INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS **Nº 106 -2021-J/INEN**

RESOLUCIÓN JEFATURAL

Surquillo, 31 de MARZO de 2021

VISTOS:

El Informe N° 00023-2021-UFGRD/INEN, de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos de Desastres, el Memorando N° 000476-2021-OGPP/INEN, de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, el Informe N° 000451-2021-OPE-OGPP/INEN, de la Oficina de Planeamiento Estratégico y el Informe N° 000396-2021-OAJ/INEN de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

CONSIDERANDO:

Que a través de la Ley Nº 28748, se creó como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, con personería jurídica de derecho público interno, con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al Sector Salud, constituyendo Pliego Presupuestal y calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM;

Que, mediante Decreto Supremo Nº 001-2007-SA, publicado en el diario oficial El Peruano, el 11 de enero de 2007, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (ROF - INEN), estableciendo la jurisdicción, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes Órganos y Unidades Orgánicas;

Que, mediante Informe N° 00023-2021-UFGRD/INEN, del Jefe de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos de Desastres, remite a la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto el proyecto del "PLAN DE PREVENCION Y REDUCCION DEL RIESGO DE DESASTRES-2021", para su revisión y aprobación, el cual tiene como objetivo identificar los riesgos adoptando medidas de prevención de riesgo y reducción de las vulnerabilidades en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN);

Que, mediante Memorando N° 000476-2021-OGPP/INEN, la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, alcanza la Opinión Técnica formulada por la Oficina de Planeamiento Estratégico mediante Informe N° 000451-2021-OPE-OGPP/INEN, en el cual concluye con opinión técnica favorable para la aprobación del Proyecto en mención y remite los actuados al respecto para la validación del "PLAN DE PREVENCION Y REDUCCION DEL RIESGO DE DESASTRES-2021";

Que, de la revisión efectuada al proyecto mencionado precedentemente, se aprecia ha sido elaborado considerando la Resolución Ministerial N° 188-2015-PCM, que aprueba los Lineamientos para la Formulación y Aprobación de Planes de Contingencia; así como también la Resolución Ministerial N° 643-2019/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 271-MINSA/2019/DIGERD, para la formulación de Planes de Contingencia de las Entidades e Instituciones del Sector Salud, se ajusta a lo establecido en la Directiva Administrativa N° 001-2020-INEN/OGPP-OPE, "Lineamientos para la elaboración, aprobación, seguimientos y evaluación de planes de trabajo en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas", aprobado con Resolución Jefatural 097-2020-J/INEN, de fecha 04 de marzo de 2020;

Que, en mérito al sustento técnico de la Oficina de Planeamiento Estratégico, para la aprobación del "PLAN DE PREVENCION Y REDUCCION DEL RIESGO DE DESASTRES-2021", corresponde emitir el acto resolutivo correspondiente para su aprobación;

Que, contando con los vistos buenos de la Sub Jefatura Institucional, de la Gerencia General, de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos de Desastres, de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, de la Oficina de Planeamiento Estratégico y de la Oficina de Asesoría Jurídica;

En uso de las atribuciones y facultades conferidas en el Decreto Supremo N° 001-2007-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN y la Resolución Suprema N° 011-2018-SA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - APROBAR el "PLAN DE PREVENCION Y REDUCCION DEL RIESGO DE DESASTRES-2021", que en anexo forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO. - Encargar a la Oficina de Comunicaciones la difusión de la Presente Resolución Jefatural, así como su publicación en la Página Web Institucional.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLIQUESE.

Dr. EDUARDO PAYET MEZA
Jefe Institucional
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

"PLAN DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES - 2021" GRUPO DE TRABAJO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES - INEN - V°B°

MARZO 2021

INDICE

INTRODUCCIÓN 03

I. INFORMACIÓN GENERAL 04

II. DIAGNÓSTICO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES - GRD 04

2.1. SITUACIÓN DE LA GESTIÓN PROSPECTIVA Y CORRECTIVA DEL RIESGO DE DESASTRES 04
2.2 MARCO LEGAL Y NORMATIVO 06
2.3 IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS DEL ÁMBITO 08
2.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS ELEMENTOS EXPUESTOS Y VULNERABILIDADES 08
2.5 EVALUACIÓN DE RIESGOS 11
2.6 DIAGNÓSTICO DE LA CAPACIDAD OPERATIVA DE LAS INSTITUCIONES DEL ÁMBITO 31

III. OBJETIVOS 32

3.1 OBJETIVO GENERAL 32
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO 32

IV. ESTRATEGIAS 32

4.1 ROLES INSTITUCIONALES 32
4.2 EJES, PRIORIDADES Y ARTICULACIÓN 32
4.3 IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS ESTRUCTURALES Y NO ESTRUCTURALES 33
4.4 EVALUACIÓN 2019 - COMPONENTE FUNCIONAL 47

V. PROGRAMACIÓN 58

5.1 ACCIONES, METAS, INDICADORES, RESPONSABLES 58

VI. IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE PREVENCIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES 58

6.1 FINANCIAMIENTO 58
6.2 SEGUIMIENTO Y MONITOREO 58
6.3 EVALUACIÓN Y CONTROL 58

INTRODUCCIÓN

La Gestión del Riesgo de Desastres (GRD) es el conjunto de acciones dirigidas a prevenir y reducir las condiciones que llevan a la producción de los desastres, ya sean por fenómenos naturales y/o acciones provocadas por el hombre; por ello es importante tomar acciones anticipadas que favorezcan la planificación adecuada de las actividades que se deben realizar con enfoque integral de gestión del riesgo de desastres, identificando medidas que eliminen o reduzcan las condiciones existentes de riesgo de desastres, y prevengan la generación de nuevas condiciones de riesgo, considerando los diferentes escenarios de riesgos que incluyen los potenciales peligros y condiciones de vulnerabilidad que existen.

Una respuesta eficaz y el funcionamiento de los servicios de salud después de un desastre pueden reforzar un sentido de estabilidad y de cohesión social. Los hospitales y las instalaciones de salud que pueden seguir funcionando son poderosos símbolos de progreso social, al igual que prerrequisitos para la estabilidad y el crecimiento económico.

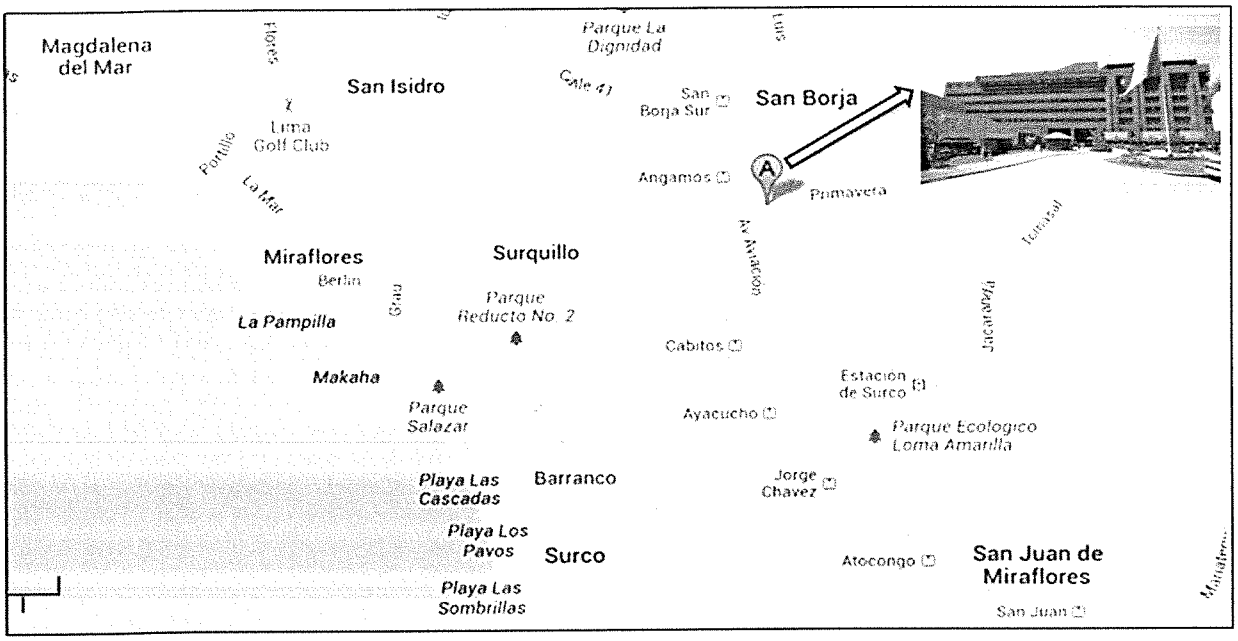
En ese sentido, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas siendo un instituto especializado y desconcentrado del Ministerio de Salud con autonomía técnica y administrativa, encargado de formular, normar y asesorar el desarrollo de la política de salud, brindando atención sanitaria de mediana y alta complejidad en el campo de las enfermedades oncológicas, con 81 años de vida institucional; debe formular planes en el marco del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres-SINAGERD, para hacer frente a posibles desastres ocasionados por fenómenos de origen natural y antrópico.

El presente Plan de Prevención y Reducción de Riesgo de Desastres - 2021 del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, establece los objetivos, las acciones y las responsabilidades, que resulte necesaria para adecuar la capacidad de respuesta a efectos de prevenir y reducir los riesgos de desastres para atender en forma oportuna y adecuada a la población afectada.

I. INFORMACIÓN GENERAL

Sector:	MINISTERIO DE SALUD
Establecimiento de Salud:	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
Nivel de Complejidad:	NIVEL III - 2
Ubicación:	AV. ANGAMOS ESTE N° 2520, SURQUILLO-LIMA
Teléfono:	(01)201-6500 / (01)201-6160
Teléfono EMED Salud INEN:	(01)201-6174 / Anexos 1136-1197
Página Web:	http://www.inen.sld.pe
Correo Electrónico:	comunicaciones@inen.sld.pe / gtgrd@inen.sld.pe
Responsables:	Mediante Resolución Jefatural N° 06-2018-J/INEN, se reconforma el GRUPO DE TRABAJO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS.

MAPA DE UBICACIÓN GEOGRÁFICA - INEN



II. DIAGNÓSTICO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES - GRD

Se entiende por riesgo a los probables daños sociales, ambientales y económicos de una localidad específica, en determinado periodo de tiempo, en función de su amenaza y vulnerabilidad, afectando principalmente a poblaciones que se encuentran en situación de alta vulnerabilidad, por su condición social, por su edad o por su ubicación territorial, siendo necesario implementar acciones que incluyan medidas sostenibles de prevención y reducción del riesgo.

2.1. SITUACIÓN DE LA GESTIÓN PROSPECTIVA Y CORRECTIVA DEL RIESGO DE DESASTRES

Ante la ocurrencia de posibles eventos adversos de magnitud variable como sismo severo, lluvias intensas, bajas temperaturas, incendios, que rebasa la capacidad de respuesta en el espacio físico donde se origina y con posibilidad de propagarse o generar mayores riesgos de sufrir accidentes de tránsito con víctimas múltiples, concentraciones y aglomeraciones con potenciales alteraciones del orden con riesgo de quemaduras, asfixias, ansiedad, desmayos, intoxicación de sustancias tóxicas, electrocución, aplastamiento, contusiones, pérdida de mobiliario, equipos e insumos, interrupción de suministro de servicios básicos, provocando considerables números de víctimas de diversa gravedad e importantes pérdidas económicas, llegando al Instituto de manera simultánea víctimas de dicho siniestro entre heridos graves y no graves.

Así mismo, a raíz del evento adverso se pueden producir daños en los ambientes del INEN, con heridos entre el personal del Instituto, pacientes y visitantes.

Los lugares afectables se encuentran en la jurisdicción del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (Área 5c-Anexo 3 de la R.M. N°1003-2016/MINSA).

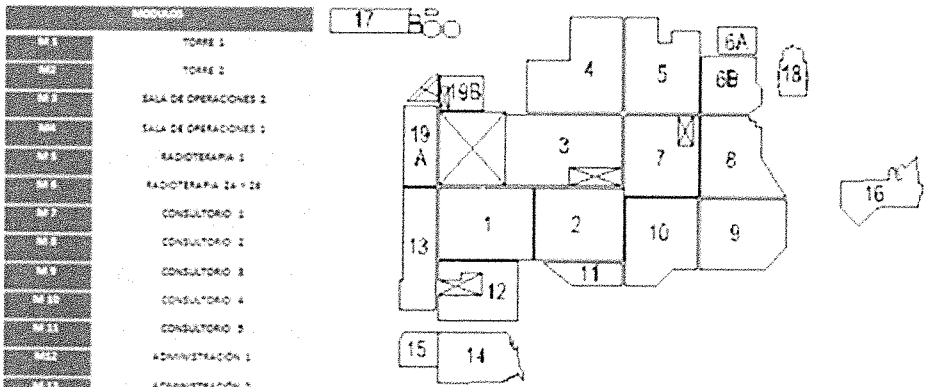
En la actualidad el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas se puede dividir en dos sectores:

1. EDIFICACIÓN ANTIGUA
2. EDIFICACIÓN NUEVA: TORRE DE ATENCIÓN AMBULATORIA

1. EDIFICACIÓNANTIGUA

Esta edificación con más de 35 años de construida, se encuentra distribuida bajo tipología de bloques o módulos, siendo la altura máxima, en los módulos 1 y 2, de 7 pisos y un sótano, en Dicha edificación se realizan las actividades médicas y administrativas de manera integral.

MODULOS QUE CONFORMAN LA INFRAESTRUCTURA DEL INEN



Los diferentes módulos que conforman la infraestructura del INEN son de concreto armado, con un sistema estructural de muros estructurales, dual y pórticos, presentan una configuración regular e irregular. Estas estructuras se clasifican como estructuras **ESCENCIAL E IMPORTANTE** (HOSPITAL, AUDITORIOS ETC.) y se encuentra en la categoria A y B de la norma de diseño sismorresistente del Perú NTE E.030, con un factor de uso U = 1.50 y U = 1.3 respectivamente.

Existen espacios de áreas libres interiores las cuales son utilizadas para circulación externa, patios internos, jardines y estacionamiento.

Cuenta con cerco perimétrico consolidado y tres vías de acceso diferenciadas:

- Ingreso Público en general y vehicular por la Av. Angamos (Puerta N°02)
- Ingreso a Emergencia: paciente y ambulancia por la Av. Angamos (Puerta N°02)
- Salida Público en general por la Av. Angamos (Puerta N°03)
- Ingreso y Salida de Servidores Públicos: peatonal (Puerta N°04) y vehicular (Puerta N°05) por la Av. Angamos.

2. EDIFICACIÓN NUEVA: TORRE DE ATENCIÓN AMBULATORIA

Esta edificación ha sido recepcionada en noviembre del 2020, consta de una edificación principal de 3 sótanos y 9 pisos, donde se realiza atención ambulatoria, distribuida en los siguientes servicios:

Sótano 2 y 3:	estacionamientos.
Sótano 1:	medicina nuclear y farmacia.
Piso 1:	admisión, medicina paliativa y centro de detección precoz.
Piso 2:	medicina física y centro de detección precoz.
Piso 3:	procedimientos endoscópicos.
Piso 4:	cirugía ambulatoria.
Pisos 5,6 y 7:	quimioterapia adultos.
Piso 8:	quimioterapia pediátrica.
Piso 9:	procedimientos especiales y citostáticos.

Cuenta con cerco perimétrico consolidado y dos vías de acceso desde el exterior diferenciadas:

- Ingreso Público peatonal por la Av. Aviación.
- Ingreso Público vehicular por la calle Camilo Blas

2.2. MARCO LEGAL Y NORMATIVO

1. Constitución Política del Perú.
2. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
3. Ley N° 28101, Ley de Movilización Nacional y su modificatoria.
4. Ley N° 28551, Ley que establece la obligación de elaborar y presentar Planes de Contingencia.
5. Ley N° 29664, Ley que Crea el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SINAGERD) y sus modificatorias.
6. Acuerdo Nacional: "Gestión del Riesgo de Desastres" con la 32° Política de Estado.
7. Decreto Supremo N° 048-2011-PCM que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29664, denominado Reglamento de la Ley N° 29664, que crea el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SINAGERD) y sus modificatorias.
8. Decreto Supremo N°054-2011-PCM, que aprueba el Plan Bicentenario 2012-2021.
9. Decreto Supremo N° 034-2014-PCM, que aprueba el Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres - PLANAGERD 2014-2021.
10. Decreto Supremo N°027-2017-SA que aprueba la Política Nacional de Hospitales Seguros, frente a los desastres.
11. Decreto Supremo N°009-2021-SA, que prorroga la declaratoria de Emergencia Sanitaria Nacional por COVID-19 y sus modificatorias
12. Decreto Supremo N°036-2021-PCM, que prorroga el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de las personas a consecuencia de la COVID-19 y sus modificatorias.
13. Decreto Supremo N° 038-2021-PCM, que aprueba la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres al 2050
14. Resolución Ministerial Nº 517-2004/MINSA, que aprueba la Directiva Nº 036-2004-OGDN/MINSA-V.01., Declaratoria de Alertas en Situaciones de Emergencias y Desastres, en concordancia con el art. 3 de la R.M. N° 263-2011-MINSA, publicada el

07 de abril 2011, se dispone que la Direcciones Regionales de Salud, de conformidad a la Directiva N°036-2004-OGDN/MINSA-V.01, "Declaratoria de Alertas en Situaciones de Emergencias y Desastres".

