



# Resolución Ministerial

Lima, 04 de JUNIO del 2007

**Visto:** el Expediente N°06-113408-001, que contiene el Oficio N°1976-2007-DGSP/MINSA

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante Resolución Ministerial N°703-2006/MINSA del 26 de julio de 2006 se aprobó la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo";

Que, la Dirección General de Salud de las Personas, ha formulado la propuesta modificatoria de la mencionada norma técnica, cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Con la opinión favorable de la Dirección General de Salud de las Personas;

Con el visado del Viceministro de Salud, el Director General de Salud de las personas y el Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y,

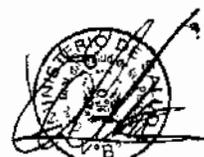
De conformidad con lo dispuesto en el literal l) del Artículo 8° de la Ley N°27657 Ley del Ministerio de Salud;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.-** Aprobar la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y tres (03) Anexos, que forman parte integrante de la presente resolución.



J. Calderón Y.



E.M. CHIOTTI K.



V. Zumaran A.



Magly García B.



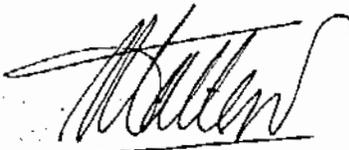
**Artículo 2°.-** Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Calidad en Salud, la difusión e implementación de la mencionada Norma Técnica de Salud.

**Artículo 3°.-** Las Direcciones de Salud y las Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional, son responsables de la aplicación de la mencionada Norma Técnica de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

**Artículo 4°.-** Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique en el Portal de Internet del Ministerio de Salud la presente norma técnica.

**Artículo 5°.-** Dejar sin efecto la Resolución Ministerial N°703-2006/MINSA del 26 de julio de 2006.

Regístrese, comuníquese y publíquese



**Carlos VALLEJOS SOLOGUREN**  
Ministro de Salud



**NTS N° 050 -MINSA/DGSP-V.02**

**NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA  
ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE  
SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO**



Vallejos S.



J. Calderón Y.



L. A. MOTTIC.



V. Zumarán A.

**Lima, Mayo 2007**

2007 05 10

2007 05 10

2007 05 10

2007 05 10

## NTS N° 050 -MINSAL/DGSP-V.02

## Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

## I. FINALIDAD

Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.

## II. OBJETIVOS

1. Ofrecer evidencias a los usuarios de los servicios de salud, que las decisiones clínicas, no clínicas y preventivo-promocionales se manejan con atributos de calidad y se otorgan con el compromiso y la orientación de maximizar la satisfacción de los usuarios.
2. Promover una cultura de calidad en todos los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo del país a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.
3. Dotar a los usuarios externos de información relevante para la selección del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, por sus atributos de calidad.

## III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Las disposiciones de la presente norma técnica de salud son de aplicación en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos y privados, incluyendo a los de EsSalud, las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional del Perú, los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales, en el ámbito nacional, y comprende a los servicios prestados por terceros.

## IV. BASE LEGAL

1. Ley N° 26790, "Ley de Modernización de la Seguridad Social"
2. Ley N° 26842, "Ley General de Salud".
3. Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud".
4. Ley N° 27783, "Ley de Bases de la Descentralización".
5. Ley N° 27806, "Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública"
6. Ley N° 27813, "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud".
7. Ley N° 27867, "Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales".
8. Ley N° 27972, "Ley Orgánica de Municipalidades"
9. D. S. N° 023-2005-SA, que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
10. D. S. N° 013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo".
11. Resolución Presidencial N° 026-CND-P-2005, que aprueba el "Plan de Transferencia Sectorial del quinquenio 2005-2009".



Vallejos S.



Calderón V.



E. M. S. MOTTI K.



V. Zumarán A.



Magly García B.



12. R. M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el "Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales".
13. R. M. N° 235-2006-SA/DM, que aprueba los "Lineamientos para la formulación del Reglamento de Organización y Funciones de los Institutos".
14. R. M. N° 1263-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 047-2004-DGSP/MINSA-V.01 "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud".
15. R. M. N° 246-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud".
16. R. M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".

## V. DISPOSICIONES GENERALES

1. El proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa.
2. El proceso de acreditación para el primer nivel de atención comprende una microrred. En el caso del subsector privado u otros públicos, cualesquiera sea el nivel de atención, el proceso de acreditación comprende a un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.
3. La Comisión Nacional Sectorial o la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud, la Dirección de Calidad en Salud del Ministerio de Salud y las unidades orgánicas de las Direcciones Regionales de Salud son las instancias que comparten responsabilidades para el desarrollo de la acreditación de establecimientos de salud y servicios de médicos de apoyo.
4. Las acciones de evaluación de cada fase del proceso de acreditación estarán a cargo de evaluadores previamente certificados, cuyas funciones serán sujetas de vigilancia y control por la autoridad sanitaria a nivel nacional y regional.
5. La evaluación para la acreditación se realizará en base a estándares previamente definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional y contenidos en el Listado de Estándares de Acreditación.
6. El Listado de Estándares de Acreditación se constituye como el único instrumento para la evaluación periódica de los elementos relacionados con la calidad – estructura, procesos y resultados – que deben cumplir los establecimientos de salud, para acreditarse.
7. La revisión de los estándares de acreditación se realizará mínimo cada tres años, la cual contará con la participación de diversos actores de la sociedad.
8. Los estándares de acreditación deben tener un alcance integral del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y deben estar prioritariamente enfocados en procesos, como punto central de la metodología de mejoramiento continuo y basado en el enfoque al usuario.
9. El establecimiento de salud o servicio médico de apoyo puede solicitar asistencia técnica a las instancias nacional, regional o local para el desarrollo del proceso de acreditación.
10. El proceso de acreditación debe ser llevado a cabo con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad para los solicitantes.

## Principios

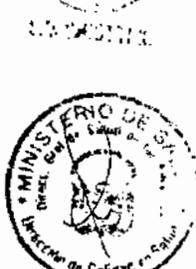
El proceso de acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo se orientará por los siguientes principios:



Vallejos S.



J. Calderón Y.



V. Zumaran A.



Magly García B.



11. **Universalidad:** La acreditación es un proceso en el cual el total de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben demostrar a la sociedad niveles óptimos de calidad!
12. **Unidad:** La acreditación es un proceso único en el país definido por el nivel nacional y se maneja por los distintos niveles de Autoridad Sanitaria según competencias y funciones. Cada Dirección Regional de Salud o Dirección de Salud participa a solicitud del Ministerio de Salud, en la formulación de estándares específicos.
13. **Gradualidad:** El modelo para la acreditación debe someterse a ajustes periódicos que expresen una adecuada interrelación entre los diversos agentes del sistema de salud y orientarse hacia niveles de mayor exigencia que mejoren la imparcialidad y autonomía del proceso.
14. **Confidencialidad:** La información del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo a la que tiene acceso el equipo evaluador es de absoluta reserva y; será de dominio público la decisión final de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud.

### Definiciones operacionales

1. **Acreditación:** Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. La condición de Acreditado se otorga por Resolución Ministerial en Lima y Callao y mediante Resolución Ejecutiva Regional en las regiones.
2. **Atención de salud.** Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
3. **Atributos de calidad:** Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.
4. **Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
5. **Constancia para la acreditación:** Documento emitido por la Comisión Nacional Sectorial o la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud, que garantiza que el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo cumple con los estándares establecidos según niveles luego de la evaluación externa.
6. **Criterios de evaluación:** Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.
7. **Establecimiento de salud:** Aquellos que realizan en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o reestablecer el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad.
8. **Estándar:** Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.
9. **Estándar de estructura:** Nivel de desempeño deseado sobre recursos materiales, organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asistencial asignada, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad así como las tareas de gestión de los servicios.
10. **Estándar de proceso:** Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar para desarrollar la labor asistencial, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad así como también las labores de gestión.



Vallejos S.



J. Caiderón Y.



E.M. Choterra



V. Zumaran A.



Magly García B.

11. **Estándar de resultado:** Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.
12. **Estándares específicos:** Niveles de desempeño deseado y definido de manera concreta sobre aspectos propios de la realidad sanitaria diferenciada por su complejidad, naturaleza jurídica y prioridades territoriales.
13. **Estándares genéricos:** Niveles de desempeño deseado y definido de manera amplia, que abarcan los diferentes componentes de la gestión y la prestación en todos los niveles de complejidad.
14. **Evaluación externa:** Fase final de evaluación del proceso de acreditación que se orienta a confirmar de manera externa los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación en la fase anterior de autoevaluación. Es una fase necesaria para acceder tanto a la Constancia para la Acreditación como a la Resolución Ministerial o Resolución Ejecutiva Regional según corresponda de la condición de Acreditado.
15. **Eventos Adversos en salud:** Lesión, complicación, incidente o un resultado inesperado, e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.
16. **Guía del evaluador:** Documento técnico que describe la metodología a seguir en las diferentes fases de la acreditación. Con especial énfasis en la verificación de los criterios de evaluación del estándar para su correcta calificación, con la finalidad de garantizar la total objetividad del proceso.
17. **Informe Técnico de la Autoevaluación:** Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.
18. **Informe Técnico de la Evaluación Externa:** Documento que contiene los resultados de la evaluación externa realizada por evaluadores externos y que sirve para precisar el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional, Comisión Nacional, Comisión Regional, DIRESA o Ministerio de Salud según corresponda. Deberá incluir la opinión de calificación para la acreditación.
19. **Informe Técnico de Seguimiento de la Acreditación:** Documento que contiene los resultados de la evaluación de seguimiento anual, a cargo de evaluadores externos. Sirve para verificar el grado de mantenimiento de las condiciones que permitieron la acreditación, así como el cumplimiento de las recomendaciones emitidas en el Informe Técnico de la Evaluación Externa.
20. **Listado de Estándares de Acreditación:** Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macroprocesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.
21. **Servicios médicos de apoyo:** unidades productoras de servicios de salud que funcionan independientemente o dentro de un establecimiento con o sin internamiento, que brindan servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas clínicos.



Vallejos S.



J. Calderón Y.



W. Zumarán A.



Magly García B.

## VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

### Organización para la acreditación

1. El proceso de acreditación de establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo está a cargo de diferentes unidades orgánicas y funcionales que asumen responsabilidades exclusivas y compartidas con relación a la acreditación. Se ha previsto la conformación de las siguientes unidades:

- a. Comisión Nacional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud: Órgano funcional de carácter permanente, existente en el ámbito nacional; está integrado por representantes del sector salud y la sociedad organizada, que tiene, entre otras, la función de gestionar el proceso de evaluación externa para la Acreditación a nivel nacional y la atribución de solicitar los resultados de verificación de la condición de acreditado de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, durante la vigencia de la acreditación.

La Comisión estará conformada por los siguientes actores del ámbito nacional:

- i. Dos representantes del MINSA.
- ii. Un representante de EsSalud.
- iii. Un representante de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales.
- iv. Un representante de la Asociación de Clínicas Privadas.
- v. Un representante de Asociaciones de Usuarios/Sociedad Civil.

- b. Comisión Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud: Órgano funcional de carácter permanente, existente en el ámbito regional; está integrado por representantes del sector salud y la sociedad organizada, que tiene, entre otras, la función de gestionar el proceso de evaluación externa para la Acreditación y la atribución de solicitar los resultados de verificación de la condición de acreditado de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, durante la vigencia de la acreditación.

La Comisión estará conformada por los siguientes actores del ámbito regional:

- i. Dos representantes de la DIRESA.
- ii. Un representante de EsSalud.
- iii. Un representante de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales.
- iv. Un representante de la Asociación de Clínicas Privadas.
- v. Un representante de Asociaciones de Usuarios/Sociedad Civil.

- c. El Equipo de Acreditación de la Microrred de Establecimientos de Salud, del Establecimiento de Salud o del Servicio Médico de Apoyo: Unidad funcional del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, público o privado conformado por un equipo designado por la Dirección de la Microrred o la autoridad institucional según corresponda, que tiene la responsabilidad de coordinar las actividades del proceso de acreditación en cada caso.

El Equipo de Acreditación de la Microrred, del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo contará con un coordinador elegido por sus miembros y designado oficialmente. En las microrredes de salud de la red asistencial del MINSA, el Equipo de Acreditación estará conformado por cada uno de los Jefes de Establecimientos de Salud de la microrred, o por quien éstos deleguen oficialmente.



Vallejos S.



J. Calderón V.



V. Zumaran A.



V. Zumaran A.



Magly García B.

2. Las unidades orgánicas que intervienen en el proceso de acreditación son las siguientes:
- d. Dirección General de Salud de las Personas a través de la Dirección de Calidad en Salud del Ministerio de Salud que se encarga de la conducción del proceso de acreditación en el ámbito nacional.
  - e. DIRESAS/DISAS: Ejercen funciones de conducción del proceso de acreditación a través de la instancia responsable de calidad en su ámbito.
  - f. Red de Servicios de Salud: Ejerce funciones de conducción relativas al proceso de acreditación a través de la instancia responsable de calidad en su ámbito.
  - g. Microrred de Servicios de Salud: Ejerce funciones de conducción relativas al proceso de acreditación a través del Jefe del Establecimiento de Salud, cabecera de microrred.
  - h. Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo públicos y privados desarrollan los procesos de autoevaluación y se presentan a un proceso de evaluación externa para la acreditación.

3. Constituyen parte de la organización los evaluadores, quienes son profesionales de la salud y/o técnicos asistenciales y administrativos del sector salud, públicos y privados, formados y autorizados.
- a. Evaluadores Internos: realizan la evaluación interna, o autoevaluación en los límites del establecimiento de salud/microrred o servicio médico de apoyo donde laboran, aplicando los estándares de acreditación.
  - b. Evaluadores externos: realizan la evaluación externa de la calidad de un establecimiento de salud/microrred o servicio médico de apoyo, y cumplen con criterios de elegibilidad relacionados con la independencia, autonomía y experticia.

4. Los evaluadores externos serán seleccionados por la Comisión Nacional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud y conformarán un Listado Único de Evaluadores Externos.

5. El equipo evaluador tiene un carácter multidisciplinario y debe estar compuesto por un mínimo de cinco (5) evaluadores dependiendo del tipo de establecimiento a evaluar:
- a. Dos (2) evaluadores médicos de los procesos prestacionales según el nivel de complejidad y manejo del riesgo de la atención;
  - b. Un (1) evaluador enfermera(o);
  - c. Dos (2) evaluadores con experiencia en la evaluación de los procesos de apoyo.

Para el caso de establecimientos con atención obstétrica se requerirá de un evaluador especialista para la evaluación de los procesos relacionados con dicha atención.

El evaluador líder será seleccionado entre los integrantes del equipo evaluador.

**Fases de la acreditación**

1. Autoevaluación. Inicio del proceso, a cargo de un equipo de evaluadores internos, el cual se conforma mediante un proceso de selección.
- a. La fase de autoevaluación se realizará mínimo una vez al año.



Vallejos S.



J. Calderón Y



V. Zumaran A.



Magy García B.

- b. Los establecimientos de salud, públicos y privados podrán realizar la autoevaluación las veces necesarias en un año, con la finalidad de verificar el cumplimiento de las recomendaciones del Informe Técnico de Autoevaluación y lograr el nivel aprobatorio mínimo para poder someterse a una evaluación externa.
2. Evaluación externa. Proceso de evaluación, a cargo de un equipo de evaluadores externos seleccionados.
    - a. La evaluación externa es de carácter voluntario y deberá ser realizada en un plazo posterior no mayor a doce meses desde la última autoevaluación con calificación aprobatoria.

### Resultados de la evaluación

1. Los resultados de la evaluación para la acreditación se calificarán como sigue:
  - a. Acreditado: calificación igual o mayor a 85% del cumplimiento de los estándares.
  - b. No Acreditado: menos de 85% del cumplimiento de los estándares.
2. En el caso de que la evaluación externa califique al establecimiento de salud o servicio médico de apoyo como NO ACREDITADO, los plazos y los procedimientos de evaluación que debe cumplir el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo que desee continuar el proceso para lograr la acreditación, según puntajes alcanzados, son los siguientes:
  - a. Puntaje obtenido entre 70% y menor de 85% de los estándares. Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y someterse a la evaluación externa en un plazo máximo de seis meses.
  - b. Puntaje obtenido entre 50% y menor de 70% de los estándares. Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y someterse nuevamente a una evaluación externa en un plazo máximo de nueve meses.
  - c. Puntaje menor a 50% de los estándares. Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y reiniciar el proceso desde la autoevaluación
3. En el caso de que los plazos no se cumplan, el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo deberá reiniciar el proceso desde la fase de autoevaluación.
4. La presentación de los resultados generales de los procesos de autoevaluación y de acreditación en los ámbitos regional y nacional será anual y contará con la participación de diversos actores como: los establecimientos de salud, los aseguradores de la salud, las universidades, los gremios profesionales, los usuarios y los evaluadores, lo que no impide que cada organización lo pueda hacer al concluir su autoevaluación o evaluación externa para la acreditación.



Vallejos S.



J. Calderón Y.

### Otorgamiento de la Acreditación

1. Una vez concluido el proceso de acreditación, la Comisión Nacional Sectorial o la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud otorgará la Constancia respectiva de acuerdo al cumplimiento del puntaje mínimo establecido.



V. Zumaran A.



Magly García B.

2. La Constancia otorgada será presentada al Ministerio de Salud o al Gobierno Regional para la expedición de la respectiva Resolución de Acreditación.
3. Para el caso de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo públicos y privados de Lima y Callao, la Acreditación se otorgará mediante Resolución Ministerial del Ministerio de Salud.
4. Para el caso de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo en las regiones, la Acreditación se otorgará por Resolución Ejecutiva Regional del Gobierno Regional correspondiente.
5. La Acreditación otorgada por Resolución Ministerial o Resolución Ejecutiva Regional del Gobierno Regional, según corresponda, tiene TRES AÑOS de vigencia, los cuales se cuentan a partir de la fecha de su expedición.
6. La Resolución Ministerial o Resolución Ejecutiva Regional, según corresponda, debe exhibirse en un lugar visible y al alcance de los usuarios del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

#### Visitas de seguimiento a los establecimientos de salud acreditados

1. La vigilancia del mantenimiento y mejora en el cumplimiento de los estándares que permitieron la acreditación deberá realizarse mediante visitas anuales de carácter obligatorio.
2. Las visitas de seguimiento a los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo acreditados estarán a cargo de un equipo constituido por al menos dos evaluadores externos, convocados por la Comisión Nacional o la Comisión Regional.
3. El plazo para la visita de seguimiento se contabiliza a partir de la Acreditación y debe realizarse al cumplirse los doce meses.
4. Durante la vigencia de la Acreditación se realizarán dos visitas de seguimiento.

#### Reclamos

1. Los reclamos pueden presentarse durante el proceso de evaluación externa; a la presentación del Informe Técnico de dicha evaluación y a la denegatoria de otorgamiento de la Constancia.
2. Los reclamos que surjan durante el proceso de evaluación externa serán presentados en primera instancia ante la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud correspondiente. En el caso de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo de Lima y Callao lo harán ante la Comisión Nacional Sectorial.
3. El establecimiento de salud o servicio médico de apoyo que no esté de acuerdo con la calificación final de la evaluación externa podrá presentar el reclamo ante la Comisión Nacional Sectorial o la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud correspondiente en primera instancia.
4. El establecimiento de salud o servicio médico de apoyo que no esté de acuerdo con la decisión de la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud en denegar el otorgamiento de la Constancia, podrá elevar el reclamo correspondiente, debidamente sustentado, a la Comisión Nacional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud en segunda instancia.
5. Para el caso de reclamos de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo de Lima y Callao relacionados con la denegatoria del otorgamiento de la Constancia podrán elevar el reclamo en segunda instancia al Despacho Vice Ministerial del Ministerio de Salud, quien resuelve el reclamo.



Vallejos S.



J. Calderón Y.

*[Handwritten signature]*

SALDUSTIZ



V. Zumaran A.



Magly García B.

6. El establecimiento de salud o servicio médico de apoyo que considere no estar conforme con la sanción que cancela la Acreditación podrá interponer recurso de reconsideración ante la autoridad que la expidió.
7. La Resolución Ministerial o Resolución Ejecutiva Regional que resuelve el recurso de reconsideración señalado en el numeral precedente pone fin al procedimiento administrativo.

### Incentivos para la acreditación

2. Incentivos inmediatos: Los siguientes son incentivos que deberán ser implementados a partir de la emisión de la presente norma:
  - a. El Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales a través de las DISAS/DIRESAS deberán publicar, para conocimiento del público, la relación de establecimientos de salud acreditados.
  - b. El Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales a través de las DISAS/DIRESAS podrán establecer mecanismos adicionales de reconocimiento para los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo acreditados.
3. Incentivos mediatos: Las siguientes son fuentes posibles de incentivos, cuya viabilidad deberá ser negociada, consensuada y concertada en un plazo no mayor a doce meses, tal como está estipulado en el numeral 5 de Disposiciones Finales de la presente norma:
  - a. Tarifas escalonadas de seguros: Las financiadoras de prestaciones de salud, aseguradoras públicas y privadas, podrán promover el establecimiento de tarifas con incentivos de acuerdo con la condición de Acreditado.
  - b. Intercambio de servicios de salud: Los convenios de intercambio de servicios entre establecimientos públicos de salud como EsSalud, Sanidad de las FFAA y Policiales y la Red asistencial del Ministerio de Salud, considerarán la condición de acreditado como un elemento determinante para el establecimiento de convenios.



Vallejos S.

### Infracciones y sanciones

1. Constituyen infracciones a las disposiciones contenidas en la presente norma las siguientes:
  - a. Adulteración de la información presentada en las evaluaciones.
  - b. Incumplimiento de las condiciones que permitieron ser acreditados.
  - c. No levantamiento de las observaciones del equipo evaluador externo.
2. Cuando la Comisión Nacional Sectorial o la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud comprobara de oficio o a solicitud de parte alguna infracción estipulada en el numeral anterior se procederá a aplicar las siguientes sanciones:
  - a. Amonestación escrita cuando en la visita de seguimiento u otra inopinada se verifica que se incumple el mantenimiento de un número de estándares inferior al 10% del total de estándares que permitió la acreditación o cuando se incumple la implementación progresiva de al menos 5% de las recomendaciones del equipo evaluador externo.
  - b. Suspensión por un lapso no mayor a seis meses de la condición de acreditado, cuando en la visita de seguimiento u otra inopinada se incumple el mantenimiento de un número de estándares que permitió la acreditación, del 10% hasta el 25%.



Gaiderón Y.



EL CRISTALINO




V. Zumaran A.



Magly García B

- c. Cancelación de la Resolución Ministerial o de la Resolución Ejecutiva Regional de Gobierno Regional que aprobó la Constancia de Acreditación, cuando adultera información presentada en las evaluaciones o incumple el mantenimiento de un número de estándares mayor al 25%.
2. En caso de falsificación o adulteración de la información presentada la aplicación de una sanción administrativa no eximirá al infractor de las acciones judiciales y/o penales a que hubiera lugar.

### Instrumentos de la acreditación

1. Para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo se hará uso de un conjunto de instrumentos: Listado de Estándares de Acreditación, Guía del Evaluador, el aplicativo para el registro de resultados y otros documentos de soporte para el desarrollo del proceso.
2. El listado de Estándares de Acreditación será de tres tipos: para categorías I-1 hasta III-1, para categorías III-2 según especialidades, y para Servicios Médicos de Apoyo.
3. El Listado de Estándares de Acreditación contiene un conjunto de estándares organizados por Macroprocesos. Los estándares se despliegan en criterios de evaluación y éstos a su vez tienen variables de evaluación con una puntuación predefinida en la escala de cero a dos.
4. El Listado de Estándares de Acreditación contiene tanto estándares genéricos como específicos. Los estándares genéricos son de aplicación universal cualesquiera sea el nivel de complejidad del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo según corresponda. Los estándares específicos se establecen y responden a realidades epidemiológicas propias de cada región.
5. La Guía del Evaluador que describe la metodología a seguir para la Acreditación.
6. El aplicativo para el registro de resultados es un instrumento informático que se pondrá a disposición de los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo y de los evaluadores externos.

### Procedimientos para el proceso de Acreditación

Se deberán observar los siguientes procedimientos:

1. Los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo públicos y privados deberán incluir la autoevaluación en el Plan Operativo Anual – POA o en documento de gestión similar.
2. Para el proceso de autoevaluación la autoridad institucional dispone la conformación de un Equipo de Acreditación.
3. La autoridad institucional selecciona los evaluadores internos según criterios preestablecidos.
4. Los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional.
5. El Equipo de Acreditación, con el auspicio de la autoridad institucional, promueve la difusión y el conocimiento del Listado de Estándares de Acreditación entre el personal del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.
6. La autoridad sanitaria designa los responsables de cada servicio/área/departamento para interactuar con los evaluadores internos y posteriormente los externos.
7. Es obligatorio el reporte del inicio de la autoevaluación. Para el caso de los establecimientos de salud de la red asistencial del Ministerio de Salud el reporte se enviará a la instancia responsable de calidad de la Red de Servicios de Salud, y para el caso de los



Vallejos S.



J. Calderón Y.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten name]*



V. Zumaran A.



Magly García B.

establecimientos de otros sectores informarán a la Dirección de Calidad en Salud del Ministerio de Salud o quien ejerza funciones similares en la Diresa/Disa según corresponda.

8. El equipo evaluador interno realiza las acciones de evaluación según el plan elaborado y concluye con la emisión de un Informe Técnico de Autoevaluación que hará de conocimiento a la autoridad institucional para las acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo de planes de acción.
9. Cuando el establecimiento de salud/cabecera de microrred o servicio médico de apoyo haya obtenido en un proceso de autoevaluación el puntaje necesario para acreditar eleva el expediente presentado por la microrred, el establecimiento de salud o el servicio médico de apoyo según corresponda y solicita la evaluación externa a la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud y en las Diresa/Disa al Director General.
10. La Comisión Nacional Sectorial o Comisión Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud, según corresponda, en coordinación con la Dirección de Calidad en Salud procede a la selección aleatoria de los evaluadores externos a partir del Listado Único Nacional de Evaluadores Externos y comunica la conformación del equipo evaluador al establecimiento de salud o servicio médico de apoyo solicitante.
11. El establecimiento de salud o servicio médico de apoyo tiene la potestad de observar la conformación del equipo evaluador externo sustentando las razones para ello ante la Comisión que los seleccionó aleatoriamente.
12. La microrred, el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo solicitante, si no tiene observaciones respecto de los evaluadores seleccionados por la Comisión Nacional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud, los convoca para el inicio de la evaluación externa.
13. El equipo evaluador convocado se presenta ante la autoridad institucional del establecimiento de salud/microrred o servicio médico de apoyo y solicita formalmente, el último Informe Técnico de Autoevaluación, así como un informe memoria institucional (el cual contendrá breve presentación del establecimiento, detallando sus objetivos, su organización, su naturaleza y las principales actividades que desarrolla) y procede a formular el plan de la visita para la evaluación externa y a verificar el material y los instrumentos de soporte para la evaluación.
14. El equipo evaluador externo procede a la visita de evaluación, y aplica el listado de estándares y los instrumentos de apoyo previamente formulados, pudiendo corroborar o desestimar la calificación obtenida en la autoevaluación. Se procede a elaborar el Informe Técnico de Evaluación Externa, el cual será presentado a la autoridad institucional.
15. Para el caso de la red asistencial del Minsa, la autoridad institucional del establecimiento de salud, servicios médicos de apoyo o microrred remite una copia del Informe Técnico de Evaluación Externa a la instancia responsable de calidad de la Red de Servicios de Salud y en el caso de los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo de otros subsectores a la Dirección de Calidad en Salud del Ministerio de Salud o quien haga sus veces en la Diresa/Disa, según corresponda. En este nivel el plazo máximo es de siete días hábiles.
16. La Dirección de Calidad en Salud del Ministerio de Salud o quien ejerza funciones similares en la Diresa/Disa, según corresponda, en el plazo de siete días hábiles, verifica la conformidad de la documentación presentada, registra los resultados, y procede a enviar el Informe Técnico la Comisión Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud correspondiente.
17. La Comisión Nacional Sectorial o la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud, según corresponda, revisa, analiza la documentación presentada y los resultados obtenidos para decidir si confiere o deniega la Constancia para la Acreditación. Si la Comisión considera necesaria verificar situaciones que pudiesen afectar los resultados obtenidos dispondrá las acciones que fuesen necesarias.



