIIH, según muestras, microorganismos y servicios.**	De servicios predet nidos por CIIH. (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.	

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 con 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 CIIH 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.	
	SUBTOTAL PROCESO	**CUMPLIMIENTO: N° =**		=	%	
		RESULTADOS				
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 ≤ a n 5% respectivamente.**	Solo se mide en bacterias diferentes a staphylococcus aureus y septicemias.			Informes. Libro de resultados. Informe Anual.	
	SUBTOTAL RESULTADOS	**CUMPLIMIENTO: N° =**		=	%	
	TOTAL LAB. MICROBIOLOGIA	**CUMPLIMIENTO: N° =**		=	%	

4. FARMACIA (F)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
	ESTRUCTURA					
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/DM).			Certificado o acta de BPA emitido por Autoridad Sanitaria (DIGEMID-DEMID)	
2	**Cuenta con los ATM identificados como necesarios para el hospital.**	El 100% de ATM se encuentran en normostock.			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 aprobado por Comité Farmacológico.	
4	**Dispone de antisépticos y sus diluciones según especificaciones del CIIH y documentos técnicos farmacéuticos normativos.**	El 100% de antisépticos en normostock.			Registros. Normas.	
5	Dispone de hojas amarillas para notificación de Reacción adversa a medicamentos relacionadas con el uso de ATM.	Disponibles y suficientes 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.	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
8	Responsable del almacenamiento de antisépticos y desinfectantes utilizados en el hospital.	Almacén Especializado cumple Manual de BPA.			Certificado de BPA emitido por autoridad sanitaria (DIGEMID-DEMID).	
	SUBTOTAL ESTRUCTURA	**CUMPLIMIENTO: N° = = %**				
		PROCESO				
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 CIIH a través de médicos designados.			Registro de autorización del Comité de IIH.	
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.			Registros de asistencia.	
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 (NPT), mezclas intravenosas y otras.**	El 100% de las fórmulas elaboradas según normas.			Registros de preparación.	
	SUBTOTAL PROCESO	**CUMPLIMIENTO: N° = = %**				

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

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

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN						
ESTRUCTURA						
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, otros.			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.	
SUBTOTAL ESTRUCTURA		**CUMPLIMIENTO: N° = = %**				

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
	PROCESO					
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.	Define 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.	Barreras, inmunización.			Manual de Procedimientos. Informes	
19	**Reporta incidencias, accidentes y procesos no satisfactorios a la autoridad correspondiente.**	Inmediatamente.			Reportes. Registros de incidencias y notificaciones.	
	SUBTOTAL PROCESO	**CUMPLIMIENTO: N° =**		**= %**		

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
			C	NC		
	RESULTADO					
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° = = %**				
	DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL (DAN)					
	ESTRUCTURA					
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° = = %**				

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN C	CALIFICACIÓN NC	FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir cumplimientos parciales)
		PROCESO				
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 endoscopía y hemodiálisis se controla el proceso.**	De rutina.			Registros.	
31	Los procesos cuentan con registros de calidad.	En el 100%.			Informes.	
	SUBTOTAL PROCESO	**CUMPLIMIENTO: N° =**		**=**	**%**	
		RESULTADOS				
32	**Mejora Continua en el DAN al menos en el 80% del Plan.**	En las servicios donde se realiza.			Informe Anual.	
	SUBTOTAL RESULTADOS	**CUMPLIMIENTO: N° =**		**=**	**%**	
	TOTAL DAN	**CUMPLIMIENTO: N° =**		**=**	**%**	
	TOTAL CE y DAN	**CUMPLIMIENTO: N° =**		**=**	**%**	

6. CENTRO QUIRÚRGICO (CQ)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN C	CALIFICACIÓN NC	FUENTE DE VERIFICACIÓN	*OBSERVACIONES* (Incluir los cumplimientos parciales)
		ESTRUCTURA				
1	**Cumple con criterios de infraestructura, según norma** (Anexo N° 6)	Zonit cación 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 prof laxis quirúrgica de acuerdo a Norma.**	De manera sistemática y continua.			Reporte Protocolos .	
	SUBTOTAL ESTRUCTURA	**CUMPLIMIENTO: N° = = %**				

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC		
	PROCESO					
8	**Se cumple con medidas de prevención y control de IIH (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 razurado. Si es pertinente se recorta vello o razurado con técnica aséptica < 30 minutos antes de la intervención**	Cumple de manera sistemática y continua.			Informe.	
16	**Manejo de proflaxis 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.	
	SUBTOTAL PROCESO	**CUMPLIMIENTO: N° =**		=	%	