15. Resolución Ministerial N° 276-2012-PCM, que aprueba la Directiva N° 001-2012-PCM-SINAGERD "Lineamientos para la Constitución y Funcionamiento de los Grupos de Trabajo de la Gestión del Riesgo de Desastres en los Tres Niveles de Gobierno" en el marco de la Ley N° 29664 y su Reglamento.
16. Resolución Ministerial N° 046-2013-PCM, que aprueba la Directiva N° 001-2013-PCM-SINAGERD "Lineamientos que definen el Marco de Responsabilidades en Gestión de Riesgo de Desastres, de las entidades del estado en los tres niveles de Gobierno" y su anexo en el marco de la Ley N° 29664 y su Reglamento.
17. Resolución Ministerial N° 628-2018/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 250-2018-MINSA/DIGERD "Organización y Funcionamiento del Centro de Operaciones de Emergencias y de los Espacios de Monitoreo de Emergencias y Desastres del Sector Salud".
18. Resolución Ministerial Nº 416-2004/MINSA, que aprueba la Directiva Nº 035-2004-OGDN/MINSA-V.01. Procedimientos de Aplicación del Formulario Preliminar de Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades de Salud en Emergencias y Desastres.
19. Resolución Ministerial N° 171-2018-PCM, que aprueba el nuevo "Manual de Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades - EDAN PERÚ".
20. Resolución Ministerial Nº 180-2013-PCM, que aprueba los Lineamientos para la organización, constitución y funcionamiento de las Plataformas de Defensa Civil.
21. Resolución Ministerial N°1003-2016/ MINSA, Plan de Contingencia de Salud ante un Sismo de Gran Magnitud en Lima Metropolitana y en las Regiones de Callao y Lima.
22. Resolución Ministerial N° 970-2016/MINSA, que aprueba el Plan de Continuidad Operativa del Ministerio de Salud.
23. Resolución Ministerial N°188-2015-PCM, que aprueban los Lineamientos para la Formulación y Aprobación de Planes de Contingencia.
24. Guía Metodológica para elaborar el Plan de Prevención y Reducción de Riesgo de Desastres en los Tres Niveles De Gobierno, elaborado por la Dirección de Gestión de Procesos del CENEPRED.
25. Resolución Jefatural N° 06-2018-J/INEN, reconforma al Grupo de Trabajo de Gestión del Riesgo de Desastres - INEN.
26. Resolución Jefatural N°022-2018-J/INEN, que aprueban el Reglamento de Funcionamiento Interno del Grupo de Trabajo de Gestión del Riesgo de Desastres - INEN.
27. Resolución Jefatural N° 047-2019-J/INEN, que conforman al Equipo de Brigadas Hospitalarias del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas por un periodo de tres (3) años.
28. Resolución Jefatural N°073-2019-J/INEN, que crea la Unidad Funcional de Gestión del Riesgo de Desastres, dependiente de la Jefatura Institucional, con las siguientes funciones:
    a) Monitorear de manera permanente las 24 horas en los 365 días del año, los peligros, emergencias o desastres que puedan producir daños a la salud de las personas en el INEN o a su infraestructura, facilitando la gestión e intercambio de la información a fin de contribuir a la oportuna toma de decisiones.
    b) Realizar el seguimiento, procesamiento, consolidación y análisis de la información sobre peligros, emergencias o desastres que puedan afectar a la salud de las personas en el INEN; además de suministrar información a las autoridades competentes.

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES - INEN - V°B°

c) Establecer de manera permanente un enlace técnico y operativo con otros EMED Salud, según el tipo de evento suscitado.
d) Establecer un enlace directo con el COE Salud en los niveles de emergencia 3, 4 y 5, para la coordinación y reportes.
e) Las demás funciones que le asigne la Jefatura Institucional, relacionados con el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SINAGERD)

29. Resolución Jefatural N°082-2020-J/INEN, que designa al Jefe de la Unidad Funcional de Gestión del Riesgo de Desastres, como Responsable Técnico del Programa Presupuestal 068: "Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres".
30. Resolución Jefatural N°404-2020-J/INEN, que aprueba el Plan Operativo Institucional POI Ejercicio Fiscal 2021 del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas-INEN.

2.3. IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS DEL ÁMBITO.

EVENTOS: Natural (SI) Antrópico (SI) Social (SI)

SECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS:

SISMOS (Origen "Natural", Ocurrencia "Medianamente Probable", Magnitud "Grande"): Zona de subducción de la Placa de Nazca y la Placa Sudamericana, silencio sísmico, colapso de estructuras vulnerables, interrupción de vías de acceso y afectación de los servicios básicos.

GRANDES INCENDIOS (Origen "Antrópico", Ocurrencia "Altamente Probable", Magnitud "Moderado-Severo"): En locales comerciales con conexiones eléctricas inadecuadas, en lugares de expendio de productos pirotécnicos, en viviendas por sobrecarga de tomacorrientes, uso de velas, fuga de gas o conexiones eléctricas improvisadas

LLUVIAS (Origen "Natural", Ocurrencia "Medianamente Probable", Magnitud "Moderada"): Producto de intensas lluvias que afecten directamente al Instituto.

IMPACTO/RIESGO:

SISMOS: Alta probabilidad de afectación a grupos de personas, con lesiones por aplastamiento y traumas diversos, infecciones digestivas y respiratorias, exacerbación de enfermedades crónicas.

GRANDES INCENDIOS: Probabilidad de gran número de víctimas principalmente por quemaduras y asfixias; además de pérdidas materiales importantes.

LLUVIAS: Posibilidad de daño a infraestructura institucional y aumento de la demanda de pacientes y damnificados.

2.4. IDENTIFICACIÓN DE LOS ELEMENTOS EXPUESTOS Y VULNERABILIDADES.

PERSONAL/POBLACIÓN VULNERABLE

Los lugares afectables son los 11 distritos circundantes al INEN (distrito de Surquillo, Surco, Santa Anita, San Luis, San Isidro, San Borja, Miraflores, La Victoria, El Agustino, Ate y Lima).

- Niños : 514,143
- Adolescentes : 234,509
- Adultos : 1'336,990
- Adultos mayores : 392,716
- Población total Expuesta (Área 5c: 11 distritos) : 2'478,358

SERVICIOS BÁSICOS:

a) **Vías de acceso a la localidad:** Terrestre
Condiciones de vulnerabilidad "Alta": Alto riesgo de accidentes en Carretera Central, Carretera Panamericana y calles de la ciudad en los distritos de nuestro anillo de contención 5c-Anexo 3.

b) **Medios de transportes disponibles o cercanos:** Buses Interprovinciales, Microbuses, Bus Metropolitano, Tren Eléctrico Camiones, Automóviles, Motocicletas, Triciclos, Bicicletas.
Condiciones de vulnerabilidad "Alta": Excesiva velocidad, no respetan señales de tránsito, poco uso de medios de seguridad (cinturón de seguridad, cascos, etc.), falta de control de tránsito en las zonas de mayor riesgo, consumo de alcohol y drogas, exceso de pasajeros.

c) **Sistemas de comunicación existentes:** Telefonía Fija y Móvil, Fax, Radio, Internet.
Condiciones de vulnerabilidad "Alta": Manejo inadecuado de los sistemas de comunicación, inoperatividad, se pierde señal en caso de sismo o flujo alto de llamadas, algunas torres de transmisión en zonas con riesgo de caídas o daños por terceros.

d) **Energía Eléctrica:** Disponible localmente: Si (x) No ( )
Alumbrado público: Si (x) No ( )
Población con servicio domiciliario al: 90 %
Condiciones de vulnerabilidad "Alta": Posibilidad de que las torres principales de alumbrado público, Mini-centrales de luz o cables de alta tensión puedan ser arrasados, cortados o comprometidos total o parcialmente ante la presencia de personas ligado a actos vandálicos o terrorismo y/o como consecuencias de sismos.

e) **Agua potable:** Disponible: Si (x) No ( )
Población con servicio domiciliario al: 90 %
Calidad del agua: Agua Potable apta para consumo humano.
Condiciones de vulnerabilidad "Alta": Ante la posibilidad de rotura de las tuberías principales de abastecimiento, posibilidad del enturbiamiento del agua que provocaría un cierre parcial de la vía de abastecimiento, redes contra incendios inoperativas e ineficientes, poca presión de agua.

f) **Disposición de desechos:**
Sistemas disponibles: Red sanitaria completa "Desagüe", Camión Recolector.
Población con servicio domiciliario al: 90 %
Condiciones de vulnerabilidad "Alta": Ante la posibilidad de colapso de las vías principales de drenaje "ruptura de colectores", explosiones por mal estado del sistema de desagüe en el casco urbano antiguo de la ciudad, recojo de desechos sólidos no operativos en su totalidad en algunas zonas por falta de personal, falta de cultura de saneamiento en la población.

Capacidad Hospitalaria: Se refiere al número total de camas, camillas y la capacidad de expansión por servicio, de acuerdo con la organización del Instituto (por departamentos o servicios especializados).

Servicio	Número de camas	Capacidad adicional
Emergencia	22	15 (camillas)
Recuperación (PACU)	18	No existe capacidad de expansión
UTI	08	No existe capacidad de expansión
Sala Común 3to.O(SEPIN_TAMO)	25	No existe capacidad de expansión
Sala Común 3to.E (Adolescentes)	39	No existe capacidad de expansión
Sala Común 4to.O	16	No existe capacidad de expansión
Sala Común 4to.E	52	No existe capacidad de expansión

Sala Común 5to.O	28	No existe capacidad de expansión
Sala Común 5to.E	54	No existe capacidad de expansión
Sala Común 6to.O (UTM)	28	No existe capacidad de expansión
Sala Común 6to.E	45	No existe capacidad de expansión
4to-5to-6to E (Aislados)	06	No existe capacidad de expansión
Pediatría	42	No existe capacidad de expansión
GTGRD - INEN	-	57 (camillas de campaña)
TOTAL	**383 camas**	**72 (camillas)**

Ambientes susceptibles de aumentar la capacidad operativa: Se refiere a las características de las áreas y ambientes transformables que podrían ser utilizados para aumentar la capacidad del establecimiento en caso de emergencias o desastre.

Ambiente	Área m2	Agua		Luz		Teléfono		Observaciones
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Capilla	190.30	x		x			x	
Módulo 4	187.55		x	x			x	
Auditorio Principal	649.46	x		x		x		
El área de expansión interna corresponde a la Playa de Estacionamiento (Puerta N°2 y 3).	830.20		x	x			x	04 carpas de lona Plastificada de 9m x 6m x 3m 07 Camillas con Ruedas 50 camillas de transporte 08 tablas rígidas 04 Camillas Examen

a. Áreas Críticas	SOP	UCI	Sala de Partos	Emergencia	Casa de fuerza	Otras
Número	10	06	0	22	1	
Operatividad (Si / No)	Si	Si		Si	Si	
b. Comunicación	Radio VHF	Radio HF	Teléfono	Telefonía Celular	Fax	Otros
Operatividad (Sí / No)	SI	No	Si	Si	Si	Si

c. Abastecimiento y almacenamiento H2O	Conexión a red pública	Cisterna	Tanque	Otros
Operatividad (Sí / No)	Si	Si (1200 m3)	Si	

d. Energía Eléctrica	Conexión a red pública	Grupo Electrógeno	Otros
Operatividad (Sí / No)	Si	Si (1600 galones)	-

e. Medios de transporte	Ambulancias	Vehículos	Motos	Otros
Número	01 Tipo II	09	----	----
Operatividad (Si / No)	Si	Si		-

f. Medicamentos e insumos médicos:

- Farmacia dispondrá Kits de medicamentos e insumos para emergencia o desastres.
- Se realizará el inventario físico de los kits de farmacia del Instituto para casos de emergencias y desastres.
- El departamento de Farmacia cuenta con un almacén.

g. Organización y preparación en Emergencias y Desastres:

- Planes de Contingencia
- Activación del Grupo de Trabajo de la Gestión del Riesgo de Desastres.
- Coordinadores del PPR 068 y Equipo Técnico.

• Personal capacitado para la primera respuesta local, por equipos de atención. • Brigadistas en intervención inicial y Hospitalarios.
h. Posibles daños de importancia a nivel local: • Paralización de la Actividad Productiva • Paralización de actividades Públicas y Privadas • Bloqueo de Carreteras, accidentes de tránsito que sobrepasen la atención de los servicios de emergencia. • Incendios en locales comerciales • Incremento de asalto y robos a individuos, viviendas y centros de abastos y/o comerciales. • Pacientes Policontusos, fracturas, traumas diversos. • Funcionamiento Parcial de los Establecimientos de Salud.

2.5. EVALUACIÓN DE RIESGOS.

En diciembre del 2019 la Oficina de Ingeniería, Mantenimiento y Servicios OIMS-INEN, a través del equipo consultor en la especialidad de Ingeniería, Civil, Arquitectura y Medicina, presentaron el resultado de los servicios de consultoría de la actualización del Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH), el cual contiene la evaluación de los componentes estructurales, no estructurales y funcionales del INEN.

Los componentes que han sido tomados en cuenta para realizar el presente documento, corresponden a las siguientes áreas críticas el cual prioriza las zonas de mayor vulnerabilidad: Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos, Centro Quirúrgico, Farmacia y Almacén, Laboratorio e Imágenes.

En esta última evaluación de ISH del INEN correspondiente al periodo 2019, nos indica un Índice de Seguridad igual a 0.84 y un Índice de Vulnerabilidad igual a 0.16, clasificándose al Instituto como establecimiento de Categoría A, con Índice de Seguridad Estructural, No estructural y Funcional de Medio a Alto.

Para la Categoría A la Organización Panamericana de Salud recomienda: "Aunque es probable que el hospital continúe funcionando en caso de desastres, se recomienda continuar con medidas para mejorar la capacidad de respuesta y ejecutar medidas preventivas en el mediano y largo plazo, para mejorar el nivel de seguridad frente a desastres".

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE SEGURIDAD DEL INEN					
1. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA UBICACIÓN GEOGRÁFICA:					
AMENAZAS	**NO EXISTE AMENAZA**	**BAJO**	**MEDIO**	**ALTO**	**OBSERVACIONES**
Fenómenos Geológicos					
Sismo			X		Por la ubicación de la ciudad de Lima frente a un escenario crítico por sismo de magnitud 8.8 Mw. según el Mapa de síntesis de Vulnerabilidad para Lima Metropolitana y Callao.
Erupción volcánica	X				
Deslizamientos	X				
Tsunamis	X				

Fenómenos Hidro-meterológicos					
Huracanes	X				
Lluvias torrenciales	X				
Penetraciones del mar o rio	X				
Fenómenos Sociales					
Concentraciones de población	X				
Personas desplazadas	X				
Fenómenos sanitarios-ecológicos					
Epidemias	X				
Contaminación (sistema)		X			Debido al entorno donde se encuentra ubicada la edificación a causa de la contaminación por la circulación de vehículos motorizados.
Fenómenos Químicos-tecnológicos					
Explosiones		X			Posibilidad debido a la ubicación en un entorno residencial y comercial.
Incendios		X			
Fuga de materiales Peligrosos	X				
Propiedades Geotécnicas del suelo					
Licuefacción	X				
Suelo arcilloso	X				
Talud inestable	X				

2. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD ESTRUCTURAL:
Comprende aspectos para evaluar la seguridad del establecimiento en función al tipo de estructura, materiales y antecedentes de exposición frente a amenazas naturales y de otro tipo.