Vallejos S.



J. Calderón Y.



L. CASTILLO



V. Zumaran A.



Magly Garcia B.

18. La Comisión Nacional Sectorial o la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud emite su dictamen en un plazo no mayor de treinta días calendarios contados a partir de la recepción de la misma.
19. Si el dictamen es favorable, se extiende la Constancia para la Acreditación. Con esta se solicita al Ministerio de Salud o al Gobierno Regional según corresponda, el otorgamiento de la Resolución de Acreditación según lo establecido.
20. Si el dictamen no es favorable, se comunica mediante oficio tanto al establecimiento de salud o servicio médico de apoyo como a las instancias superiores de corresponder, sustentando dicha decisión.
21. La Dirección de Calidad en Salud del MINSA o quien ejerza funciones similares en la DIRESA/DISA, según corresponda, se reserva el derecho a realizar evaluaciones aleatorias de los establecimientos de salud/microrredes o servicios médico de apoyo acreditados.
22. En caso de que la evaluación aleatoria encontrara discordancia respecto de los resultados de la evaluación externa que permitió al establecimiento de salud ser acreditado, la Dirección de Calidad en Salud del Ministerio de Salud o la instancia correspondiente en la DIRESA/DISA está facultada a solicitar información sustentatoria a la Comisión Nacional Sectorial o a la Comisión Regional Sectorial y a la Dirección de dicho establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

## VII. RESPONSABILIDADES

De la Comisión Nacional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud:

1. Confiere o niega la Constancia para la Acreditación de los establecimientos de salud de Lima y Callao.
2. Evalúa el avance del proceso de acreditación en el ámbito nacional.
3. Propone medidas complementarias para favorecer el proceso de acreditación.
4. Propone incentivos de aplicación nacional para la sostenibilidad del proceso de acreditación.
5. Convoca y selecciona evaluadores conjuntamente con la Dirección de Calidad en Salud del Ministerio de Salud para conformar el Listado Único de Evaluadores Externos.
6. Participa en la propuesta de nuevos estándares nacionales a solicitud de la Dirección de Calidad en Salud del Ministerio de Salud.
7. Promueve la participación social en los procesos de acreditación.

De la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud:

1. Confiere o niega la Constancia para la Acreditación de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo regionales públicos o privados.
2. Propone al nivel nacional aspectos de la acreditación que deben ser regulados, modificados o incorporados.
3. Propone incentivos de aplicación regional para la sostenibilidad del proceso de acreditación en los ámbitos regional y local, en concordancia con los de aplicación nacional.
4. Participa en la propuesta de nuevos estándares nacionales a solicitud de la Dirección de Calidad en Salud del Ministerio de Salud.



Vallejos S.



J. Calderón



E. Alzamora



V. Zúmaran A.



Magly García B.

- Promueve la participación social en los procesos de acreditación.

De la Dirección de Calidad en Salud del Ministerio de Salud:

- Conduce el proceso de acreditación de alcance nacional.
- Brinda asistencia técnica a las DIRESAS, DISAS, establecimientos de salud públicos y privados con relación al proceso de acreditación.
- Actualiza periódicamente la norma de acreditación y los instrumentos técnicos.
- Define los conceptos, la metodología y el procedimiento para la acreditación.
- Define el enfoque, el alcance y el contenido de los estándares.
- Actualiza los estándares y criterios de evaluación cada tres años.
- Define los criterios para la selección y control de los evaluadores.
- Define y diseña los contenidos para la formación de los evaluadores.
- Realiza evaluaciones del desempeño de los evaluadores en el ámbito nacional por muestreo.
- Realiza acciones de verificación de la calidad de los resultados de las evaluaciones por muestreo.
- Evalúa sistemáticamente y da a conocer los resultados del proceso de acreditación a nivel nacional.
- Selecciona conjuntamente con la Comisión Nacional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud a los evaluadores externos de forma aleatoria.

De la Dirección Regional de Salud o Dirección de Salud:

- Brinda asistencia técnica a los establecimientos de salud públicos y privados para la autoevaluación.
- A solicitud del Nivel Nacional propone acciones de ajuste a la normatividad y al proceso.
- Evalúa los resultados del proceso en el ámbito regional.
- Maneja la información generada en el proceso.
- Registra el inicio de las autoevaluaciones en los establecimientos de salud públicos y privados.
- Consolida los Informes Técnicos de Autoevaluación de los establecimientos de salud.
- Verifica el levantamiento de las observaciones de los equipos evaluadores.
- Realiza acciones de verificación de la calidad de los resultados de las evaluaciones por muestreo en su ámbito.
- Publica el listado de establecimientos de salud acreditados en el ámbito regional.

De la Red de Servicios de Salud:

- Brinda asistencia técnica a los establecimientos de salud públicos de la red asistencial del MINSA para la autoevaluación.
- Realiza acciones de sensibilización y promoción del proceso en los niveles correspondientes.
- Maneja la información generada en el proceso.



Vallejos S.



J. Calderón Y.



U. MARTINEZ



V. Zumaran A.



Magly García B.

4. Registra el inicio de las autoevaluaciones en los establecimientos de salud/microrred o servicios médicos de apoyo de la red asistencial del MINSA de su jurisdicción e informa a la DIRESA/DISA correspondiente.
5. Recepciona y registra los Informes Técnicos de Autoevaluación de los establecimientos de salud.
6. Informa a la DIRESA/DISA correspondiente los resultados de las evaluaciones.
7. Promueve la implementación de las recomendaciones de los equipos evaluadores en los establecimientos evaluados.

**Del Jefe del Establecimiento de Salud o Microrred:**

1. Define las acciones de planificación para la acreditación.
2. Lidera la formulación del plan de autoevaluación para la acreditación y del proceso de acreditación.
3. Designa formalmente al Equipo de Acreditación del establecimiento de salud/microrred.
4. Promueve el cumplimiento de los estándares de acreditación en el establecimiento de salud/microrred.
5. Destina recursos para la realización de la autoevaluación, evaluación externa, y para las acciones de mejoramiento continuo.
6. Solicita la convocatoria de los evaluadores externos al nivel que corresponda.

**Del Equipo de Acreditación de la Microrred y/o Establecimiento de Salud:**

1. Coordina con evaluadores internos el cronograma y la secuencia de la autoevaluación.
2. Analiza los resultados del Informe Técnico para ser presentados a la Dirección de la Red de Servicios de Salud/DIRESA/DISA según corresponda.
3. Proporciona la información relacionada a la acreditación que le sea solicitada por la Red de Servicios de Salud y/o DIRESA/DISA.

**Del Evaluador para la Acreditación:**

1. Realiza acciones de evaluación interna y externa según sea el caso.
2. Propone acciones de mejoramiento continuo.
3. Emite un Informe Técnico de Evaluación.
4. Rinde cuentas de su desempeño a la Dirección de Calidad en Salud del Ministerio de Salud o su equivalente en las DIRESAS/DISAS.
5. Observa las disposiciones establecidas en el Código de Ética del Servidor Público.

**VIII. DISPOSICIONES FINALES**

1. Todos los actores del sector salud involucrados en el proceso de acreditación pueden canalizar propuestas de ajustes a la regulación operativa para la consolidación del proceso de acreditación.
2. En un plazo de 30 días, a partir de la emisión de la presente norma, el Ministerio de Salud emitirá la Guía del Evaluador que contiene la metodología de la Acreditación.



Vallejos S.



J. Calderón Y.



Director General de Salud



V. Zumarán A.



Magly García B.

3. En un plazo de tres meses, a partir de la emisión de la presente norma, el Ministerio de Salud emitirá la Directiva que regula el accionar de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud.
4. En un plazo de tres meses, a partir de la emisión de la presente norma, el Ministerio de Salud emitirá la Directiva que regula la generación de capacidades, y demás aspectos del accionar de los evaluadores internos y externos.
5. En un plazo de doce meses, a partir de la emisión de la presente norma, el Ministerio de Salud emitirá el reglamento que regula el financiamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud y de la evaluación externa para la acreditación.
6. En un plazo de doce meses, a partir de la emisión de la presente norma, el Ministerio de Salud emitirá las disposiciones sobre los Incentivos para el proceso.
7. En un plazo de dieciocho meses, a partir de la emisión de la presente norma, el Ministerio de Salud emitirá el listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de salud de la categoría III-2.
8. Los casos no previstos en la presente norma, serán desarrollados en disposiciones normativas complementarias para el mejor desarrollo del proceso de acreditación.
9. En tanto la definición de las autoridades jurisdiccionales en Salud para Lima Metropolitana, Lima Provincias y la Provincia Constitucional del Callao no sean designadas, la conducción del proceso será asumida por la Dirección General de Salud de las Personas por intermedio de la Dirección de Calidad en Salud.
10. Los establecimientos acreditados podrán suscribir convenios entre sí para la contraprestación de servicios de salud.



J. Calderón Y.

*[Handwritten signature]*  
E.M.C.A.G.T.H. (S)



V. Zumaran A.



Magly García B.



Vallejos S.

*[Faint handwritten notes and signatures at the bottom of the page]*

## IX. BIBLIOGRAFIA

- Affeldt J.E., Shanahan M. La acreditación voluntaria en Estados Unidos: una perspectiva del control de calidad. *Control de Calidad Asistencial*. (1987) 2: 41-5.
- Altman, S. "Accreditation as a means to improve healthcare". Disponible en: [www.jcrinc.com](http://www.jcrinc.com)
- Altman, S. Accreditation as a means to improve healthcare. Disponible en: [www.jcrinc.com](http://www.jcrinc.com)
- Arce, H. 1999. Accreditation: the Argentine experience in the Latin American region. *International Society for Quality in Health Care*. Oxford University Press.
- Arce, H. 2000. Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina. En: *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia*. Vol. I. Titelman, D.; Uthoff, A (eds). FCE-CEPAL. Santiago.
- Arce, H. 1995. Acreditación de establecimientos de salud. En: *Revista ITAES*, N° 2, Junio. V.1.
- Ashton, J. 2002. Acreditación y concesión de licencias. Exposición del Foro Regional LACRSS. La Nueva Agenda de la Reforma del Sector Salud. Disponible en: [http://www.lachsr.org/static/ForoGuatemala/pdf/JoanneAshton\\_esp.pdf](http://www.lachsr.org/static/ForoGuatemala/pdf/JoanneAshton_esp.pdf). Bajado el 21 de noviembre de 2005.
- Borja, A. 2004. Resumen histórico del proceso de acreditación de servicios de salud en el Perú. Documento técnico del Ministerio de Salud del Perú.
- Carbajal, R., et al. Análisis del objeto y proceso de acreditación en el país desde los grupos de interés. Material de Consultoría al MINSAL. 2003.
- Carboni, H.R. 2004. "Principales orientaciones de algunos modelos de acreditación que hoy se usan en el mundo". *Salud y Futuro*. Santiago de Chile.
- Centro de Gestión Hospitalaria. 2000. "Acreditación en Salud: aprendiendo de la experiencia mundial". Bogotá.
- Consejo Nacional de Descentralización. 2005. Plan de Transferencias Sectorial, quinquenio 2005-2009. Lima.
- Cosavalente, O.; et al. 2004. La acreditación en seis países industrializados. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- Cosavalente, O.; et al. 2004. Reino Unido: el paradigma de un sistema de salud. Texto académico, disponible en Biblioteca de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Department of Health. 2002. "Tackling Health Inequalities". Summary of the 2002 Cross-Cutting Review.
- Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 1988; 260: 1743-1748
- Donabedian, A.; Los Siete Pilares de la Calidad, *Revista de Calidad Asistencial* 2001; 16: S96-S100.
- Finot, Iván; 2001; *Descentralización en América Latina: teoría y práctica*. Santiago de Chile, ILPES, CEPAL.
- Gobierno del Perú. Acuerdo Nacional. Lima 2002.
- Gómez de León, P.; Pinto, D.; Incentivos para calidad en salud. En: *Revista Via Salud*, tercer trimestre 2001. Bogotá.
- Hafez, N.A.; Busse, R.; Harding, A. 2003. Regulation of Health Services. En: April Harding, Alexander S. Prever (eds.). *Private Participation in Health Services*. World Bank. Washington.
- Hayes, J.; Shaw, C. 1995. Implementación del Sistema de Acreditación. En: *Revista ITAES*, N° 3, vol.2, p. 14-17



Vallejos S.



J. Calderón Y.



V. Zumaran A.



Macay García B.

- Herrero, F.; Durán, F.; 2001. "El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica". CEPAL. Santiago de Chile.
- Huamán, N. et al. 2003. Acreditación en salud: Revisión de las experiencias nacionales e internacionales. DECS-MINSA.
- Huamán, N. et al. 2003. Elementos para la definición y priorización del objeto de la acreditación en salud. DECS-MINSA.
- ISQUA; 2004. "Toolkit for accreditation programs". International Society for Quality in Health Care. Australia.
- JCAHO. 2006. A certification Program for Health Care Staffing Firms.
- Madies, C.V.; Chlarvetti, S.; Chorny, M. Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud. Revista Panamericana de Salud Pública, 8(1/2), 2000.
- Ministerio de Salud del Perú. 1996. R.M. N° 511-96-SA/DM, que aprueba el "Manual de Acreditación de Hospitales", Lima.
- Ministerio de Salud del Perú. 1996. R.M. N° 673-96-SA/DM, que aprueba la "Guía para la aplicación del Manual de Acreditación de Hospitales", Lima.
- Ministerio de Salud del Perú. 1998. R.M. N° 261-98-SA/DM, que aprueba las "Normas y Procedimientos para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", Lima.
- Ministerio de Salud de Colombia. 2000. Informe final de revisión de experiencias internacionales. Proyecto: Evaluación y Ajuste de los Procesos, Estrategias y Organismos Encargados de la Operación del Sistema de Garantía de Calidad para las Instituciones de Prestación de Servicios. Elaborado por el Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria – Canadian Council on Health Services Accreditation – QUALIMED.
- MINSA-DECS. 2003. Reunión Técnica, Acreditación en el Perú: Contexto actual y perspectivas. Lima
- Montagu Dominic; 2003. "Accreditation and other external quality assessment systems for healthcare". DFID, Health Systems Resource Centre.
- Orjuela de Deeb, N.; Kerguelén, C.; Camacho, M.; Acreditación en salud: el camino hacia el mejoramiento de la calidad. En: Revista Vía Salud, tercer trimestre 2001. Bogotá.
- Paganini, J.M.; De Moraes, N. H.; 1992. "La Garantía de la Calidad. Acreditación de Hospitales para América Latina y El Caribe". OPS. Washington.
- Paganini, J.M.; Moraes de Novaes, H. 1992. La Garantía de la Calidad. Acreditación de Hospitales para América Latina y El Caribe. OPS.
- Restrepo, R. F. Acreditación. Mayo 2002. Texto Académico para la Pontificia Universidad Javeriana.
- Shaw Charles. 2001. National accreditation programmes In Europe. CASPE Research, London.
- Suñol, R.; Baneres, J.; Origen, evolución y características de los programas de la Gestión de la Calidad en los servicios de salud. 2002. En: Evaluación y Mejora de la Calidad de los Servicios de Salud, Texto Académico para la Pontificia Universidad Javeriana, Raúl Francisco Restrepo. Bogotá.
- Suñol, R.; Humet, C. 2002. "Garantía de calidad y acreditación en España". Informe SESPAS 2002. Invertir para la Salud. Prioridades en Salud Pública. Disponible en: <http://www.sespas.es/informe2002/cap22.pdf>. Bajado el 09 de enero de 2006.
- Taylor, B.; Análisis circunstancial y el Plan de Trabajo de alto nivel para el área de calidad del Programa de Acreditación en Perú. Documento de proyecto. CCSHA. Lima, 2003.



Vallejos S.



J. Calderón Y.



E. M. MONTTE.



V. Zúmaran A.



Magly García B.

- Ugarte, O. 2004. Exposición "Descentralización en Salud: Mapa Concertado de Competencias en Salud. Lima.



E.M. CHIQUITI K.



V. Zumaran A.



Magly Garcia B.



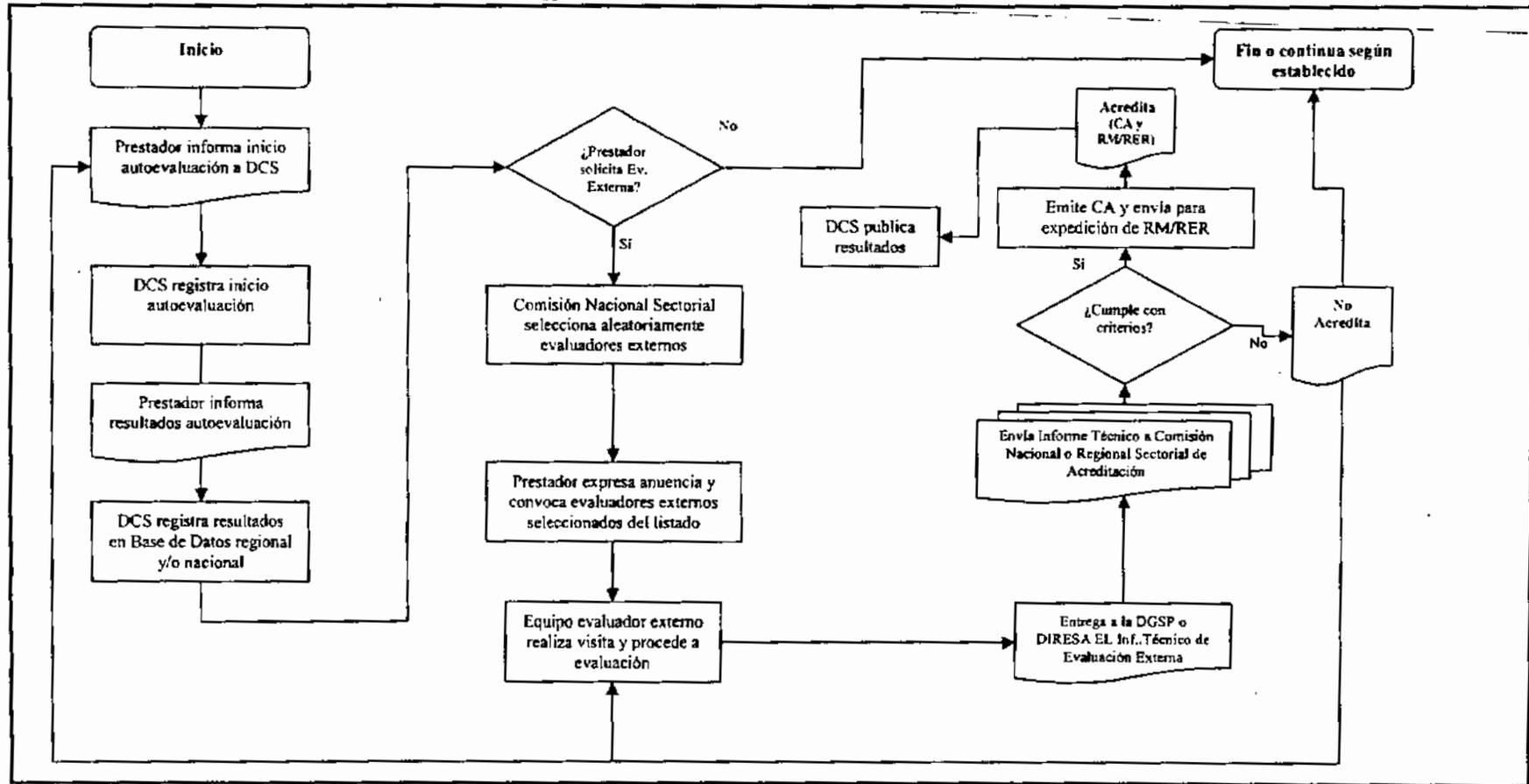
J. Calderón Y.



Vallejos S.

X. ANEXOS

Anexo.1: Fluxograma del Proceso de Acreditación



DCS-Dirección de Calidad en Salud de MINSA o la instancia correspondiente en la DIRESA/DISA  
 CA - Constancia para la Acreditación; RM/RER -Resolución Ministerial o Resolución Ejecutiva Regional



Anexo 2: Referencias Normativas para el Listado de Estándares de Acreditación

1. Ley N° 26454, "Ley que declara de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana".
2. Ley N° 27604, "Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos"
3. R.M. N° 064-2001-SA/DM, que aprueba "Normas Técnicas para proyectos de Arquitectura y Equipamiento de las Unidades de Emergencia de los Establecimientos de Salud".
4. R.M. N° 423-2001-SA/DM, que aprueba el "Manual de Procedimientos de Admisión Integral en Establecimientos del Primer Nivel de Atención".
5. R.M. N° 729-2003 SA/DM "La atención integral compromiso de todos-El modelo de atención integral de salud (MAIS)".
17. R.M. N° 614-2004/MINSA, que aprueba las "Normas Técnicas del Sistema de Gestión de la Calidad del Programa Nacional de Hemoterapia y Banco de Sangres (PRONAHEBAS)".
18. R.M. N° 751-2004/MINSA, que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud".
19. R.M. N° 753-2004/MINSA, que aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias".
20. R.M. N° 768-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 040-2004-OGDN/MINSA-V.01 "Procedimiento para la elaboración de Planes de Contingencia para Emergencias y Desastres".
6. R.M. N° 769-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP/V.01 denominada "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
7. R.M. N° 111-2005/MINSA, que aprueba los "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud".
8. R.M. N° 179-2005/MINSA, que aprueba la NT N° 026 MINSA/OGЕ-V.01 "Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias".
9. R.M. N° 194-2005/MINSA, que aprueba la Directiva N° 053-05-MINSA-OGDN-V.01, "Organización y Funcionamiento de las Brigadas del Ministerio de Salud para Atención y Control de Situaciones de Emergencias y Desastres".
10. R.M. N° 343-2005/MINSA, que aprueba el "Reglamento de Transporte Asistido a Pacientes por Vía Terrestre".
11. R.M. N° 414-2005/MINSA, que aprueba el "Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales".
12. R.M. N° 486-2005/MINSA, que aprueba la "NT N° 030-MINSA/DGSP-V.0.1 - Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología".
13. R.M. N° 510-2005/MINSA, que aprueba el "Manual de Salud Ocupacional".
14. R.M. N° 511-2005/MINSA, que aprueba las "Guías de Práctica Clínica en Emergencia en Pediatría".
15. R.M. N° 516-2005/MINSA, que aprueba las "Guías de Práctica Clínica en Emergencia del Adulto".
16. R.M. N° 669-2005/MINSA, que aprueba la NT N° 035-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Supervisión Integral"
17. R.M. N° 474-2005/MINSA, que aprueba la "Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud, NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01".



Vallejos S.



J. Calderón Y.



E. Chiriqui.



Zumaran A.



Machay García B.

18. R.M. N° 897-2005/MINSA, que aprueba la "Norma Técnica de Salud N° 037-MINSA/OGDN-V.01, para señalización de seguridad de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
19. R.M. N° 970-2005/MINSA, que aprueba la NTS N° 038-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para proyectos de arquitectura, equipamiento y mobiliario de establecimientos de salud del primer nivel de atención".
20. R.M. N° 996-2005/MINSA, que aprueba el "Compendio de Guías de Intervenciones y Procedimientos de Enfermería en Emergencias y Desastres".
21. R.M. N° 246-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud".
22. R.M. N° 597-2006/MINSA que aprueba la "NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
23. R.M. N° 974-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 043-2004-OGDN/MINSA-V-01, "Procedimiento para la elaboración de planes de respuesta frente a emergencias y desastres".



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*  
E.M. CHAITIK



V. Zumaran A.



Magly García B.



J. Calderón Y.



Vallejos S.

Anexo 3: Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría I-1 a III-1



E.M. CHOTTIK



Zumaran A.



Magly Garcia B.



J. Calderón Y.

Macroprocesos	Estándares	Criterios de calificación Aplicables	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1
Direccionamiento	DIR-1	DIR1-1	x	x	x	x	x	x	x
		DIR1-2		x	x	x	x	x	x
		DIR1-3	x	x	x	x	x	x	x
		DIR1-4		x	x	x	x	x	x
		DIR1-5		x	x	x	x	x	x
		DIR1-6			x	x	x	x	x
		DIR1-7			x	x	x	x	x
		DIR1-8			x	x	x	x	x
	DIR-2	DIR2-1	x	x	x	x	x	x	x
		DIR2-2	x	x	x	x	x	x	x
DIR2-3		x	x	x	x	x	x	x	
Gestión de recursos humanos	GRH-1	GRH1-1				x	x	x	x
		GRH1-2				x	x	x	x
		GRH1-3	x	x	x	x	x	x	x
		GRH1-4	x	x	x	x	x	x	x
	GRH-2	GRH2-1	x	x	x	x	x	x	x
		GRH2-2	x	x	x	x	x	x	x
	GRH-3	GRH3-1	x	x	x	x	x	x	x
		GRH3-2	x	x	x	x	x	x	x
	GRH-4	GRH4-1	x	x	x	x	x	x	x
		GRH4-2	x	x	x	x	x	x	x
GRH4-3		x	x	x	x	x	x	x	
Gestión de la calidad	GCA-1	GCA1-1			x	x	x	x	x
		GCA1-2			x	x	x	x	x
		GCA1-3			x	x	x	x	x
		GCA1-4	x	x	x	x	x	x	x
		GCA1-5	x	x	x	x	x	x	x
	GCA-2	GCA2-1	x	x	x	x	x	x	x
		GCA2-2	x	x	x	x	x	x	x
		GCA2-3			x	x	x	x	x
		GCA2-4	x	x	x	x	x	x	x
		GCA2-5	x	x	x	x	x	x	x
		GCA2-6	x	x	x	x	x	x	x
		GCA2-7	x	x	x	x	x	x	x
		GCA2-8	x	x	x	x	x	x	x
	GCA-3	GCA3-1	x	x	x	x	x	x	x
		GCA3-2	x	x	x	x	x	x	x
GCA3-3		x	x	x	x	x	x	x	



Vallejos S.



J. Calderón Y.



E.M. CHIOTTI K.



Zumaran A.



Magly García B.

Macroprocesos	Estándares	Criterios de calificación aplicables	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	
		GCA3-4	x	x	x	x	x	x	x	
		GCA3-5	x	x	x	x	x	x	x	
		GCA3-6	x	x	x	x	x	x	x	
		GCA3-7	x	x	x	x	x	x	x	
		GCA3-8	x	x	x	x	x	x	x	
Manejo del riesgo de la atención	MRA-1	MRA1-1			x	x	x	x	x	
		MRA1-2			x	x	x	x	x	
		MRA1-3			x	x	x	x	x	
		MRA1-4			x	x	x	x	x	
		MRA1-5		x	x	x	x	x	x	
		MRA1-6	x	x	x	x	x	x	x	
		MRA1-7				x	x	x	x	
		MRA1-8					x	x	x	
		MRA1-9					x	x	x	
		MRA1-10					x	x	x	
		MRA1-11					x	x	x	
	MRA-2	MRA2-1						x	x	x
		MRA2-2						x	x	x
		MRA2-3						x	x	x
		MRA2-4						x	x	x
		MRA2-5						x	x	x
		MRA2-6						x	x	x
		MRA2-7						x	x	x
		MRA2-8						x	x	x
		MRA2-9						x	x	x
	MRA-3	MRA3-1						x	x	x
		MRA3-2						x	x	x
		MRA3-3						x	x	x
		MRA3-4						x	x	x
	MRA-4	MRA4-1						x	x	x
		MRA4-2						x	x	x
		MRA4-3						x	x	x
		MRA4-4						x	x	x
	MRA-5	MRA5-1						x	x	x
		MRA5-2						x	x	x
		MRA5-3						x	x	x
		MRA5-4						x	x	x
		MRA5-5						x	x	x
MRA-6	MRA6-1	x	x	x	x	x	x	x		

 MINISTERIO DE SALUD  
MINISTRO  
Vallejos S.