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL V° B° HOSPITAL HIPOLITO UNANUE TACNA - GCJ. DES - TACNA -

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC		
	RESULTADOS					
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 razurado 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.	
	SUBTOTAL RESULTADOS	**CUMPLIMIENTO: N° = = %**				
	TOTAL C. QUIRÚRGICO	**CUMPLIMIENTO: N° = = %**				

7. CENTRO OBSTÉTRICO (CO)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC		
	ESTRUCTURA					
1	**Cumple con criterios de infraestructura, según norma** (Anexo N° 9)	Zonit cación 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 RSH. (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.	
	SUBTOTAL ESTRUCTURA	**CUMPLIMIENTO: N° = = %**				

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN C	CALIFICACIÓN NC	FUENTE DE VERIFICACIÓN	*OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)*
		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.	
	SUBTOTAL PROCESO	**CUMPLIMIENTO: N° =**		**=**	**%**	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES *(Incluir los cumplimientos parciales)*
			C	NC		
	RESULTADOS					
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 Partograma.	
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.	
	SUBTOTAL RESULTADOS	**CUMPLIMIENTO: N° = = %**				
	TOTAL CENTRO OBSTETRICO	**CUMPLIMIENTO: N° = = %**				

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL V° B° HOSPITAL HIPOLITO UNANUE TACNA - GCS

8. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC		
	ESTRUCTURA					
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 suf ciente 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 suf ciente.**	Cuenta de manera sistemática y continua.			Stock.	
9	**Cuenta con medicamentos suf cientes 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 frascos 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.	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC		
11	**Cuenta con programa de mantenimiento de equipos, sistema eléctrico, oxígeno y vacío.**	Cumple de manera sistemática y continua.			Reporte.	
	SUBTOTAL ESTRUCTURA	**CUMPLIMIENTO: N° = = %**				
		PROCESO				
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 profilaxis 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 IIH y de acciones de prevención y control**	Análisis y difusión mensual de resultados.			Informe.	
19	**En caso de brotes o hiperendemias se toman medidas oportunas.**	Cumple de manera sistemática y continua.			Reporte.	
	SUBTOTAL PROCESO	**CUMPLIMIENTO: N° = = %**				

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN		FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
			C	NC		
RESULTADOS						
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 IIH.**	Según línea de base o metas del Plan Local.			Informe.	
22	**Más del 90% del personal cumple con las norma de lavado de manos.**	Según línea de base.			Informe.	
SUBTOTAL RESULTADOS		**CUMPLIMIENTO: N° = = %**				
TOTAL UCI		**CUMPLIMIENTO: N° = = %**				

9. HOSPITALIZACIÓN (H)

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN C	CALIFICACIÓN NC	FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES *(Incluir los cumplimientos parciales)*
		ESTRUCTURA				
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 antisépticos y otras soluciones, rotulados, con tapa y otras especif caciones.**	De manera sistemática.			Directiva.	
5	Cuenta con material e insumos para manejo de Residuos Sólidos Hopitalarios.	De manera sistemática y continua.			Informe.	
	SUBTOTAL ESTRUCTURA	**CUMPLIMIENTO: N° = = %**				
		PROCESO				
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)	TBC, Varicela.			Informe. Manual de Procedimientos.	
10	**Se cumplen medidas de aislamiento según norma.** (Anexo N° 8)	Otro tipo de infecciones.			Norma.	

N°	CRITERIOS	ESPECIFICACIONES	CALIFICACIÓN C	CALIFICACIÓN NC	FUENTE DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES (Incluir los cumplimientos parciales)
11	**Manejo de profilaxis inmediata de heridas o pinchazo, según normatividad.** (Anexo N° 2)	Hepatitis virales, VIH.			Informe. Cartillas.	
12	**Conocimiento de incidencia de IIH asociadas a catéteres, sondas, etc. y de acciones de prevención y control.**	Médicos y enfermeras conocen.			Informe.	
SUBTOTAL PROCESO		**CUMPLIMIENTO: N° = = %**				
		RESULTADOS				
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.	
SUBTOTAL RESULTADOS		**CUMPLIMIENTO: N° = = %**				
TOTAL HOSPITALIZACION		**CUMPLIMIENTO: N° = = %**				