RESULTADO FINAL: COMPONENTE ESTRUCTURAL

2.1 Seguridad debido a antecedentes del establecimiento	**Grado de Seguridad**		
	BAJO	MEDIO	ALTO
¿El hospital ha sufrido daños estructurales debido a fenómenos naturales? Verificar si existe dictamen estructural que indique que el grado de seguridad ha sido comprometido. SI NO HAN OCURRIDO FENOMENOS NATURALES EN LA ZONA DONDE ESTA EL HOSPITAL, NO MARQUE NADA. DEJE ESTA LINEA EN BLANCO, SIN CONTESTAR. *B= Daños mayores; M=Daños moderados; A= Daños menores.*			
¿El hospital ha sido reparado o construido utilizando estándares actuales apropiados? Corroborar si el inmueble ha sido reparado, la fecha y si se realizó con base a la normatividad de establecimientos seguros. *B= No se aplicaron los estándares; M=Estándares parcialmente aplicados; A=Estándares aplicados completamente.*		1	

¿El hospital ha sido remodelado o adaptado afectando el comportamiento de la estructura? Verificar si se han realizado modificaciones usando normas para edificaciones seguras. *B=Remodelaciones o adaptaciones mayores; M= Remodelaciones y/o adaptaciones moderadas; A= remodelaciones o adaptaciones menores.*			1
2.2 Seguridad relacionada con el sistema estructural y el tipo de material usado en la edificación	**Grado de Seguridad**		
	BAJO	MEDIO	ALTO
Estado de la edificación. *B= Deteriorada por meteorización o exposición al ambiente, grietas en primer nivel y elementos discontinuos de altura; M= Deteriorada sólo por meteorización o exposición al ambiente; A= Sana, no se observan deterioros*			1
Materiales de construcción de la estructura. *B= Oxidada con escamas o grietas mayores a 3mm; M= Grietas entre 1 y 3 mm u óxido en forma de polvo; A=Grietas menores a 1mm y no hay óxido*			1
Interacción de los elementos no estructurales con la estructura. *B= Se observa dos o más de lo siguiente: columnas cortas, paredes divisorias unidas a la estructura, cielos rígidos o fachada que interactúa con la estructura; M= Se observa sólo uno de problemas antes mencionados; A= Los elementos no estructurales no afectan la estructura.*			1
Proximidad de los edificios (martilleo, túnel de viento, incendios, etc.) *B= Separación menor al 0.5% de la altura del edificio de menor altura; M= Separación entre 0.5-1.5% de la altura del edificio de menor altura; A=Separación mayor al 1.5% del edificio de menor altura.*			1
Redundancia estructural. *B= Menos de tres líneas de resistencia en cada dirección; M= 3 líneas de resistencia en cada dirección o líneas con orientación no ortogonal; A= Más de 3 líneas de resistencia en cada dirección*			1
Detallamiento estructural incluyendo conexiones. *B= Edificio anterior a 1970; M= Edificio construido en los años 1970 y 1990; A=Edificio construido luego de 1990 y de acuerdo a la norma.*		1	
Seguridad de fundaciones o cimientos. *B= No hay información o la profundidad es menor que 1.5 m; M= No cuenta con planos ni estudio de suelos pero la profundidad es mayor que 1.5 m; A= Cuenta con planos, estudio de suelos, y profundidades mayores a 1.5 m.*			1
Irregularidades en planta (rigidez, masa y resistencia). *B= Formas no regulares y estructura no uniforme; M=Formas no regulares pero con estructura uniforme; A=Formas regulares, estructura uniforme en planta y ausencia de elementos que podrían causar torsión.*			1
Irregularidades en elevación (rigidez, masa y resistencia). *B= Pisos difieren por más del 20% de altura y existen elementos discontinuos o irregulares significativos; M= Pisos de similar altura (difieren menos de un 20%, pero más de 5%) y pocos elementos discontinuos; A= Pisos de similar altura (difieren por menos del 5%) y no existen elementos discontinuos*			1
Adecuación estructural a fenómenos. (meteorológicos, geológicos entre otros), el posible comportamiento del hospital desde el punto de vista estructural ante las diferentes amenazas o peligros excepto sismos. *B= baja resiliencia estructural a las amenazas naturales presentes en la zona donde está ubicado el hospital; M, moderada resiliencia estructural; A, excelente resiliencia estructural.*			1

3. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD NO ESTRUCTURAL DEL INEN:
Por lo general, no implican peligro para la estabilidad del edificio, pero sí pueden poner en peligro la vida o la integridad de las personas dentro del edificio. El riesgo de los elementos se evalúa teniendo en cuenta si están desprendidos, si tienen la posibilidad de caerse o volcarse y afectar zonas estructurales estratégicas, verificando su estabilidad física (soportes, anclajes y depósito seguro) y la capacidad de los equipos de continuar funcionando durante y después de un desastre (almacenamiento de reserva y válvulas de seguridad, conexiones alternas, otros). Así, en este punto se analiza la seguridad relativa a las líneas vitales, los sistemas de calefacción, ventilación y aire acondicionado en áreas críticas, los equipos médicos de diagnóstico y tratamiento. También se evalúan los elementos arquitectónicos a fin de verificar la vulnerabilidad del revestimiento del edificio, incluyendo las puertas, ventanas y voladizos, a la penetración de agua, y el impacto de objetos volantes. Las condiciones de seguridad de las vías de acceso y las circulaciones internas y externas de la instalación sanitaria, son aquí tomadas en cuenta, en conjunto con los sistemas de iluminación, protección contra incendios, falsos techos y otros.

RESULTADO FINAL: COMPONENTE NO ESTRUCTURAL

3.1 Líneas vitales (instalaciones) **3.1.1 Sistema eléctrico**	**Grado de Seguridad**		
	BAJO	MEDIO	ALTO
Generador adecuado para el 100% de la demanda. El evaluador verifica que el generador entre en función segundos después de la caída de tensión, cubriendo la demanda de urgencias, cuidados intensivos, central de esterilización, quirófanos, etc. *B = Sólo se enciende manualmente o cubre del 0 – 30% de la demanda; M = Se enciende automáticamente en más de 10 segundos o cubre 31 – 70 % de la demanda; A =Se enciende automáticamente en menos de 10 segundos y cubre del 71 – 100% de la demanda.*			1
Regularidad de las pruebas de funcionamiento en las áreas críticas. *El evaluador verifica la frecuencia en que el generador es puesto a prueba con resultados satisfactorios. B= > 3 meses; M= 1a 3 meses; A=< 1 mes.*			1
¿Está el generador adecuadamente protegido de fenómenos naturales?. *B= No; M=Parcialmente; A= Sí.* 1			1
Seguridad de las instalaciones, ductos y cables eléctricos. *B= No; M=Parcialmente; A= Sí.*			1
Sistema redundante al servicio local de suministro de energía eléctrica. *B= No; M=Parcialmente; A= Sí.*			1
Sistema con tablero de control e interruptor de sobrecarga y cableado debidamente protegido. Verificar la accesibilidad así como el buen estado y funcionamiento del tablero de control general de electricidad. *B= No; M= Parcialmente; A= Sí.*			1
Sistema de iluminación en sitios clave del hospital. Realizar recorrido por urgencias, UCI, quirófano etc. Verificando el grado de iluminación y funcionalidad de lámparas. *B= No; M=Parcialmente; A= Sí.*			1
Sistemas eléctricos externos, instalados dentro del perímetro del hospital. Verificar si existen subestaciones eléctrica o transformadores que proveen electricidad al hospital. *B= No existen subestaciones eléctricas instaladas en el hospital; M= Existen subestaciones, pero no proveen suficiente energía al hospital; A= Subestación eléctrica instalada y provee suficiente energía.*			1
3.1.2 Sistema de telecomunicaciones			
Estado técnico de las antenas y soportes de las mismas. Verificar que las antenas, pararrayos cuenten con soportes que eleven el nivel de seguridad del Hospital. *B= mal estado o no existen; M= Regular; A= Buen estado.*		1	

Estado técnico de sistemas de baja corriente (conexiones/cables de Internet). Verificar en áreas estratégicas que los cables estén conectados evitando la sobrecarga. *B= mal estado o no existen; M= Regular; A= Bueno.*			1
Estado técnico del sistema de comunicación alterno. *Verificar el estado de otros sistemas: radiocomunicación, teléfono satelital, Internet, etc.* *B= mal estado o no existe; M= Regular; A= Bueno.*			1
Estado técnico de anclajes de los equipos y soportes de cables. Verificar que los equipos de telecomunicaciones (radios, teléfono satelital, video-conferencia, etc.) cuenten con anclajes que eleven su grado de seguridad. SI EL SISTEMA NO NECESITA ANCLAJES O ABRAZADERAS, NO LLENAR. DEJAR LAS TRES CASILLAS EN BLANCO. *B= malo; M= Regular; A= Bueno.*		1	
Estado técnico de sistemas de telecomunicaciones externos, instalados dentro del perímetro del hospital. Verificar si existen sistemas de telecomunicaciones externos que interfieran con el grado de seguridad del hospital. *B= Telecomunicaciones externas interfieren seriamente con las comunicaciones del hospital; M= Telecomunicaciones externas interfieren moderadamente con las comunicaciones del hospital; A= No existe interferencia a las comunicaciones del hospital.*			1
Local con condiciones apropiadas para sistemas de telecomunicaciones. *B= malo o no existe; M= Regular; A= Bueno*			1
Seguridad del sistema interno de comunicaciones. *Verificar el estado de los sistemas de perifoneo, anuncios, altavoces, intercomunicadores y otros, que permitan comunicarse con el personal, pacientes y visitas en el hospital. B= malo o no existe; M= Regular; A= Bueno*			1
3.1.3 Sistema de Aprovisionamiento de Agua			
Tanque de agua con reserva permanente suficiente para proveer al menos 300 litros por cama y por día durante 72 horas. Verificar que el depósito de agua cuente con una capacidad suficiente para satisfacer la demanda del hospital por 3 días *B= Cubre la demanda de 24 horas o menos; M = Cubre la demanda de más de 24 horas pero menos de 72 horas; A= Garantizado para cubrir la demanda por 72 horas o más.*			1
Los depósitos se encuentran en lugar seguro y protegido. Visitar sitio de cisterna y corroborar el área donde está instalada y su grado de seguridad. *B= Si el espacio es susceptible de falla estructural o no estructural; M= Cuando la falla no representa posibilidad de colapso; A= Cuando tiene poca posibilidad de dejar de funcionar.*			1
Sistema alterno de abastecimiento de agua adicional a la red de distribución principal. Identificar organismos o mecanismos para abastecer o reaprovisionar de agua al hospital en caso de falla del sistema público. *B= Si da menos de 30% de la demanda; M= Si suple valores de 30 a 80% de la demanda; A= Si suple más del 80% de la dotación diaria*			1
Seguridad del sistema de distribución. Verificar el buen estado y funcionamiento del sistema de distribución, incluyendo la cisterna, válvula, tubería y uniones. *B= Si menos del 60% se encuentra en buenas condiciones de operación; M= entre 60 y 80 %; A= más del 80 %.*			1

Sistema de bombeo alterno. Identificar la existencia y el estado operativo del sistema alterno de bombeo, en caso de falla en el suministro. *B= No hay bomba de reserva y las operativas no suplen toda la demanda diaria; M= Están todas las bombas en regular estado de operación; A= Todas las bombas y las de reserva están operativas.*		1	
3.1.4 Depósito de combustible (gas, gasolina o diesel):			
Tanques para combustible con capacidad suficiente para un mínimo de 5 días. Verificar que el hospital cuente con depósito amplio y seguro para almacenaje de combustible. *B=Cuando es inseguro o tiene menos de 3 días; M=Almacenamiento con cierta seguridad y con 3 a 5 días de abastecimiento de combustible; A= Se tienen 5 o más días de autonomía y es seguro.*			1
Anclaje y buena protección de tanques y cilindros *B= No hay anclajes y el recinto no es seguro; M= se aprecian anclajes insuficientes; A=Existen anclajes en buenas condiciones y el recinto o espacio es apropiado.*			1
Ubicación y seguridad apropiada de depósitos de combustibles. Verificar que los depósitos que contienen elementos inflamables se encuentren a una distancia que afecte el grado de seguridad del Hospital. *B= Existe el riesgo de falla o no son accesibles; M= se tiene una de las dos condiciones mencionadas; A= los depósitos son accesibles y están en lugares libres de riesgos.*		1	
Seguridad del sistema de distribución (válvulas; tuberías y uniones). *B= Si menos del 60% se encuentra en buenas condiciones de operación; M= entre 60 y 80 %; A= más del 80 %.*			1
3.1.5 Gases medicinales (oxígeno, nitrógeno, etc.)			
Almacenaje suficiente para 15 días cómo mínimo. *B= Menos de 10 días; M= entre 10 y 15días; A= 15 días.*			1
Anclaje de tanques, cilindros y equipos complementarios *B= No existen anclajes; M= Los anclajes no son de buen calibre; A= Los anclajes son de buen calibre.*		1	
Fuentes alternas disponibles de gases medicinales. *B= No existen fuentes alternas o están en mal estado; M= Existen pero en regular estado; A= Existen y están en buen estado.*			1
Ubicación apropiada de los recintos. *B= Los recintos no tienen accesos; M= los recintos tienen acceso pero con riesgos A= los recintos son accesibles y están libres de riesgos;*			1
Seguridad del sistema de distribución (válvulas, tuberías y uniones). *B= Si menos del 60% se encuentra en buenas condiciones de operación; M= entre 60 y 80 %; A= más del 80 %.*			1
Protección de tanques y/o cilindros y equipos adicionales. *B= No existen áreas exclusivas para tanques y equipos adicionales; M= Areas exclusivas para protección de tanques y equipos, pero el personal no está entrenado; A= Áreas exclusivas para este equipamiento y el personal está entrenado.*			1
Seguridad apropiada de los recintos. *B= No existen áreas reservadas para almacén de gases; M= Áreas reservadas para almacenar gases, pero sin medidas de seguridad apropiadas; A= se cuenta con áreas de almacenamiento*			1

3.2 Sistemas de calefacción, ventilación, aire acondicionado en áreas críticas	**Grado de Seguridad**		
	BAJO	MEDIO	ALTO
Soportes adecuados para los ductos y revisión del movimiento de los ductos y tuberías que atraviesan juntas de dilatación. *B= No existen soportes y tienen juntas rígidas; M=Existen soportes o juntas flexibles; A= Existen soportes y las juntas son flexibles.*		1	
Condición de tuberías, uniones, y válvulas. *B=Malo; M= Regular; A= Bueno.*			1
Condiciones de los anclajes de los equipos de calefacción y agua caliente. *B= Malo; M=Regular; A= Bueno.*			1
Condiciones de los anclajes de los equipos de aire acondicionado. *B= Malo; M= Regular; A= Bueno.*			1
Ubicación apropiada de los recintos. *B= Malo; M= Regular; A= Bueno.*			1
Seguridad apropiada de los recintos. *B= Malo; M= Regular; A= Bueno.*			1
Funcionamiento de los equipos (Ej. Caldera, sistemas de aire acondicionado y extractores, entre otros). *B= Malo; M= Regular; A= Bueno.*			1
3.3 Mobiliario y equipo de oficina fijo y móvil y almacenes (incluye computadoras, impresoras, etc.)	**Grado de Seguridad**		
	BAJO	MEDIO	ALTO
Anclajes de la estantería y seguridad de contenidos. Verificar que los estantes se encuentren fijos a las paredes y/o con soportes de seguridad. *B= La estantería no está fijada a las paredes; M= La estantería está fijada, pero el contenido no está asegurado; A= La estantería está fijada y el contenido asegurado.*		1	
Computadoras e impresoras con seguro. Verificar que las mesas para computadora estén aseguradas y con frenos de ruedas aplicados. *B= Malo; M= Regular; A= Bueno o no necesita anclaje.*		1	
Condición del mobiliario de oficina y otros equipos. Verificar en recorrido por oficinas el anclaje y/o fijación del mobiliario. *B= Malo; M=Regular; A= Bueno o no necesita anclaje.*		1	
3.4 Equipos médicos, de laboratorio y suministros utilizados para el diagnóstico y tratamiento.	**Grado de Seguridad**		
	BAJO	MEDIO	ALTO
Equipo médico en el quirófano y la sala de recuperación. Verificar que lámparas, equipos de anestesia, mesas quirúrgicas se encuentren operativos y con seguros y frenos aplicados. *B=Cuando el equipo está en malas condiciones o no está seguro; M= cuando el equipo está en regulares condiciones o poco seguro; A= el equipo está en buenas condiciones y está seguro.*			1
Condición y seguridad del equipo médico de Rayos X e imagenología. Verificar que las mesas de Rayos X y el equipo de rayos se encuentren en buenas condiciones y fijos. *B= Cuando el equipo está en malas condiciones o no está seguro; M= cuando el equipo está en regulares condiciones o poco seguro; A= el equipo está en buenas condiciones y está seguro.*			1