 MINISTERIO DE SALUD  
VICE-MINISTRO  
J. Calderón

 MINISTERIO DE SALUD  
E.M. CHIOTTI R.

 MINISTERIO DE SALUD  
PROFESOR DE EDUCACIÓN

 MINISTERIO DE SALUD  
PROFESORIA JURÍDICA  
V. Zumaran A.

 MINISTERIO DE SALUD  
PROFESORIA GENERAL  
Magly García B.

Macroprocesos	Estándares	Criterios de calificación aplicables	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	
	MRA-7	MRA6-2	x	x	x	x	x	x	x	
		MRA6-3	x	x	x	x	x	x	x	
		MRA6-4	x	x	x	x	x	x	x	
		MRA6-5	x	x	x	x	x	x	x	
		MRA6-6	x	x	x	x	x	x	x	
		MRA6-7			x	x	x	x	x	
		MRA6-8						x	x	x
		MRA6-9	x	x	x	x	x	x	x	x
		MRA6-10			x	x	x	x	x	x
		MRA7-1	x	x	x	x	x	x	x	x
		MRA7-2	x	x	x	x	x	x	x	x
		MRA7-3	x	x	x	x	x	x	x	x
		MRA7-4	x	x	x	x	x	x	x	x
		MRA-8	MRA 8-1				x	x	x	x
	MRA8-2						x	x	x	x
	MRA8-3		x	x	x	x	x	x	x	x
	Gestión de Seguridad ante desastres	GSD-1	GSD1-1	x	x	x	x	x	x	x
			GSD1-2				x	x	x	x
GSD1-3			x	x	x	x	x	x	x	
GSD1-4			x	x	x	x	x	x	x	
GSD1-5							x	x	x	
GSD1-6			x	x	x	x	x	x	x	
GSD1-7						x	x	x	x	
GSD-2		GSD2-1					x	x	x	
		GSD2-2				x	x	x	x	
		GSD2-3	x	x	x	x	x	x	x	
		GSD2-4	x	x	x	x	x	x	x	
		GSD2-5	x	x	x	x	x	x	x	
		GSD2-6			x	x	x	x	x	
		GSD2-7	x	x	x	x	x	x	x	
		GSD2-8				x	x	x	x	
GSD-3		GSD3-1			x	x	x	x	x	
		GSD3-2				x	x	x	x	
		GSD3-3			x	x	x	x	x	
	GSD3-4			x	x	x	x	x		
	GSD3-5			x	x	x	x	x		
	GSD3-6			x	x	x	x	x		
Control de la gestión y prestación	CGP-1	CGP1-1	x	x	x	x	x	x	x	
		CGP1-2	x	x	x	x	x	x	x	

  
 MINISTERIO DE SALUD  
 VICEMINISTRO  
 Vallejos S.

  
 MINISTERIO DE SALUD  
 VICEMINISTRO  
 E.M. CHOTTI K.

  
 MINISTERIO DE SALUD  
 VICEMINISTRO

  
 MINISTERIO DE SALUD  
 ASESORIA JURIDICA  
 Zumaran A.

  
 MINISTERIO DE SALUD  
 VICEMINISTRO  
 Magly García B.

  
 MINISTERIO DE SALUD  
 VICEMINISTRO  
 J. Calderón Y.

Macroproceso	Estándares	Criterios de calificación aplicables	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	
	CGP-2	CGP2-1	x	x	x	x	x	x	x	
		CGP2-2				x	x	x	x	
		CGP2-3	x	x	x	x	x	x	x	
		CGP2-4		x	x	x	x	x	x	
		CGP2-5				x	x	x	x	
		CGP2-6				x	x	x	x	
		CGP2-7				x	x	x	x	
		CGP2-8				x	x	x	x	
		CGP2-9				x	x	x	x	
		CGP2-10			x	x	x	x	x	
		CGP2-11			x	x	x	x	x	
		CGP2-12	x	x	x	x	x	x	x	
		CGP2-13	x	x	x	x	x	x	x	
Atención ambulatoria	ATA-1	ATA1-1	x	x	x	x	x	x	x	
		ATA1-2	x	x	x	x	x	x	x	
		ATA1-3			x	x	x	x	x	
		ATA1-4				x	x	x	x	
		ATA1-5	x	x	x	x	x	x	x	
	ATA-2	ATA2-1			x	x	x	x	x	
		ATA2-2			x	x	x	x	x	
		ATA2-3			x	x	x	x	x	
		ATA2-4			x	x	x	x	x	
	ATA-3	ATA3-1	x	x	x	x	x	x	x	
		ATA3-2	x	x	x	x	x	x	x	
		ATA3-3	x	x	x	x				
		ATA3-4	x	x	x	x				
		ATA3-5	x	x	x	x				
		ATA3-6	x	x	x	x	x	x	x	
	ATA-4	ATA4-1	x	x	x	x	x	x	x	
		ATA4-2	x	x	x	x	x	x	x	
	Atención extramural	AEX-1	AEX1-1	x	x	x	x			
			AEX1-2	x	x	x	x			
AEX1-3			x	x	x	x				
AEX1-4			x	x	x	x				
AEX1-5			x	x	x	x				
AEX1-6			x	x	x	x				
AEX-2		AEX2-1	x	x	x	x				
		AEX2-2	x	x	x	x				
AEX-3		AEX3-1	x	x	x	x				


  
**Vallejos S.**


  
**E.M. CHOTTIK.**


  
**V. Zumaran A.**


  
**Magly García B.**


  
**J. Calderón-Y.**

Macroprocesos	Estándares	Criterios de calificación aplicables	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	
	I	AEX3-2		x	x	x				
	AEX-4	AEX4-1	x	x	x					
		AEX4-2	x	x	x					
		AEX4-3	x	x	x					
Atención de hospitalización	ATH-1	ATH1-1				x	x	x	x	
		ATH1-2				x	x	x	x	
		ATH1-3				x	x	x	x	
	ATH-2	ATH2-1				x	x	x	x	
		ATH2-2				x	x	x	x	
		ATH2-3				x	x	x	x	
	ATH-3	ATH3-1				x	x	x	x	
		ATH3-2				x	x	x	x	
		ATH3-3				x	x	x	x	
		ATH3-4				x	x	x	x	
	ATH-4	ATH4-1				x	x	x	x	
		ATH4-2				x	x	x	x	
		ATH4-3				x	x	x	x	
		ATH4-4				x	x	x	x	
		ATH4-5				x	x	x	x	
	ATH-5	ATH5-1					x	x	x	
		ATH5-2					x	x	x	
	ATH-6	ATH6-1						x	x	
		ATH6-2						x	x	
	ATH-7	ATH7-1					x	x	x	
		ATH7-2					x	x	x	
		ATH7-3					x	x	x	
		ATH7-4					x	x	x	
		ATH7-5					x	x	x	
		ATH7-6					x	x	x	
		ATH7-7					x	x	x	
	Atención de emergencias	EMG-1	EMG1-1			x	x	x	x	x
			EMG1-2			x	x	x	x	x
EMG1-3					x	x	x	x	x	
EMG1-4						x	x	x	x	
EMG1-5					x	x	x	x	x	
EMG1-6			x	x	x	x	x	x	x	
EMG-2		EMG2-1			x	x	x	x	x	
		EMG2-2			x	x	x	x	x	
		EMG2-3				x	x	x	x	



Macroprocesos	Estándares	Criterios de calificación aplicables	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	
		EMG2-4			x	x	x	x	x	
		EMG2-5				x	x	x	x	
	EMG-3	EMG3-1			x	x	x	x	x	
		EMG3-2			x	x	x	x	x	
		EMG3-3			x	x	x	x	x	
Atención quirúrgica	ATQ-1	ATQ1-1					x	x	x	
		ATQ1-2					x	x	x	
		ATQ1-3					x	x	x	
		ATQ1-4					x	x	x	
		ATQ1-5					x	x	x	
	ATQ-2	ATQ2-1						x	x	x
		ATQ2-2						x	x	x
		ATQ2-3						x	x	x
		ATQ2-4						x	x	x
	ATQ-3	ATQ3-1						x	x	x
		ATQ3-2						x	x	x
		ATQ3-3						x	x	x
		ATQ3-4						x	x	x
		ATQ3-5						x	x	x
		ATQ3-6						x	x	x
		ATQ3-7						x	x	x
		ATQ3-8						x	x	x
		ATQ3-9						x	x	x
		ATQ3-10						x	x	x
		ATQ3-11						x	x	x
	ATQ-4	ATQ4-1						x	x	x
		ATQ4-2						x	x	x
		ATQ4-3						x	x	x
ATQ4-4							x	x	x	
Docencia e Investigación	DIV-1	DIV1-1						x	x	
		DIV1-2						x	x	
		DIV1-3						x	x	
		DIV1-4						x	x	
		DIV1-5						x	x	
		DIV1-6								x
		DIV1-7							x	x
		DIV1-8							x	x
		DIV1-9							x	x
	DIV-2	DIV2-1						x	x	



E.M. CHIOTTI K.



Macroprocesos	Estándares	Criterios de calificación aplicables	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1
		DIV2-2						x	x
		DIV2-3						x	x
		DIV2-4						x	x
		DIV2-5						x	x
		DIV2-6						x	x
Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento	ADT-1	ADT1-1			x	x	x	x	x
		ADT1-2			x	x	x	x	x
	ADT-2	ADT2-1			x	x	x	x	x
		ADT2-2			x	x	x	x	x
	ADT-3	ADT3-1			x	x	x	x	x
		ADT3-2			x	x	x	x	x
		ADT3-3					x	x	x
		ADT3-4					x	x	x
		ADT3-5					x	x	x
		ADT3-6					x	x	x
ADT3-7						x	x	x	
Admisión y alta	ADA-1	ADA1-1	x	x	x	x	x	x	x
		ADA1-2	x	x	x	x	x	x	x
		ADA1-3		x	x	x	x	x	x
		ADA1-4				x	x	x	x
		ADA1-5		x	x	x	x	x	x
	ADA-2	ADA2-1				x	x	x	x
		ADA2-2				x	x	x	x
		ADA2-3				x	x	x	x
		ADA2-4				x	x	x	x
		ADA2-5				x	x	x	x
		ADA2-6				x	x	x	x
		ADA2-7				x	x	x	x
		ADA2-8					x	x	x
	ADA-3	ADA3-1					x	x	x
		ADA3-2					x	x	x
ADA-4	ADA4-1					x	x	x	
Referencia y contrarreferencia	RCR-1	RCR1-1	x	x	x	x	x	x	x
		RCR1-2	x	x	x	x	x	x	x
		RCR1-3			x	x	x	x	x
		RCR1-4	x	x	x	x	x	x	x
	RCR-2	RCR2-1			x	x	x	x	x
		RCR2-2				x	x	x	x
	RCR-3	RCR3-1		x	x	x	x	x	x



Vallejos S.



E.M. CHIRRETTI K.




V. Zumaran A.



Magly García B.



Calderón Y.

Macroprocesos	Estándares	Criterios de calificación aplicables	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1
		RCR3-2		x	x	x	x	x	x
		RCR3-3	x	x	x	x	x	x	x
		RCR3-4	x	x	x	x	x	x	x
	RCR-4	RCR4-1	x	x	x	x	x		
		RCR4-2	x	x	x	x	x		
		RCR4-3	x	x	x	x	x		
Gestión de medicamentos	GMD-1	GMD1-1	x	x	x	x	x	x	x
		GMD1-2	x	x	x	x	x	x	x
		GMD1-3	x	x	x	x	x	x	x
		GMD1-4	x	x	x	x	x	x	x
		GMD1-5				x	x	x	x
	GMD-2	GMD2-1			x	x	x	x	x
		GMD2-2			x	x	x	x	x
		GMD2-3			x	x	x	x	x
		GMD2-4		x	x	x	x	x	x
		GMD2-5				x	x	x	x
	GMD-3	GMD3-1			x	x	x	x	x
		GMD3-2			x	x	x	x	x
		GMD3-3		x	x	x	x	x	x
		GMD3-4		x	x	x	x	x	x
		GMD3-5					x	x	x
Gestión de la información	GIN-1	GIN1-1	x	x	x	x	x	x	x
		GIN1-2			x	x	x	x	x
		GIN1-3	x	x	x	x	x	x	x
		GIN1-4	x	x	x	x	x	x	x
		GIN1-5	x	x	x	x	x	x	x
		GIN1-6					x	x	x
		GIN1-7					x	x	x
		GIN1-8					x	x	x
	GIN-2	GIN2-1			x	x	x	x	x
		GIN2-2			x	x	x	x	x
	GIN-3	GIN3-1		x	x	x	x	x	x
		GIN3-2		x	x	x	x	x	x
		GIN3-3		x	x	x	x	x	x
GIN3-4						x	x	x	
Descontaminación, Limpieza, desinfección, Esterilización ( OLDE)	OLDE-1	OLDE1-1	x	x	x	x	x	x	x
		OLDE1-2			x	x	x	x	x
		OLDE1-3				x	x	x	x
	OLDE-2	OLDE2-1				x	x	x	x



E.M. CHOTTI K.



Macroprocesos	Estándares	Criterios de calificación aplicables	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	
		OLDE2-2					X	X	X	
		OLDE2-3		X	X	X	X	X	X	
		OLDE2-4				X	X	X	X	
		OLDE2-5				X	X	X	X	
		OLDE2-6				X	X	X	X	
		OLDE3	OLDE3-1				X	X	X	X
		OLDE3-2				X	X	X	X	
		OLDE3-3				X	X	X	X	
		OLDE3-4				X	X	X	X	
	OLDE4	OLDE4-1			X	X	X	X	X	
		OLDE4-2	X	X	X	X	X	X	X	
		OLDE4-3			X	X	X	X	X	
		OLDE4-4	X	X	X	X	X	X	X	
	Manejo del riesgo social	MRS-1	MRS1-1			X	X	X	X	X
			MRS1-2			X	X	X	X	X
			MRS1-3				X	X	X	X
MRS1-4						X	X	X	X	
MRS-2		MRS2-1	X	X	X	X	X	X	X	
		MRS2-2	X	X	X	X	X	X	X	
Nutrición y dietética	NYD-1	NYD1-1					X	X	X	
		NYD1-2					X	X	X	
		NYD1-3					X	X	X	
		NYD1-4					X	X	X	
		NYD1-5					X	X	X	
		NYD1-6					X	X	X	
	NYD-2	NYD2-1					X	X	X	
		NYD2-2					X	X	X	
		NYD2-3					X	X	X	
		NYD2-4					X	X	X	
Gestión de insumos y materiales	GIM-1	GIM1-1	X	X	X	X	X	X	X	
		GIM1-2	X	X	X	X	X	X	X	
		GIM1-3				X	X	X	X	
		GIM1-4				X	X	X	X	
	GIM-2	GIM2-1	X	X	X	X	X	X	X	
		GIM2-2	X	X	X	X	X	X	X	
		GIM2-3	X	X	X	X	X	X	X	
		GIM2-4				X	X	X	X	



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*

E.M. CHOCITI K.



V. Zumaran A.



Magly García B.



J. Calderón Y.

Macroprocesos	Estándares	Criterios de Calificación aplicables	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1
Gestión de equipos e infraestructura	EIF-1	EIF1-1	x	x	x	x	x	x	x
		EIF1-2			x	x	x	x	x
		EIF1-3				x	x	x	x
		EIF1-4		x	x	x	x	x	x
		EIF1-5			x	x	x	x	x
		EIF1-6	x	x	x	x	x	x	x
		EIF1-7			x	x	x	x	x
		EIF1-8			x	x	x	x	x
		EIF1-9			x	x	x	x	x
	EIF-2	EIF2-1			x	x	x	x	x
		EIF2-2			x	x	x	x	x
		EIF2-3				x	x	x	x
	<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>361</b>	<b>113</b>	<b>229</b>	<b>296</b>	<b>254</b>	<b>328</b>	<b>341</b>



Vallejos S.



E.M. CHOTTI K.



V. Zumaran A.



Magly García R.



J. Calderón Y.



**Ministerio de Salud**  
Personas que atendemos personas

Dirección de Calidad en Salud

# Listado de Estándares de Acreditación

Para Establecimientos de Salud del nivel I-1 a nivel III-1

Versión 02

Lima, Mayo de 2007



Vallejos S.



E.M. CHIOTTI K.



Zumaran A.



Magly García B.



J. Calderón Y.

Macroproceso 1: Direccionamiento (DIR)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización despliega con eficacia los planes estratégico, operativo y de contingencia contribuyendo al desarrollo armónico de los servicios que la componen y al mejoramiento continuo, con la finalidad de brindar mejores servicios a los pacientes según prioridades sanitarias identificadas.

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
DIR.1	El establecimiento de salud define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y éstos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	Disponibilidad Eficacia	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales  R.M. N° 511-2005/MINSA, que aprueba las Guías de Práctica Clínica en Emergencia en Pediatría  R.M. N° 516-2005/MINSA, que aprueba las Guías de Práctica Clínica en Emergencia en el Adulto  R.M. N° 1001-2005/MINSA, que aprueba la Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud	DIR1-1	El establecimiento ha formulado participativamente y difundido su plan estratégico (misión, visión, políticas institucionales, objetivos y metas).  0: No ha formulado participativamente; 1: Ha formulado participativamente y no lo ha difundido; 2: Ha formulado participativamente y difundido
				DIR1-2	La Dirección del establecimiento de salud asegura que las unidades de atención/servicios/departamentos formulen, implementen y evalúen actividades concordantes con el plan operativo institucional.  0: Asegura que formulen 1: Asegura que formulen e implementen, pero no evalúa; 2: Asegura que formulen, implementen y evalúen.
				DIR1-3	Los planes estratégico, operativo y de contingencia se elaboran, conservan y actualizan según un procedimiento documentado.  0: No se elaboran o se elaboran según procedimiento documentado 1: Se elaboran, conservan de acuerdo a procedimiento documentado y no se actualizan; 2: Cumple con lo establecido.
				DIR1-4	Se han identificado las principales necesidades de salud de los usuarios del establecimiento por etapas de vida.  ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA 0: No han identificado; 1: Sólo han identificado algunas necesidades de salud 2: Tiene identificadas las necesidades para todas las etapas de vida que atiende.
				DIR1-5	El establecimiento ha formulado el análisis de la situación de salud con la participación de las autoridades regionales/locales para definir el direccionamiento de la atención sanitaria y el desarrollo de sus servicios.  ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA 0: No ha sido formulado; 1: Ha sido formulado pero no participativamente; 2: Ha sido formulado participativamente.



Vallejos S.



V. Zúmaran A.



M. García B.



J. Calderón Y.

Macroproceso 1: Direccionamiento (DIR)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización despliega con eficacia los planes estratégico, operativo y de contingencia contribuyendo al desarrollo armónico de los servicios que la componen y al mejoramiento continuo, con la finalidad de brindar mejores servicios a los pacientes según prioridades sanitarias identificadas.

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				DIR1-6 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA	Los resultados de las mediciones de las funciones obstétricas neonatales realizadas en los últimos dos semestre están dentro de los niveles esperados para el establecimiento de salud.  0: Todas las mediciones están por debajo de lo esperado; 1: Algunas mediciones están en el nivel esperado; 2: Todas las mediciones del periodo están en los niveles esperados.
				DIR1-7	La Dirección del establecimiento de salud asegura la adhesión del personal a las guías de práctica clínica para la atención de las prioridades sanitarias en el ámbito nacional y/o regional.  0: La adhesión del personal es menor al 50%; 1: La adhesión del personal está entre el 50% y el 80%; 2: Logra adhesión mayor al 80%.
				DIR1-8 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA	La Dirección del establecimiento de salud define sus metas respecto a las estrategias nacionales y regionales y las incluye en el POA (Plan Operativo Anual).  0: Define sus metas para menos del 50% de las estrategias 1: Define sus metas para el 50 y 80% de las estrategias; 2: Define para más del 80% de las estrategias.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*  
E.M. CHOTTIC



V. Zumaran A.



Maghy García B.



J. Calderón Y.

**Macroproceso 1: Direccionamiento (DIR)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si la organización despliega con eficacia los planes estratégico, operativo y de contingencia contribuyendo al desarrollo armónico de los servicios que la componen y al mejoramiento continuo, con la finalidad de brindar mejores servicios a los pacientes según prioridades sanitarias identificadas.

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
DIR.2	Las actividades del plan son asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han mejorado la atención de los usuarios externos.	Eficacia Eficiencia	LEY N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General  R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	DIR2-1	Las actividades de los planes estratégico, operativo y de contingencias son asignadas formalmente a los responsables de cada unidad/área/servicio del establecimiento de salud.  0: No son asignadas formalmente; 1: Asignadas formalmente en forma parcial; 2: Asignadas en su totalidad.
				DIR2-2	Los responsables dan cuenta de los resultados de las actividades contenidas en los planes estratégico, operativo y de contingencia en espacios de participación según lo establecido.  0: No dan cuenta; 1: Dan cuenta parcialmente o solo institucionalmente; 2: Dan cuenta en los espacios de participación establecidos.
				DIR2-3	El establecimiento de salud cumple con los resultados esperados en el Plan Operativo Anual a la fecha de evaluación.  0: Cumple menos del 60% del nivel esperado; 1: Cumple entre el 60% y 80%; 2: Cumple más del 80% del nivel esperado.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*

EMBAJADOR



V. Zumarán A.



Magill García B.



J. Calderón Y

## Macroproceso 2: Gestión de Recursos Humanos (GRH)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización está orientada a gestionar al recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
GRH.1	El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	Disponibilidad Eficacia	D. Leg. N° 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa  R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	GRH1-1	El establecimiento de salud cumple con los procedimientos de incorporación del recurso humano y se orienta a cubrir las competencias requeridas en el manual de organización y funciones.  0: No cumple; 1: Cumple, pero no siempre está sustentado en el manual de organización y funciones; 2: Cumple con lo establecido.
				GRH1-2	El establecimiento de salud tiene definido el procedimiento de inducción del personal y se cumple con todos los trabajadores nuevos.  0: No ha definido; 1: Define pero no cumple al 100%; 2: Define y cumple al 100%.
				GRH1-3	El establecimiento de salud ha definido formalmente las funciones de todos los trabajadores y lo comunica de acuerdo al cargo que ocupa.  0: Define para algunos puestos y no comunica; 1: Define formalmente para todos los puestos de trabajo, y no comunica; 2: Define para todos los puestos de trabajo y comunica formalmente.
				GRH1-4	Las jefaturas de servicios/ departamentos/ áreas/ unidades analizan los resultados de productividad individual de acuerdo a los estándares establecidos por la autoridad del establecimiento.  0: No analizan 1: Algunos analizan 2: Todos analizan.
GRH.2	El(los) equipo(s) del establecimiento de salud participan en las decisiones y análisis de la situación institucional.	Trabajo en equipo Transparencia Eficacia	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	GRH2-1	Los trabajadores de salud se organizan en equipos multidisciplinarios, por servicios, unidades o procesos, para reunirse periódicamente y realizar una reflexión de su práctica relacionada con la situación institucional.  0: No se organizan 1: Se organizan y no se reúnen; 2: Cumplen con todo lo establecido.



Macroproceso 2: Gestión de Recursos Humanos (GRH)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización está orientada a gestionar al recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				GRH2-2	Los equipos de trabajo del establecimiento de salud identifican problemas, proponen soluciones y participan en las decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos:  0: Sólo identifican; 1: Identifican y proponen; 2: Identifican, proponen y participan en las decisiones.
GRH.3	El establecimiento de salud dispone de medidas de seguridad para la salud del personal.	Seguridad	Ley General de Salud N°26842 N T N° 015 - MINSAL / DGSP - V.01 Manual de Bioseguridad R.M. N° 179-2005/MINSAL Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias.	GRH3-1	El establecimiento de salud facilita medidas de bioseguridad para el manejo del paciente con enfermedades transmisibles, así como otras acciones para cautelar la salud del personal asistencial.  0: No facilita; 1: Facilita pero no cubre a todos a los trabajadores de áreas de riesgo; 2: Facilita y cubre a todos.
				GRH3-2	Todo recurso humano del establecimiento debe estar protegido con algún tipo de seguro de salud básico.  0: El personal no está protegido 1: El 80% del personal está protegido 2: El 100% está protegido.
GRH.4	El establecimiento de salud garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.	Competencia técnica  Eficacia	R. M. N° 111-2005/MINSAL que aprueba los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud	GRH4-1 ESPECÍFICO PARA SECTOR PÚBLICO	El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano para que brinde servicios según el MAIS, priorizando el enfoque de promoción de la salud.  0: No cuenta con un plan 1: Cuenta con un plan pero no ejecuta 2: Cuenta con un plan y lo ejecuta.
				GRH4-2	El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano, orientado a lograr los objetivos institucionales.  0: No cuenta con un plan 1: Cuenta con un plan pero no ejecuta 2: Cuenta con un plan y lo ejecuta.

  
 Vallejos S.  
  
 E.M. CIRIOTTA  
  
  
 V. Zumarán A.  
  
 Mag. García B.  
  
 J. Calderón Y.

Macroproceso 2: Gestión de Recursos Humanos (GRH)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización está orientada a gestionar el recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				GRH4-3	<p>El establecimiento de salud garantiza que su personal ha sido capacitado en deberes y derechos de los usuarios y ha desarrollado una o más herramientas para evaluar su comprensión y cumplimiento.</p> <p>0: El personal no ha sido capacitado 1: El personal ha sido capacitado pero el establecimiento no ha desarrollado herramientas para evaluar su comprensión y cumplimiento 2: Cumple con todo lo establecido.</p>



Vallejos S.



E.M. Chontán



V. Zumaran A.



J. Calderón Y.



Magly García B.

**Macroproceso 3: Gestión de la Calidad (GCA)**

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización implementa prácticas de calidad orientadas a la búsqueda permanente de la satisfacción de las expectativas de los usuarios y trabajadores, así como al cumplimiento de los objetivos institucionales y sectoriales.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
GCA.1	El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.	Eficacia Trabajo en equipo	D. S. N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo  R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud  R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	GCA1-1	El establecimiento cuenta con un responsable de la calidad formalmente designado y capacitado para cumplir sus funciones.  0: No se cuenta; 1: Está formalmente designado pero no está capacitado; 2: Cumple con todo lo establecido.
				GCA1-2	Los diversos servicios o unidades funcionales cuentan con personal capacitado para realizar procesos de mejoramiento continuo de la calidad.  0: No cuenta con personal; 1: El personal que ejecuta estos procesos no está capacitado; 2: Cumple con todo lo establecido.
				GCA1-3	El establecimiento cuenta con equipos de mejoramiento continuo de la calidad constituidos y cumplen actividades según planificación.  0: No cuenta; 1: Cuenta pero no cumplen actividades según lo planificado 2: Cumple con todo lo establecido.
				GCA1-4	El establecimiento tiene procedimientos documentados de los procesos asistenciales y administrativos priorizados con la finalidad de realizar un seguimiento continuo y establecer ciclos de mejora continua de la calidad.  0: No se cuenta; 1: Se cuenta para procesos asistenciales o administrativos; 2: Cumple con todo lo establecido.
				GCA1-5	Existe un programa de gestión o mejora de la calidad para la organización que responde a las necesidades de usuarios internos y externos.  0: No se cuenta; 1: Se cuenta y está orientado a un solo tipo de usuario ; 2: Cumple con todo lo establecido.



Vallejos S.



E.M. GHOTTIER



V. Zumaran A.



Magly García B.