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES - INEN
V°B°

Condición y seguridad en equipo médico en laboratorios. *B= Cuando el equipo está en malas condiciones o no está seguro; M= cuando el equipo está en regulares condiciones o poco seguro; A= el equipo está en buenas condiciones y está seguro.*			1
Condición y seguridad del equipo médico en el servicio de urgencias. *B= Cuando el equipo está en malas condiciones o no está seguro; M= cuando el equipo está en regulares condiciones o poco seguro; A= el equipo está en buenas condiciones y está seguro.*			1
Condición y seguridad del equipo médico de la unidad de cuidados intensivos o intermedios. *B= Cuando el equipo está en malas condiciones o no está seguro; M= cuando el equipo está en regulares condiciones o poco seguro; A= el equipo está en buenas condiciones y está seguro.*			1
Condición y seguridad del equipamiento y mobiliario de farmacia *B= Cuando el equipo está en malas condiciones o no está seguro; M= cuando el equipo está en regulares condiciones o poco seguro; A= el equipo está en buenas condiciones y está seguro.*		1	
Condición y seguridad de equipo médico de esterilización. *B= Cuando el equipo está en malas condiciones o no está seguro; M= cuando el equipo está en regulares condiciones o poco seguro; A= el equipo está en buenas condiciones y está seguro.*			1
Condición y seguridad de equipo médico para cuidado del recién nacido. *B= Cuando el equipo no existe, está en malas condiciones o no está seguro; M= Cuando el equipo está en regulares condiciones o poco seguro; A= El equipo está en buenas condiciones y está seguro.*			1
Condición y seguridad de equipo médico para la atención de quemados. *B= Cuando el equipo no existe, está en malas condiciones o no está seguro; M= Cuando el equipo está en regulares condiciones o poco seguro; A= El equipo está en buenas condiciones y está seguro.*			1
Condición y seguridad de equipo médico de radioterapia o medicina nuclear. SI EL HOSPITAL NO CUENTA CON ESTOS SERVICIOS, DEJAR EN BLANCO. *B= Cuando no existe o el equipo está en malas condiciones o no está seguro; M= cuando el equipo está en regulares condiciones o poco seguro; A= el equipo está en buenas condiciones y está seguro.*			1
Condición y seguridad de equipo médico en otros servicios. *B= Si más del 30 % de los equipos se encuentra en riesgo de pérdida material o funcional y/o si algún equipo pone en forma directa o indirecta en peligro la función de todo el servicio; M= Si entre el 10 y el 30% de los equipos se encuentra en riesgo de pérdida, A=Si menos del 10% de los equipos tiene riesgo de pérdida.*			1
Anclajes de la estantería y seguridad de contenidos médicos. *B= 20% o menos se encuentran seguros contra el vuelco de la estantería o el vaciamiento de contenidos; M= 20 a 80 % se encuentra seguros contra el vuelco; A= Más del 80 % se encuentra con protección a la estabilidad de la estantería y la seguridad del contenido, o porque no requiere anclaje.*		1	
3.5 Elementos Arquitectónicos	**Grado de Seguridad**		
	BAJO	MEDIO	ALTO
Condición y seguridad de puertas o entradas. *B= Cuando se daña e impide el funcionamiento de otros componentes, sistemas o funciones; M=Cuando se daña pero permite el funcionamiento de otros componentes; A= Cuando no se daña o su daño es menor y no impide su funcionamiento o el de otros componentes o sistemas.*			1

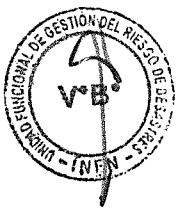
Condición y seguridad de ventanales. *B=Cuando se daña e impide el funcionamiento de otros componentes, sistemas o funciones; M=Cuando se daña pero permite el funcionamiento de otros componentes; A= Cuando no se daña o su daño es menor y no impide su funcionamiento o el de otros componentes o sistemas.*			1
Condición y seguridad de otros elementos de cierre (muros externos, fachada, etc.). *B= Cuando se daña e impide el funcionamiento de otros componentes, sistemas o funciones; M=Cuando se daña pero permite el funcionamiento de otros componentes; A= Cuando no se daña o su daño es menor y no impide su funcionamiento o el de otros componentes o sistemas.*			1
Condición y seguridad de techos y cubiertas. *B= Cuando se daña e impide el funcionamiento de otros componentes o sistemas; M=Cuando se daña pero permite el funcionamiento de otros componentes; A= Cuando no se daña o su daño es menor y no impide su funcionamiento o el de otros componentes o sistemas.*			1
Condición y seguridad de parapetos (pared o baranda que se pone para evitar caídas, en los puentes, escaleras, etc.) *B= Cuando se daña e impide el funcionamiento de otros componentes, sistemas o funciones; M=Cuando se daña pero permite el funcionamiento; A= Cuando no se daña o su daño es menor y no impide su funcionamiento o el de otros componentes, sistemas o funciones.*			1
Condición y seguridad de cercos y cierres perimétricos. *B= Cuando se daña e impide el funcionamiento de otros componentes o sistemas; M=Cuando se daña pero permite el funcionamiento; A= Cuando no se daña o su daño es menor y no impide su funcionamiento o el de otros componentes, sistemas o funciones.*			1
Condición y seguridad de otros elementos perimetrales (Cornisas, ornamentos etc.). *B= Cuando se daña e impide el funcionamiento de otros componentes o sistemas; M=Cuando se daña pero permite el funcionamiento; A= Cuando no se daña o su daño es menor y no impide su funcionamiento o el de otros componentes, sistemas o funciones.*			1
Condición y seguridad de áreas de circulación externa. *B= Los daños a la vía o los pasadizos impide el acceso al edificio o ponen en riesgo a los peatones; M= Los daños a la vía o los pasadizos no impiden el acceso al edificio a los peatones, pero sí el acceso vehicular; A= No existen daños o su daño es menor y no impide el acceso de peatones ni de vehículos.*			1
Condición y seguridad de áreas de circulación interna (pasadizos, elevadores, escaleras, salidas, etc.). *B= Los daños a las rutas de circulación interna impiden la circulación dentro del edificio o ponen en riesgo a las personas; M= Los daños a la vía o los pasadizos no impiden la circulación de las personas, pero sí el acceso de camillas y otros; A= No existen daños o su daño es menor y no impide la circulación de personas ni de camillas y equipos rodantes.*		1	
Condición y seguridad de particiones o divisiones internas. *B= Cuando se daña e impide el funcionamiento de otros componentes, sistemas o funciones; M=Cuando se daña pero permite el funcionamiento; A= Cuando no se daña o su daño es menor y no impide su funcionamiento o el de otros componentes, sistemas o funciones.*			1

Condición y seguridad de cielos falsos o rasos SI EL HOSPITAL NO TIENE TECHOS FALSOS O SUSPENDIDOS, NO MARQUE NADA. DEJE LAS TRES CASILLAS EN BLANCO. *B= Cuando se daña e impide el funcionamiento de otros componentes o sistemas; M=Cuando se daña pero permite el funcionamiento; A= Cuando no se daña o su daño es menor y no impide su funcionamiento o el de otros componentes o sistemas.*			1
Condición y seguridad del sistema de iluminación interna y externa. *B= Cuando se daña e impide el funcionamiento de otros componentes o sistemas; M=Cuando se daña pero permite el funcionamiento; A= Cuando no se daña o su daño es menor y no impide su funcionamiento o el de otros componentes o sistemas.*		1	
Condición y seguridad del sistema de protección contra incendios. *B= Cuando se daña e impide el funcionamiento de otros componentes o sistemas; M=Cuando se daña pero permite el funcionamiento; A= Cuando no se daña o su daño es menor y no impide su funcionamiento o el de otros componentes o sistemas.*		1	
Condición y seguridad de ascensores. SI NO EXISTEN ELEVADORES, DEJE LAS TRES CASILLAS EN BLANCO. *B= Cuando se daña e impide el funcionamiento de otros componentes o sistemas; M=Cuando se daña pero permite el funcionamiento; A= Cuando no se daña o su daño es menor y no impide su funcionamiento o el de otros componentes o sistemas.*		1	
Condición y seguridad de escaleras. *B= Cuando se daña e impide el funcionamiento de otros componentes o sistemas; M=Cuando se daña pero permite el funcionamiento; A= Cuando no se daña o su daño es menor y no impide su funcionamiento o el de otros componentes o sistemas*			1
Condición y seguridad de las cubiertas de los pisos. *B= Cuando se daña e impide el funcionamiento de otros componentes o sistemas; M=Cuando se daña pero permite el funcionamiento; A= Cuando no se daña o su daño es menor y no impide su funcionamiento o el de otros componentes o sistemas.*			1
Condición de las vías de acceso al hospital. *B= Cuando se daña e impide el funcionamiento de otros componentes o sistemas; M=Cuando se daña pero permite el funcionamiento; A= Cuando no se daña o su daño es menor y no impide su funcionamiento o el de otros componentes o sistemas.*			1
Otros elementos arquitectónicos incluyendo señales de seguridad. *B= Cuando se daña e impide el funcionamiento de otros componentes o sistemas; M=Cuando se daña pero permite el funcionamiento; A= Cuando no se daña o su daño es menor y no impide su funcionamiento o el de otros componentes o sistemas.*		1	

4. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD EN BASE A LA CAPACIDAD FUNCIONAL:				
Organización del comité hospitalario y centro de operaciones de emergencia. Mide el nivel de organización alcanzado por el comité hospitalario para casos de emergencia.	**Nivel de Organización**			**Observaciones**
	BAJO	**MEDIO**	**ALTO**	
85. Comité Formalmente establecido para responder a las emergencias masivas o de desastre. Solicitar el acta constituida del comité y verificar que los cargos y firmas correspondan al personal en función. B=No existe comité, M=Existe comité pero no es operativo, A=Existe y es operativo			1	
86. El comité está conformado por personal multidisciplinario. Verificar que los cargos dentro del comité sean ejercidos por personal de diversas categorías del equipo multidisciplinario director, jefe de enfermería, ingeniero de mantenimiento, jefe de urgencias, jefe quirúrgico, jefe de laboratorio, entre otros. B=0-3, M=4-5, A=6 a mas			1	
87. Cada miembro tiene conocimiento de su responsabilidad específica. Verificar que cuenten con sus actividades por escrito dependiendo de su función específica. B=No asignadas, M=Asignadas oficialmente, A=Todos los miembros conocen y cumplen su responsabilidad.			1	
88. Espacio físico para el centro de operaciones de emergencia (COE) del hospital. Verificar la sala destinada para el comando operativo que cuente con todos los medios de comunicación (teléfono, fax, internet, entre otros). B=No existe, M=Asignada oficialmente, A=Existe y es funcional.			1	
89. El COE está ubicado en un sitio protegido y seguro. Identificar la ubicación tomando en cuenta su accesibilidad, seguridad y protección. B=La sala del COE no está en un sitio seguro, M=El COE está en un lugar seguro pero poco accesible, A=El COE está en un sitio seguro, protegido y accesible.			1	
90. El COE cuenta con un sistema informático y computadoras. Verificar si cuenta con internet. B=No, M=Parcialmente, A=Cuenta con todos los requerimientos.			1	Falta hacer difusión para que todos los trabajadores lo conozcan.
91. El sistema de comunicación interna y externa del COE funciona adecuadamente. Verificar si el conmutador (central de redistribución de llamadas) cuentan con un sistema de perifoneo y si los operadores conocen el código de alerta y su funcionamiento, B=no funciona, no existe, M=Parcialmente, A=Completo y funciona.			1	
92. El COE cuenta con un sistema de comunicación alterna. Verificar si además de conmutador existe comunicación alterna como celular, radio entre otros. B=No cuenta, M=Parcialmente, A=si cuenta			1	
93. El COE cuenta con mobiliario y equipo apropiado. Verificar escritorios, sillas, tomas de corriente, iluminación, agua y drenaje, B=No cuenta, M=Parcialmente, A=Si cuenta.			1	

94. El COE cuenta con directorio telefónico actualizado y disponible. Verificar que el directorio incluya todos los servicios de apoyo necesarios ante una emergencia (corroborar teléfonos en forma aleatoria), B=No, M=Existe pero no está actualizado, A=Si cuenta, si esta actualizado.			1	
95. Tarjetas de acción, disponibles para todo el personal. Verificar que las tarjetas de acción indiquen las funciones que se realiza cada integrante del hospital especificando su participación en caso de desastre interno y/o externo, B=No, M=Insuficiente (cantidad y calidad) A=Todos la tienen.		1		SE ENTREGO LAS TARJETAS DE ACCION (Brigadas de EDAN, Protección y Evaluación, Búsqueda y Rescate, 1eros Auxilios, y Lucha Contra Incendios y al personal de emergencia) Pendiente distribuir tarjetas de acción en todo el personal por servicios.
96. Refuerzo de los servicios esenciales del hospital. El plan especifica las actividades que se deben realizar antes, durante y después de un desastre en los servicios clave del hospital (servicio de urgencias, unidad de cuidados intensivos, esterilización y quirófano, entre otros) B=No existe plan o existe únicamente el documento, M=Existe el plan y personal capacitado, A=Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar			1	
97. Procedimientos para la activación y desactivación del plan. B=No existe plan o existe únicamente el documento, M=Existe el plan y personal capacitado, A=Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.			1	
98. Previsiones administrativas especiales para desastres. Verificar que el plan considere contratación de personal, adquisiciones en caso de desastre y presupuesto para pago por tiempo extra, doble turno, etc. B=No existe las previsiones o existen únicamente en el documento, M=existen previsiones y el personal capacitado, A=Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.		1		Considerar en el plan de Respuesta Hospitalaria ante emergencias y desastres, en el punto 6.15 Presupuesto para su Implementación: monto, específicas de gasto, actividades y productos según programa presupuestal 068,104 ,contratación de personal, adquisiciones en caso de desastre y presupuesto para pago por tiempo extra, doble turno, etc.
99. Recursos financieros para emergencias presupuestados y garantizados. El hospital con presupuestos específico para aplicarse en caso de desastre, B=No presupuestado, M=Cubre menos de 72 horas, A=Garantizado para 72 horas o más.		1		La UFGRD solicitar a OGPP cc a ORH la Previsión presupuestal del PP 068.

100. Procedimientos para la habilitación de espacios para aumentar la capacidad, incluyendo la disponibilidad de camas adicionales. El plan debe incluir y especificar las áreas físicas que podrían habilitarse para dar atención a saldo masivo de víctimas. B=No se encuentran identificadas las áreas de expansión, M=Se han identificado las áreas de expansión y el personal capacitado para implementarlo, A=Existe el procedimiento, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar los procedimientos.			1	-
101. Procedimientos para admisión en emergencias y desastres. El plan debe especificar los sitios y el personal responsable de realizar el TRIAGE. B=No existe el procedimiento, M=Existe el procedimiento y el personal entrenado, A=Existe el procedimiento, personal capacitado y cuenta con recursos			1	-
102. Procedimientos para la expansión del departamento de urgencias y otras áreas críticas. El plan debe indicar la forma y las actividades que se deben realizar en la expansión hospitalaria (ej. suministro de agua potable, electricidad, desagüé, etc.) B=No existen el procedimiento, M=Existe el procedimiento y el personal entrenado, A=existe el procedimiento, personal entrenado y cuenta con recursos para implementarlo.			1	Especificar en el Plan la capacidad de expansión interna (correspondiente a la playa de estacionamiento puerta 2 y 3) indicar la forma y las actividades, que se deben realizar en la expansión hospitalaria (responsables de : armado, ubicación de carpas , instalación de suministro de agua potable, electricidad,) además del procedimiento, personal entrenado recursos disponibles para implementarlo. Falta implementar el sistema de desagüé.
103. Procedimiento para protección de expedientes médicos (historias clínicas). El plan indica la forma en que deben ser tratados los expedientes clínicos e insumos necesarios para el paciente, B=No existe el procedimiento, M= Existe el procedimiento y el personal entrenado, A=existe el procedimiento, personal entrenado y cuenta con recursos para implementarlo.			1	-
104. Inspección regular de seguridad por autoridad competente. El recorrido por el hospital verificar la fecha de caducidad y/o llenado de, extintores e hidratantes y si existe referencia de llenado de los mismos así como bitácora de visitas por el personal de protección civil. B=No existe , M=Inspección parcial o sin vigencia, A=Completa y actualizado			1	-



105. Procedimientos para vigilancia epidemiológica intrahospitalaria. Verificar si el comité de vigilancia Epidemiológica intra-hospitalaria cuenta con procedimientos específicos para caso de emergencia o atención a saldo masivo de víctimas: B=No existe el procedimiento, M=Existe el procedimiento y el personal entrenado, A=Existe el procedimiento, personal capacitado y cuenta con recursos para implementarlos		1		Detallar en los planes de GRD los procedimientos de Vigilancia Epidemiológica tanto en: El punto 4.3 identificación de los elementos expuestos y vulnerabilidades El punto VI (6.1 preparación momentos antes - 6.2 respuesta - 6.5 conformación de los equipos de atención hospitalaria / tareas (equipo epidemiológico) 6.12 Activación del Plan - Secuencia (vigilancia epidemiológica post desastres), VII anexos formatos de notificación post desastres Resolución Jefatural N° 351-2018-J/INEN- Aprueban el "Manual de Precauciones de Aislamiento para la Prevención de Transmisión de Agentes Infecciosos en el Ambiente Hospitalario N° 001-INEN/2018/J-CCPII" del INEN".
106. Procedimientos para la habilitación de sitios para la ubicación temporal de cadáveres y medicina forense. Verificar si el plan incluye actividades específicas para el área de patología y si tiene sitio destinado para depósito de múltiples cadáveres: B=No existe el procedimiento, M=Existe el procedimiento y el personal entrenado, A=Existe el procedimiento, personal capacitado y cuenta con recursos para implementarlos.			1	Detallar en los planes de GRD punto 6.13 (zona de recepción de Cadáveres) a parte de la ubicación, encargados del traslado, reconocimiento y entrega a los familiares (personal capacitado y los recursos para implementar esta actividad. Elaborar documento normativo (protocolo de manejo de cadáveres) post desastres.
107. Procedimientos para triage, reanimación, estabilización y tratamiento. B=No existe el procedimiento, M=Existe el procedimiento y el personal entrenado, A=Existe el procedimiento, personal capacitado y cuenta con recursos para implementarlos.			1	-
108. Transporte y soporte logístico. El hospital cuenta con ambulancias, vehículos oficiales. B=No cuenta con ambulancias y otros vehículos para soporte logístico. M=Cuenta con vehículos insuficientes, A=Cuenta con vehículos adecuados y en cantidad suficiente.			1	
109. Raciones alimenticias para el personal durante la emergencia. El plan especifica las actividades a realizar en el área de nutrición y cuenta con presupuesto para aplicarse en el rubro de alimentos B=No existe, M=Cubre menos de 72 horas, A=Garantizado para 72 horas o más.			1	

110. Asignación de funciones para el personal movilizado durante la emergencia. B=No existe o existe únicamente el documento, M=Las funciones están asignadas y el personal capacitado, A=Las funciones están asignadas, el personal está capacitado y cuenta con recursos para cumplir funciones.			1	
111. Medidas para garantizar el bienestar del personal adicional de emergencia. El plan incluye el sitio donde el personal de urgencias puede tomar un receso, hidratación y alimentos, B=no existe, M=Cubre menos de 72 horas, A=Garantizado para 72 horas.			1	Detallar en los Planes de GRD las áreas de descanso, hidratación y alimentos del personal de urgencias.
112. Vinculado al plan de emergencia local. Existe antecedentes por escrito de la vinculación del plan a otras instancias de la comunidad, B=No vinculado, M=Vinculado no operativo, A=Vinculado y operativo.		1		En junio INEN se incluye en la plataforma del distrito de Surquillo. El plan del INEN 2019 si contempla a la plataforma del distrito de Surquillo. Vincular el Plan GRD 2020 del INEN y del distrito de Surquillo.
113. Mecanismos para elaborar el censo de pacientes admitidos y referidos a otros hospitales. El plan cuenta con formatos específicos que faciliten el censo de pacientes ante las emergencias: *B=No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el mecanismo y el personal capacitado, A=Existe el mecanismo, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el censo.*			1	-
114. Sistema de referencia y contra referencia. *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*			1	-
115. Procedimientos de información al público y la prensa. El plan hospitalario para caso de desastre especifica quien es el responsable para dar información al público y prensa en caso de desastre (la persona de mayor jerarquía en el momento del desastre): *B= No existe el procedimiento; M= Existe el procedimiento y el personal entrenado; A= Existe el procedimiento, personal capacitado y cuenta con recursos para implementarlo.*			1	-
116. Procedimientos operativos para respuesta en turnos nocturnos, fines de semana y días feriados. *B= No existe el procedimiento; M= Existe el procedimiento y el personal entrenado; A= Existe el procedimiento, personal capacitado y cuenta con recursos para implementarlo.*			1	-
117. Procedimientos para evacuación de la edificación Verificar si existe plan o procedimientos para evacuación de pacientes, visitas y personal *B= No existe el procedimiento; M=Existe el procedimiento y el personal entrenado; A= Existe el procedimiento, personal capacitado y cuenta con recursos para implementarlo.*			1	-

118. Las rutas de emergencia y salida son accesibles. Verificar que las rutas de salida están claramente marcadas y libres de obstrucción *B= Las rutas de salida no están claramente señalizadas y varias están bloqueadas; M=Algunas rutas de salida están marcadas y la mayoría están libres de obstrucciones; A=Todas las rutas están claramente marcadas y libres de obstrucciones.*			1	A través de las visitas inopinadas cada 4 meses los brigadistas evalúan que las rutas de emergencia y salida sean accesibles. Señaléticas de evacuación escasas en diferentes áreas.
119. Ejercicios de simulación o simulacros. Verificar que los planes sean regularmente puestos a prueba a través de simulacros y/o simulaciones, evaluados y modificados como corresponda. *B= Los planes no son puestos a prueba; M= Los planes son puestos a prueba con una frecuencia mayor a un año; A= Los planes son puestos a prueba al menos una vez al año y son actualizados de acuerdo a los resultados de los ejercicios.*			1	
120. Sismos, tsunamis, erupciones volcánicas y deslizamientos. *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*			1	
121. Crisis sociales y terrorismo. *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*			1	Se contempla en el plan de Respuesta Hospitalaria ante Emergencias y Desastres – 2019. Aprobado con Resolución Jefatural N°104-2019-J/INEN. No cuenta con un plan de contingencia específico para crisis sociales.
122. Inundaciones y huracanes. SI NO EXISTEN ESTAS AMENAZAS EN LA ZONA DONDE ESTÁ UBICADO EL HOSPITAL, NO MARCAR NADA. DEJAR LAS TRES CASILLAS EN BLANCO. *B= No existe o existe únicamente el documento; M=Existe el plan y el personal capacitado A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*			1	
123. Incendios y explosiones. *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el Plan y el personal capacitado; A=Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*			1	
124. Emergencias químicas o radiaciones ionizantes. *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*			1	Se contempla en el plan de Respuesta Hospitalaria ante Emergencias y Desastres – 2019. Aprobado con Resolución Jefatural N° 104-2019-J/INEN. No cuenta con un plan de contingencia específico para Emergencias químicas o radiaciones ionizantes.

125. Agentes con potencial epidémico. *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*		1		Comité de Control y Prevención de Infecciones Intrahospitalarias del INEN. Deberá actualizar el Plan para casos de brotes o epidemias post desastres.
126. Atención psico-social para pacientes, familiares y personal de salud. *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*			1	Se contempla en el plan de Respuesta Hospitalaria ante Emergencias y Desastres – 2019. Aprobado con Resolución Jefatural N° 104-2019-J/INEN. No cuenta con un plan para atención psico-social de pacientes, familiares y personal de salud.
127. Control de infecciones intra-hospitalarias. Solicitar el manual correspondiente y verificar vigencia: *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el manual y el personal capacitado; A= Existe el manual, personal capacitado y cuenta con recursos para implementarlo.*			1	
128. Suministro de energía eléctrica y plantas auxiliares. El área de mantenimiento deberá presentar el manual de operación del generador alterno de electricidad, así como bitácora de mantenimiento preventivo: *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*			1	El manual de operación del generador alterno de electricidad. No tiene fuente de financiamiento, cronograma de mantenimiento, mapa de distribución, equipos responsables, capacitaciones de recursos humanos. La bitácora de mantenimiento preventivo igualmente se debe de detallar el responsable del mantenimiento.
129. Suministro de agua potable. El área de mantenimiento deberá presentar el manual de operación del sistema de suministro de agua así como bitácora de mantenimiento preventivo y de control de la calidad del agua: *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*		1		Lo que presentaron no es un manual de operación del sistema de suministro de agua, ni tampoco es una bitácora de mantenimiento preventivo y de control de la calidad del agua. Presentaron informes de las empresas que realizaron la limpieza y desinfección de las cisternas de agua potable del INEN, así como actas de conformidad, pero hay que darle la estructura de una bitácora.
130. Reserva de combustible. El área de mantenimiento deberá presentar el manual para el suministro de combustible, así como la bitácora de mantenimiento preventivo: *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*	1			Hacer el manual para el suministro de combustible, así como la bitácora de mantenimiento preventivo.

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES - INEN V°B°

131. Gases medicinales. El área de mantenimiento deberá presentar el manual de suministro de gases medicinales, así como bitácora de mantenimiento preventivo. *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*		1		Lo que presentaron no es un manual de suministro de gases medicinales, debería contemplar en su estructura fuente de financiamiento, capacitación responsables y cronograma de mantenimiento, ni tampoco es una bitácora de mantenimiento preventivo, la cual debería contemplar características del servicio, ubicación, fecha de programación, fecha de mantenimiento y/o actividad, responsable y en observaciones. Presentaron las tarjetas de control visibles de almacén pero hay que darle la estructura de una bitácora.
132. Sistemas habituales y alternos de comunicación. *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*		1		Oficina de Comunicaciones deberá presentar las normas y procedimientos para mantener la operatividad de los sistemas de comunicación principales y alternos en emergencias y desastres.
133. Sistemas de agua residuales. El área de mantenimiento garantizará el flujo de estas aguas hacia el sistema de drenaje público evitando la contaminación de agua potable. *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*			1	Desde el año 2018 -1 pozo séptico nuevo (ya cuenta con el flujo de estas aguas hacia el sistema de drenaje Público) / Detallar los procedimientos que garanticen el flujo de estas aguas hacia el sistema de drenaje público evitando la contaminación de agua potable en el plan de respuesta ante la posibilidad de colapso de las vías principales de drenaje (ruptura de colectores) frente a las emergencias y desastres.
134. Sistema de manejo de residuos sólidos. El área de mantenimiento deberá presentar el manual de manejo de residuos sólidos, así como bitácora de recolección y manejo posterior. *B=No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*		1		En su manual de manejo de residuos sólidos, debería contemplar en su estructura fuente de financiamiento, no hay bitácora de recolección y manejo posterior, la cual debería contemplar, fuente de generación, ubicación, capacidad de contenedores, horarios, peso, responsable, tipo de transporte y en observaciones, se deberá detallar ejemplo el número de informe técnico adjunto.

135. Mantenimiento del sistema contra incendios. El área de mantenimiento deberá presentar el manual para el manejo de sistemas contra incendios, así como la bitácora de mantenimiento preventivo de extintores e hidrantes *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*		1		Lo que presentaron no es un manual para el manejo de sistemas contra incendios, se debería contemplar en su estructura fuente de financiamiento, capacitación, responsables y cronograma de mantenimiento, ni tampoco es una bitácora de mantenimiento preventivo de extintores e hidrantes, la cual debería contemplar características del equipo, ubicación y si está libre acceso, fecha de programación, fecha que se realizó mantenimiento, actividad y/o fecha de prueba hidrostática. La red de tuberías, bombeo y accesorios es exclusiva para los hidrantes, responsable y en observaciones se deberá detallar, ejemplo el número de informe técnico adjunto, además de RRHH capacitado, ustedes presentaron informes técnicos del sistema contra incendios, pero hay que completar y darle la estructura de una bitácora.
136. Medicamentos. Verificar la disponibilidad de medicamentos para emergencias. Se puede tomar como referencia el listado recomendado por OMS. *B= No existe; M= Cubre menos de 72 horas; A= Garantizado para 72 horas o más.*			1	-
137. Material de curación y otros insumos. Verificar que exista en la central de esterilización una reserva esterilizada de material de consumo para cualquier emergencia (se recomienda sea la reserva que circulará el día siguiente). *B= No existe; M= Cubre menos de 72 horas; A= Garantizado para 72 horas o más.*			1	Debe detallar listado de material de reserva esterilizada de los materiales de curación y otros insumos para casos de emergencias y desastres.
138. Instrumental. Verificar existencia y mantenimiento de instrumental específico para urgencias. *B= No existe; M= Cubre menos de 72 horas; A= Garantizado para 72 horas o más.*			1	Debe detallar listado de existencia y mantenimiento de instrumental específico para urgencias para casos de emergencias y desastres.
139. Gases medicinales. Verificar teléfonos y domicilio así como la garantía de abastecimiento por parte del proveedor. Verificar teléfonos y domicilio así como la garantía de abastecimiento por parte del proveedor. . *B= No existe; M= Cubre menos de 72 horas; A= Garantizado para 72 horas o más.*			1	-

140. Equipos de ventilación asistida (tipo volumétrico). El comité de emergencias del hospital debe conocer la cantidad y condiciones de uso de los equipos de respiración asistida. *B= No existe; M= Cubre menos de 72 horas; A= Garantizado para 72 horas o más.*			1	La UFGRD - EMED deberá contar con el listado de reporte siga patrimonial.
141. Equipos electro-médicos. El comité de emergencias del hospital debe conocer la cantidad y condiciones de uso de los equipos electro médico. *B= No existe; M= Cubre menos de 72 horas; A= Garantizado para 72 horas o más.*			1	La UFGRD - EMED deberá contar con el listado de reporte siga patrimonial.
142. Equipos de soporte de vida. El comité de emergencias del hospital debe conocer la cantidad y condiciones de uso de los equipos de respiración asistida. *B= No existe; M= Cubre menos de 72 horas; A= Garantizado para 72 horas o más.*			1	La UFGRD - EMED deberá contar con el listado de reporte siga patrimonial.
143. Equipos de protección personal para epidemias (material desechable). El hospital debe contar con equipos de protección para el personal que labore en áreas de primer contacto. *B= No existe; M= Cubre menos de 72 horas; A= Garantizado para 72 horas o más.*			1	-
144. Carro de atención de paro cardiorrespiratoria. El comité de emergencias del hospital debe conocer la cantidad, condiciones de uso y ubicación de los carros para atención de paro cardiorrespiratoria. *B= No existe; M= Cubre menos de 72 horas; A= Garantizado para 72 horas o más.*			1	La UFGRD-EMED deberá contar con el listado, condiciones de uso y ubicación de los carros para atención de paro cardiorrespiratoria
145. Tarjetas de Triaje y otros implementos para manejo de víctimas en masa. *En el servicio de urgencias se difunde e implementa la tarjeta de TRIAGE en caso de saldo masivo de víctimas. Evaluar en relación a la capacidad instalada máxima del hospital. B= No existe; M= Cubre menos de 72 horas; A= Garantizado para 72 horas o más.*			1	-

2.6. DIAGNÓSTICO DE LA CAPACIDAD OPERATIVA DE LAS INSTITUCIONES DEL ÁMBITO.

En el siguiente cuadro, se detallan las instituciones con el tipo de apoyo, responsables, dirección, email y teléfono que permitan medir la capacidad de respuesta frente a emergencias y desastres:

INSTITUCIÓN	TIPO DE APOYO	RESPONSABLE	DIRECCIÓN	TELÉF./E-MAIL
Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud DIGERD, MINSA	Brigadistas Equipamiento Carpas	Oficina Ejecutiva de Movilización y Defensa Civil	Calle Guillermo Marconi N° 317. San Isidro	Central DIGERD: 6119930 Directo: 6119933 952-836494 coesalud@minsa.gob.pe
SAMU	Ambulancias Atención Inicial	Director Ejecutivo	Calle Van Gogh N° 349-351	106
Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú	Ambulancias Rescate de Víctimas Manejo de Incendios	Comandancia Local – Lima	Av. Salaverry N° 2495 San Isidro	116 (01) 2220222
Cruz Roja Peruana Sede Central y Filial Lima	Voluntarios Brigadistas	Representante de la Cruz Roja	Sede: Av. Arequipa N° 1285 Cercado de Lima Filial: Av. Caminos del Inca N° 2195. Santiago de Surco	981597416 / (01) 2753566
Hospital Central de la Policía Nacional del Perú	Sanidad de PNP Jefatura Distrital de Policía de Surquillo	Director General	Av. Brasil Cdra. 26, Jesús María	(01) 2618455
Central de Emergencias de la Policía Nacional del Perú	Rescate de Víctimas Traslado de Víctimas	Jefe de la Región Policía Lima	Av. España cuadra 4, Cercado de Lima	105 Telefax. 330 4412 ofin7pnp@yahoo.es
Municipalidad Distrital de Surquillo	Equipos y maquinaria, almacenes locales y facilidades para la expansión	Alcalde	Jr. Manuel Iribarren 155, Surquillo	(01) 2410413
Comisaría de Surquillo	Rescate de Víctimas Traslado de Víctimas	Comandante Región	Jr. San Diego 401, Surquillo	(01) 4459083/4334461 *7000 (Seguridad Ciudadana)
SISOL	Ambulancias Atención Inicial	Gerente General	Calle Carlos Concha N° 163, San Isidro	(01) 2642222
Morgue Central de Lima	Almacenamiento de cadáveres	Jefe	Jr. Cangallo N° 818	(01) 3288204
Luz del Sur	Abastecimiento de energía eléctrica	Presidente del Directorio	Av. Intihuatana N° 290, altura cuadras 26 y 27 Av. Angamos Este	(01) 6175000
SEDAPAL	Abastecimiento de agua potable	Presidente del Directorio	Autopista Ramiro Prialé N° 210, El Agustino	(01) 3178000

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Identificar los riesgos adoptando medidas de prevención del riesgo y reducción de las vulnerabilidades en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO:

1. Promover la participación activa de la colectividad para evitar que los riesgos identificados se conviertan en desastres.
2. Impulsar a través de la participación y realización de simulacros el desarrollo de la Gestión Reactiva, en todas las áreas del INEN.
3. Ejecutar acciones y tareas específicas que permitan fortalecer la capacidad de preparación, respuesta y recuperación del paciente y usuario interno del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
4. Optimizar la capacidad de respuesta en los servicios considerados críticos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
5. Garantizar la continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud después de las emergencias y desastres en el INEN.

IV. ESTRATEGIAS

4.1 ROLES INSTITUCIONALES: Para el cumplimiento del ISH 2019 - INEN, se tienen a los siguientes responsables:

- Presidente del Grupo de Trabajo GRD - INEN.
- Miembros del Grupo de Trabajo GRD - INEN.
- Responsable Técnico y equipo técnico del Programa presupuestal 068 de la institución.

4.2 EJES, PRIORIDADES Y ARTICULACIÓN:

PRIORIDAD:

Mejorar la Gestión de Riesgo ante Emergencias de Desastres en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN.