J. Calderón Y.



Macroproceso 3: Gestión de la Calidad (GCA)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización implementa prácticas de calidad orientadas a la búsqueda permanente de la satisfacción de las expectativas de los usuarios y trabajadores, así como al cumplimiento de los objetivos institucionales y sectoriales.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
GCA.2	El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.	Eficacia Oportunidad Transparencia Información	Ley N° 27604, ley que modifica la Ley General de Salud N° 27842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencia y partos	GCA2-1	El establecimiento ha definido e implementa uno o varios mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de sus usuarios (buzón, encuestas, grupos focales, etc.)  0: No ha definido; 1: Ha definido pero no están implementados; 2: Cumple con todo lo establecido.
				GCA2-2	El establecimiento de salud tiene documentado el proceso para analizar y responder a las quejas y reclamos de los usuarios (metodologías, instrumentos y periodicidad), para lo cual cumple con los pasos requeridos.  0: No está documentado; 1: Cuenta con el procedimiento documentado pero cumple parcialmente con los pasos; 2: Cumple con todo lo establecido.
				GCA2-3	El establecimiento tiene definido y difunde el paquete de información del proceso de atención que brindará a sus usuarios y es adecuado culturalmente según realidades locales.  0: No ha definido; 1: Ha definido pero no ha sido difundida o no está adecuado culturalmente; 2: Cumple con todo lo establecido.
				GCA2-4	Se han establecido e implementan mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios en los diversos servicios o áreas de atención.  0: No se ha establecido; 1: Se ha establecido (documentado) pero no se implementan; 2: Cumple con todo lo establecido



*[Handwritten signature]*  
E. M. CHINTEPA



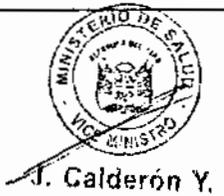
**Macroproceso 3: Gestión de la Calidad (GCA)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si la organización implementa prácticas de calidad orientadas a la búsqueda permanente de la satisfacción de las expectativas de los usuarios y trabajadores, así como al cumplimiento de los objetivos institucionales y sectoriales.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				GCA2-5	Se identifican periódicamente las principales barreras de acceso de los usuarios a los servicios (pueden ser de tipo geográfico, arquitectónico, económico, cultural u organizacional), se documenta su análisis y se identifican acciones factibles de implementar desde la institución.  0: No se han identificado; 1: Se han identificado pero no se han establecido acciones para superarlas 2: Cumple con todo lo establecido.
				GCA2-6	Se desarrollan acciones para disminuir las barreras de acceso de los usuarios que dependen del establecimiento de salud de acuerdo con lo identificado.  0: No se ha desarrollado; 1: Se ha desarrollado menos del 80% de acciones identificadas; 2: Se ha desarrollado más del 80% de lo identificado.
				GCA2-7	El establecimiento de salud muestra en un lugar visible su cartera de servicios y el cronograma de atención con responsables.  0: No muestra; 1: No válido; 2: Cumple con todo lo establecido.
				GCA2-8	El establecimiento tiene fluxogramas de atención general, por servicios y señalización.  0: No tiene fluxograma ni señalización; 1: Tiene parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido.
				GCA2-9	El establecimiento tiene publicado los derechos de los pacientes en las zonas de contacto (emergencia, consulta externa, hospitalización).  0: No tiene publicado en ninguna parte; 1: Tiene publicado sólo en emergencia; 2: Cumple con todo lo establecido.



*[Handwritten signature]*



Macroproceso 3: Gestión de la Calidad (GCA)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización implementa prácticas de calidad orientadas a la búsqueda permanente de la satisfacción de las expectativas de los usuarios y trabajadores, así como al cumplimiento de los objetivos institucionales y sectoriales.

Código	Estandar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
GCA.3	El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora	Efectividad  Información completa	D. S. N° 013-2006-SA que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo  R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud	GCA3-1	El establecimiento evalúa la satisfacción del usuario interno y externo por lo menos semestralmente.  0: No evalúa 1: Evalúa anualmente; 2: Cumple lo establecido
				GCA3-2	Se cuantifica el porcentaje de quejas o reclamos atendidos oportunamente y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.  0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por encima de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados.
				GCA3-3	Se cuantifica el porcentaje de usuarios que recibieron buen trato durante la atención y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.  0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados.
				GCA3-4	Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron que la información recibida en la atención es entendible y completa y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.  0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados.
				GCA3-5	Se cuantifica el porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.  0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados.
				GCA3-6	Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.  0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados.



Macroproceso 3: Gestión de la Calidad (GCA)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización implementa prácticas de calidad orientadas a la búsqueda permanente de la satisfacción de las expectativas de los usuarios y trabajadores, así como al cumplimiento de los objetivos institucionales y sectoriales.



Vallejos S.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				GCA3-7	Se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.  0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados.
				GCA3-8	El establecimiento mantiene por lo menos un proceso de atención priorizado producto de la implementación de los proyectos de mejora.  0: No mantiene ninguno; 1: Mantiene pero no como producto de la implementación de los proyectos de mejora; 2: Cumple con todo lo establecido.

E. M. CHOTTIK.

V. Zumaran A.



V. Zumaran A.



Maghy Garcia B.

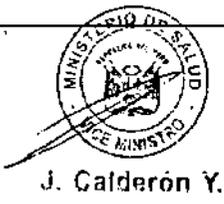


J. Calderón Y.

Macroproceso 4: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)

Objetivo y alcance: Evaluar si el establecimiento realiza acciones para controlar infecciones, eventos adversos, desecho de residuos sólidos y la salud ocupacional del personal que realiza procedimientos a pacientes con la finalidad de minimizar los riesgos de que ambos (pacientes y personal) adquieran nuevas afecciones.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
MRA.1	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	Disponibilidad  Eficacia  Seguridad	R.M. N° 597-2006/MINSA que aprueba la N.T. N° 022-MINSA/DGSP v.02, "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"  R.M. N° 179-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias  R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008	MRA1-1	El establecimiento de salud ha definido responsables por servicios/áreas para el manejo de los riesgos de la atención, realiza acciones y las documenta  0: No los tiene definidos; 1: Tiene definidos pero no realiza acciones o no las documenta; 2: Cumple con lo establecido.
				MRA1-2	El establecimiento de salud cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica operativa de acuerdo con normas vigentes  0: No cuenta; 1: Cuenta, aunque no siempre está operativo; 2: Cumple con todo lo establecido.
				MRA1-3	El establecimiento de salud realiza reuniones de análisis de la gestión de riesgos de los procesos de atención y propone mecanismos para disminuir su ocurrencia.  0: No realiza reuniones 1: Se dan reuniones, las documenta pero no propone mecanismos para disminuir su ocurrencia; 2: Cumple con todo lo establecido.
				MRA1-4	Se cuenta con un sistema operativo de vigilancia y respuesta frente a los eventos adversos de acuerdo con normas institucionales  0: No cuenta; 1: Se cuenta pero no está operativo; 2: Cumple con todo lo establecido.
				MRA1-5	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para hacer pública la información relevante de la gestión de riesgos de la atención y los cambios por efectuar  0: No cuenta 1: Cuenta con mecanismos pero no presentan los cambios a efectuar; 2: Cumple con todo lo establecido.
				MRA1-6	Se realiza periódicamente el análisis de cuán efectiva es la atención materna mediante indicadores propuestos para la organización según normas  0: No realiza; 1: Se realiza pero no de acuerdo a normatividad; 2: Cumple con todo lo establecido.



**Macroproceso 4: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si el establecimiento realiza acciones para controlar infecciones, eventos adversos, desecho de residuos sólidos y la salud ocupacional del personal que realiza procedimientos a pacientes con la finalidad de minimizar los riesgos de que ambos (pacientes y personal) adquieran nuevas afecciones.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				MRA1-7	El establecimiento de salud ha logrado una reducción sostenida de los casos de muertes maternas en los últimos cinco años (para casos de referencia, se considerará los casos de muerte materna en un periodo de atención mayor a 48 horas).  0: No ha logrado; 1: NO VALIDO; 2: Ha logrado una reducción sostenida.
				MRA1-8	El establecimiento de salud tiene definido el proceso de obtención del consentimiento informado para todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, los cuales se realizan previa información al paciente acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, así como los riesgos de no recibir tratamiento.  0: No tiene definido o tiene definido para algunos procedimientos; 1: Tiene definido y se realiza sin previa información al paciente; 2: Se cumple con lo establecido.
				MRA1-9	El consentimiento informado es diferenciado para niños, ancianos y adultos, así como personas con incapacidad temporal o permanente para dar por sí misma su consentimiento o cuando se trate de pacientes comatosos, con retardo mental, con estado psíquico alterado a través de la persona llamada legalmente a hacerlo.  0: No se cuenta; 1: NO VALIDO; 2: Cumple con lo establecido.
				MRA1-10	Se cuenta con un documento firmado por el paciente o por aquel llamado legalmente a hacerlo, cuando decide no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante.  0: No se cuenta; 1: Se cumple con lo establecido.
				MRA1-11	Se implementa una metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización.  0: No se implementa 1: Se implementa parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*

E.M. CHETTER



V. Gúmaran A.



Magly García B.



A. Calderón Y.



**Macroproceso 4: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si el establecimiento realiza acciones para controlar infecciones, eventos adversos, desecho de residuos sólidos y la salud ocupacional del personal que realiza procedimientos a pacientes con la finalidad de minimizar los riesgos de que ambos (pacientes y personal) adquieran nuevas afecciones.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
MRA.2	El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases.	Información  Seguridad	<p>Ley N° 26454, "Ley que declara de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana"</p> <p>R.M. N° 614-2004/MINSA, que aprueba las "Normas Técnicas del Sistema de Gestión de la Calidad del Programa Nacional de Hemoterapia y Banco de Sangres (PRONAHEBAS)"</p> <p>RM N° 237-98-SA/DM "Doctrina, Normas y Procedimientos del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre"</p> <p>R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008</p>	MRA2-1	Se realiza el análisis de la situación de la seguridad transfusional mediante indicadores acordes a las normas sectoriales  0: No se realiza; 1: Se realiza pero no se ajusta a la norma 2: Cumple con todo lo establecido.
				MRA2-2	El establecimiento de salud garantiza la utilización de sangre certificada y de donantes voluntarios según las normas  0: No garantiza 1: NO VALIDO; 2: Garantiza.
				MRA2-3	Se indican y aplican las medidas de seguridad para el manejo de medicamentos o insumos que pueden ser causantes de eventos adversos en la atención de urgencia, en hospitalización y salas de cirugía  0: No se indican 1: Se indican, pero no se aplican o se aplican parcialmente; 2: Cumple con todo.
				MRA2-4	Se emplea un mecanismo para identificar las placas radiográficas a fin de prevenir errores o confusiones por etiquetado  0: No se emplea 1: NO VALIDO; 2: Se emplea con lo establecido.
				MRA2-5	Se han establecido y aplican medidas dirigidas a prevenir errores o confusiones en procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos debidas a mala identificación de la persona o zona anatómica  0: No se han establecido 1: Han establecido y no aplican medidas; 2: Han establecido y aplican.
				MRA2-6	Se evalúa en el paciente hospitalizado el riesgo de desarrollar úlceras de presión y se llevan a cabo medidas preventivas  0: No se evalúa; 1: Se evalúa el riesgo, pero no se efectúan medidas preventivas; 2: Cumple con lo establecido.



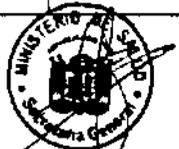
Vallejos S.

*[Handwritten signature]*

E.M. SUKOTIR.



Zumaran A.



Magly García B.



J. Calderón Y.

Macroproceso 4: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)

Objetivo y alcance: Evaluar si el establecimiento realiza acciones para controlar infecciones, eventos adversos, desecho de residuos sólidos y la salud ocupacional del personal que realiza procedimientos a pacientes con la finalidad de minimizar los riesgos de que ambos (pacientes y personal) adquieran nuevas afecciones.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				MRA2-7	Se evalúa en cada paciente hospitalizado, al ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar y se utilizan las medidas apropiadas para evitarlos  0: No se evalúa o se evalúa parcialmente; 1: Se evalúa el riesgo pero no se emplean medidas para evitarlas; 2: Cumple con lo establecido.
				MRA2-8	En el momento de la admisión, y posteriormente según indicación, se evalúa en el paciente susceptible el riesgo de aspiración y se aplican medidas preventivas  0: No se evalúa; 1: Se evalúa pero no según lo indicado o no se aplican las medidas preventivas; 2: Cumple con lo establecido.
				MRA2-9	Se evalúa en cada paciente susceptible, al ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar desnutrición y se utilizan medidas clínicas para evitarla  0: No se evalúa; 1: Se evalúa el riesgo de desarrollar desnutrición, pero no se emplean medidas para evitarla; 2: Cumple con lo establecido.
MRA.3	El establecimiento cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de infecciones	Seguridad  Eficacia	R.M. N° 179-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias	MRA3-1	Se emplean institucionalmente métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres  0: No se emplea 1: NO VALIDO 2: Se cumple con lo establecido.
				MRA3-2	Durante el preoperatorio, se evalúa el riesgo de infección del sitio quirúrgico en función de la intervención prevista y se aplica la profilaxis antibiótica correspondiente de acuerdo a las guías de prácticas clínicas (GPC) establecidas.  0: No se evalúa; 1: Se evalúa el riesgo de infección, pero no se da profilaxis antibiótica o esta profilaxis no corresponde a la GPC; 2: Cumple con lo establecido.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*

S.M. CHOTTY K.



V. Zúmaran A.



Macly García B.



J. Calderón Y.



**Macroproceso 4: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si el establecimiento realiza acciones para controlar infecciones, eventos adversos, desecho de residuos sólidos y la salud ocupacional del personal que realiza procedimientos a pacientes con la finalidad de minimizar los riesgos de que ambos (pacientes y personal) adquieran nuevas afecciones.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				MRA3-3	Se cuenta con dispensadores de soluciones antisépticas y papel toalla en todas las áreas de manejo de pacientes según normalidad  0: Se cuentan en menos del 50% de áreas; 1: Existen en menos del 90% de áreas; 2: Existen en el 90% o más de áreas.
				MRA3-4	Se cuenta con mecanismos de control y se evalúa el cumplimiento de las medidas de bioseguridad: lavado de manos, manejo de antisépticos y desinfectantes, manejo de la higiene hospitalaria, manejo de las precauciones universales con sangre y fluidos corporales.  0: No se cuenta con mecanismos de control 1: Se cuenta con mecanismos de control pero no se evalúa el cumplimiento de las medidas; 2: Cumple con lo establecido.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*

EMILIO GONZALEZ



V. Zumaran A.



Magly García R.



J. Calderón Y.

**Macroproceso 4: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si el establecimiento realiza acciones para controlar infecciones, eventos adversos, desecho de residuos sólidos y la salud ocupacional del personal que realiza procedimientos a pacientes con la finalidad de minimizar los riesgos de que ambos (pacientes y personal) adquieran nuevas afecciones.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
MRA.4	El establecimiento de salud cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión: recolección, análisis y reporte.	Disponibilidad  Información completa	R.M. N° 179-2005/MINSA En la que Aprueban Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias.  R.M. N° 753-2004/MINSA, que aprueban NT N° 020-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias	MRA4-1	El establecimiento dispone de un procedimiento para la vigilancia, seguimiento y manejo de los casos de infección intrahospitalaria.  0: No dispone de procedimiento; 1: Dispone pero no realiza vigilancia, seguimiento y manejo o los realiza parcialmente; 2: Se cumple con todo lo establecido.
				MRA4-2	El establecimiento de salud cuenta con información sobre la tasa de incidencia de infecciones intrahospitalarias y la vía de infección y reporta a los niveles correspondientes según norma.  0: No cuenta con la información o la tiene incompleta 1: Tienen la información pero no reporta; 2: Se cumple con lo establecido.
				MRA4-3	Se evalúa según normatividad el registro de infecciones, la identificación de las cepas prevalentes y la implementación de las normas de antibioticoterapia.  0: No se evalúa; 1: Se evalúa, pero no según norma; 2: Siempre se evalúa según lo establecido en la norma.
				MRA4-4	El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan estratégico de la institución y los objetivos son claros y medibles.  0: No está incorporado; 1: Está incorporado, pero los objetivos no están claros y/o no son medibles; 2: Está incorporado y los objetivos son claros y medibles.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*

Director General



V. Zumaran A.



Magly Garcia-B.



J. Calderón Y.

Macroproceso 4: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)

Objetivo y alcance: Evaluar si el establecimiento realiza acciones para controlar infecciones, eventos adversos, desecho de residuos sólidos y la salud ocupacional del personal que realiza procedimientos a pacientes con la finalidad de minimizar los riesgos de que ambos (pacientes y personal) adquieran nuevas afecciones.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
MRA.5	El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.	Competencia técnica	R.M. N° 179-2005/MINSA En la que aprueban Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias.	MRA5-1	El personal profesional de enfermería cuenta y aplica las guías de atención de enfermería por servicios y están actualizadas.  0: No cuenta 1: Cuenta, pero no aplica o aplica parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.
		Seguridad		MRA5-2	El personal profesional de enfermería elabora, aplica un plan de atención de enfermería y registra los procedimientos realizados.  0: No elabora; 1: Elabora, pero no aplica o no registra; 2: Elabora, aplica y registra.
		Eficacia	R.M. N° 616-2003/SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales  R.M. N° 753-2004/MINSA, que aprueban NT N° 020-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias  LEY N° 27669: Ley del Trabajo de la Enfermera(o)	MRA5-3	El personal profesional de enfermería asegura la administración correcta de medicamentos (via, dosis, paciente, hora y medicamento).  0: No asegura; 1: NO VALIDO; 2: Cumple con todo lo establecido.
		Información		MRA5-4	El personal profesional de enfermería identifica, reporta y registra todos los eventos adversos ocurridos en los pacientes  0: No identifica; 1: Identifica y no reporta o no registra; 2: Cumple con lo indicado.
		Mejora continua		MRA5-5	El personal de enfermería realiza acciones de mejora para aquellas condiciones causantes de eventos adversos que dependen de su personal  0: No realiza; 1: A veces realiza según caso de eventos adversos; 2: Siempre realiza según caso de eventos adversos.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*  
E.M. DIRECTOR



Zumaran A.



Magly García B



J. Calderón Y.

Macroproceso 4: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)

Objetivo y alcance: Evaluar si el establecimiento realiza acciones para controlar infecciones, eventos adversos, desecho de residuos sólidos y la salud ocupacional del personal que realiza procedimientos a pacientes con la finalidad de minimizar los riesgos de que ambos (pacientes y personal) adquieran nuevas afecciones.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
MRA.6	El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	Seguridad	R.M. N° 510-2005. Manual de Salud Ocupacional.	MRA6-1	El personal usa indumentaria de protección que cumple las normas de bioseguridad para sus labores acorde a los riesgos existentes en su área de trabajo según normas  0: Usa menos de 60% del personal; 1: Usa del 60 al 80%; 2: Usa el 100%.
		Eficacia	R.M. N° 753-2004/MINSA Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias	MRA6-2	Existen cartillas visibles de bioseguridad en todos los ambientes de atención  0: No existen o no están visibles; 1: Existen parcialmente y están visibles; 2: Cumple con lo establecido.
		Oportunidad	RM1472-2002 SA/DM Manual de Aislamiento Hospitalario	MRA6-3	La provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación y lavado, se realiza según procedimientos documentados  0: No se cumple procedimientos; 1: Se cumplen procedimientos parcialmente; 2: Se cumple con lo establecido.
			RM 452-2003 SA/DM Guía Post exposición a los virus de inmunodeficiencia humana, hepatitis B y C en los trabajadores de salud.	MRA6-4	La provisión de materiales e insumos de bioseguridad se realiza de acuerdo a la normatividad.  0: No se realiza de acuerdo a normas; 1: Cumple parcialmente las normas; 2: Se cumple con lo establecido.
				MRA6-5	Se reportan, registran y toman acciones inmediatas con el personal frente a un accidente punzocortante según la evaluación del riesgo.  0: No se reportan; 1: Se reportan o registran parcialmente, pero no se toman acciones inmediatas; 2: Se cumple con lo establecido.
				MRA6-6	En el establecimiento existen instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las precauciones por adoptarse, las cuales están disponibles en los respectivos servicios  0: No existen o existen parcialmente; 1: Existen pero no están disponibles; 2: Se cumple con lo establecido.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*

E.M. CHINCHI



V. Zumaran A.



M. García B.



J. Calderón Y.

**Macroproceso 4: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si el establecimiento realiza acciones para controlar infecciones, eventos adversos, desecho de residuos sólidos y la salud ocupacional del personal que realiza procedimientos a pacientes con la finalidad de minimizar los riesgos de que ambos (pacientes y personal) adquieran nuevas afecciones.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				MRA6-7	El establecimiento de salud, en base al mapa de riesgos, implementa programas preventivos contra hepatitis B, tuberculosis, otras patologías infecciosas, VIH/SIDA, radioactividad, explosiones e incendios.  0: Se implementan programas para menos del 50% de los riesgos según mapa; 1: Se implementan para el 50% y 80% de riesgos y/o procedimientos parcialmente; 2: Se implementan para más del 80% de riesgos.
				MRA6-8	Los trabajadores de las áreas de riesgo cumplen con procesos y procedimientos para realizar la descontaminación al finalizar su jornada laboral.  0: No cumplen 1: Cumplen con los procesos parcialmente; 2: Cumplen con lo establecido.
				MRA6-9	El personal del establecimientos aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos, relativos al tipo de trabajo que realizan.  0: Aplica menos del 50% del personal; 1: Aplica del 50% al 80%; 2: Aplica más del 80%.
				MRA6-10	El establecimiento de salud garantiza la realización oportuna de los exámenes correspondientes y el tratamiento específico para el personal que sufre un accidente punzocortante.  0: No garantiza 1: NO VÁLIDO; 2: Garantiza el tratamiento y la realización oportuna de exámenes.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*  
E. MONTAÑA R.



V. Zumaran A.



Magdy García B.



J. Calderón Y.

**Macroproceso 4: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si el establecimiento realiza acciones para controlar infecciones, eventos adversos, desecho de residuos sólidos y la salud ocupacional del personal que realiza procedimientos a pacientes con la finalidad de minimizar los riesgos de que ambos (pacientes y personal) adquieran nuevas afecciones.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
MRA.7	El establecimiento de salud garantiza el control de desechos, residuos y disponibilidad de agua segura.	Disponibilidad Eficacia Seguridad	Ley N° 27314, Ley General de Residuos Sólidos  R. M. N° 217-2004/MINSA, NT N° 008 -MINSA/DGSP Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios.	MRA7-1	Se cuenta con el manual de procedimientos para la eliminación de residuos sólidos y estos son conocidos por el personal  0: No cuenta; 1: Cuenta pero no es conocido; 2: Cumple con lo establecido.
				MRA7-2	La recolección de residuos sólidos se realiza de acuerdo con la norma.  0: No realiza de acuerdo a la norma; 1: Se realiza pero cumple parcialmente con la norma; 2: Se cumple lo establecido.
				MRA7-3	El retiro, eliminación y disposición final de residuos se realiza de acuerdo con la norma vigente. 0: No realiza de acuerdo a la norma; 1: NO VALIDO; 2: Se cumple lo establecido.
				MRA7-4	El establecimiento garantiza la disponibilidad de agua segura en los procesos de atención. 0: No garantiza 1: NO VALIDO; 2: Cumple con lo establecido.
MRA.8	El establecimiento de salud y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura.	Disponibilidad Eficacia Seguridad	Decreto Ley N° 17752, Ley General de Aguas.	MRA8-1	El establecimiento de salud coordina acciones con el gobierno local para realizar los procedimientos de saneamiento básico y el derecho a suministro de agua segura a los usuarios internos y externo, garantizando el acceso a este servicio.  0: No coordina; 1: Coordina pero no se realizan los procedimientos; 2: Coordina y se realizan los procedimientos.
				MRA8-2	El establecimiento de salud en coordinación con el gobierno local participa en los procesos de edificación y mantenimiento de los pozos elevados.  0: No coordina; 1: Coordina pero no participa; 2: Coordina y participa.



*[Handwritten signature]*  
E. GARCÍA R.





Vallejos S.

**Macroproceso 4: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si el establecimiento realiza acciones para controlar infecciones, eventos adversos, desecho de residuos sólidos y la salud ocupacional del personal que realiza procedimientos a pacientes con la finalidad de minimizar los riesgos de que ambos (pacientes y personal) adquieran nuevas afecciones.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				MRA8-3 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA	El establecimiento de salud coordina con el gobierno local para informar y capacitar a la población sobre las medidas de saneamiento básico y agua segura.  0: No coordina; 1: Coordina, informa pero no capacita; 2: Coordina, informa y capacita.



E. MAGUIBETI K.



V. Zumaran A.



M. García B.



J. Calderón Y.

Macroproceso 5: Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)

Objetivo y alcance: Evaluar si el establecimiento de salud despliega los medios adecuados para afrontar las emergencias y desastres de manera eficaz y oportuna.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
GSD.1	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	Seguridad Oportunidad Eficacia	<p>D. S. N° 013-2000-PCM. Aprueba el Reglamento de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Defensa Civil.</p> <p>D.S. N° 100-2003-PCM. Modifican el Reglamento de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Defensa Civil.</p> <p>D.S. N° 074-2005-PCM. Manual para la ejecución de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Defensa Civil.</p> <p>R.M. N° 335-2005/MINSA Estándares Mínimos de Seguridad para Construcción, Ampliación, Rehabilitación, Remodelación, y Mitigación de Riesgos en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.</p> <p>R.M. N° 897-2005/MINSA/SA. Aprobación de la Norma Técnica de Salud 037-MIN SA/OGDN-V.01 para señalización de Seguridad de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.</p> <p>R.M. N° 861-95-SA/DM. Identificación y Señalización de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud</p> <p>NORMA TECNICA DE SALUD</p>	GSD1-1	El establecimiento de salud cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil, solicitado al gobierno local.  0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está vigente; 2: Cuenta y está vigente
				GSD1-2	El establecimiento de salud somete a evaluación de seguridad todas las obras de ampliación, rehabilitación, remodelación y reducción de riesgos y éstas cumplen con los estándares mínimos.  0: Menos del 50% de las obras cumplen con los estándares; 1: Entre el 50 a 80% de las obras cumplen con estándares; 2: Mas del 80% de las obras cumplen.
				GSD1-3	El establecimiento de salud cuenta con señales de seguridad en todas las áreas según los criterios y estándares establecidos en la norma  0: Menos del 50% de las áreas cuentan; 1: Entre 50 a 80% de las áreas cuentan 2: Más del 80% cuentan.
				GSD1-4	Se cuenta con señalización en buen estado que facilita la ubicación del establecimiento de salud y de la unidad de emergencia desde las vías de comunicación cercanas a éste.  0: No cuenta; 1: Cuenta con señalización pero en mal estado; 2: Cuenta y cumple con todo lo establecido.
				GSD1-5	Se ha señalado correctamente los conductos y tuberías de los fluidos peligrosos que existen.  0: No se ha señalado o se ha señalado parcialmente; 1: Se ha señalado pero no correctamente; 2: Cumple con todo lo establecido.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*  
E. ANDRÉS...



V. Comaran A.



Mag. García B.



J. Calderón Y.



**Macroproceso 5: Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si el establecimiento de salud despliega los medios adecuados para afrontar las emergencias y desastres de manera eficaz y oportuna.

Código	Estándar	Ambito relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
			(NTS) N° 037- MINSA/OGDN – V.01: Norma Técnica de Salud para señalización de seguridad de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo  D.S. 009-2005/TR, referente al Reglamento de Seguridad y Salud en el trabajo.	GSD1-6	El establecimiento ha identificado sus riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en todas sus áreas.  0: No ha identificado; 1: Solo ha identificado para las áreas críticas 2: Ha identificado para todas las áreas del establecimiento.
				GSD1-7	Las vías de ingreso a la Unidad de Emergencia están libres de barreras arquitectónicas o elementos que impiden la entrada o la salida.  0: No están libres; 1: NO VÁLIDO; 2: Cumple con todo lo establecido.
GSD.2	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	Eficacia  Efectividad  Trabajo en equipo	Ley N° 28551, que establece la obligación de elaborar y presentar Planes de contingencia.  R.M. N° 247-95-SA/DM. Disponen que los Hospitales del sector salud constituyan su respectivo Comité Hospitalario de Defensa Civil  R.M. N° 194-2005/MINSA. Brigadas del Ministerio de Salud para atención de desastres  R.M. N° 768-2004/MINSA. Procedimiento para Elaboración del Planes de Contingencia para Emergencias y Desastres Directiva N° 040-2004-OGDN/MINSA-V.01  R.M. N° 974-2004/MINSA. Procedimiento para la elaboración de Planes de Respuesta frente a Emergencias y Desastres	GSD2-1	El Comité Hospitalario de Defensa Civil está implementado y desarrolla su plan anual de actividades  0: No está implementado; 1: Está implementado pero no desarrolla plan; 2: Cumple con todo lo establecido
				GSD2-2	El establecimiento de salud cuenta con brigadas equipadas de lucha contra incendios, para evacuación y evaluación de daños  0: No cuenta; 1: Cuenta pero están parcialmente equipadas; 2: Cumple con todo lo establecido.
				GSD2-3	El establecimiento cuenta con un plan actualizado de emergencias y desastres que incluya un programa de respuesta (emergencia y contingencia) difundido entre el personal  0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no está actualizado ni difundido; 2: Cumple con todo lo establecido.
				GSD2-4	El establecimiento de salud cumple con implementar las acciones que le corresponden de acuerdo a lo establecido en los planes de contingencia y respuesta regional o local ante situaciones de emergencias y desastres  0: No cumple 1: Cumple pero no según lo planificado; 2: Cumple con todo lo establecido.
				GSD2-5	El establecimiento de salud participa en la implementación de los planes de respuesta regionales o locales ante situaciones de emergencias y desastres.  0: No participa; 1: NO VÁLIDO; 2: Cumple con todo lo establecido.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*

E.M. CRISTINA



V. Zumaran A.



Macy García B.