INDICADORES:

1. Porcentaje de Simulacros ejecutados en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN.
2. Porcentaje de la Evaluación Final del Índice de Seguridad Hospitalaria-ISH en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN.

ACCIONES ESTRATÉGICAS:

1. Sistema de Gestión de Riesgos ante Emergencias y Desastres implementado en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN.
2. Número de personas capacitadas y/o informadas en gestión de riesgos de desastres en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN.
3. Implementación a las recomendaciones del ISH-2019 en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN.

4.3 IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS ESTRUCTURALES Y NO ESTRUCTURALES:

PLAN DE INTERVENCIÓN CORRESPONDIENTE A LOS COMPONENTES DE EVALUACIÓN					
A. COMPONENTE ESTRUCTURAL:					
Elementos Evaluados		**Problemas encontrados**	**Actividades previstas**	**Prioridad**	**Observación**
ELEMENTOS ESTRUCTURALES	VIGAS, COLUMNAS Y MUROS	En los elementos evaluados no se observa fracturaciones y/o rajaduras que impliquen colapso inmediato de la infraestructura, sin embargo, se nos proporcionó documentación referida al Informe Final del Estudio de Análisis y Evaluación Estructural de la Infraestructura del INEN, realizado por Córdova Ingenieros SAC, mediante ensayos de ESCLEROMETRÍA (NTP 339.181) y RESISTENCIA DE CONCRETO (diamantina NTP 339.034:2008 y AT-PR-11), en el cual se concluye que estas estructuras no cumplen con los requisitos de rigidez, resistencias y ductilidad establecidas en el Reglamento Nacional de Edificaciones del Perú (NTE E.030 y NTE E.060), siendo necesario realizar el reforzamiento a la brevedad posible ya que presenta una alta vulnerabilidad en caso de la ocurrencia de un sismo.	Se hace necesario tener en consideración los informes de análisis de evaluación realizados a la infraestructura debido a que las conclusiones muestran que los resultados de las pruebas realizadas no se encuentren dentro de un rango permisible según la normativa, lo que es importante destacar que los elementos no podrán tener un comportamiento óptimo frente a un evento sísmico de gran magnitud.	1	En todos los casos se considera prioridad 1 debido a la importancia de los elementos estructurales en la concepción de la infraestructura, así como también la adecuación de los mismos frente a las nuevas normativas para establecimientos seguros.
	TECHOS Y/O COBERTURA	Se observaron labores de mantenimiento y mejora en las condiciones de los mismos, con la ejecución de trabajos de impermeabilización de los techos de la infraestructura en general.			
	CIMENTACIÓN	En el Informe Final del Estudio de Análisis y Evaluación Estructural de la Infraestructura del INEN, realizado por Córdova Ingenieros SAC, se realizaron estudios detallados de los elementos estructurales donde se muestran resultados de No Conformidad, que deben ser considerados para las mejoras a corto plazo.		1	
	MATERIAL	Debido al tiempo transcurrido desde la concepción de la infraestructura se observaron evidencias de algunas fisuras, perdida de recubrimiento y eflorescencia en algunos elementos por se hace de continuar con el mantenimiento.	Programar mantenimiento periódico.	1	

B. COMPONENTE NO ESTRUCTURAL:					
Elementos Evaluados		**Problemas encontrados**	**Actividades previstas**	**Prioridad**	**Observación**
LINEAS VITALES	SISTEMA ELÉCTRICO	El establecimiento cuenta con 02 grupos electrógenos de potencia 1764 KW - 2205 KVA Modelo MC-2050I adquiridos el 2017 y 01 Grupo Electrógeno de 60 KW-75 KVA Modelo MP-60I adquirido el 2018 (solo para el Data Center) se encuentran operativos, con encendido en forma manual a través de los propios interruptores y por automatismo UA, brindando continuidad del servicio y gestión de la energía, cubriendo la demanda en más del 70% de las áreas críticas.	Se sugiere implementar equipos de protección para el personal que manipula los equipos.	1	Derivar planeamiento y supervisión a la Oficina de Ingeniería, Mantenimiento Y Servicios.
	SISTEMA DE TELECOMUNICACIONES	Se observó presencia de óxido en anclajes y tensores de la torre de telecomunicaciones que soporta la antena de radio, no recibe mantenimiento ni se encuentra en funcionamiento.	Se sugiere darle mantenimiento a los anclajes y tensores de la torre o desmontarla completamente	1	Derivar planeamiento y supervisión a la Oficina de Ingeniería, Mantenimiento Y Servicios.
		Se observó que los monitores de video vigilancia no cuentan con medios de sujeción que eviten su caída.	Implementar anclajes de buen calibre para sujetar los monitores en vigilancia.	1	Derivar planeamiento y supervisión a la Oficina de Ingeniería, Mantenimiento y Servicios.
	SISTEMA DE APROVISIONAMIENTO DE AGUA	Cada tanque de suministro de reserva cuenta con dos bombas de agua y se encuentran operativas. No cuentan con bombas de agua de reserva.	Implementar bombas de agua de reserva de igual o similar potencia a las que tienen.	1	Derivar planeamiento y supervisión a la Oficina de Ingeniería, Mantenimiento Y Servicios.
	DEPÓSITO DE COMBUSTIBLE (GAS, GASOLINA O DIESEL)	Se observa jardinería de la parte superior de la estructura de los tanques de combustible y el registro de toma de combustible está bloqueado por autos estacionados	Limpiar y liberar el registro de toma de combustible bloqueado por jardinería en la parte superior de la estructura de los tanques de combustible y por autos estacionados	1	Derivar planeamiento y supervisión a la Oficina de Ingeniería, Mantenimiento Y Servicios

LÍNEAS VITALES	GASES MEDICINALES (OXÍGENO, NITRÓGENO, ETC.)	Recinto que contienen los cilindros de gases medicinales no cuentan con suficientes cadenas, abrazaderas o medios de anclaje que eviten su caída en Central de Oxígeno o Centro Quirúrgico.	Implementar y dotar de abrazaderas o medios de anclaje a las áreas mencionadas.	1	Derivar planeamiento y supervisión a la Oficina de Ingeniería, Mantenimiento Y Servicios.
Sistemas de calefacción ventilación, aire acondiciona do y agua caliente		Los ductos tienen soportes y anclajes metálicos pero no cuentan con juntas flexibles que atraviesan por juntas de dilatación. Aisladores térmicos dañados y/o en mal estado de conservación de los ductos que se encuentran en los techos.	Se sugiere evaluar los ductos de aire acondicionado e implementar juntas flexibles que atraviesan por juntas de dilatación así mismo evaluar los aisladores térmicos dañados y/o en mal estado de conservación de los ductos que se encuentran en los techos.	1	Derivar planeamiento y supervisión a la Oficina de Ingeniería, Mantenimiento Y Servicios.
		Se evidencia equipos de aire acondicionado que ya no están en funcionamiento, ubicados en el techo	Se sugiere retirar los equipos de aire acondicionado que ya no están en funcionamiento, ubicados en el techo.	1	
		Equipo de aire acondicionado requieren mantenimiento en Rayos X y Mamografía. Equipos de inyección y extracción de aire no funciona correctamente en Quimioterapia y TEM 1.	Evaluación y mantenimiento preventivo y/o correctivo de los equipos en los servicios mencionados.	1	
Mobiliario y equipo de oficina fijo y móvil y almacenes		La estantería se encuentra fijada a la pared pero el contenido no está asegurado en Farmacia y otros servicios críticos.	Implementar seguros o rebordes que eviten la caída del contenido.	1	Derivar planeamiento y supervisión a la Oficina de Ingeniería,

(incluye computadoras, impresoras, etc.)	Los equipos de cómputo (computadoras e impresoras) no se encuentran asegurados a las mesas.	Implementar anclajes o medios de sujeción de los equipos de cómputo al mobiliario.	1	Mantenimiento Y Servicios
	Coches sin frenos que eviten su desplazamiento cuando no están en uso en el almacén de Farmacia.	Se sugiere implementar trabas o frenos a los coches para que el mobiliario este fijo.	1	
Equipos médicos, de laboratorio y suministros para el diagnóstico y tratamiento	Equipos de laboratorio no cuentan con seguros o con rebordes que eviten su caída.	Se sugiere implementar trabas, frenos o rebordes que eviten la caída de los equipos.	1	Derivar planeamiento y supervisión a la Oficina de Ingeniería, Mantenimiento y Servicios.
Elementos arquitectónicos	Puerta de ingreso en regular estado de conservación, no cuenta con protector contra impacto de camilla en UTI.	Implementar protector contra impacto de camillas en UTI.	1	Derivar planeamiento y supervisión a la Oficina de Ingeniería, Mantenimiento y Servicios.
	Puertas corredizas de sala de operaciones presentan algunos desperfectos y requieren mantenimiento.	Revisar el estado de operatividad a las puertas de sala de operaciones	1	
	Obstrucción en las vías de circulación internas por camillas, biombos, coches entre otros en Emergencia. UCI y Centro Quirúrgico	Se sugiere liberar las áreas de circulación interna.	1	
	Presencia de cajas de insumos en las vías de circulación interna y hay déficit de espacio en todas las áreas de Farmacia (área de atención y expendio).	Se sugiere liberar y evitar cajas de insumos en áreas de circulación, así mismo evaluar el espacio físico que cuenten con las áreas adecuadas según normatividad.	1	Derivar planeamiento y supervisión al Servicio de Farmacia.

Elementos arquitectónicos	Se observa sillas de ruedas ubicadas en pasadizos de Quimioterapia.	Se sugiere tener un lugar adecuado para las sillas de ruedas que no interfieran con la circulación interna.	1	Derivar planeamiento y supervisión a la Oficina de Ingeniería, Mantenimiento y Servicios.
	Presencia de hongos en las baldosas acústicas alrededor de los ductos en Simulación TEM, TEM 01 y manchas o ausencia de algunas baldosas en Macroscopia 01.	Mantenimiento correctivo a los ductos y remplazar las baldosas en los cielos rasos de en Simulación TEM, TEM 01	1	
Elementos arquitectónicos	El sistema de iluminación es seguro pero no cuenta con sistema de alumbrado de emergencia dentro de salas de operaciones y es insuficiente la cantidad de equipos en áreas de circulación interna y externa del centro quirúrgico.	Se sugiere evaluar y hacer el cálculo luces de emergencia para salas de operación y áreas de circulación.	1	Derivar planeamiento y supervisión a la Unidad Funcional de Gestión del Riesgos de Desastres.
	Insuficiencia de equipos de luces de emergencia en áreas de circulación interna y externa de Farmacia.	Se sugiere evaluar y hacer el cálculo luces de emergencia en Farmacia.	1	
	Insuficiente cantidad de equipos de luces de emergencia en áreas de circulación interna de Patología y el Servicio de Imágenes.	Se sugiere evaluar y hacer el cálculo luces de emergencia en Patología y el área de Imágenes.	1	
	Extintores poco accesibles por la presencia de mobiliario en Sala de espera de Emergencia.	Se sugiere despejar de mobiliario para mayor accesibilidad a los extintores.	1	
	Los extintores no están ubicados correctamente ni señalizados en Centro Quirúrgico.	Ubicar y señalizar según normatividad los extintores en centro quirúrgico	1	
	Extintores inaccesibles por presencia de mobiliario en Farmacia (área de atención y expendio).	Se sugiere despejar de mobiliario para mayor accesibilidad a los extintores.	1	

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES - INEN V°B°

Elementos arquitectónicos	Cuentan con sistema de transporte vertical (ascensores, montacargas y monta paquetes) haciendo un total de 11, teniendo una antigüedad de más de 30 años con tecnología integrada con relés electromecánicos y en el año 2005 el sistema fue modernizado por sistemas con variador de frecuencia, pero no se ha cambiado los paneles de comando, botoneras cortinas de rayos infra - rojos ubicadas en las puertas, entre otros, el cual no cumple con la Norma A 0.50. Artículo 28.	Si bien los ascensores no deben ser utilizados durante el desastre, juegan un papel muy importante en la etapa de respuesta del hospital después que ha cesado la amenaza deben funcionar correctamente y será uno de los principales medios de transporte interna que utilizaran los pacientes de mayor edad o personas con discapacidad es por ello que se sugiere un cambio integral de los ascensores con nuevas tecnologías y según la normatividad actual que asegure un mejor funcionamiento brindando un servicio de calidad, confort y duración acorde a las nuevas normatividad	1	Derivar planeamiento y supervisión a la Oficina de Ingeniería, Mantenimiento Y Servicios.
	Se observó las escaleras metálicas verticales tipo gato en el tanque cisterna y elevado que no cuentan con protección de espalda que brinde seguridad ante el riesgo de caída a partir de los 2.00 m desde el suelo.	Implementar un protector que brinde seguridad al personal que accede a los tanques para evitar accidentes.	1	

Elementos arquitectónicos	Falta de señalética y poca visibilidad de algunas señales de evacuación.	implementación de señales de seguridad por lo menos en los servicios críticos.	1	Derivar planeamiento y supervisión a la Oficina de Ingeniería, Mantenimiento Y Servicios.
C. COMPONENTE FUNCIONAL:				
Elementos Evaluados	**Problemas encontrados**	**Actividades previstas**	**Prioridad**	**Observación**
Organización del comité hospitalario y centro de operaciones de emergencia. Mide el nivel de organización alcanzado por el comité hospitalario para casos de emergencia.	Desconocimiento de ubicación del Espacio físico del (EMED) Espacio de Monitoreo de Emergencias y Desastres (antes COE) por parte del personal del INEN.	Difundir la ubicación del EMED.	2	El EMED debe de estar claramente señalizado que permita su identificación a distancia. Elaborar un tríptico de ubicación del EMED y distribuirlo en todos servicios del INEN.
		Se debe de Formalizar el EMED.	1	Formalizar el EMED de acuerdo a la Directiva Administrativa N° 250-2018 MINSA/DIGERD (Aprobada con R.M. N° 628-2018/MINSA) en la organización tener en cuenta el funcionamiento y equipamiento para instalación mínima de: un coordinador y 3 módulos implementados (Evaluador Operaciones y Análisis) siendo los horarios de 12 horas con proyección a 24 horas dependiendo de su presupuesto.

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES - INEN

Organización del comité hospitalario y centro de operaciones de emergencia. Mide el nivel de organización alcanzado por el comité hospitalario para casos de emergencia	Hay directorio (Incompleto) impreso con todos los servicios de apoyo necesarios ante una emergencia.	Se debe de actualizar el directorio y tenerlo físicamente impreso.	2	Imprimir los directorios que incluya todos los servicios de apoyo necesarios ante una emergencia, ejemplo, grupos de trabajo de GRD, brigadas emergencia, autoridades pertinentes internas y externas al INEN etc. y colocarlo en un lugar accesible.
	Tarjetas de acción, No disponibles para todo el personal.	Entregar tarjetas de acción a todo el personal por servicios.	2	Elaborar y difundir las tarjetas de acción que indiquen las funciones que realiza cada integrante del hospital especificando su participación en caso de desastre interno y/o externo.
Plan operativo para desastres internos o externos.	Previsiones administrativas especiales para desastres. - El plan no considera contratación de personal, adquisiciones en caso de desastre y presupuesto para pago por tiempo extra y/o doble turno.	El plan debe considerar contratación de personal, adquisiciones en caso de desastre y presupuesto para pago por tiempo extra y/o doble turno, etc.	2	Considerar en el plan de Respuesta Hospitalaria ante emergencias y desastres, en el punto 6.15 Presupuesto para su Implementación Monto, específicas de gasto, actividades y productos según programa presupuestal 068,104,contratación de personal, adquisiciones en caso de desastre y presupuesto para pago por tiempo extra, doble turno, etc.

	Recursos financieros para emergencias presupuestados y garantizados.- NO Menciona presupuesto específico para aplicarse en caso de desastre.	Los Planes deben de considerar Recursos financieros para emergencias presupuestados y garantizados por 72 horas o más.	1	La UFGRD solicita a OGPP CC a ORH la Previsión presupuestal del PP. 068 y considerarlo en el plan el presupuesto específico para aplicarse en caso de desastre.
Plan operativo para desastres internos o externos.	Procedimientos para la expansión del departamento de urgencias y otras áreas críticas.- No se detalla en el plan, debe indicar la forma y las actividades que se deben realizar en la expansión hospitalaria (ej. suministro de agua potable, electricidad, desagüé, etc.)	Los Planes deben de considerar los procedimientos, personal entrenado y recursos para implementar los servicios básicos en las zonas de expansión - (carpas).	1	Especificar en el Plan la capacidad de expansión interna (correspondiente a la playa de estacionamiento puerta 2 y 3) indicar la forma y las actividades que se deben realizar en la expansión hospitalaria (responsables del armado, ubicación de carpas además de los responsables de instalación de suministro de agua potable, electricidad) además del procedimiento, personal entrenado, recursos disponibles para implementarlo. Falta implementar el sistema de desagüe.

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES - INEN
V°B°

Plan operativo para desastres internos o externos.	Procedimientos para vigilancia epidemiológica intra-hospitalaria.- El comité de vigilancia Epidemiológica intra-hospitalaria No cuenta con procedimientos específicos para caso de emergencia o atención masiva de víctimas, no está detallado la vigilancia epidemiológica en los planes de GRD.	Los planes deben de contemplar procedimientos específicos de VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA POST DESASTRES.	2	Detallar en los planes de GRD los procedimientos de Vigilancia Epidemiológica tanto en el punto 4.3 identificación de los elementos expuestos y vulnerabilidades en el punto VI (6.1 preparación momentos antes - 6.2 respuesta .6.5 conformación de los equipos de atención hospitalaria / tareas (equipo epidemiológico) 6.12 Activación del Plan - Secuencia (VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA POST DESASTRES) , VII anexos formatos de notificación post desastres.
	Falta detallar los procedimientos de la habilitación de sitios para la ubicación temporal de cadáveres y medicina forense.	Está incluido en el plan la zona de recepción de cadáveres más no el procedimiento de identificación y disposición de los cadáveres en el INEN.	2	Detallar en los planes de GRD punto 6.13 (zona de recepción de Cadáveres) a parte de la ubicación, encargados del traslado, reconocimiento y entrega a los familiares (personal capacitado y los recursos para implementar esta actividad). Elaborar documento normativo (protocolo de manejo de cadáveres) post desastres.

Plan operativo para desastres internos o externos.	El hospital cuenta con 1 ambulancia tipo II, y ningún otro vehículo para soporte logístico siendo en cantidad insuficiente para casos de emergencias y desastres.	Cuenta con 01 ambulancia tipo II, aún están en proceso para adquirir una nueva ambulancia.	2	La UFGRD solicitar a OGPP la Previsión presupuestal del PP. 068 -104 adquirir un vehículo logístico y ambulancia tipo II. Además, que la UFGRD debe tener el inventario patrimonial de vehículos en el EMED para considerarlos en los planes de GRD.
	El plan NO incluye el sitio donde el personal de urgencias puede tomar un receso, hidratación y alimentos.	Es necesario detallar en el Plan, las Medidas para garantizar el bienestar del personal adicional de emergencia.	2	Detallar en los Planes de GRD las áreas de descanso, hidratación y alimentos del personal de urgencias.
Planes de contingencia para atención medica en desastres.	No cuenta con un plan de contingencia ante crisis sociales y terrorismo.	Se contempla en el plan de Respuesta Hospitalaria ante Emergencias y Desastres – 2019.	2	Elaborar el Plan de Contingencia ante crisis sociales y terrorismo
	No cuenta con un plan de contingencia ante Emergencias químicas o radiaciones ionizantes.	Se contempla en el plan de Respuesta Hospitalaria ante Emergencias y Desastres – 2019.	2	Elaborar el Plan de Contingencia ante Emergencias químicas o radiaciones ionizantes.
	No cuenta con un plan de contingencia de agentes con potencial epidémico.	Se contempla en el plan de Respuesta Hospitalaria ante Emergencias y Desastres – 2019.	2	COMITÉ DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS DEL INEN deberá elaborar Plan de Contingencia de Agentes con potencial epidémico.

Planes de contingencia para atención medica en desastres.	No cuenta con un plan de contingencia de Atención psico-social para pacientes, familiares y personal de salud.	El plan debe de contemplar personal capacitado y recursos para implementar el plan.	2	Elaborar el Plan de atención psico-social para pacientes, familiares y personal de salud y fortalecer la brigada en (P.A.P) primeros auxilios psicológicos.
Planes para el funcionamiento, mantenimiento preventivo y correctivo de los servicios vitales.	El manual de operación del generador alterno de electricidad, no tiene fuente de financiamiento, cronograma de mantenimiento, mapa de distribución y responsables, ejemplo responsable del encendido en caso no se prenda automáticamente los grupos generadores, detallar las capacitaciones de recursos humanos.	El área de mantenimiento deberá presentar el manual de operación del generador alterno de electricidad, así como bitácora de mantenimiento preventivo.	1	El área de mantenimiento deberá completar el manual de operación del generador alterno de electricidad (incluir fuente de financiamiento, cronograma de mantenimiento, mapa de distribución, equipos responsables, capacitaciones de recursos humanos) y mejorar la estructura de la bitácora donde se debe de detallar el responsable del mantenimiento.

Planes para el funcionamiento, mantenimiento preventivo y correctivo de los servicios vitales.	Lo que presentaron no es un manual de operación del sistema de suministro de agua ni tampoco es una bitácora de mantenimiento preventivo y de control de la calidad del agua.	Tienen informes de las empresas que realizaron la limpieza y desinfección de las cisternas de agua potable del INEN, así como actas de conformidad, pero hay que darle la estructura de una bitácora, se realiza las actividades de vigilancia y calidad de medición del agua.	1	El área de mantenimiento deberá completar el manual de operación del sistema de suministro de agua y mejorar la estructura de la bitácora.
	El área de mantenimiento no tiene el manual para el suministro de combustible ni la bitácora de mantenimiento preventivo.	El área de mantenimiento deberá presentar el manual para el suministro de combustible, así como la bitácora de mantenimiento preventivo.	1	Hacer el manual para el suministro de combustible, así como la bitácora de mantenimiento preventivo.
	Lo que presentaron No es un manual de suministro de gases medicinales ya que debería contemplar en su estructura, la fuente de financiamiento, capacitaciones, responsables y un cronograma de mantenimiento, así mismo no presenta una bitácora de mantenimiento preventivo. Debería contemplar características del servicio, ubicación, fecha de programación, fecha que se realizó mantenimiento y/o actividad, el responsable. En observaciones, se deberá detallar ejemplo el número de tarjetas de control visibles de almacén adjunto y , además de RRHH capacitado.	Ustedes presentaron las tarjetas de control visibles de almacén pero hay que darle la estructura de una bitácora.	1	El área de mantenimiento deberá presentar el manual de suministro de gases medicinales, así como mejorar la estructura de la bitácora de mantenimiento preventivo.

Planes para el funcionamiento, mantenimiento preventivo y correctivo de los servicios vitales.	No hay plan de Sistemas habituales y alternos de comunicación.	Hay brigadistas capacitados en el manejo de radios.	1	Oficina de Comunicaciones deberá presentar las normas y procedimientos para mantener la operatividad de los sistemas de comunicación principales y alternos en emergencias y desastres.
	No hay plan de Sistemas de agua residuales que garanticé el flujo de estas aguas hacia el sistema de drenaje público evitando la contaminación de agua potable.	Desde el año 2018 - 1 pozo séptico nuevo (ya cuenta con el flujo de estas aguas hacia el sistema de drenaje Público) hay actas de conformidad de los mantenimientos de pozo séptico.	1	El área de mantenimiento deberá detallar los procedimientos que garanticen el flujo de estas aguas hacia el sistema de drenaje público evitando la contaminación de agua potable en el plan de respuesta ante la posibilidad de colapso de las vías principales de drenaje (ruptura de colectores) frente a las emergencias y desastre.

Planes para el funcionamiento, mantenimiento preventivo y correctivo de los servicios vitales.	El área de mantenimiento presento el manual de manejo de residuos sólidos pero está incompleto, no hay bitácora de recolección y manejo posterior.	En el manual de manejo de residuos sólidos, debería contemplar en su estructura fuente de financiamiento y bitácora de recolección y manejo posterior.	1	El área de mantenimiento deberá completar manual de manejo de residuos sólidos y en su estructura la fuente de financiamiento. Hacer la bitácora de recolección y manejo posterior, la cual debería contemplar, fuente de generación, ubicación, capacidad de contenedores, horarios, peso, responsable y tipo de transporte.
Disponibilidad de medicamentos, insumos, instrumental y equipo para desastres.	La UFGRD - EMED no tiene el listado impreso de disponibilidad de medicamentos, insumos, instrumental y equipo para desastres.	Medicamentos. Material de curación y otros insumos. Instrumental. Equipos de ventilación asistida (tipo volumétrico). Equipos electro-médicos.	2	La UFGRD - EMED deberá contar con el listado impreso de reporte siga patrimonial.

4.4 EVALUACIÓN 2019 - COMPONENTE FUNCIONAL:

4. COMPONENTE RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD EN BASE A LA CAPACIDAD FUNCIONAL:				
Organización del comité hospitalario y centro de operaciones de emergencia. Mide el nivel de organización alcanzado por el comité hospitalario para casos de emergencia.	**Nivel de Organización**			**Observaciones**
	BAJO	**MEDIO**	**ALTO**	
85. Comité Formalmente establecido para responder a las emergencias masivas o de desastre. Solicitar el acta constituida del comité y verificar que los cargos y firmas correspondan al personal en función. B=No existe comité, M=Existe comité pero no es operativo, A=Existe y es operativo			1	RJ N°006-2018-J/INEN, Reconformación del Grupo de Trabajo GRD.

86. El comité está conformado por personal multidisciplinario. Verificar que los cargos dentro del comité sean ejercidos por personal de diversas categorías del equipo multidisciplinario director, jefe de enfermería, ingeniero de mantenimiento, jefe de urgencias, jefe quirúrgico, jefe de laboratorio, entre otros. B=0-3, M=4-5, A=6 a mas			1	RJ N°082-2020-J/INEN designación Responsables Técnicos PP068.
87. Cada miembro tiene conocimiento de su responsabilidad específica. Verificar que cuenten con sus actividades por escrito dependiendo de su función específica. B=No asignadas, M=Asignadas oficialmente, A=Todos los miembros conocen y cumplen su responsabilidad.			1	En proceso de elaboración de documento resolutivo que aprueba el Plan de Trabajo del Grupo de Trabajo GRD.
88. Espacio físico para el centro de operaciones de emergencia (COE) del hospital. Verificar la sala destinada para el comando operativo que cuente con todos los medios de comunicación (teléfono, fax, internet, entre otros). B=No existe, M=Asignada oficialmente, A=Existe y es funcional.			1	RJ aprobación de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos de Desastres. RJ N° 073-2019-J/INEN. RJ N° 184-2019-J/INEN.
89. El COE está ubicado en un sitio protegido y seguro. Identificar la ubicación tomando en cuenta su accesibilidad, seguridad y protección. B=La sala del COE no está en un sitio seguro, M=El COE está en un lugar seguro pero poco accesible, A=El COE está en un sitio seguro, protegido y accesible.			1	Ubicado en la puerta N° 04 de ingreso del personal (módulo prefabricado color azul)
90. El COE cuenta con un sistema informático y computadoras. Verificar si cuenta con internet. B=No, M=Parcialmente, A=Cuenta con todos los requerimientos.			1	En proceso de difusión para que todos los trabajadores lo conozcan. Desde el mes de enero 2020 se cuenta con 02 computadoras personales y 01 computadora portátil.
91. El sistema de comunicación interna y externa del COE funciona adecuadamente. Verificar si el conmutador (central de redistribución de llamadas) cuentan con un sistema de perifoneo y si los operadores conocen el código de alerta y su funcionamiento, B=no funciona, no existe, M=Parcialmente, A=Completo y funciona.			1	Informe técnico del sistema de perifoneo.
92. El COE cuenta con un sistema de comunicación alterna. Verificar si además de conmutador existe comunicación alterna como celular, radio entre otros. B=No cuenta, M=Parcialmente, A=si cuenta			1	Listado de radio tetra.
93. El COE cuenta con mobiliario y equipo apropiado. Verificar escritorios, sillas, tomas de corriente, iluminación, agua y drenaje, B=No cuenta, M=Parcialmente, A=Si cuenta.			1	En proceso de implementación.
94. El COE cuenta con directorio telefónico actualizado y disponible. Verificar que el directorio incluya todos los servicios de apoyo necesarios ante una emergencia (corroborar teléfonos en forma aleatoria), B=No, M=Existe pero no está actualizado, A=Si cuenta, si esta actualizado.			1	RJ N° 104-2019-J/INEN aprobación del Plan de Respuesta Hospitalario, en proceso de actualización.

95. Tarjetas de acción, disponibles para todo el personal. Verificar que las tarjetas de acción indiquen las funciones que se realiza cada integrante del hospital especificando su participación en caso de desastre interno y/o externo, B=No, M=Insuficiente (cantidad y calidad) A=Todos la tienen.		1		SE ENTREGO LAS TARJETAS DE ACCION (Brigadas de EDAN, Protección y Evaluación, Búsqueda y Rescate, 1eros Auxilios, y Lucha Contra Incendios y al personal de emergencia) Pendiente distribuir tarjetas de acción en todo el personal por servicios.
96. Refuerzo de los servicios esenciales del hospital. El plan especifica las actividades que se deben realizar antes, durante y después de un desastre en los servicios clave del hospital (servicio de urgencias, unidad de cuidados intensivos, esterilización y quirófano, entre otros) B=No existe plan o existe únicamente el documento, M=Existe el plan y personal capacitado, A=Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar			1	RJ N° 104-2019-J/INEN aprobación del Plan de Respuesta Hospitalario, en proceso de actualización.
97. Procedimientos para la activación y desactivación del plan. B=No existe plan o existe únicamente el documento, M=Existe el plan y personal capacitado, A=Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.			1	RJ N° 104-2019-J/INEN aprobación del Plan de Respuesta Hospitalario, en proceso de actualización. Capacitación Sistema de Comando de Incidentes-SCI.
98. Previsiones administrativas especiales para desastres. Verificar que el plan considere contratación de personal, adquisiciones en caso de desastre y presupuesto para pago por tiempo extra, doble turno, etc. B=No existe las previsiones o existen únicamente en el documento, M=existen previsiones y el personal capacitado, A=Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.		1		Considerar en el plan de Respuesta Hospitalaria ante emergencias y desastres, en el punto 6.15 Presupuesto para su Implementación : monto, específicas de gasto, actividades y productos según programa presupuestal 068,104 ,contratación de personal, adquisiciones en caso de desastre y presupuesto para pago por tiempo extra, doble turno, etc.
99. Recursos financieros para emergencias presupuestados y garantizados. El hospital con presupuestos específico para aplicarse en caso de desastre, B=No presupuestado, M=Cubre menos de 72 horas, A=Garantizado para 72 horas o más.		1		Cubre menos de 72 horas.
100. Procedimientos para la habilitación de espacios para aumentar la capacidad, incluyendo la disponibilidad de camas adicionales. El plan debe incluir y especificar las áreas físicas que podrían habilitarse para dar atención a saldo masivo de víctimas. B=No se encuentran identificadas las áreas de expansión, M=Se han identificado las áreas de expansión y el personal capacitado para implementarlo, A=Existe el procedimiento, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar los procedimientos.			1	RJ aprobación del Plan de Respuesta Hospitalario. RJ N°047-2019-J/INEN, conformación de Brigadas. Listado de Equipamiento de la UFGRD. Listado de medicamentos.

101. Procedimientos para admisión en emergencias y desastres. El plan debe especificar los sitios y el personal responsable de realizar el TRIAGE. B=No existe el procedimiento, M=Existe el procedimiento y el personal entrenado, A=Existe el procedimiento, personal capacitado y cuenta con recursos			1	RJ aprobación del Plan de Respuesta Hospitalario. RJ N°047-2019-J/INEN, conformación de Brigadas. Listado de Equipamiento de la UFGRD. Listado de medicamentos.
102. Procedimientos para la expansión del departamento de urgencias y otras áreas críticas. El plan debe indicar la forma y las actividades que se deben realizar en la expansión hospitalaria (ej. suministro de agua potable, electricidad, desagüé, etc.) B=No existen el procedimiento, M=Existe el procedimiento y el personal entrenado, A=existe el procedimiento, personal entrenado y cuenta con recursos para implementarlo.			1	Especificar en el Plan de Respuesta 2020 la capacidad de expansión interna (correspondiente a la playa de estacionamiento puerta 2 y 3) indicar la forma y las actividades, que se deben realizar en la expansión hospitalaria (responsables de : armado, ubicación de carpas , instalación de suministro de agua potable, electricidad,) además del procedimiento, personal entrenado recursos disponibles para implementarlo. Falta implementar el sistema de desagüé.
103. Procedimiento para protección de expedientes médicos (historias clínicas). El plan indica la forma en que deben ser tratados los expedientes clínicos e insumos necesarios para el paciente, B=No existe el procedimiento, M= Existe el procedimiento y el personal entrenado, A=existe el procedimiento, personal entrenado y cuenta con recursos para implementarlo.			1	Falta implementar la digitalización al 100%.
104. Inspección regular de seguridad por autoridad competente. El recorrido por el hospital verificar la fecha de caducidad y/o llenado de, extintores e hidratantes y si existe referencia de llenado de los mismos así como bitácora de visitas por el personal de protección civil. B=No existe , M=Inspección parcial o sin vigencia, A=Completa y actualizado			1	Listado de verificación (Vigilancia).