J. Calderón Y.

Macroproceso 5: Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)

Objetivo y alcance: Evaluar si el establecimiento de salud despliega los medios adecuados para afrontar las emergencias y desastres de manera eficaz y oportuna.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
			R.M. N° 996-2005/MINSA. Aprobación del Compendio de Guías de Intervenciones y Procedimientos de Enfermería en Emergencias y Desastres.	GSD2-6	Se revisa y actualiza el plan de respuesta ante las emergencias en forma periódica con las autoridades de Defensa Civil.  0: No es revisado; 1: Es revisado pero no está actualizado o no se hace con Defensa Civil; 2: Cumple con todo lo establecido.
				GSD2-7	El establecimiento de salud ha realizado al menos dos simulacros por año, durante los últimos 24 meses, para prevenir situaciones de emergencias y desastres basado en su plan de respuesta.  0: No realiza; 1: Realiza pero no en los periodos establecidos; 2: Cumple con todo lo establecido.
				GSD2-8	Se cuenta con guías de manejo de emergencias masivas y desastres que son de conocimiento del personal.  0: No cuenta o cuenta parcialmente; 1: Se cuenta pero no son de conocimiento del personal; 2: Cumple con lo establecido.
GSD.3	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	Seguridad	R.M. N° 517-2004/MINSA Declaratoria de Alertas en Situaciones de Emergencias y Desastres.	GSD3-1	Se adoptan las acciones pertinentes y se comunica a todo el personal la declaración de alertas por situaciones de emergencias y desastres  0: No se adoptan las acciones; 1: Se adoptan pero no se comunican; 2: Cumple todo lo establecido.
		Oportunidad			
		Disponibilidad	R.M. N° 343-2005/MINSA. Reglamento para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre	GSD3-2	El establecimiento de salud cuenta con el servicio de ambulancias y cumplen con los estándares mínimos de operación según normatividad.  0: No cuenta; 1: Cuenta pero las ambulancias no cumplen con la normativa; 2: Cumple con lo establecido.
		Trabajo en equipo	R. M. N° 953-2006/MINSA, Norma Técnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre	GSD3-3	Se cuenta con sistema de comunicación alternativo en caso falle el sistema telefónico del establecimiento de salud.  0: No se cuenta; 1: NO VÁLIDO; 2: Cumple con lo establecido.
		Eficacia	R.M. N° 751-2004, que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP Sistema de Referencia y Contrareferencia.	GSD3-4	El establecimiento cuenta con sistema alternativo que asegure la provisión de energía eléctrica a las áreas críticas, por 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública.  0: No se cuenta; 1: Si cuenta, pero no para todas las áreas críticas o cuenta por menos de 24 horas; 2: Cumple con lo establecido.



Vallejos S.

EMALCIB/111



V. Zamaran A.



Magly García B.



J. Calderón Y.



Macroproceso 5: Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)

Objetivo y alcance: Evaluar si el establecimiento de salud despliega los medios adecuados para afrontar las emergencias y desastres de manera eficaz y oportuna.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
		Efectividad		GSD3-5	El establecimiento cuenta con un sistema de almacenamiento de agua potable que asegure como mínimo 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corta la conexión a la red pública.  0: No se cuenta; 1: Cuenta pero no asegura provisión como mínimo 24 horas; 2: Cumple con todo lo establecido.
				GSD3-6	Se dispone de un stock de reserva de medicamentos, materiales e insumos médicos para la atención de emergencias y desastres de acuerdo a la población asignada o a demanda.  0: No se dispone de un stock o está incompleto; 1: NO VÁLIDO; 2: Cumple con todo lo establecido.

*[Handwritten signature]*  
E. GARCÍA P. A.



V. Zumarán A.

Magly García B.

J. Caiderón Y.

**Macroproceso 6: Control de la Gestión y Prestación (CGP)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si la organización da cumplimiento a la normatividad vigente dentro de las políticas organizacionales y en atención a las metas y objetivos previstos en los planes estratégicos, operativos y de contingencias



Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
CGP.1	El establecimiento de salud tiene definido mecanismos establecidos de auditoría, supervisión y evaluación.	Eficacia	R.M. N°474-2005/ MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01  R.M. N° 669-2005/ MINSA Norma Técnica de Supervisión Integral.	CGP1-1	Se cuenta con plan e instrumentos para realizar la auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación  0: No cuenta con plan ni instrumentos; 1: Cuenta con plan e instrumentos parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.
				CGP1-2	Se han establecido de manera consensuada con los responsables de las áreas o servicios los indicadores de control de la gestión y prestación, y se han fijado los niveles esperados para la institución  0: No se han establecido o se han establecido sin consenso; 1: Se han establecido de manera consensuada pero sólo para la gestión o prestación; 2: Cumple con lo establecido.

*[Handwritten signature]*  
E.M. GOTTI K.



V. Zumaran A.



Magly Garcia P



J. Calderón Y.

**Macroproceso 6: Control de la Gestión y Prestación (CGP)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si la organización da cumplimiento a la normatividad vigente dentro de las políticas organizacionales y en atención a las metas y objetivos previstos en los planes estratégicos, operativos y de contingencias

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación		
				Código criterio	Criterio	
CGP.2	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	Eficacia	R.M. N° 474-2005/ MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01	CGP2-1	El personal responsable de áreas y servicios está capacitado para realizar el proceso de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito de acción.  0: Menos del 50% del personal está capacitado 1: Del 50 al 80% del personal; 2: Está capacitado más del 80% de personal.	
		Efectividad		R.M. N° 669-2005/ MINSA Norma Técnica de Supervisión Integral.	CGP2-2	Se cuenta con un comité de auditoría capacitado y que realiza, auditoría de caso, en fallecidos y en casos de muerte materna.  0: No se cuenta con Comité; 1: Cuenta, está capacitado pero no realiza auditorías o realiza auditorías para uno de los dos casos; 2: Cumple con lo establecido.
		Mejora continua			CGP2-3	Se cuenta con información actualizada de los indicadores de la gestión y prestación, y sus valores están dentro de los estándares establecidos para la organización.  0: No se cuenta o no está actualizada; 1: Los valores no están dentro del nivel establecido para la institución; 2: Los valores están dentro de lo establecido para la institución.
			CGP2-4	El establecimiento de salud realiza acciones de evaluación de los procesos de gestión y prestación de acuerdo al plan establecido.  0: No realiza; 1: Realiza a solicitud o demanda (no programado); 2: Se realiza de acuerdo al plan establecido.		
			CGP2-5	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de la práctica clínica en las atenciones realizadas en emergencia.  0: No evalúa; 1: Evalúa parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido.		



Vallejos S.



E. M. Calderón Y.



V. Zumarán A.



Magly García B.



E. Calderón Y.

Macroproceso 6: Control de la Gestión y Prestación (CGP)

**Objetivo y alcance:** Evaluar si la organización da cumplimiento a la normatividad vigente dentro de las políticas organizacionales y en atención a las metas y objetivos previstos en los planes estratégicos, operativos y de contingencias

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				CGP2-6	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de práctica clínica en las atenciones obstétricas y neonatales de emergencia.  0: No evalúa; 1: Evalúa parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.
				CGP2-7	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan procesos de monitoreo y evaluación de la calidad y cumple con los estándares establecidos para la organización  0: No se realizan; 1: Se realizan y el nivel está por debajo de lo esperado; 2: Se realiza y el nivel está acorde o superior a lo esperado.
				CGP2-8	El establecimiento tiene identificados aspectos críticos de la prestación y gestión y se han establecido procesos de mejora.  0: No ha identificado aspectos críticos o los ha identificado parcialmente; 1: Los ha identificado pero no han establecido procesos de mejora; 2: Cumple con todo lo establecido.
				CGP2-9	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan auditorías de los procesos de atención y estos cumplen con los estándares establecidos para la organización.  0: No se realizan; 1: Se realizan auditorías y los procesos de atención no cumplen con los estándares; 2: Se realizan y los niveles están acordes o superiores a lo esperado.
				CGP2-10	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan supervisiones de los procesos de prestación y los resultados son los esperados para la organización.  0: No se realizan; 1: Se realizan y los resultados están por debajo de lo esperado; 2: Se realizan y los niveles están acordes o superiores a lo esperado.



*[Handwritten signature]*  
SECRETARÍA



Macroproceso 6: Control de la Gestión y Prestación (CGP)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización da cumplimiento a la normatividad vigente dentro de las políticas organizacionales y en atención a las metas y objetivos previstos en los planes estratégicos, operativos y de contingencias

Codigo	Estandar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				CGP2-11	Los resultados de los procesos de auditoria, supervisión y evaluación se hacen de conocimiento a los responsables para la toma de decisiones.  0: No se hacen de conocimiento o son de conocimiento parcial; 1: Se hacen de conocimiento pero no se toman decisiones; 2: Cumple con todo lo establecido.
				CGP2-12	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias nacionales y éstos se encuentran en los niveles esperados.  0: Resultados < 60%; 1: Resultados entre el 60 y el 80%; 2: Resultados > 80%.
				CGP2-13 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA/ REGIONES	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias regionales y éstos se encuentran en los niveles esperados.  0: Resultados < 60%, 1: Resultados entre el 60 y el 80%, 2: Resultados > 80%.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*

E.M. ESPINOSA



V. Zumaran A.



Magy Garcia B.



J. Calderón Y.

Macroproceso 7: Atención Ambulatoria (ATA)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización presta atención de consulta externa de manera organizada y confiable que garanticen oportunidad, seguridad y eficacia.

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
ATA.1	El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	Oportunidad Disponibilidad Información completa	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales  Ley N° 27403 modificada por Ley N° 28683 "Ley de Atención Preferente"	ATA1-1	El establecimiento de salud cuenta con señalización y mecanismos de información para la atención del usuario, visibles en áreas de primer contacto.  0: No cuenta; 1: Si cuenta pero no están disponibles en todas las áreas de primer contacto; 2: Cumplen con lo establecido.
				ATA1-2	La cartera de servicios de consulta externa está publicada y los mensajes relacionados son comprensibles para los usuarios.  0: No tiene publicada; 1: Tiene publicada y los mensajes no son comprensible por los usuarios; 2: Cumple con lo establecido.
				ATA1-3	El establecimiento de salud dispone de un área de triaje a cargo de personal capacitado para brindar este servicio según normas institucionales.  0: No dispone; 1: Dispone pero no está asumido por personal capacitado 2: Dispone y está a cargo de personal capacitado.
				ATA1-4	El establecimiento de salud cuenta con una política para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria en los días solicitados y los resultados están dentro de lo establecido para la institución.  0: No ha establecido una política; 1: Existe una política pero no se cumplen los resultados esperados y ; 2: Ha establecido política y se cumplen los resultados esperados.
				ATA1-5	El establecimiento de salud ha desarrollado mecanismos para la atención preferente de las mujeres embarazadas, de los niños, de las personas adultas mayores y con discapacidad en todas las áreas de la atención ambulatoria.  0: No ha desarrollado mecanismos; 1: Ha desarrollado mecanismos pero no, en todas las áreas; 2: Cumple con todo lo establecido.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*

C.M. CHAITIK



V. Zamaran A.



Mag. García B.



J. Calderón Y.

Macroproceso 7: Atención Ambulatoria (ATA)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización presta atención de consulta externa de manera organizada y confiable que garanticen oportunidad, seguridad y eficacia.

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
ATA.2	La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica	Eficacia Seguridad Competencia técnica	R.M. N° 616-2003/SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales  R.M. N° 422-2005, que aprueba la NT N° 027-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica"	ATA2-1	El establecimiento de salud formula, adopta o adapta guías de práctica clínica (GPC) según el perfil epidemiológico de la atención ambulatoria y diferenciado por etapas de vida.  0: No ha formulado, adaptado o adoptado; 1: Lo ha hecho parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.
				ATA2-2	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de las guías de práctica clínica (GPC) para la atención de los pacientes ambulatorios  0: No cuenta con mecanismos 1: Tiene mecanismos pero no son operativos; 2: Cumple con lo establecido.
				ATA2-3	El plan de trabajo contenido en la Historias Clínicas (HC) sigue los lineamientos de las Guías de Práctica Clínica (GPC).  0: Menos de 50% del plan de trabajo de las HC cumplen con GPC; 1: Cumplen entre el 50% y 80%; 2: Cumplen más del 80%.
				ATA2-4	Se cuantifica el porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para la atención prenatal y los resultados están dentro de los rangos esperados.  0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero los resultados están por debajo de lo esperado; 2: Los resultados son los esperados.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*  
E.M. CHUQUILLI



V. Zumaran A.



Magly García B.



J. Calderón Y.

Macroproceso 7: Atención Ambulatoria (ATA)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización presta atención de consulta externa de manera organizada y confiable que garanticen oportunidad, seguridad y eficacia.

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
ATA.3	El establecimiento desarrolla programas de prevención y promoción de la salud para la atención de los principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes.	Eficacia Información completa	R.M. N° 616-2003/SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales  R.M. N° 111-2005/MINSA, que aprueba los "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud"	ATA3-1	El establecimiento brinda información a los usuarios según mecanismos establecidos por la institución.  0: Menos del 50% de usuarios reciben información 1: Del 50 al 80% reciben información; 2: Más del 80%.
				ATA3-2 ESPECÍFICO PARA EL SECTOR PÚBLICO	El establecimiento de salud implementa estrategias educativo-comunicacionales para mejorar en la mujer, la familia y la comunidad la capacidad de reconocer signos de alarma y complicaciones obstétricas con el fin de buscar ayuda.  0: No implementa; 1: Implementa estrategias educativo-comunicacionales para uno de ellos; 2: Implementa estrategias educativo-comunicacionales según lo establecido.
				ATA3-3 ESPECÍFICO PARA I NIVEL, SECTOR PÚBLICO MINSA	El establecimiento implementa la estrategia de Municipios Saludables.  0: No implementa; 1: Implementa la estrategia parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido.
				ATA3-4 ESPECÍFICO PARA I NIVEL, SECTOR PÚBLICO MINSA	El establecimiento implementa la estrategia de Comunidades y Familias Saludables acorde a su programación.  0: No implementa; 1: La implementación está por debajo de lo programado; 2: La implementación está dentro de lo programado.

*[Handwritten signature]*  
E. MICHOTTI K.



V. Zumaran A.



Magly García B.



J. Calderón Y.

Macroproceso 7: Atención Ambulatoria (ATA)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización presta atención de consulta externa de manera organizada y confiable que garanticen oportunidad, seguridad y eficacia.

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				ATA3-5 ESPECÍFICO PARA I NIVEL, SECTOR PÚBLICO MINSA	El establecimiento implementa la estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud acorde a su programación.  0: No implementa; 1: La implementación está por debajo de lo programado; 2: La implementación está dentro de lo programado.
				ATA3-6 ESPECÍFICO PARA EL SECTOR PÚBLICO	El establecimiento desarrolla e implementa programas de prevención de las patologías más frecuentes.  0: No se tiene programas; 1: Desarrolla programas para algunas patologías más frecuentes; 2: Desarrolla programas para todas las patologías más frecuentes.
ATA4	Se fomenta y se dan facilidades para que el usuario consigne sugerencias o quejas de la consulta ambulatoria en los ambientes destinados a ésta.	Disponibilidad Aceptabilidad	R.M. Nº 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de Hospitales	ATA4-1	El establecimiento cuenta con mecanismos operativos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de los usuarios y son conocidos por el personal.  0: No cuenta; 1: Cuenta pero no están operativos; 2: Cuenta, están operativos y son conocidos por el personal.
				ATA4-2	El establecimiento de salud cumple con implementar mecanismos que incentivan y facilitan a los pacientes a consignar sugerencias o quejas por la atención ambulatoria.  0: No implementa; 1: Implementa parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido.



Vallejos S.



S.M. CHIRIQUIN



V. Zumaran A.



Magari García B.



J. Calderón Y.

Macroproceso 8: Atención Extramural (AEX)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización garantiza la continuidad y oportunidad de la intervención sanitaria individual y/o colectiva, y busca incrementar el acceso a los servicios de salud, con la finalidad de mejorar los resultados en el estado de salud la población.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
AEX.1	El establecimiento de salud tiene definido y organizado un plan de atención extramural de acuerdo con sus prioridades y en función a las necesidades de su población con enfoque de riesgo.	Eficacia Eficiencia Oportunidad	R.M. N° 729-2003 SA/DM. La Atención Integral Compromiso de Todos-El Modelo de Atención Integral (MAIS).	AEX1-1	Se ha definido un modelo de atención extramural en los ámbitos individual, familiar y/o comunal con enfoque de riesgos y aspectos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación acorde a las políticas sectoriales e institucionales.  0: No se ha definido ningún modelo de atención; 1: Existe el modelo de atención pero sólo para un ámbito o existe el modelo pero no de acuerdo a las políticas; 2: Cumple con todo lo establecido.
				AEX1-2	Se cuenta con guías de trabajo para actividades extramurales en los ámbitos individual, familiar y comunal según el modelo de atención integral y de acorde a las políticas sectoriales e institucionales  0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero sólo para un ámbito o existen las guías pero no de acuerdo al MAIS o las políticas; 2: Cumple con todo lo establecido.
				AEX1-3	El establecimiento tiene definida la población sujeto de programación para brindarle la cartera de servicios extramurales (individual, familiar, comunal) y cuenta con un cronograma establecido.  0: No tiene definida la población; 1: Tiene definida la población pero no cuenta con cronograma establecido; 2: Cumple con todo lo establecido.
				AEX1-4	El personal profesional del primer nivel de atención cumple con dar atención extramural según la programación establecida  0: No cumple; 1: Cumple pero no según la programación establecida; 2: Se cumple con lo establecido.
				AEX1-5	El establecimiento de salud cuenta con el kit de equipos, materiales e insumos para desarrollar las actividades extramurales de acuerdo con el modelo de atención determinado y garantiza su disponibilidad  0: No cuenta o cuenta parcialmente; 1: Cuenta pero no desarrolla las actividades o no garantiza su disponibilidad; 2: Cumple con todo lo establecido.
				AEX1-6	Se cuenta con programación general de actividades extramurales de acuerdo con el modelo de atención definido por la organización y está incluida en el documento de planificación operativa institucional (POI).  0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero no está incluido en POI; 2: Cumple con todo lo establecido.



Matty García B.



J. Calderón Y.

## Macroproceso 8: Atención Extramural (AEX)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización garantiza la continuidad y oportunidad de la intervención sanitaria individual y/o colectiva, y busca incrementar el acceso a los servicios de salud, con la finalidad de mejorar los resultados en el estado de salud la población.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
AEX.2	El establecimiento de salud brinda una cartera de servicios extramurales de acuerdo con el modelo de atención establecido.	Integralidad Continuidad	R.M. N° 729-2003 SA/DM. La Atención Integral Compromiso de Todos-El Modelo de Atención Integral (MAIS).	AEX2-1	El establecimiento desarrolla actividades planificadas de comunicación educativa en función a la cartera de servicios extramurales y acorde con las prioridades de salud nacional/regional.  0: No desarrolla 1: Desarrolla pero no en función de la cartera de servicios o no acorde con las prioridades de salud; 2: Cumple con lo establecido.
				AEX2-2	El establecimiento desarrolla actividades planificadas de comunicación educativa que promuevan prácticas saludables y el cuidado del medio ambiente.  0: No desarrolla; 1: Desarrolla para uno de los aspectos; 2: Cumple con lo establecido.
AEX.3	El establecimiento de salud identifica oportunidades de mejora para el incremento de la cobertura de la atención extramural a partir de una medición sistemática de los logros.	Eficacia Accesibilidad Oportunidad	R.M. N° 729-2003 SA/DM. La Atención Integral Compromiso de Todos-El Modelo de Atención Integral (MAIS).	AEX3-1	Se tiene establecido indicadores de monitoreo y evaluación de las actividades de atención extramural y los resultados son los esperados para la institución  0: No ha definido indicadores; 1: Ha definido indicadores, pero los resultados están por debajo de lo esperado; 2: Los resultados están acordes a lo esperado.
				AEX3-2	Se desarrollan acciones para incrementar la cobertura de la atención extramural  0: No se desarrollan; 1: Se desarrollan pero no han incrementado la cobertura; 2: Se desarrollan y han incrementado la cobertura.
AEX.4	El establecimiento cuenta con agentes comunitarios que apoyan el trabajo extramural a través de coordinaciones permanentes.	Eficacia Accesibilidad Equidad	R.M. N° 576-2006/MINSA, que aprueba la "Directiva Administrativa para la Implementación de los Procedimientos de Identificación, Registro y	AEX4-1	El establecimiento cuenta con agentes comunitarios capacitados para la atención extramural.  0: No cuenta 1: Cuenta y no están capacitados 2: Cumplen con lo establecido.
				AEX4-2	El establecimiento tiene agentes comunitarios debidamente registrados, con asignación de zonas específicas para atención extramural.  0: No están registrados 1: Están registrados sin zonas asignadas 2: Cumplen con lo establecido.
			Actualización de la Base de Datos de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) a nivel nacional".	AEX4-3	El establecimiento tiene funcionando un sistema de vigilancia comunal en salud o grupos de apoyo a usuarios en riesgo de acuerdo con lo establecido y documenta los resultados.  0: No tiene sistema o grupos de apoyo; 1: Tiene sistema de vigilancia o grupos de apoyo pero no de acuerdo a lo establecido o no documenta resultados; 2: Cumple con lo establecido.



Vallejos S.



V. Zumarán A.



Magaly García B.



J. Calderón Y.

## Macroproceso 9: Atención de Hospitalización (ATH)

Objetivo y alcance: Evaluar si la atención en los servicios de internamiento que brinda la organización cumplen con los atributos de disponibilidad, seguridad, oportunidad, eficacia, aceptabilidad e información completa.

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
ATH.1	El establecimiento que cuenta con internamiento, planifica y diseña sus servicios para satisfacer las necesidades de la población a la que atiende.	Disponibilidad Eficacia Oportunidad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	ATH1-1	El establecimiento identifica anualmente las diez causas más frecuentes de internamiento institucional y por cada uno de los servicios  0: Identifica en menos del 50% de los servicios; 1: Identifica en el 50 al 80% 2: Identifica en más del 80% de los servicios.
				ATH1-2	Los servicios identifican necesidades de mejora del proceso de atención, formulan propuestas y las comunican a la Alta Dirección para su aprobación y ejecución  0: No identifican necesidades; 1: Identifican pero no formulan propuestas o no las comunican; 2: Cumple con lo establecido.
				ATH1-3	Se permite el acompañamiento de la gestante por la pareja o la familia en los casos de atención de parto  0: No se permite; 1: A veces se permite el acompañamiento; 2: Se permite de manera continua.
ATH.2	El establecimiento de salud provee las condiciones apropiadas para brindar servicios de internamiento a los pacientes, asegurando su oportunidad y calidad	Eficacia Seguridad Disponibilidad Comodidad Oportunidad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	ATH2-1	La Alta Dirección cumple con atender los cuadros de necesidades sustentadas de los servicios de internamiento según priorización aprobada  0: Cumple con atender menos del 50% de lo priorizado; 1: Cumple con atender del 50 al 80% 2: Cumple con atender más del 80%.
				ATH2-2	Las jefaturas de los servicios de internamiento promueven la adopción, adecuación o elaboración de las guías de práctica clínica para las atenciones de salud según el perfil epidemiológico de las áreas de hospitalización  0: Las jefaturas nunca promueven 1: Promueven pero no cuentan con guías o no están de acuerdo con el perfil epidemiológico; 2: Cuentan con guías de práctica clínica acordes al perfil epidemiológico.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*  
E. ALONSO GUTIÉRREZ



J. Calderón Y.

## Macroproceso 9: Atención de Hospitalización (ATH)

Objetivo y alcance: Evaluar si la atención en los servicios de internamiento que brinda la organización cumplen con los atributos de disponibilidad, seguridad, oportunidad, eficacia, aceptabilidad e información completa.

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				ATH2-3	La organización ha establecido mecanismos para medir el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente y realiza acciones para su disminución  0: No ha establecido mecanismos o no realizan mediciones; 1: Realizan mediciones pero no acciones para su disminución 2: Cumple con todo lo establecido.
ATH.3	El establecimiento garantiza las condiciones necesarias para que el equipo interdisciplinario de salud brinde una atención segura al usuario	Seguridad	R.M. N° 753-2004/MINSA, que aprueban NT N° 020-MINSA/DGSP-V.01 'Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias  R.M. N° 616-2003-SA/DM: Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	ATH3-1	El personal de salud que realiza procedimientos a los pacientes, cumple las medidas de bioseguridad.  0: Menos del 70% del personal cumple 1: Entre el 70 y el 90% del personal cumple; 2: Más del 90% del personal lo cumple.
				ATH3-2	Las infecciones intrahospitalarias u otros eventos adversos ocurridos en el internamiento son registrados, analizados y evaluados según normas vigentes.  0: No registrados; 1: Eventualmente registrados, analizados y/o evaluados; 2: Registrados, analizados y evaluados.
				ATH3-3	Los casos de mortalidad por enfermedades transmisibles, ocurridas en hospitalización son auditados con la finalidad de tomar de decisiones de corresponder.  0: No son auditados; 1: Son auditados, pero no se toman decisiones cuando corresponde; 2: Se auditan y se toman decisiones cuando corresponden.
				ATH3-4	Los casos de mortalidad materna ocurridas en el establecimiento de salud son auditados con la finalidad de tomar decisiones para superar las condiciones asociadas al evento.  0: No se auditan 1: Se auditan pero no se toman decisiones; 2: Se auditan y se toman decisiones.



## Macroproceso 9: Atención de Hospitalización (ATH)

**Objetivo y alcance:** Evaluar si la atención en los servicios de internamiento que brinda la organización cumplen con los atributos de disponibilidad, seguridad, oportunidad, eficacia, aceptabilidad e información completa.

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ATH.4	Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y	Eficacia	D.S. N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo  R.M. N° 474-2005/ MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01	ATH4-1	Los servicios de internamiento cuentan con guías de práctica clínica de atención de las diez patologías más frecuentes atendidas por cada servicio.  0: No cuenta; 1: Cuenta para algunas; 2: Cuenta para las diez.
				ATH4-2	Se alcanzan permanentemente los niveles esperados en los estándares e indicadores para la atención de partos según normas vigentes.  0: No se alcanzan; 1: Se alcanzan parcialmente o no permanentemente; 2: Cumple con lo establecido en la norma vigente.
				ATH4-3	Las guías de práctica clínica son implementadas por los miembros de cada equipo de trabajo y se evidencian en la historia clínica.  0: Nunca son implementadas; 1: A veces son implementadas o son implementadas por alguno de los miembros; 2: Siempre son implementadas por todos los miembros.
				ATH4-4	Se monitorea la adherencia a las guías de práctica clínica para la atención de las complicaciones obstétricas (hipertensión inducida por el embarazo y hemorragias obstétricas).  0: La adherencia es menor al 50% 1: La adherencia es entre 50 y 80% . 2: La adherencia es mayor al 80%.
				ATH4-5	Se auditan las historias clínicas y se toman acciones para mejorar los procesos.  0: No se audita; 1: Se audita pero no se toman acciones; 2: Se audita y se toman acciones



Vallejos S.