105. Procedimientos para vigilancia epidemiológica intrahospitalaria. Verificar si el comité de vigilancia Epidemiológica intra-hospitalaria cuenta con procedimientos específicos para caso de emergencia o atención a saldo masivo de víctimas: B=No existe el procedimiento, M=Existe el procedimiento y el personal entrenado, A=Existe el procedimiento, personal capacitado y cuenta con recursos para implementarlos		1		Detallar en los planes de GRD los procedimientos de Vigilancia Epidemiológica tanto en: El punto 4.3 identificación de los elementos expuestos y vulnerabilidades El punto VI (6.1 preparación momentos antes - 6.2 respuesta - 6.5 conformación de los equipos de atención hospitalaria / tareas (equipo epidemiológico) 6.12 Activación del Plan - Secuencia (vigilancia epidemiológica post desastres), VII anexos formatos de notificación post desastres Resolución Jefatural N° 351-2018-J/INEN- Aprueban el "Manual de Precauciones de Aislamiento para la Prevención de Transmisión de Agentes Infecciosos en el Ambiente Hospitalario N° 001-INEN/2018/J-CCPI" del INEN".
106. Procedimientos para la habilitación de sitios para la ubicación temporal de cadáveres y medicina forense. Verificar si el plan incluye actividades específicas para el área de patología y si tiene sitio destinado para depósito de múltiples cadáveres: B=No existe el procedimiento, M=Existe el procedimiento y el personal entrenado, A=Existe el procedimiento, personal capacitado y cuenta con recursos para implementarlos.			1	Detallar en los planes de GRD punto 6.13 (zona de recepción de Cadáveres) a parte de la ubicación, encargados del traslado, reconocimiento y entrega a los familiares (personal capacitado y los recursos para implementar esta actividad. Elaborar documento normativo (protocolo de manejo de cadáveres) post desastres.
107. Procedimientos para triage, reanimación, estabilización y tratamiento. B=No existe el procedimiento, M=Existe el procedimiento y el personal entrenado, A=Existe el procedimiento, personal capacitado y cuenta con recursos para implementarlos.			1	RJ N° 104-2019-J/INEN aprobación del Plan de Respuesta Hospitalario, en proceso de actualización.
108. Transporte y soporte logístico. El hospital cuenta con ambulancias, vehículos oficiales. B=No cuenta con ambulancias y otros vehículos para soporte logístico. M=Cuenta con vehículos insuficientes, A=Cuenta con vehículos adecuados y en cantidad suficiente.			1	Se cuenta con una ambulancia tipo II. Documento enviado a OGA solicitando otra ambulancia.

109. Raciones alimenticias para el personal durante la emergencia. El plan especifica las actividades a realizar en el área de nutrición y cuenta con presupuesto para aplicarse en el rubro de alimentos B=No existe, M=Cubre menos de 72 horas, A=Garantizado para 72 horas o más.			1	Garantizado soló para 72 horas.
110. Asignación de funciones para el personal movilizado durante la emergencia. B=No existe o existe únicamente el documento, M=Las funciones están asignadas y el personal capacitado, A=Las funciones están asignadas, el personal está capacitado y cuenta con recursos para cumplir funciones.			1	RJ N° 104-2019-J/INEN, Plan de Respuesta Hospitalario, en proceso de actualización
111. Medidas para garantizar el bienestar del personal adicional de emergencia. El plan incluye el sitio donde el personal de urgencias puede tomar un receso, hidratación y alimentos, B=no existe, M=Cubre menos de 72 horas, A=Garantizado para 72 horas.			1	Detallar en los Planes de GRD las áreas de descanso, hidratación y alimentos del personal de urgencias.
112. Vinculado al plan de emergencia local. Existe antecedentes por escrito de la vinculación del plan a otras instancias de la comunidad, B=No vinculado, M=Vinculado no operativo, A=Vinculado y operativo.		1		En junio INEN se incluye en la plataforma del distrito de Surquillo. El plan del INEN 2019 si contempla a la plataforma del distrito de Surquillo. Vincular el Plan GRD 2020 del INEN y del distrito de Surquillo.
113. Mecanismos para elaborar el censo de pacientes admitidos y referidos a otros hospitales. El plan cuenta con formatos específicos que faciliten el censo de pacientes ante las emergencias: *B=No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el mecanismo y el personal capacitado, A=Existe el mecanismo, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el censo.*			1	Formatos de Emergencias. Listado de pacientes.
114. Sistema de referencia y contra referencia. *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*			1	RJ aprobación del sistema de referencia y contra referencia.
115. Procedimientos de información al público y la prensa. El plan hospitalario para caso de desastre especifica quien es el responsable para dar información al público y prensa en caso de desastre (la persona de mayor jerarquía en el momento del desastre): *B= No existe el procedimiento; M= Existe el procedimiento y el personal entrenado; A= Existe el procedimiento, personal capacitado y cuenta con recursos para implementarlo.*			1	RJ N° 047-2019-J/INEN, aprobación de Plan de Respuesta Hospitalario. SCS
116. Procedimientos operativos para respuesta en turnos nocturnos, fines de semana y días feriados. *B= No existe el procedimiento; M= Existe el procedimiento y el personal entrenado; A= Existe el procedimiento, personal capacitado y cuenta con recursos para implementarlo.*			1	RJ aprobación de Planes de Contingencia.

117. Procedimientos para evacuación de la edificación Verificar si existe plan o procedimientos para evacuación de pacientes, visitas y personal *B= No existe el procedimiento; M=Existe el procedimiento y el personal entrenado; A= Existe el procedimiento, personal capacitado y cuenta con recursos para implementarlo.*			1	RJ N°101-2019-J/INEN aprobación de Plan de Contingencia ante sismo de gran magnitud.
118. Las rutas de emergencia y salida son accesibles. Verificar que las rutas de salida están claramente marcadas y libres de obstrucción *B= Las rutas de salida no están claramente señalizadas y varias están bloqueadas; M=Algunas rutas de salida están marcadas y la mayoría están libres de obstrucciones; A=Todas las rutas están claramente marcadas y libres de obstrucciones.*			1	A través de las visitas inopinadas cada 4 meses los brigadistas evalúan que las rutas de emergencia y salida sean accesibles. Señaléticas de evacuación escasas en diferentes áreas.
119. Ejercicios de simulación o simulacros. Verificar que los planes sean regularmente puestos a prueba a través de simulacros y/o simulaciones, evaluados y modificados como corresponda. *B= Los planes no son puestos a prueba; M= Los planes son puestos a prueba con una frecuencia mayor a un año; A= Los planes son puestos a prueba al menos una vez al año y son actualizados de acuerdo a los resultados de los ejercicios.*			1	En proceso de elaboración de documento resolutivo que aprueba el Plan de Trabajo del Grupo de Trabajo GRD.
120. Sismos, tsunamis, erupciones volcánicas y deslizamientos. *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*			1	RJ N° 101-2019-J/INEN aprobación de Plan de Contingencia ante sismo de gran magnitud, en proceso de actualización.
121. Crisis sociales y terrorismo. *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*			1	Se contempla en el plan de Respuesta Hospitalaria ante Emergencias y Desastres – 2019. Aprobado con Resolución Jefatural N° 104-2019-J/INEN. No cuenta con un plan de contingencia específico para crisis sociales.
122. Inundaciones y huracanes. SI NO EXISTEN ESTAS AMENAZAS EN LA ZONA DONDE ESTÁ UBICADO EL HOSPITAL, NO MARCAR NADA. DEJAR LAS TRES CASILLAS EN BLANCO. *B= No existe o existe únicamente el documento; M=Existe el plan y el personal capacitado A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*			1	En proceso de aprobación RJ del Plan de Contingencia frente a los efectos de las lluvias intensas-2021. Acta de Tercera Reunión del GTGRD.
123. Incendios y explosiones. *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el Plan y el personal capacitado; A=Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*			1	RJ N° 416-2020-J/INEN aprobación de Plan de Contingencia en caso de Incendio 2020-2021.

V°B° UNIDAD FUNCIONAL - INEN - SEDE

124. Emergencias químicas o radiaciones ionizantes. *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*			1	En proceso de actualización, se contempla en el plan de Respuesta Hospitalaria ante Emergencias y Desastres – 2019, aprobado con RJ N°104-2019-J/INEN. No cuenta con un plan de contingencia específico para Emergencias químicas o radiaciones ionizantes.
125. Agentes con potencial epidémico. *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*		1		Se coordinará con el responsable del Comité de Control de Infecciones asociadas a la Atención de Salud (CPCIAAS) conformado mediante Resolución Jefatural N° 062-2019-J/INEN. Se deberá actualizar el Plan para casos de brotes o epidemias post desastres.
126. Atención psico-social para pacientes, familiares y personal de salud. *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*			1	UFGRD solicitará el Plan al Departamento de Psico Oncología y se actualizará en el Plan de Respuesta Hospitalaria.
127. Control de infecciones intra-hospitalarias. Solicitar el manual correspondiente y verificar vigencia: *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el manual y el personal capacitado; A= Existe el manual, personal capacitado y cuenta con recursos para implementarlo.*			1	Se coordinará con el responsable del Comité de Control de Infecciones asociadas a la Atención de Salud (CPCIAAS) conformado mediante Resolución Jefatural N° 062-2019-J/INEN.
128. Suministro de energía eléctrica y plantas auxiliares. El área de mantenimiento deberá presentar el manual de operación del generador alterno de electricidad, así como bitácora de mantenimiento preventivo: *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*			1	El manual de operación del generador alterno de electricidad. No tiene fuente de financiamiento, cronograma de mantenimiento, mapa de distribución, equipos responsables, capacitaciones de recursos humanos. La bitácora de mantenimiento preventivo igualmente se debe de detallar el responsable del mantenimiento.

129. Suministro de agua potable. El área de mantenimiento deberá presentar el manual de operación del sistema de suministro de agua así como bitácora de mantenimiento preventivo y de control de la calidad del agua: *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*		1		Elaborar el manual de operación del sistema de suministro de agua (OIMS). Bitácoras de mantenimiento (OIMS). Informes de Calidad de Agua (OIMS).
130. Reserva de combustible. El área de mantenimiento deberá presentar el manual para el suministro de combustible, así como la bitácora de mantenimiento preventivo: *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*	1			Elaborar el manual de operación del sistema de suministro de combustible (OIMS). Bitácoras de mantenimiento (OIMS).
131. Gases medicinales. El área de mantenimiento deberá presentar el manual de suministro de gases medicinales, así como bitácora de mantenimiento preventivo. *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*		1		Elaborar el manual de operación del sistema de suministro de gases medicinales (OIMS). Bitácoras de mantenimiento (OIMS).
132. Sistemas habituales y alternos de comunicación. *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*		1		UFGRD solicitará a OI información acerca de los teléfonos móviles. Oficina de Comunicaciones deberá presentar las normas y procedimientos para mantener la operatividad de los sistemas de comunicación principales y alternos en emergencias y desastres.
133. Sistemas de agua residuales. El área de mantenimiento garantizará el flujo de estas aguas hacia el sistema de drenaje público evitando la contaminación de agua potable. *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*			1	Actas de conformidad de los mantenimientos del pozo séptico.
134. Sistema de manejo de residuos sólidos. El área de mantenimiento deberá presentar el manual de manejo de residuos sólidos, así como bitácora de recolección y manejo posterior. *B=No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*		1		RJ N° 076-2018-J/INEN aprobación del Plan de Residuos Sólidos del INEN. Bitácoras de recolección de residuos sólidos (OIMS).

135. Mantenimiento del sistema contra incendios. El área de mantenimiento deberá presentar el manual para el manejo de sistemas contra incendios, así como la bitácora de mantenimiento preventivo de extintores e hidrantes *B= No existe o existe únicamente el documento; M= Existe el plan y el personal capacitado; A= Existe el plan, personal capacitado y cuenta con recursos para implementar el plan.*		1		Desde el mes de enero 2021, se encuentra en la Oficina de Logística el pedido de servicio para el Diagnostico de Seguridad Integral Contraincendio del INEN (OIMS). Bitacóras de mantenimiento de extintores (OIMS).
136. Medicamentos. Verificar la disponibilidad de medicamentos para emergencias. Se puede tomar como referencia el listado recomendado por OMS. *B= No existe; M= Cubre menos de 72 horas; A= Garantizado para 72 horas o más.*			1	Listado de medicamentos actualizado (Farmacia).
137. Material de curación y otros insumos. Verificar que exista en la central de esterilización una reserva esterilizada de material de consumo para cualquier emergencia (se recomienda sea la reserva que circulará el día siguiente). *B= No existe; M= Cubre menos de 72 horas; A= Garantizado para 72 horas o más.*			1	La UFGRD coordinará con Central Supply Reserva (CSR) para la verificación de la reserva esterilizada de los materiales de curación y otros insumos en caso de emergencias. Debe detallar listado de material de reserva esterilizada de los materiales de curación y otros insumos para casos de emergencias y desastres.
138. Instrumental. Verificar existencia y mantenimiento de instrumental específico para urgencias. *B= No existe; M= Cubre menos de 72 horas; A= Garantizado para 72 horas o más.*			1	Listado de instrumental específico para urgencias (Servicio Médico de Emergencia). Debe detallar listado de existencia y mantenimiento de instrumental específico para urgencias para casos de emergencias y desastres.
139. Gases medicinales. Verificar teléfonos y domicilio así como la garantía de abastecimiento por parte del proveedor. Verificar teléfonos y domicilio así como la garantía de abastecimiento por parte del proveedor. . *B= No existe; M= Cubre menos de 72 horas; A= Garantizado para 72 horas o más.*			1	Farmacia solicitará el documento de garantía de abastecimiento por parte del proveedor.
140. Equipos de ventilación asistida (tipo volumétrico). El comité de emergencias del hospital debe conocer la cantidad y condiciones de uso de los equipos de respiración asistida. *B= No existe; M= Cubre menos de 72 horas; A= Garantizado para 72 horas o más.*			1	La UFGRD solicitará el listado de Reporte del SIGA Patrimonio.

141. Equipos electro-médicos. El comité de emergencias del hospital debe conocer la cantidad y condiciones de uso de los equipos electro médico. *B= No existe; M= Cubre menos de 72 horas; A= Garantizado para 72 horas o más.*			1	La UFGRD solicitará el listado de Reporte del SIGA Patrimonio.
142. Equipos de soporte de vida. El comité de emergencias del hospital debe conocer la cantidad y condiciones de uso de los equipos de respiración asistida. *B= No existe; M= Cubre menos de 72 horas; A= Garantizado para 72 horas o más.*			1	La UFGRD solicitará el listado de Reporte del SIGA Patrimonio.
143. Equipos de protección personal para epidemias (material desechable). El hospital debe contar con equipos de protección para el personal que labore en áreas de primer contacto. *B= No existe; M= Cubre menos de 72 horas; A= Garantizado para 72 horas o más.*			1	Se coordinará con el responsable del Comité de Control de Infecciones asociadas a la Atención de Salud (CPCIAAS) conformado mediante Resolución Jefatural N° 062-2019-J/INEN.
144. Carro de atención de paro cardiorrespiratoria. El comité de emergencias del hospital debe conocer la cantidad, condiciones de uso y ubicación de los carros para atención de paro cardiorrespiratoria. *B= No existe; M= Cubre menos de 72 horas; A= Garantizado para 72 horas o más.*			1	La UFGRD en coordinación con Farmacia deben elaborar el listado, condiciones de uso y ubicación de los carros para atención de paro cardiorrespiratoria.
145. Tarjetas de Triaje y otros implementos para manejo de víctimas en masa. *En el servicio de urgencias se difunde e implementa la tarjeta de TRIAGE en caso de saldo masivo de víctimas. Evaluar en relación a la capacidad instalada máxima del hospital. B= No existe; M= Cubre menos de 72 horas; A= Garantizado para 72 horas o más.*			1	Difusión de tarjeta de triaje (Emergencia).

V. PROGRAMACIÓN

5.1 Acciones, metas, indicadores, responsables.

Como parte de la implementación del PLAN DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE RIESGO DE DESASTRES - 2021, se ha previsto para este año la mejora de los siguientes componentes:

Funcional: Elaboración de Planes de Contingencia de Lluvias Intensas, Sismo de Gran Magnitud, Plan de Respuesta Hospitalaria ante Emergencias y Desastres y Plan de Simulacros ante Sismos y Tsunamis, que permitan reducir el riesgo frente a eventos adversos.

Estructural: Reforzamiento estructural de los módulos 4 y 5.

No Estructural: Mantenimiento de la infraestructura: Sistema Eléctrico, Instalaciones Sanitarias, sistema de distribución y almacenamiento de gases medicinales, calderos, sistema de aprovisionamiento de agua, compra y recarga de extintores.
Adquisición de puertas para sala de operaciones.

VI. IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE PREVENCIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES

6.1 Financiamiento

El presupuesto necesario será afectado con cargo al Programa Presupuestal 068 "Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres", de acuerdo al marco presupuestal 2021.

6.2 Seguimiento y Monitoreo

El Responsable Técnico del Programa Presupuestal 068 y el Equipo Técnico del PP068, serán los responsables del seguimiento y monitoreo de la implementación del PPRRD-INEN.

6.3 Evaluación y control

La Dirección General de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto será responsable de la evaluación y control de las metas físicas y financieras proyectadas en el PPR068-INEN, la misma que se remitirá a la Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud - DIGERD del Ministerio de Salud.