E.M. Chiffre.



V. Zumaran A.



Magro García B.



J. Calderón Y.

Macroproceso 9: Atención de Hospitalización (ATH)

Objetivo y alcance: Evaluar si la atención en los servicios de internamiento que brinda la organización cumplen con los atributos de disponibilidad, seguridad, oportunidad, eficacia, aceptabilidad e información completa.

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
ATH.5	El paciente y su familia reciben la educación e información pertinentes durante la ejecución del tratamiento	Información completa	R.M. N° 597-2006/MINSA, que aprueba la "NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"	ATH5-1	El usuario comprende la información que se le brinda acerca de los procedimientos, diagnósticos y tratamientos referidos a su caso.  0: Menos del 50% comprende la información; 1: Del 50% al 80% comprende; 2: Más del 80% comprende la información.
				ATH5-2	Las historias clínicas contienen el consentimiento informado del paciente para su atención en el internamiento.  0: Contienen menos del 50%; 1: Contienen entre el 50% al 80% 2: Más del 80% contienen.
ATH.6	El establecimiento de salud garantiza la continuidad de los procedimientos para interconsultas así como acciones de apoyo diagnóstico y tratamiento (intra-institucionales y interinstitucionales.)	Disponibilidad  Continuidad  Oportunidad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	ATH6-1	Se tiene documentados, se aplican y se mejoran los procedimientos de interconsultas a otras especialidades para los pacientes internados.  0: No los tiene documentados o no se aplican; 1: Tiene documentados, se aplican parcialmente o no se mejoran; 2: Cumple con lo establecido.
				ATH6-2	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento indispensables aseguran atención continua de 24 horas para la los pacientes internados y de emergencias.  0: No cumplen o cumplen menos del 70% de ellos; 1: Cumple del 70% al 90% de ellos; 2: Cumple más del 90% de ellos.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*

S. MICHIGUETA R.



V. Zumaran A.



Magaly García B.



J. Calderón Y.

Macroproceso 9: Atención de Hospitalización (ATH)

Objetivo y alcance: Evaluar si la atención en los servicios de internamiento que brinda la organización cumplen con los atributos de disponibilidad, seguridad, oportunidad, eficacia, aceptabilidad e información completa.

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
ATH.7	El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento	Disponibilidad  Eficacia  Seguridad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales  R.M. N° 676-2006/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Seguridad del Paciente 2006-2008  R.M. N° 474-2005/ MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01	ATH7-1	El establecimiento de salud cuenta con un mecanismo de evaluación periódica de historias clínicas por pares para efectos de monitoreo y mejoramiento de los procesos de atención de acuerdo a plazos establecidos por la institución.  0: No cuenta con mecanismo; 1: Cuenta con mecanismo pero no se realiza de acuerdo a lo establecido; 2: Cumple con lo establecido.
				ATH7-2	El establecimiento cuenta con un mecanismo para la gestión (recepción, análisis y respuesta) de sugerencias o quejas sobre la atención en internamiento en los ambientes destinados a ésta.  0: No se cuenta; 1: Se cuenta con el mecanismo pero éste opera parcialmente o solo funciona en algunos servicios; 2: Se cumple con todo lo establecido.
				ATH7-3	El establecimiento de salud cuenta con horarios definidos para brindar información al usuario y familiares acerca de la evolución de los pacientes internados.  0: No cuenta; 1: Cuenta pero no se cumple; 2: Cumple con todo lo establecido.
				ATH7-4	Los planes de trabajo contenidos en las historias clínicas están de acuerdo con las guías de práctica clínica  0: Menos de 50% de planes de trabajo están de acuerdo con GPC; 1: Entre el 50% y 80% de los planes están de acuerdo; 2: Más de 80% cumplen con GPC.
				ATH7-5	Se registra, analiza y evalúa el manejo de complicaciones obstétricas y el manejo es de acuerdo a las guías de práctica clínica  0: No se registra; 1: Se registra, pero no se analiza o no se evalúa o el manejo no está de acuerdo a las GPC; 2: Se registra, analiza y evalúa y el manejo es según las GPC.



Vallejos S.



E. Calderón Y.



V. Zumarán A.



Magaly García B.



J. Calderón Y.

Macroproceso 9: Atención de Hospitalización (ATH)

Objetivo y alcance: Evaluar si la atención en los servicios de internamiento que brinda la organización cumplen con los atributos de disponibilidad, seguridad, oportunidad, eficacia, aceptabilidad e información completa.



Vallejos S.

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				ATH7-6	Se realiza auditoría interna a eventos adversos según norma y se implementan recomendaciones  0: No se realiza; 1: Se realiza pero no se implementan recomendaciones o se realiza parcialmente; 2: Se realiza y se implementan las recomendaciones.
				ATH7-7	Se registra y evalúa la satisfacción del usuario en la atención del parto y el nivel es el esperado por la institución  0: No se registra; 1: Se registra, pero no se evalúa o se evalúa y el nivel no es el esperado; 2: Cumple con lo establecido.

*[Handwritten signature]*  
E. M. CHAMBERLAIN



V. Zumaran A.



Magy García B.



J. Calderón Y.

Macroproceso 10: Atención de Emergencia (EMG)

Objetivo y alcance: Evaluar la capacidad de respuesta del servicio de emergencia en su misión de minimizar los riesgos derivados de los padecimientos agudos de los usuarios en emergencia, enfatizando en la oportunidad y continuidad de atención

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
EMG.1	El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	Oportunidad	D. S. N°016-2002-SA. Reglamento de Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos.	EMG1-1	El establecimiento de salud cuenta con un mecanismo de información general al usuario operativo en el servicio  0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está operativo o está parcialmente operativo; 2: Cumple con lo establecido.
		Eficacia		EMG1-2	Se hace público el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia y se ubica el cartel respectivo en un lugar visible de las áreas correspondientes y está adaptado con respeto de la interculturalidad según realidades locales.  0: No se hace público; 1: Se hace público, pero no en lugares visibles de las áreas de emergencia o no respeta el enfoque de interculturalidad; 2: Cumple con todo lo establecido.
		Información		EMG1-3	Se cuenta con programación diaria de los recursos humanos del servicio de emergencia (médicos, enfermeras, técnicos, etc.) y del responsable de la guardia, en un lugar visible para los usuarios.  0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no está en un lugar visible para los usuarios o la programación es parcial; 2: Cumple con todo lo establecido.
		Disponibilidad		EMG1-4	El establecimiento aplica las guías de práctica clínica para la atención de las diez causas más frecuentes en emergencia en cada una de las etapas del ciclo de vida.  0: Menos del 50% de las atenciones cumplen con las GPC para una determinada etapa de vida; 1: Del 50% al 80% de las atenciones cumplen; 2: Más del 80% de atenciones cumplen con las GPC.
		Competencia Técnica	D. S. N013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo  R.M. N° 516-2005/MINSA. Guías de práctica clínica en emergencia del adulto.  R. M. N° 386-2006/MINSA, Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia	EMG1-5	El personal que labora en emergencia ha sido capacitado en los últimos 12 meses en temas propios de emergencia según competencias  0: Menos del 50% del personal ha sido capacitado; 1: Del 50% a 80% ha sido capacitado; 2: Más del 80% ha sido capacitado.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*

S.M. GUTIERREZ



V. Luján A.



Mag. García B.



J. Calderón Y.



**Macroproceso 10: Atención de Emergencia (EMG)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar la capacidad de respuesta del servicio de emergencia en su misión de minimizar los riesgos derivados de los padecimientos agudos de los usuarios en emergencia, enfatizando en la oportunidad y continuidad de atención

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				EMG1-6	El establecimiento ha definido medidas para la atención de emergencia sin condicionamientos que vulneren los derechos de los usuarios (restricciones por pagos de atenciones, solicitud de compra de insumos, etc).  0: No ha definido; 1: Define pero no se cumple; 2: Cumple con todo lo establecido.
EMG.2	El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	Eficacia	R.M. N° 516-2005/MINSA. Guías de Práctica Clínica en Emergencias del Adulto	EMG2-1	El servicio de emergencia cuenta con equipamiento, medicamentos e insumos para la atención de las emergencias y son de inmediata disponibilidad.  0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está disponible para atención inmediata/ o está incompleto; 2: Cumple con todo lo establecido.
		Continuidad	R.M. N° 1001-2005 MINSA. Directiva Sanitaria N° 001 MINSA/DGSPV.01 "Directiva para la evaluación de las funciones obstétricas y neonatales (FON) en los establecimientos de salud	EMG2-2	El servicio de emergencia cuenta con el equipamiento (silla de ruedas, camillas, etc.) para la recepción y traslado intamo de los pacientes, está disponible y en lugar accesible  0: No cuenta, 1: Si cuenta, pero no está disponible o no está accesible o cuenta parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido.
		Trabajo en equipo	R.M. N° 695-2006. Guías de Práctica Clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive	EMG2-3	Los equipos de telecomunicaciones están operativos las 24 horas del día y los 365 días del año.  0: No están operativos; 1: Al menos un radio está operativo las 24 horas y 365 días del año; 2: Cumple con lo establecido.
				EMG2-4	El establecimiento dispone de ambulancia operativa para trasladar pacientes las 24 horas del día y los 365 días al año.  0: No dispone; 1: Dispone, pero no está operativa o no está accesible las 24 horas los 365 días del año; 2: Cumple con todo lo establecido.



Vallejos S.

E. Maldonado



V. Zumaran A.



Magly García B.



J. Calderón Y.

## Macroproceso 10: Atención de Emergencia (EMG)

Objetivo y alcance: Evaluar la capacidad de respuesta del servicio de emergencia en su misión de minimizar los riesgos derivados de los padecimientos agudos de los usuarios en emergencia, enfatizando en la oportunidad y continuidad de atención

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
			R.M. N° 343-2005/MINSA. Reglamento para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre  R. M. N° 963-2006/MINSA, Norma Técnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre	EMG2-5	El establecimiento cuenta con el personal profesional y no profesional para la atención del usuario las 24 horas del día y los 365 días al año, de acuerdo al nivel de complejidad.  0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero es insuficiente; 2: Cumple con todo lo establecido.
EMG.3	El personal de emergencia realiza los procesos de atención que garantizan la continuidad del cuidado del paciente.	Eficacia	R.M. N° 474-2005/MINSA. Norma técnica de auditoría en salud	EMG3-1	Se realiza el triaje de los pacientes a cargo de un profesional de salud capacitado para realizar el proceso según normas vigentes  0: No se realiza triaje; 1: Se realiza, pero no siempre por un profesional capacitado; 2: Se cumple con todo lo establecido.
		Continuidad	R.M. N° 516-2005/MINSA. Guías de Práctica Clínica en Emergencia del Adulto	EMG3-2	Las atenciones, procedimientos y diagnósticos se registran en el formato de atención de emergencias de la historia clínica  0: Menos del 60% de las atenciones, procedimientos y diagnósticos se registran en el formato de emergencia; 1: Entre el 60% y 80% de las atenciones, procedimientos y diagnósticos se registran; 2: Más del 80% se registran.
		Integralidad			
Oportunidad					
		Competencia Técnica		EMG3-3	El servicio de emergencia tiene mecanismos operativos que garanticen al usuario la continuidad de la atención en los cambios de guardia  0: No existen mecanismos o no están operativos; 1: Existen pero no siempre están operativos; 2: Cumplen con lo establecido.



Vallejos S.



V. Zumaran A.



Magly Garcia B



J. Calderón Y.

**Macroproceso 11: Atención Quirúrgica (ATQ)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si el centro quirúrgico está organizado para la prestación segura y eficaz de los cuidados preoperatorios, anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios a los pacientes.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
ATQ.1	El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías según funciones básicas	Disponibilidad Eficacia Oportunidad	R.M. N° 486-2005/MINSA, que aprueba la N.T. N° 030-MINSA/DGSP-V.0.1: "Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología".	ATQ1-1	Se cuenta y se evalúa la programación de actividades del centro quirúrgico  0: No se cuenta con programación; 1: Se cuenta con programación pero no se evalúa; 2: Cumple con lo establecido.
				ATQ1-2	Se cuenta con un manual de procedimientos del centro quirúrgico, está a disposición del personal que labora en el área el cual lo conoce y lo aplica  0: No se cuenta o no se conoce; 1: Se cuenta, se conoce pero no se aplica; 2: Se cuenta, se conoce y se aplica.
				ATQ1-3	Se aplica guías de manejo quirúrgico y anestésico para las diez intervenciones más frecuentes que se realizan (atención de anestesia-clínico-quirúrgica, terapia del dolor, anestesia fuera de quirófano, recuperación postoperatoria y consulta de anestesiología)  0: Menos del 60% del personal aplican las guías; 1: Del 60% al 90% las aplican; 2: Más del 90% las aplican.
				ATQ1-4	El establecimiento tiene un rol diario de asignación de salas y garantiza la disponibilidad de ellas para casos de urgencia  0: No tiene rol diario; 1: Tiene rol diario, pero no garantiza su disponibilidad para casos de urgencia; 2: Cumple con lo establecido.
				ATQ1-5	Se cuenta con rol de programación de personal cuya aplicación garantiza la disponibilidad de anestesiólogos, personal profesional y de apoyo en áreas críticas (salas de cirugía de urgencia, salas de recuperación)  0: No se cuenta con rol de programación; 1: Se cuenta con rol pero no se cumple; 2: Se cuenta con rol y se aplica.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*  
S. M. P. G. E. T. E.



V. Zumaran A.



Magly García B.



J. Calderón Y.

Macroproceso 11: Atención Quirúrgica (ATQ)

Objetivo y alcance: Evaluar si el centro quirúrgico está organizado para la prestación segura y eficaz de los cuidados preoperatorios, anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios a los pacientes.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
ATQ.2	El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario	Seguridad Continuidad	R.M. N° 486-2005/MINSA, que aprueba la N.T. N° 030-MINSA/DGSP-V.0.1: "Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología".	ATQ2-1	Antes de una cirugía, el personal de enfermería responsable verifica la disponibilidad de equipos, insumos e instrumental según el tipo de cirugía y lo registra  0: No verifica la disponibilidad de equipos, insumos e instrumental; 1: Verifica la disponibilidad pero no lo registra; 2: Cumple con lo establecido.
		Competencia Técnica Oportunidad	R.M. N° 676-2006/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Seguridad del Paciente.	ATQ2-2	En el intraoperatorio el personal de enfermería circulante e instrumentista, que asiste la cirugía verifica y controla la existencia de los insumos e instrumental según listas de chequeo preelaboradas y es registrado en la historia clínica  0: No verifica la existencia de insumos e instrumental o no controla su existencia; 1: Verifica y controla su existencia, pero no lo registra; 2: Cumple con todo lo establecido.
				ATQ2-3	El personal de enfermería registra en la historia clínica la hora exacta de la coordinación para el traslado del paciente a las áreas de hospitalización previa autorización del anestesiólogo de recuperación  0: No se registra la hora de la coordinación; 1: Se registra pero no siempre; 2: Cumple con lo todo establecido.
				ATQ2-4	Se cuantifica y se cumple con los tiempos preestablecidos para el traslado de pacientes del centro quirúrgico y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.  0: No se cuantifica el tiempo de traslado de pacientes; 1: Se cuantifica, pero no se cumplen los tiempos; 2: Se cuantifica el tiempo y está en los niveles esperados.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*



V. Zumaran A.



Magy García B.



J. Calderón V.

Macroproceso 11: Atención Quirúrgica (ATQ)

Objetivo y alcance: Evaluar si el centro quirúrgico está organizado para la prestación segura y eficaz de los cuidados preoperatorios, anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios a los pacientes.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
ATQ.3	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	Eficacia Eficiencia Competencia Técnica Confidencialidad	R.M. N° 486-2005/MINSA, que aprueba la N.T. N° 030-MINSA/DGSP-V.0.1: "Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología".	ATQ3-1	La historia clínica contiene los formatos oficiales para el control el acto quirúrgico.  0: Menos del 60% de las historias clínicas tienen el formato; 1: Del 60% al 90% tienen el formato; 2: Más del 90% lo tienen.
				ATQ3-2	La evaluación preanestésica es registrada en la historia clínica en el formato correspondiente.  0: Se registra menos del 60% de evaluaciones; 1: Se registra del 60% al 90%; 2: Se registra en más del 90%.
				ATQ3-3	Los formatos de la atención anestésica contienen la información del acto anestésico y las complicaciones.  0: Los formatos no contienen la información del acto anestésico; 1: Los formatos contienen la información del acto anestésico, pero no refiere las complicaciones; 2: Cumple con lo establecido.
				ATQ3-4	El formato de informe quirúrgico contiene la información del acto de acuerdo con lo establecido.  0: El formato no contiene la información o solo parcialmente; 1: El formato contiene la información pero no en todas las historias; 2: Cumple con lo establecido.
				ATQ3-5	El formato de monitoreo postoperatorio contiene toda la información de acuerdo con lo establecido.  0: El formato no contiene la información; 1: La contiene, pero no en todas las historias; 2: Cumple con lo establecido.



Vallejos S.

Calderón



V. Zumaran A.



Maggi García B.



J. Calderón

Macroproceso 11: Atención Quirúrgica (ATQ)

Objetivo y alcance: Evaluar si el centro quirúrgico está organizado para la prestación segura y eficaz de los cuidados preoperatorios, anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios a los pacientes.

Código	Estandar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				ATQ3-6	Se cuantifican las tasas de cirugías suspendidas, se analizan las razones y se toman acciones correctivas para alcanzar los estándares definidos por la institución.  0: No se cuantifican las tasas o no se analizan 1: Se cuantifica, se analiza, pero no se toman acciones correctivas; 2: Se cuantifica, analiza y se toman las medidas correctivas.
				ATQ3-7	Se cuantifican las tasas de los casos de mortalidad intraoperatoria y postoperatoria, se analizan las causas que dependen de la organización y se toman las medidas correctivas.  0: No se cuantifican las tasas de mortalidad; 1: Se cuantifican, pero no se analizan las causas; 2: Se cumple lo establecido.
				ATQ3-8	Se registra y analiza las tasas de complicaciones y eventos adversos intra y postoperatorios, y se toman las acciones correctivas.  0: No se registra las tasas de complicaciones y eventos adversos 1: Se registra, se analiza, pero no se toman acciones correctivas; 2: Se registra, analiza y se toman las medidas correctivas.
				ATQ3-9	El médico cirujano y el profesional de enfermería verifica la identidad del paciente, la naturaleza y la zona de la operación y registra los datos en la historia clínica antes de iniciar la preparación quirúrgica  0: No verifica la identidad del paciente; 1: Verifica su identidad, la naturaleza y la zona de la operación, pero no se registra en la historia; 2: Cumple con lo establecido.
				ATQ3-10	Se registran las tasas de reintervenciones inmediatas y/o tardías, se analizan las causas y se toman las medidas correctivas.  0: No se registra 1: Se registran las reintervenciones, pero no se toman las medidas correctivas; 2: Se cumple lo establecido.



Vallejos

*[Handwritten signature]*  
CALDERÓN J.



MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN DE ASesoría JURÍDICA  
V. Zumaran A.

MINISTERIO DE SALUD  
MAGÍ GARCÍA B.

MINISTERIO DE SALUD  
J. Calderón Y.

## Macroproceso 11: Atención Quirúrgica (ATQ)

Objetivo y alcance: Evaluar si el centro quirúrgico está organizado para la prestación segura y eficaz de los cuidados preoperatorios, anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios a los pacientes.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				ATQ3-11	Se evalúa la satisfacción del paciente (sala de recuperación) por la atención recibida en el centro quirúrgico y está en el nivel esperado por la institución.  0: No se evalúa la satisfacción del paciente; 1: Se evalúa pero el nivel no es el esperado; 2: Se realiza y el nivel es el esperado.
ATQ.4	El establecimiento de salud realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	Eficiencia Eficacia	R.M. N° 486-2005/MINSA, que aprueba la N.T. N° 030-MINSA/DGSP-V.0.1: "Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología".	ATQ4-1	El establecimiento de salud realiza evaluaciones periódicas preventivas de las cirugías más frecuentes verificando el cumplimiento de los parámetros definidos por guías de atención quirúrgica, a partir de las cuales se toman medidas correctivas.  0: No realiza evaluaciones periódicas o no verifica el cumplimiento de parámetros; 1: Evalúa, verifica pero no se toman medidas correctivas; 2: Cumple con lo establecido.
				ATQ4-2	El establecimiento de salud implementa permanentemente proyectos de mejora continua de los aspectos críticos detectados en las auditorías preventivas y de casos.  0: No implementa proyectos de mejora; 1: Implementa proyectos esporádicamente; 2: Cumple con lo establecido.
				ATQ4-3	El establecimiento de salud aplica una política de confidencialidad respecto a la información del paciente.  0: No hay política de confidencialidad; 1: Hay política pero no se aplica; 2: Hay política y se aplica.
				ATQ4-4	Se tiene un registro del acto quirúrgico en la historia clínica del paciente y está firmado por el cirujano responsable.  0: No se registra el acto quirúrgico; 1: Se registra, pero no está firmado; 2: Cumple con lo establecido.



Vallejos S.

E. M. GONZALEZ K.



V. Zumaran A.



Magly García B.



J. Calderón Y.

**Macroproceso 12: Docencia e Investigación (DIV)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si la institución desarrolla actividades de docencia e investigación de acuerdo con normas y procedimientos establecidos por los organismos reguladores e institucionales, buscando mejorar la competencia de los recursos humanos.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
DIV.1	El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	Eficacia	<p>LEY N° 27154. Ley que institucionaliza la acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina</p> <p>DS 017-2006-SA. Reglamento de ensayos clínicos en el Perú.</p> <p>DS N° 021-2005-SA. Sistema Nacional de Articulación de docencia-servicio e investigación en pregrado de salud.</p> <p>R.S. N° 032-2005-SA. Bases para la Celebración de Convenios de Cooperación Docente Asistencial entre el Ministerio de Salud, los Gobiernos Regionales y las Universidades con Facultades y Escuelas de Ciencias de la Salud.</p> <p>DS N° 021-2005-SA. Sistema Nacional de Articulación de docencia-servicio e investigación en pregrado de salud</p> <p>R.M. N° 945-2005. Modelo de Convenio Marco de Cooperación Docente Asistencial.</p> <p>R.S. N° 002-2006-SA. Reglamento del Sistema Nacional de Residentado Médico.</p> <p>R.M. N° 616-2003-SA/DM. Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales</p>	DIV1-1	<p>El establecimiento ha cumplido con los requisitos establecidos en el Sistema Nacional de Pregrado en Salud - SINAPRES para constituirse en hospital docente</p> <p>0: Cumple los requisitos en más del 60%; 1: Cumple requisitos entre el 60% y 80%; 2: Cumple los requisitos en más del 80%.</p>
		Efectividad		DIV1-2	<p>El establecimiento cuenta con un Comité Docente Asistencial Hospitalario operativo formado de manera multidisciplinaria</p> <p>0: No cuenta con comité o no está operativo; 1: Tiene comité, está operativo pero no es multidisciplinario; 2: Cumple con lo establecido.</p>
		Seguridad		DIV1-3	<p>El establecimiento ha definido políticas específicas de investigación y las aplica</p> <p>0: No ha definido políticas de investigación; 1: Tiene políticas pero no las aplica; 2: Tiene políticas y las aplica.</p>
		Etica		DIV1-4	<p>El establecimiento cuenta con formatos de consentimiento informado para investigación humana y los aplica</p> <p>0: No cuenta con los formatos; 1: Cuenta con los formatos pero no los aplica; 2: Cumple con lo establecido.</p>
				DIV1-5	<p>El establecimiento cuenta con un comité de investigación formado de manera multidisciplinaria y está operativo</p> <p>0: No cuenta con comité o no está operativo; 1: Cuenta con comité, está operativo pero no es multidisciplinario; 2: Cuenta con comité, está operativo y es multidisciplinario.</p>
				DIV1-6	<p>El establecimiento cuenta con un comité de ética/bioética en investigación y está operativo</p> <p>0: No cuenta con comité de ética/bioética; 1: Cuenta con comité pero no está operativo; 2: Cumple con lo establecido.</p>



Vallejos S.



E. M. CHIOTTI K.



Zumaran A.



Magly Garcia B.



J. Calderón

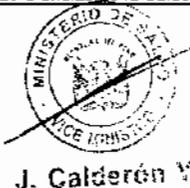
Macroproceso 12: Docencia e Investigación (DIV)

Objetivo y alcance: Evaluar si la institución desarrolla actividades de docencia e investigación de acuerdo con normas y procedimientos establecidos por los organismos reguladores e institucionales, buscando mejorar la competencia de los recursos humanos.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
			R.M. N° 775-2004-MINSA. Perfil de la Estrategia y Plan Nacional de Desarrollo y Capacitación de los Recursos Humanos del Ministerio de Salud. RM N° 1007-2005/MINSA Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud R.M. N° 452-2005-MINSA. Plan Nacional de Capacitación de los Recursos Humanos del Ministerio de Salud.	DIV1-7	El establecimiento cuenta con un reglamento de docencia de pregrado y postgrado, y se cumple  0: No cuenta con reglamento; 1: Cuenta con reglamento pero no se cumple; 2: Cuenta y se cumple.
				DIV1-8	El establecimiento cuenta con plan anual de actividades académicas de pregrado y posgrado  0: No cuenta con plan anual para ninguna de las dos; 1: Cuenta sólo con plan para una de ellas; 2: Cumple con todo lo establecido.
				DIV1-9	El establecimiento cuenta con programa de tutorías y asesorías a los alumnos del pregrado y postgrado y se cumple  0: No cuenta con programa de tutorías para ninguno de los dos; 1: Cuenta con programa pero no se cumple o se cumple para uno de los dos; 2: Cuenta y cumple con todo lo establecido.
DIV.2	Se desarrollan actividades académicas y de investigación de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo	Eficacia Efectividad Seguridad	LEY N° 27154. Ley que institucionaliza la acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina DS 017-2006-SA. Reglamento de ensayos clínicos en el Perú DS N° 021-2005-SA. Sistema Nacional de Articulación R.S. N° 032-2005-SA. Bases para la Celebración de Convenios de Cooperación Docente Asistencial entre el Ministerio de Salud, los Gobiernos Regionales y las Universidades con Facultades y Escuelas de Ciencias de la Salud.	DIV2-1  DIV2-2	Los comités de docencia, investigación y ética/bioética se reúnen mensualmente para evaluar sus actividades  0: No se reúnen; 1: Se reúnen a solicitud o demanda; 2: Se reúnen de acuerdo con lo planificado.  El personal profesional responsable del establecimiento supervisa a los alumnos del pregrado y/o posgrado en el desarrollo de sus prácticas en función al convenio establecido  0: No se supervisa; 1: Se supervisa pero no en función al convenio o no se documentan; 2: Cumple con todo lo establecido.



*[Handwritten signature]*  
C. MONTAÑA



**Macroproceso 12: Docencia e Investigación (DIV)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si la institución desarrolla actividades de docencia e investigación de acuerdo con normas y procedimientos establecidos por los organismos reguladores e institucionales, buscando mejorar la competencia de los recursos humanos.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
			R.M. N° 945 - 2005. Modelo de Convenio Marco de Cooperación Docente Asistencial. R.S. N° 002-2006-SA. Reglamento del Sistema Nacional de Residentado Médico	DIV2-3	El establecimiento desarrolla actividades académicas como parte del plan anual de docencia de pregrado y postgrado  0: No se realizan las actividades del plan anual; 1: Se realizan actividades, pero no concuerdan con el plan; 2: Cumple con todo lo establecido.
			R.M. N° 616-2003-SA/DM. Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales R.M. N° 775-2004-MINSA. Perfil de la Estrategia y Plan Nacional de Desarrollo y Capacitación de los Recursos Humanos del Ministerio de Salud	DIV2-4	Se realiza investigación de patologías acorde con las políticas establecidas por el comité de investigación y de ética/bioética  0: No se realiza investigación de patologías; 1: Se realiza investigación, pero no están acorde a las políticas establecidas; 2: Cumple con todo lo establecido.
			R.M. N° 1007-2005/MINSA. Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud.	DIV2-5	Se cuenta con inventario de los materiales de capacitación y de investigación y éstos son incorporados a la biblioteca del establecimiento tanto en medio físico como virtual  0: No cuenta con inventario; 1: Se cuenta con inventario, pero no se incorporan a la biblioteca; 2: Cumple con lo establecido
			R. M. N° 576-87-SA/DM, Sistema Nacional de Servicios de Información y Documentación en Salud	DIV2-6	El personal y los alumnos tienen acceso a los servicios bibliográficos, físicos y virtuales, dentro del establecimiento acorde a horarios estipulados  0: El personal y/o alumnos no tiene acceso a los servicios bibliográficos; 1: El personal y/o los alumnos tiene acceso, pero no de acuerdo a los horarios establecidos; 2: Cumple con lo establecido.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*  
E. ALCHOTTI K.



V. Zúmaran A.



Magly García B.



J. Calderón Y.

## Macroproceso 13: Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)

**Objetivo y alcance:** Evaluar si la organización brinda servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento bajo los atributos de eficiencia, eficacia, seguridad y accesibilidad.

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
ADT.1	Los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos.	Disponibilidad Accesibilidad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.	ADT1-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento del establecimiento de salud tienen y aplican normas y guías de procedimientos para la atención.  0: Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento no tienen normas ni guías de atención 1: Tienen normas y guías de atención pero no las aplican; 2: Cumple con lo establecido.
				ADT1-2	Los servicios de apoyo al diagnóstico tienen y aplican programas de control de calidad  0: Los servicios de apoyo al diagnóstico no tienen programas de calidad; 1: Los servicios tienen programas pero no los aplican o solo lo tienen y/o aplican para algunos servicios; 2: Los servicios aplican programas de control de calidad.
ADT.2	El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario.	Eficacia Oportunidad Disponibilidad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.	ADT2-1	Los resultados de los exámenes se entregan oportunamente a los profesionales de la atención clínica y a los usuarios según estándares de tiempo previamente definidos por el establecimiento de salud.  0: No tienen estándares de tiempo para la entrega de los resultados de exámenes 1: Tienen estándares, pero no se cumplen; 2: La entrega de exámenes cumple con los estándares.
				ADT2-2	Los resultados de los exámenes se registran en medios manuales o en sistema informático y se incluye los tiempos transcurridos entre la solicitud, la recepción de la muestra y la entrega del resultado.  0: No se registra; 1: Se registra algunos parámetros 2: Se registra siempre.



Vallejos S.



E. M. CHOTTEL



V. Zúmaran A.



Magly García B.



J. Calderón Y

Macroproceso 13: Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización brinda servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento bajo los atributos de eficiencia, eficacia, seguridad y accesibilidad.

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
ADT.3	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	Disponibilidad Accesibilidad Seguridad Eficacia	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.	ADT3-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento desarrollan indicadores de calidad relacionados con la entrega oportuna de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes.  0: No han desarrollado indicadores; 1: Tienen indicadores pero no para todos los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento; 2: Cumple con todo lo establecido.
				ADT3-2	La calidad de los resultados de los exámenes y/o tratamientos se garantiza por medio de calibración de equipos y el control de calidad de los procedimientos.  0: No se realizan calibraciones ni control de calidad; 1: Se realizan calibraciones pero no control de calidad del procedimiento; 2: Cumple con lo establecido.
				ADT3-3	Los procedimientos que implican riesgo para los pacientes se realizan de acuerdo a las normas de seguridad (exámenes con medios de contraste, exámenes endoscópicos).  0: No se cumplen normas de seguridad en los procedimientos; 1: Se cumplen las normas de seguridad para algunos procedimientos; 2: Cumple con lo establecido.
				ADT3-4	El establecimiento de salud tiene y aplica un programa de control y garantía de calidad para la producción de insumos, medicamentos y otros productos que se elaboran dentro del establecimiento.  0: No se tienen programas de control y/o garantía de calidad; 1: Tiene programas pero no se aplican o se aplica uno de ellos; 2: Cumple con lo establecido.
				ADT3-5	Se cuantifica, se analiza y se toman medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida de los procedimientos de apoyo diagnóstico y tratamiento.  0: No se cuantifica la demanda no atendida; 1: Se cuantifica la demanda, se analiza pero no se toman medidas correctivas; 2: Cumple con lo establecido.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*

E.M. CHUOTTI K.



V. Zumaran A.



Mag. García B.



J. Calderón Y.

Macroproceso 13: Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización brinda servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento bajo los atributos de eficiencia, eficacia, seguridad y accesibilidad.

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				ADT3-6	Se capacita al personal del servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento sobre las condiciones que debe cumplir el usuario para la toma de muestra o preparación para los procedimientos y éstos las cumplen.  0: No se efectúan capacitaciones; 1: Se efectúan capacitaciones pero el personal no las cumple o las cumple parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.
				ADT3-7	El establecimiento cuantifica, analiza y toma medidas correctivas respecto a las complicaciones y/o reacciones adversas derivadas de la atención en los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento.  0: No se cuantifica las reacciones adversas o no se analizan; 1: Se cuantifica las reacciones adversas, se analizan pero no se toman medidas correctivas; 2: Cumple con lo establecido.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*  
E.M. CHOTTI K.



V. Zumaran A.



Magly García B.



J. Calderón Y

Macroproceso 14: Admisión y Alta (ADA)

Objetivo y alcance: Evaluar si el proceso de atención, desde el ingreso hasta la salida de los usuarios y acompañantes, permite disminuir las barreras de acceso e incorpora la identificación y priorización de necesidades (parcial o completamente) de salud individual y familiar

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ADA.1	El establecimiento está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	Eficacia	R.M. N° 597-2006/MINSA, que aprueba la "NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"  R.M.N° 423-2001-SA/DM. Manual de procedimientos de admisión integral en establecimientos del primer nivel de atención	ADA1-1	El establecimiento tiene un sistema de registro de los usuarios por historias clínicas individuales/ fichas familiares y estandariza los formatos de acuerdo con la normatividad vigente.  0: El establecimiento no tiene un sistema de registro; 1: Tiene sistema de registro, pero no está acorde a la normatividad vigente; 2: Cumple con todo lo establecido.
		Integralidad		ADA1-2	Se garantiza la conservación y custodia del sistema de registro (historias clínicas/fichas familiares) y está contemplado en el manual de procedimientos del establecimiento y acorde a lo dispuesto por la normatividad vigente.  0: No se garantiza la conservación del sistema o no está contemplado en el manual de procedimientos; 1: Se garantiza la conservación, está contemplado en el manual de procedimientos pero no está acorde a normatividad; 2: Cumple con lo establecido.
		Oportunidad		ADA1-3	El proceso diario de recojo/ archivamiento de las fichas familiares/historias clínicas está documentado e identifica aspectos críticos que podrían alterar su conservación/ tenencia.  0: El proceso no está documentado; 1: El proceso está documentado pero no se identifican los aspectos críticos; 2: Cumple con lo establecido.
		Continuidad		ADA1-4	El procedimiento para la obtención y entrega de citas que contiene los tiempos de espera máximos, costos, horarios, el número regular de ingresos esperados, lo cual es de conocimiento del personal responsable y es difundido al usuario.  0: El procedimiento para las citas no es de conocimiento del personal; 1: El procedimiento es de conocimiento del personal pero no ha sido difundido a los usuarios; 2: Cumple con lo establecido.
				ADA1-5	Se cuenta con personal capacitado en el último año, para realizar las actividades en el área de admisión del establecimiento.  0: El personal capacitado es menor al 60% 1: El personal capacitado está entre el 60% al 90%; 2: Más del 90% del personal está capacitado.



**Macroproceso 14: Admisión y Alta (ADA)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si el proceso de atención, desde el ingreso hasta la salida de los usuarios y acompañantes, permite disminuir las barreras de acceso e incorpora la identificación y priorización de necesidades (parcial o completamente) de salud individual y familiar

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ADA.2	El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	Integralidad	R.M. N° 597-2006/MINSA, que aprueba la "NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"  R.M. N° 423-2001-SA/DM. Manual de procedimientos de admisión integral en establecimientos del primer nivel de atención	ADA2-1	El personal de admisión/citas informa a los usuarios (en forma verbal y/o escrita) sobre el proceso de atención en el establecimiento e identifica necesidades con enfoque intercultural.  0: El personal de admisión no informa a los usuarios sobre la atención; 1: El personal informa pero no identifica las necesidades o las identifica pero sin enfoque intercultural; 2: Cumple con lo establecido.
		Oportunidad		ADA2-2	Se realiza la entrega de citas de acuerdo con la programación establecida por los servicios  0: No se realiza entrega de citas; 1: Se realiza, pero no está acorde con la programación; 2: Cumple con lo establecido.
		Continuidad		ADA2-3	Se registra y monitorea el tiempo de espera del usuario en admisión y está acorde a lo esperado por la institución  0: No se registra el tiempo de espera o no se monitorea; 1: Se registra y se monitorea, pero está por encima del nivel esperado; 2: Se registra y monitorea el tiempo de espera y éste se encuentra acorde a lo esperado.
		Información		ADA2-4	Se registra y monitorea el porcentaje de usuarios no atendidos en el establecimiento luego de haber obtenido cita y los niveles están acordes a lo establecido por la institución  0: No se registra el porcentaje de usuarios no atendidos o no se monitorea; 1: Se registra y se monitorea, pero los niveles están por encima de lo establecido; 2: Se registra y se monitorea y los niveles están acordes a lo establecido o por debajo.
		Eficacia		ADA2-5	Se registra y monitorea el porcentaje de citas atendidas de acuerdo con la programación establecida  0: No se registra el porcentaje de citas atendidas o no se monitorea; 1: Se registra y se monitorea, pero no está acorde a la programación; 2: Cumple con lo establecido.
Efectividad					



Vallejos S.

E. Pachetti K.



V. Zumarán A.



M. García B.



J. Calderón Y.

**Macroproceso 14: Admisión y Alta (ADA)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si el proceso de atención, desde el ingreso hasta la salida de los usuarios y acompañantes, permite disminuir las barreras de acceso e incorpora la identificación y priorización de necesidades (parcial o completamente) de salud individual y familiar

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				ADA2-6	Se registra y monitorea el porcentaje de reprogramación de citas y los niveles están de acuerdo a lo establecido por la institución.  0: No se registra el porcentaje de reprogramación de citas; 1: Se registra, pero no se monitorea o se hace pero no está de acuerdo a lo establecido por la institución; 2: Cumple con lo establecido.
				ADA2-7	Se realiza el control de calidad de las historias clínicas acorde a lo estipulado en la normatividad vigente y los resultados son los esperados  0: No se realiza el control de calidad de las historias; 1: Se realiza el control, pero no de acuerdo a la normatividad o los resultados no son los esperados; 2: Cumple con lo establecido.
				ADA2-8	Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta.  0: El porcentaje de usuarios satisfechos con la información es menor a 60%; 1: El porcentaje está entre 60% y 80%; 2: El porcentaje es mayor al 80% .
ADA.3	El establecimiento de salud realiza el proceso de alta según los atributos de oportunidad, continuidad, integralidad.	Eficacia Información Efectividad	R.M. N° 597-2006/MINSA, que aprueba la "NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica	ADA3-1	Se tiene documentado el proceso de alta en el establecimiento y se cumple.  0: El proceso no está documentado; 1: El proceso está documentado, pero no se cumple; 2: Cumple con lo establecido.
				ADA3-2	Se registran las estancias hospitalarias prolongadas, se analizan y se toman medidas correctivas.  0: No se registra las estancias hospitalarias prolongadas; 1: Se registran pero no se analizan o no se toman medidas correctivas; 2: Cumple con lo establecido.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*  
M. GROTNIK



V. Zúmaran A.



M. García B.



J. Calderón Y.



**Macroproceso 14: Admisión y Alta (ADA)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si el proceso de atención, desde el ingreso hasta la salida de los usuarios y acompañantes, permite disminuir las barreras de acceso e incorpora la identificación y priorización de necesidades (parcial o completamente) de salud individual y familiar

Vallejos S.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ADA.4	El establecimiento de salud garantiza que el paciente reciba atención continuada después del alta.	Eficiencia Continuidad Aceptabilidad	R. M. N° 519-2006 Sistema de Gestión de la Calidad en Salud	ADA4-1	Se fomenta y se dan facilidades para que el usuario consigne sugerencias o quejas de la consulta ambulatoria en los ambientes destinados a ésta.  0: No se fomenta que el usuario consigne sugerencias o quejas; 1: Se fomenta pero no se dan facilidades al usuario; 2: Se fomenta y se dan facilidades al usuario.



V. Zumaran A.



M. García B.



J. Calderón Y.

## Macroproceso 15: Referencia y contrarreferencia (RCR)

**Objetivo y alcance:** Evaluar si la organización garantiza la continuidad de la atención de salud en una red de servicios y si contribuye a solucionar los problemas de salud de la población con trabajo en equipo y buscando la participación activa de la comunidad organizada

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
RCR.1	El establecimiento de salud está organizado para referir pacientes y recibir contrarreferencias.	Continuidad Oportunidad Eficacia	R.M. N° 721-2004/MINSA. Norma técnica del sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud.  R.M. N° 516-2005/MINSA. "Guías de prácticas clínicas en emergencia para el adulto".	RCR1-1	El establecimiento de salud tiene documentado el proceso de referencias y contrarreferencias que realiza/recibe de acuerdo a la normatividad vigente.  0: No tiene documentado el proceso; 1: Lo tiene documentado pero no está acorde con la normatividad vigente; 2: Cumple con lo establecido.
				RCR1-2	El establecimiento de salud ha establecido coordinaciones con otros servicios de atención ambulatoria, con servicios extrahospitalarios locales, regionales y nacionales para garantizar la atención posterior al alta.  0: No ha establecido coordinaciones; 1: Ha establecido coordinaciones, pero no se cumplen; 2: Ha establecido coordinaciones y se cumplen.
				RCR1-3	El establecimiento de salud ha establecido un mecanismo de seguimiento de pacientes referidos las 24 horas, en caso no se haya producido la contrarreferencia efectiva.  0: No se tiene mecanismo de seguimiento; 1: Tiene mecanismo, pero no las 24 horas; 2: Tiene un mecanismo y lo cumple.
				RCR1-4	El establecimiento de salud cuenta con formatos impresos para las referencias y contrarreferencias disponibles durante el horario de atención en todos los lugares necesarios.  0: No cuenta con formatos impresos para las referencias y contrarreferencias; 1: Si cuenta, pero no están disponibles en los lugares necesarios; 2: Cumple con lo establecido.
RCR.2	El establecimiento de salud está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios.	Oportunidad Disponibilidad Eficacia Trabajo en equipo	R.M. 751-2004 / MINSA. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.	RCR2-1	Se tiene un rol de personal a cargo del traslado de los pacientes y es de pleno conocimiento de los responsables.  0: No se tiene rol de personal; 1: Se tiene rol, pero no es conocido por los responsables; 2: Cumple lo establecido.



Vallejos S.



V. Zumarán A.



Magly García B.



J. Calderón Y.

Macroproceso 15: Referencia y contrarreferencia (RCR)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización garantiza la continuidad de la atención de salud en una red de servicios y si contribuye a solucionar los problemas de salud de la población con trabajo en equipo y buscando la participación activa de la comunidad organizada

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
			R.M. 343 – 2005 / MINSA. Reglamento de Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre. R.M. Nº 729-2003 SA/DM. La atención integral compromiso de todos-El modelo de atención integral (MAIS)	RCR2-2	Se dispone de servicio de transporte operativo, equipado y disponible durante las 24 horas.  0: No se cuenta con servicio de transporte; 1: Se cuenta con servicio, pero no está equipado o disponible las 24 horas; 2: Cumple lo establecido.
RCR.3	Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de pacientes.	Oportunidad	R.M. Nº 343-2005/MINSA. Reglamento para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre  R. M. Nº 953-2006/MINSA, Norma Técnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre  R.M. Nº 729-2003 SA/DM. La atención integral compromiso de todos-El modelo de atención integral (MAIS).	RCR3-1	El personal de salud responsable de la tarea de referencia y contrarreferencia conoce, implementa y controla todos los aspectos críticos del proceso y establece las acciones para mejorarlos.  0: El personal no conoce los aspectos críticos del proceso; 1: El personal los conoce, pero no los implementa o no los controla; 2: Cumple con lo establecido.
		Continuidad		RCR3-2	Se cuantifica el porcentaje de casos referidos en que se aplicaron los criterios y procedimientos establecidos y el nivel es el esperado por la organización.  0: No se cuantifica el porcentaje; 1: Se cuantifica, pero no se aplicaron criterios y procedimientos o el nivel está por debajo de lo esperado; 2: Cumple con lo establecido.
		Trabajo en equipo		RCR3-3	Se cuantifica el porcentaje de referencias de gestantes, puérperas y neonatos a un establecimiento de mayor nivel de complejidad de acuerdo a las necesidades del usuario y en relación con la cartera de servicios del establecimiento de salud.  0: No se cuantifica el porcentaje de referencias; 1: Se cuantifica, pero no está de acuerdo a las necesidades del usuario o no está en relación a la cartera de servicios; 2: Cuple con lo establecido.
		Efectividad		RCR3-4	Se cuantifica la relación porcentual entre referencias y contrarreferencias realizadas y el nivel es el esperado por la organización.  0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: Cumple con lo establecido.



Vallejos S.



Mary García B.



J. Calderon Y.



V. Zumarán A.



**Macroproceso 15: Referencia y contrarreferencia (RCR)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si la organización garantiza la continuidad de la atención de salud en una red de servicios y si contribuye a solucionar los problemas de salud de la población con trabajo en equipo y buscando la participación activa de la comunidad organizada

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
RCR.4	Se establecen mecanismos de participación de la población organizada en los procesos de identificación, seguimiento y apoyo en la referencia y contrarreferencia de usuarios.	Participación ciudadana	R.M. N° 729-2003 SA/DM. La atención integral compromiso de todos-El modelo de atención integral (MAIS).	RCR4-1 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA	El establecimiento tiene un sistema organizado de vigilancia comunitaria en salud y es conocido por los responsables.  0: No se cuenta con el sistema de vigilancia; 1: Se cuenta, pero no es conocido por los responsables; 2: Cumple con lo establecido.
				RCR4-2 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA	El establecimiento de salud cuenta con agentes comunitarios que aplican los procedimientos para la referencia comunal.  0: No cuentan con agentes comunitarios 1: Tienen agentes comunitarios pero no aplican procedimientos 2: Cumple con lo establecido.
				RCR4-3 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA	El establecimiento de salud cuenta con los formatos de referencia y contrarreferencia comunal y las registra.  0: No cuentan con los formatos; 1: Cuentan con los formatos pero no las registran; 2: Cumple con lo establecido.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*  
E.N. CHIRIQUIN



M. Zumaran A.



Magly García B.



J. Calderón

## Macroproceso 16: Gestión de Medicamentos (GMD)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización suministra a los servicios de hospitalización, ambulatorios y otros, los medicamentos y productos solicitados y tiene un impacto directo en la seguridad de los pacientes

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
GMD.1	El establecimiento está organizado para un manejo adecuado de los medicamentos e insumos antes de su dispensación al usuario	Disponibilidad Eficiencia Seguridad	Decreto Supremo N° 018-2001-SA del Control de calidad y suministro de información sobre medicamentos  R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales  R.M. N° 414-2005/MINSA, que aprueba el "Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales"  R.M. N° 1753-2002-SA/DM.- Aprueba Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos - SISMED  Resolución Jefatural N° 335-90-INAP/DNA "Manual Administración de Almacenes para el Sector Público Nacional".	GMD1-1	Las compras se programan sobre la base del petitorio nacional acorde al cuadro de necesidades de los servicios y son autorizadas por el comité de compras de la institución.  0: No se realiza compras o no son sobre el petitorio nacional; 1: Se programan compras sobre el petitorio nacional pero no sobre la base del cuadro de necesidades o no son autorizadas por el Comité de compras; 2: Cumple con lo establecido.
				GMD1-2	La farmacia cuenta con sistemas (SISMED 2.0 u otro) e información para la gestión (Kardex, informes de consumo en unidades y valores, según fuente de financiamiento, para medicamentos y dispositivos médicos fungibles).  0: No cuenta con sistemas; 1: Cuenta con sistema pero no con información para la gestión; 2: Cumple con lo establecido.
				GMD1-3	El establecimiento realiza informe de consolidados diarios de despacho e informe mensual de consumo de medicamentos e insumos.  0: No realiza informes; 1: Realiza el informe diario, pero no el informe mensual; 2: Cumple con lo establecido.
				GMD1-4	Los medicamentos son almacenados y conservados de acuerdo a las buenas prácticas de almacenamiento.  0: No cumple las buenas prácticas de almacenamiento; 1: Cumple parcialmente las buenas prácticas de almacenamiento; 2: Cumple con lo establecido.
				GMD1-5	Se cuenta con el Libro de Registro de Prescripción de Narcóticos y sustancias controladas.  0: No cuenta con libro; 1: Cuenta con libro pero no registra o registra parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.
GMD.2	El establecimiento realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable	Disponibilidad Eficiencia Eficacia	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	GMD2-1	El establecimiento de salud aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de prescripción.  0: No aplica normas de prescripción; 1: Aplica las normas pero no evalúa su cumplimiento; 2: Cumple con lo establecido.



Vallejos S.



M. Zumaran A.



Magly García B.



J. Calderón Y.

Macroproceso 16: Gestión de Medicamentos (GMD)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización suministra a los servicios de hospitalización, ambulatorios y otros, los medicamentos y productos solicitados y tiene un impacto directo en la seguridad de los pacientes

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				GMD2-2	El establecimiento de salud aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de dispensación.  0: No aplica normas de dispensación; 1: Aplica las normas pero no evalúa su cumplimiento; 2: Cumple con lo establecido.
				GMD2-3	Los errores en la dispensación de medicamentos son vigilados, registrados y corregidos por la autoridad competente del establecimiento  0: No vigila la ocurrencia de errores en la dispensación; 1: Vigila errores de dispensación pero no los registra o no los corrige; 2: Cumple con lo establecido.
				GMD2-4	El servicio de farmacia cuenta y aplica mecanismos de información al paciente en el marco de su competencia al momento de la dispensación  0: No cuenta con mecanismos de información al paciente; 1: Cuenta con mecanismos pero no los aplica; 2: Cumple con lo establecido.
				GMD2-5	Los errores de prescripción de medicamentos son registrados y corregidos por la autoridad competente del establecimiento.  0: No registra errores de prescripción; 1: Registra los errores pero no son corregidos; 2: Cumple con lo establecido.
GMD.3	El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	Accesibilidad  Eficacia  Seguridad	Decreto Supremo N° 018-2001-SA, del Control de calidad y suministro de información sobre medicamentos  Resolución Ministerial N° 055-1999-SA/DM, Norma Técnica de Buenas Prácticas de Manufactura	GMD3-1	Se evalúa el porcentaje de coincidencias entre los ítems prescritos, dispensados, reportados, stock registrado y stock real y es el esperado. El margen de consistencia es mayor al 99%.  0: No se evalúa el porcentaje; 1: Se evalúa el porcentaje pero está por debajo de lo esperado; 2: Cumple con lo establecido.
				GMD3-2	Se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas y la adopción de medidas correctivas.  0: No se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas; 1: Se evalúa el porcentaje pero no se adoptan medidas correctivas; 2: Cumple con lo establecido.



Vallejos S.



E.M. CHOTIK



Zumaran A.



Magly García B.



J. Calderón Y.

Macroproceso 16: Gestión de Medicamentos (GMD)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización suministra a los servicios de hospitalización, ambulatorios y otros, los medicamentos y productos solicitados y tiene un impacto directo en la seguridad de los pacientes

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
			Resolución Ministerial N° 585-1999-SA/DM, Norma Técnica de Buenas Prácticas de Almacenamiento Resolución Ministerial N° 014-2002-SA, Lineamientos de la Política del Sector Salud 2002-2012 R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales R.M. N° 414-2005/MINSA, que aprueba el "Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales	GMD3-3	El establecimiento realiza el monitoreo de las existencias para cautelar el normostock y prevenir el vencimiento de medicamentos e insumos.  0: No realiza el monitoreo de las existencias; 1: Realiza el monitoreo pero no establece medidas de prevención del vencimiento; 2: Cumple con lo establecido.
				GMD3-4 ESPECIFICO SECTOR PUBLICO	El establecimiento de salud garantiza la capacitación del personal de farmacia acerca de los procedimientos de farmacia en relación con los medicamentos.  0: Menos del 50% del personal de farmacia está capacitado; 1: Entre el 50% y 80% del personal está capacitado; 2: Más del 80% del personal está capacitado.
				GMD3-5 ESPECIFICO SECTOR PUBLICO	El establecimiento ha organizado la provisión para mantener el normostock de items necesarios para el funcionamiento de servicios críticos (ej. emergencia, centro obstétrico).  0: El establecimientos no ha organizado la provisión; 1: Ha organizado la provisión pero no de todos los servicios críticos; 2: Cumple con lo establecido



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*



J. Zumaran A.



Magly Garcia B.



J. Calderón Y.

Macroproceso 17: Gestión de la información (GIN)

Objetivo y alcance: Evaluar si se cuenta con evidencia permanente y organizada para facilitar las decisiones de los trabajadores de la organización basadas en la integración de la información clínica y administrativa originada por los procesos.

Código	Estandar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
GIN.1	El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	Disponibilidad Oportunidad	Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública R. M. N° 825-2005/MINSA, Directiva que establece el procedimiento de atención de solicitudes sobre acceso a la información pública R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.	GIN1-1	El establecimiento de salud identifica las necesidades de información de todos los procesos asistenciales y administrativos con participación del personal de las áreas respectivas.  0: El establecimiento no identifica las necesidades; 1: Identifica las necesidades, pero no con participación del personal de las áreas respectivas; 2: Cumple con lo establecido.
				GIN1-2	El establecimiento de salud identifica anualmente las necesidades de equipamiento para el óptimo funcionamiento del sistema informático y esta incluido en el plan anual de adquisiciones.  0: No se identifica las necesidades de equipamiento; 1: Se identifica necesidades pero no está en el plan anual de adquisiciones; 2: Se identifica necesidades y están en el plan.
				GIN1-3	El establecimiento de salud cuenta con un sistema de acopio manual y/o automatizado de información el cual es conocido por el personal.  0: Menos del 50% del personal lo conoce; 1: Del 50% al 80% del personal lo conoce; 2: Más del 80% del personal lo conoce.
				GIN1-4	El establecimiento de salud cuenta con sistemas de información que aplican los descriptores nacionales de medicamentos, codificación CIE X, CIP (procedimientos) y otras codificaciones oficiales para el sector salud.  0: No cuenta con sistemas de información para medicamentos; 1: Cuenta con sistema de información pero no aplica descriptores o solamente para alguno de ellos; 2: Cumple con lo establecido.
				GIN1-5	El establecimiento de salud tiene personal capacitado durante el último año, para llevar a cabo las actividades de la gestión de la información.  0: Menos del 60% ha sido capacitado durante el último año; 1: Del 60% al 90% han sido capacitado; 2: Más del 90% del personal ha sido capacitado.



Vallejos S.



E. M. CHIOTTI K.




V. Zumaran A.



M. G. García B.

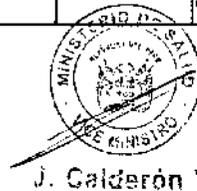
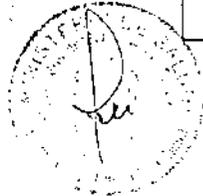


J. Calderón

Macroproceso 17: Gestión de la información (GIN)

Objetivo y alcance: Evaluar si se cuenta con evidencia permanente y organizada para facilitar las decisiones de los trabajadores de la organización basadas en la integración de la información clínica y administrativa originada por los procesos.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				GIN1-6	El establecimiento de salud cuenta con procedimientos documentados que describe las fases de captura, el análisis, la transmisión, la difusión, el almacenamiento, la conservación y la depuración de la información.  0: No cuenta con procedimientos documentados; 1: Cuenta con procedimientos pero no para todas las fases; 2: Cumple con todo lo establecido.
				GIN1-7	Existe y se implementa un sistema de gestión de la información que considera todos los aspectos descritos en el procedimiento documentado.  0: No existe un sistema de gestión de la información; 1: Existe el sistema pero no está implementado; 2: Existe el sistema y está implementado.
				GIN1-8	La unidad responsable de la gestión de la información monitorea la información de todas las unidades orgánicas y funcionales de la organización.  0: Monitorea la información de menos del 60% de las unidades orgánicas y funcionales; 1: Monitorea del 60% al 90% de las unidades; 2: Monitorea mas del 90% de las unidades.
GIN.2	El establecimiento de salud realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad y la oportunidad de la información.	Disponibilidad Oportunidad	Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública R. M. N° 825-2005/MINSA, Directiva que establece el procedimiento de atención de solicitudes sobre acceso a la información pública	GIN2-1	El establecimiento de salud tiene definido mecanismos para la identificación de los aspectos críticos de la gestión de la información y son fuente para la elaboración de proyectos de mejora continua de la información.  0: El establecimiento no tiene mecanismos para la identificación de aspectos críticos; 1: Tiene mecanismos definidos, pero no son fuente para la elaboración de proyectos de mejora; 2: Cumple con lo establecido.
				GIN2-2	El establecimiento cuenta y aplica un método formal y permanente de gestión de la información (recolección, procesamiento y análisis y evaluación de los resultados).  0: El establecimiento no cuenta con método para la gestión de la información; 1: Se cuenta con método, pero no se aplica o no es permanente; 2: Cumple con lo establecido.



Macroproceso 17: Gestión de la información (GIN)

Objetivo y alcance: Evaluar si se cuenta con evidencia permanente y organizada para facilitar las decisiones de los trabajadores de la organización basadas en la integración de la información clínica y administrativa originada por los procesos.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
GIN.3	El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información.	Trabajo en equipo	Ley N° 27806. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública  R. M. N° 825-2005/MINSA, Directiva que establece el procedimiento de atención de solicitudes sobre acceso a la información pública	GIN3-1	Se implementan en la organización mecanismos de difusión de la información y retroalimentación.  0: No existen; 1: Existen mecanismos de difusión, mas no de retroalimentación; 2: Cumple con lo establecido.
				GIN3-2	Los servicios generan espacios participativos de análisis de información y son documentados.  0: Los servicios no generan espacios de análisis de información; 1: Generan espacios, pero no son participativos o no son documentados; 2: Cumple con lo establecido.
				GIN3-3	El establecimiento de salud cuenta con un espacio donde se muestra la información relevante y actualizada de los proyectos de mejora continua de la información.  0: No existe; 1: Se cuenta con el espacio, pero la información no está actualizada; 2: Se cumple con lo todo establecido.
				GIN3-4	Se identifican semestralmente las percepciones del usuario interno (en los niveles operativo, táctico y estratégico) acerca del manejo de la información.  0: No se identifica las percepciones del usuario interno; 1: Se identifican las percepciones pero no semestralmente; 2: Cumple con lo establecido.



Vallejos S.

E.M. PRUTTI K.



V. Zumaran A.



M. G. García B.



J. Calderón Y.

**Macroproceso 18: Decontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si los procedimientos de decontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres y ropa, así como las instalaciones, permiten minimizar los riesgos de contaminación y de infecciones intrahospitalarias, aplicando medidas de seguridad como: bioseguridad, precauciones estándares y de salud ocupacional en forma oportuna y eficaz.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
DLDE.1	El establecimiento de salud se organiza para aplicar medidas de decontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres e instalaciones.	Seguridad Disponibilidad	R.M. N° 510-2005. Manual de Salud Ocupacional  R.M. N° 179-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias.  RM N° 217-2004/MINSA Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios  R.M. N° 1472-2002-SA/DM Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria: Minsa/OGE/Vigia	DLDE1-1	Se cuenta con un manual de desinfección y esterilización acorde a su categoría y es conocido por el personal de todas las áreas responsables de este proceso.  0: No cuenta con manual ni guía o no está adecuado a su categoría; 1: Se cuenta con manual/guía pero no es conocido por todo el personal o solo uno de ellos 2: Cumple con lo establecido.
				DLDE1-2	El establecimiento cuenta con una guía actualizada que describe los procedimientos de limpieza y desinfección de los ambientes físicos destinados al paciente, los enseres de cama, la ropa de pacientes y del personal de áreas de riesgo y es conocido por todo el personal.  0: El establecimiento no cuenta con guía actualizada; 1: Cuenta con guía pero no es conocido por todo el personal 2: Cumple con lo establecido.
				DLDE1-3	El establecimiento tiene centralizado los procesos de limpieza, desinfección y esterilización de materiales y equipos.  0: El establecimiento no tiene centralizado los procesos; 1: NO VALIDO; 2: Cumple con lo establecido.
DLDE.2	Se realizan los procesos de decontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	Eficacia Eficiencia Seguridad	R.M. N° 510-2005. Manual de Salud Ocupacional  R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el modelo de ROF de Hospitales NORMA TÉCNICA N° 015 - MINSAL / DGSP - V.01 Manual de Bioseguridad.	DLDE2-1	El personal que manipula equipos y material usado se encuentra protegido según medidas establecidas.  0: Está protegido menos del 50% del personal; 1: Entre el 50% al 90% del personal está protegido; 2: Están protegidos más del 90%.
				DLDE2-2	El personal en cada servicio clasifica y realiza la descontaminación y/o limpieza de los materiales, equipos usados de acuerdo con lo establecido en el manual de desinfección, esterilización y la norma de salud ocupacional.  0: El personal no clasifica o no realiza la descontaminación del material y/o equipo usado; 1: El personal clasifica y realiza la descontaminación pero no de acuerdo a lo establecido en el manual; 2: Cumple con lo establecido.

  
Vallejos S.

  
E. M. CHOTTIN



  
V. Zumaran A.

  
Magly García B.

  
L. Calderón Y.

**Macroproceso 18: Decontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si los procedimientos de decontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres y ropa, así como las instalaciones, permiten minimizar los riesgos de contaminación y de infecciones intrahospitalarias, aplicando medidas de seguridad como: bioseguridad, precauciones estándares y de salud ocupacional en forma oportuna y eficaz.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
			R.M. N° 179-2005/MINSA Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias.	DLDE2-3	Se empaqueta y esteriliza el material/equipo de acuerdo con los procedimientos establecidos.  0: No se cumple con los procedimientos establecidos o solamente se empaqueta el material y/o equipo; 1: Se empaqueta y esteriliza el material/equipo, pero no de acuerdo con los procedimientos; 2: Cumple con lo establecido.
				DLDE2-4	El establecimiento aplica controles físicos, químicos y biológicos en la esterilización de materiales y equipos.  0: El establecimiento no aplica controles o aplica uno de ellos; 1: Se aplica al menos dos controles; 2: Se aplican los tres controles.
				DLDE2-5	Se establece un sistema de control de daños, pérdidas de materiales y equipos en cada área de esterilización y se registra en cada procedimiento de esterilización.  0: No se tiene sistema de control o solamente en algunas áreas; 1: Se tiene sistema, en todas las áreas pero no registra cada procedimiento; 2: Cumple con lo establecido.
				DLDE2-6	Se establece un sistema de control de pérdidas y deterioros innecesarios de enseres de cama y ropa y se aplica en cada procedimiento.  0: No se ha establecido un sistema de control; 1: Hay sistema de control, pero no se aplica; 2: Cumple con lo establecido.
DLDE.3	Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos.	Seguridad Eficacia Trabajo en equipo	Ley N° 26842, Ley General de Salud  R.M.N° 510-2005. Manual de Salud Ocupacional	DLDE3-1	El personal que realiza la recolección y lavado de la ropa y enseres está debidamente protegido de acuerdo con la norma de salud ocupacional.  0: Está protegido menos del 60% del personal; 1: Está protegido entre el 60% a 90%; 2: Está protegido más del 90% del personal.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*



V. Zúmaran A.



Magdy García P.



J. Calderón Y.

**Macroproceso 18: Decontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si los procedimientos de decontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres y ropa, así como las instalaciones, permiten minimizar los riesgos de contaminación y de infecciones intrahospitalarias, aplicando medidas de seguridad como: bioseguridad, precauciones estándares y de salud ocupacional en forma oportuna y eficaz.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
			R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el modelo de ROF de Hospitales NORMA TÉCNICA N° 015 - MINSAL / DGSP - V.01 Manual de Bioseguridad	DLDE3-2	Existe un procedimiento especial para el tratamiento de la ropa contaminada que es de conocimiento del personal de lavandería.  0: No existe procedimiento; 1: Existe el procedimiento, pero no lo conoce todo el personal; 2: Cumple con lo establecido.
			R.M. N° 179-2005/MINSA. Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias.	DLDE3-3	Se cuantifica el porcentaje de reclamos y quejas sobre el servicio de lavandería por problemas en la entrega, oportunidad (entre otros atributos) de los enseres de cama y ropa y se toman acciones correctivas.  0: No se cuantifica el porcentaje de reclamos; 1: Se cuantifica, pero no se toman acciones correctivas; 2: Cumple con lo establecido.
				DLDE3-4	Se realiza el almacenamiento de los enseres de cama y ropa de acuerdo con las normas vigentes.  0: No se conocen las normas; 1: Conoce las normas, pero no se realiza el almacenamiento de acuerdo a éstas; 2: Cumple con lo establecido.
OLDE.4	Se realiza la limpieza de las instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas específicas.	Comodidad Eficacia seguridad Efectividad Disponibilidad	R.M. N° 510-2005. Manual de Salud Ocupacional  R.M. N° 217-2004/MINSA Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios NORMA TÉCNICA N° 015 - MINSAL / DGSP - V.01 Manual de Bioseguridad	DLDE4-1	El personal de limpieza está debidamente vestido y protegido según las medidas de bioseguridad y la norma de residuos sólidos.  0: Menos del 60% está vestido y protegido; 1: Está vestido y protegido entre el 60% a 90%; 2: Está vestido y protegido más del 90%
				DLDE4-2	El establecimiento cuenta y aplica procedimientos establecidos de segregación, acopio y disposición final de residuos sólidos.  0: No cuenta con procedimientos para el manejo de residuos sólidos; 1: Cuenta con procedimientos pero no los aplica o los aplica parcialmente para una de las fases; 2: Cumple con lo establecido.



*[Handwritten signature]*  
M. SCHMITZ



Macroproceso 18: Decontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)

Objetivo y alcance: Evaluar si los procedimientos de decontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres y ropa, así como las instalaciones, permiten minimizar los riesgos de contaminación y de infecciones intrahospitalarias, aplicando medidas de seguridad como: bioseguridad, precauciones estándares y de salud ocupacional en forma oportuna y eficaz.

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
			R.M. N° 179-2005/MINSA Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias.	DLDE4-3	La unidad de epidemiología y saneamiento ambiental y/o comité de infecciones intrahospitalarias y/o personal de enfermería participa(n) activamente en la elaboración y supervisión de aplicación de las normas de limpieza.  0: No participa(n); 1: Participa(n) solamente en la elaboración; 2: Participa(n) en la elaboración y supervisión.
				DLDE4-4	Se cuantifica la percepción de los usuarios (interno y externo) respecto a la limpieza del establecimiento de salud y se implementan acciones para su mejora.  0: No se cuantifica la percepción de los usuarios; 1: Se cuantifica la percepción, pero no se implementan acciones de mejora; 2: Se cuantifica y se implementan acciones.



Vallejós S.



Escritorio



V. Zumaran A.



Machy Garcia B.



J. Calderón Y

Macroproceso 19: Manejo del Riesgo Social (MRS)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización está orientada a brindar servicios de salud a las poblaciones de riesgo social bajo los atributos de accesibilidad y continuidad.

Código	Estándar	Atributos Relacionados	Referencia Normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
MRS.1	El establecimiento de salud está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	Disponibilidad Accesibilidad Continuidad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el modelo de ROF de Hospitales  D.S. N° 016-2002-SA Reglamento de la Ley N° 27604 modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos  R.M. N° 436-2006/MINSA, Reglamento para el pago de tarifa mixta del SIS	MRS1-1 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA	El establecimiento de salud cuenta con un único sistema de evaluación socioeconómica de los usuarios que se implementa en todos los puntos de entrada de los usuarios las 24 horas del día.  0: No cuenta con un sistema de evaluación socioeconómica; 1: Cuenta con sistema pero no está disponible en todos los puntos de entrada de los usuarios o no está disponible las 24 horas; 2: Cumple con lo establecido.
				MRS1-2 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA	El establecimiento de salud programa y realiza mensualmente controles de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica.  0: No realiza control de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica; 1: Realiza control de calidad pero no de acuerdo a lo programado 2: Cumple con lo establecido.
				MRS1-3 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA	El servicio social cuenta con servicio de Internet para realizar cruces de información de los usuarios con ESSALUD y RENIEC.  0: No cuenta con internet; 1: Cuenta con internet pero no hace cruce de información de los usuarios de ESSALUD y RENIEC; 2: Cumple con lo establecido.
				MRS1-4	El establecimiento de salud realiza las evaluaciones socioeconómicas a los usuarios de consulta externa, emergencias, apoyo diagnóstico y hospitalización.  0: Sólo realiza las evaluaciones socioeconómicas en alguna de ellas; 1: Realiza en todos los servicios menos en uno; 2: Realiza evaluaciones en todos los servicios listados.



Vallejos S.



E. ALCHIMI K.



V. Zumarán A.



Magly García B.



J. Calderón Y.

Macroproceso 19: Manejo del Riesgo Social (MRS)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización está orientada a brindar servicios de salud a las poblaciones de riesgo social bajo los atributos de accesibilidad y continuidad.

Código	Estándar	Atributos Relacionados	Referencia Normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Contenido
MRS.2	El establecimiento de salud destina recursos financieros para la atención de casos especiales y de extrema pobreza.	Eficacia Eficiencia Accesibilidad Oportunidad	D.S. N° 016-2002-SA Reglamento de la Ley N° 27604 modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos  R.M. N° 246-2006/MINSA Lineamientos de política tarifaria en el Sector Salud	MRS2-1 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos de financiamiento para la atención de la población pobre y en extrema pobreza y éstos se aplican.  0: El establecimiento no cuenta con éstos mecanismos; 1: Cuenta con mecanismos pero no los aplica o los aplica parcialmente; 2: Cuenta con mecanismos y los aplica
				MRS2-2 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA	Las tarifas del establecimiento de salud se adecúan a los lineamientos de política tarifaria del MINSA.  0: Las tarifas del establecimiento no se adecúan; 1: Las tarifas se adecúan parcialmente a la política tarifaria del MINSA; 2: Cumple con lo establecido



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*  
E. MENDOZA



V. Zúmarán A.



Magly García B.



J. Calderón Y.

Macroproceso: Nutrición y Dietética (NYD)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización garantiza una atención de nutrición y dietética según las necesidades, las indicaciones clínicas y los requerimientos de los pacientes.

Código	Estándar	Atributo Relacionado	Referencia Normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
NYD.1	El establecimiento de salud está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.	Disponibilidad Oportunidad Eficiencia	<p>R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el modelo de ROF de Hospitales</p> <p>RM N° 615-2003 SAJDM Norma Sanitaria que establece los criterios microbiológicos de calidad sanitaria e inocuidad para los alimentos y bebidas de consumo humano.</p> <p>R.M. N° 1653-2002-SA/DM Reglamento Sanitario de Funcionamiento de Autoservicios de Alimentos y Bebidas.</p> <p>R.M. N° 449-2006/MINSA Norma Sanitaria para la Aplicación del Sistema HACCP en la Fabricación de Alimentos y Bebidas D.S. N° 007-98-SA. Reglamento de Vigilancia y Control Sanitario de alimentos y bebidas</p>	NYD1-1	Se cuenta con un manual actualizado y disponible de normas y procedimientos técnico-administrativos de la atención nutricional y dietética.  0: No cuenta con manual o no está actualizado; 1: Cuenta con manual actualizado pero no está disponible; 2: Cumple con lo establecido.
				NYD1-2	Se cuenta con personal de nutrición capacitado durante el último año.  0: Menos del 50% se capacitó durante el último año; 1: Entre el 50% y 80% del personal se capacitó; 2: Se capacitó más del 80% del personal.
				NYD1-3	Se han determinado y se cumplen horarios para la distribución de las dietas a los servicios.  0: No se han determinado los horarios; 1: Se ha determinado horarios, pero no se cumplen; 2: Cumple con lo establecido.
				NYD1-4	El establecimiento cuenta normas de manipulación de alimentos y éstas se aplican.  0: El establecimiento no cuenta con normas; 1: Cuenta con normas pero no se aplican o se aplican parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.
				NYD1-5	El establecimiento aplica buenas prácticas de almacenamiento de víveres perecibles y no perecibles.  0: El establecimiento no aplica buenas prácticas; 1: Aplica buenas prácticas para uno de los dos tipos de víveres; 2: Cumple con lo establecido.
				NYD1-6	El establecimiento cuenta con mecanismos de información y educación a los usuarios y familiares sobre los requerimientos nutricionales de acuerdo con sus necesidades y éstos se aplican.  0: No cuenta con mecanismos o solamente para información o para educación; 1: Cuenta con mecanismos de información y educación pero no se aplican; 2: Cumple con lo establecido.



Vallejos S.



E.M. CHOTTI K.



V. Zumaran A.



Magly García B.



J. Calderón Y.

Macroproceso: Nutrición y Dietética (NYD)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización garantiza una atención de nutrición y dietética según las necesidades, las indicaciones clínicas y los requerimientos de los pacientes.

Código	Estándar	Atributo Relacionado	Referencia Normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
NYD.2	Los requerimientos de los servicios nutricionales concuerdan con las necesidades de los pacientes y la prescripción médica.	Disponibilidad Eficiencia	<b>DECRETO SUPREMO Nº 005-90-SA</b> Reglamento General de Hospitales del Sector Salud <b>R.M. Nº 610-2004/MINSA</b> Aprueban Norma Técnica Nº 010-MINSA/INS-V.01, "Lineamientos de Nutrición Infantil".	NYD2-1	El servicio de nutrición cuenta con un listado de regímenes estándar por patologías prevalentes que se encuentran detallados con composición de nutrientes, prescripciones dietéticas y menús diarios.  0: El establecimiento no cuenta con listado de regímenes; 1: Cuenta con listado pero no está detallados en su composición; 2: Cumple con lo establecido.
				NYD2-2	El personal de enfermería/obstetricia verifica y registra la concordancia entre los menús del día y las distintas indicaciones dietéticas.  0: El personal de enfermería/obstetricia no verifica la concordancia; 1: Se verifica la concordancia pero no la registra 2: Cumple con lo establecido.
				NYD2-3	El profesional de nutrición efectúa la visita diaria a los pacientes con dietas especiales.  0: El personal de nutrición no efectúa visitas diarias; 1: Se efectúan visitas pero no diariamente 2: Cumple con lo establecido
				NYD2-4	Se lleva registro del porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios y se adoptan medidas correctivas.  0: No se lleva registro de las quejas y reclamos; 1: Se registra el porcentaje de quejas y reclamos, pero no se toman acciones; 2: Cumple con lo establecido



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*  
C. Calderón Y.



V. Zúmaran A.



Magly García B.



J. Calderón Y.

Macroproceso: Gestión de Insumos y Materiales (GIM)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización orienta el compromiso laboral de su personal (administrativo y asistencial) para el uso racional y la conservación adecuada de insumos y materiales.

Código	Estándar	Atributo Relacionado	Referencia Normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
GIM.1	Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	Eficacia Eficiencia	Decreto Supremo N° 018-2001-SA del Control de calidad y suministro de información sobre medicamentos Resolución Ministerial N° 055-1999,-SA/DM. Norma Técnica de Buenas Prácticas de Manufactura Resolución Ministerial N° 585-1999-SA/DM. Norma Técnica de Buenas Prácticas de Almacenamiento Resolución Ministerial N° 014-2002-SA. Lineamientos de la Política del Sector Salud 2002-2012 R.M. N° 616-2003-SA/DM. que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	GIM1-1	Se cuenta con líneas de acción para planificar el requerimiento y la adquisición de insumos y materiales conforme a las normas vigentes.  0: No se cuenta con líneas de acción según normas vigentes o solamente las hay para el requerimiento; 1: Se cuenta con líneas de acción para el requerimiento y adquisición pero no están acordes con la normatividad vigente; 2: Cumple con lo establecido.
				GIM1-2	El establecimiento de salud cuenta con un plan anual de necesidades de bienes estratégicos por servicios inmerso en el plan de adquisiciones que garantiza la calidad de insumos y materiales requeridos (especificaciones técnicas, comitè de evaluación de bienes estratégicos).  0: No cuenta con plan anual de necesidades o no está incluido en el plan de adquisiciones; 1: Tiene plan anual incluido en el plan de adquisiciones pero no se garantiza la calidad de los insumos y materiales; 2: Cumple con lo establecido.
				GIM1-3	Se tienen establecidas y se aplican medidas de protección de insumos y materiales por el personal de almacén central.  0: No se tiene establecidas medidas de protección; 1: Se ha establecido medidas de protección pero no se aplican; 2: Cumple con lo establecido.
				GIM1-4	Se tiene establecido y se aplican procedimientos para el control de insumos y materiales en el área de distribución (almacén).  0: No se han establecido procedimientos de control; 1: Se ha establecido procedimientos de control pero no se aplican; 2: Cumple con lo establecido.
GIM.2	Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	Eficacia Efectividad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el modelo de ROF de Hospitales	GIM2-1	Se realiza el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo al cronograma del plan anual de adquisiciones y se cumple los procedimientos.  0: No se realiza el requerimiento de acuerdo al cronograma; 1: Se realiza el requerimiento de acuerdo al cronograma pero no se cumplen los procedimientos; 2: Cumple con lo establecido.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*

E.M. CHUTIK



Zumaran A.



Magly Garcia B.



Calderón Y.

Macroproceso: Gestión de Insumos y Materiales (GIM)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización orienta el compromiso laboral de su personal (administrativo y asistencial) para el uso racional y la conservación adecuada de insumos y materiales.

Código	Estándar	Atributo Relacionado	Referencia Normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				GIM2-2	En el establecimiento se llevan a cabo los procesos de adquisición según los procedimientos correspondientes. 0: El establecimiento no cumple los procedimientos; 1: NO VALIDO; 2: El establecimiento cumple con los procedimientos.
				GIM2-3	Se cuantifica el porcentaje de entregas de insumos y materiales de acuerdo con una programación. 0: Menos del 50% de entregas están de acuerdo con una programación; 1: Entre 50% y 80% de las entregas están acordes a la programación; 2: Más del 80% de entregas están acordes a la programación.
				GIM2-4	Se registra la opinión de los técnicos en el proceso de adquisición en insumos y materiales. 0: Se registra en menos del 60% de los procesos de adquisición; 1: Se registra para el 60% a 80% de los procesos; 2: Se registra para más del 80% de los procesos.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*

E.M. GONZALEZ R.



V. Zumaran A.



Magly Garcia B.



J. Calderón Y.

**Macroproceso: Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si la organización dispone de equipos en buen estado y se garantiza su operatividad en el momento que se requiera. Asimismo, que las instalaciones estructurales y servicios se mantengan conservadas y operativas.

Código	Estándar	Atributo Relacionado	Referencia Normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
EIF.1	El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	Eficacia Eficiencia Disponibilidad	R.M. No 016-98-SA/DM Normas Técnicas para el Mantenimiento Preventivo y Conservación de la Infraestructura en Hospitales.  R.M. N° 970-2005/MINSA.	EIF1-1	El establecimiento de salud cuenta con un plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos incorporado al plan operativo de actividades (POA).  0: No cuenta con plan de mantenimiento; 1: Cuenta con plan, pero no está incorporado al POA; 2: Cumple con lo establecido.
				EIF1-2	El establecimiento de salud cuenta con un plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos incorporado al plan operativo de actividades (POA).  0: No cuenta con plan de mantenimiento de equipos; 1: Cuenta con plan, pero no está incorporado al POA; 2: Cumple con lo establecido.
				EIF1-3	Se cuenta con personal capacitado para la elaboración de proyectos de inversión y se elaboran proyectos.  0: No cuenta con personal capacitado; 1: Se cuenta con personal capacitado pero no se elaboran proyectos; 2: Cumple con lo establecido.
				EIF1-4	El personal que realiza el mantenimiento preventivo y de recuperación de la infraestructura y equipos está capacitado para ese fin durante el último año.  0: El personal no ha sido capacitado 1: Ha sido capacitado hace más de un año; 2: Ha sido capacitado durante el último año.
				EIF1-5	Se cuenta con procedimientos documentados para la adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación y/o ampliación de infraestructura física del establecimiento.  0: No cuenta con procedimientos documentados; 1: Cuenta con procedimientos documentados pero no de todos los procesos; 2: Cumple con lo establecido.



Vallejos S.

*[Handwritten signature]*

E. M. BUSTOS R.



Zumarán A.



Magly García B.



Calderón Y.

Macroproceso: Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización dispone de equipos en buen estado y se garantiza su operatividad en el momento que se requiera. Asimismo, que las instalaciones estructurales y servicios se mantengan conservadas y operativas.

Código	Estándar	Atributo Relacionado	Referencia Normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				EIF1-6	El establecimiento de salud cuenta con sistema de inventario y registro de operatividad de equipos e instrumentos.  0: El establecimiento no cuenta con sistema de registro ni registro de operatividad; 1: Cuenta con sistema de inventario y registro de operatividad pero no se utiliza; 2: Cumple con lo establecido.
				EIF1-7	Se cuenta y aplica los procedimientos del manual para el mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias.  0: No cuenta con manual de procedimientos para la actividad; 1: Cuenta con manual pero no se aplican los procedimientos; 2: Cumple con lo establecido.
				EIF1-8	Cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras y éste es aplicado.  0: No cuenta con manual; 1: Cuenta con manual, pero no se aplica; 2: Cumple con lo establecido.
				EIF1-9	Cuenta con manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica) y éste es aplicado.  0: No cuenta con manual; 1: Cuenta con manual, pero no se aplica; 2: Cumple con lo establecido.



Vallejos S.



V. Zumaran A.



Magly García B.



J. Calderón Y.

Macroproceso: Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización dispone de equipos en buen estado y se garantiza su operatividad en el momento que se requiera. Asimismo, que las instalaciones estructurales y servicios se mantengan conservadas y operativas.

Código	Estándar	Atributo Relacionado	Referencia Normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
EIF.2	El establecimiento de salud cuenta con información y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.	Eficacia Eficiencia Efectividad Disponibilidad	R.M. No 016-98-SADM Normas Técnicas para el Mantenimiento Preventivo y Conservación de la Infraestructura en Hospitales.	EIF2-1	Existe un procedimiento de verificación de inventarios actualizado (equipos con rótulos visibles) y el informe de resultados (no concordancias, faltantes, etc.) se remite a los niveles directivos.  0: No se tiene procedimiento; 1: Se tiene procedimiento pero no se realiza la verificación del inventario o éste no se remite a los niveles directivos; 2: Cumple con lo establecido.
				EIF2-2	Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a programación.  0: No realiza mantenimiento preventivo; 1: Se realiza mantenimiento preventivo pero no de acuerdo a la programación; 2: Cumple con lo establecido.
				EIF2-3	Se cuantifica el porcentaje de soluciones oportunas ante el llamado de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos.  0: Se cuantifica pero las soluciones oportunas son menores al 60%; 1: Se cuantifica pero el resultado está entre 60% y 80%; 2: El resultado es mayor al 80%.



V. Zumaran A.



Magdy García B.



J. Calderón Y.

Resumen de Estándares y Criterios de Evaluación de Acreditación de Establecimientos de Salud

Macroprocesos	Estándares	Criterios de Evaluación
1. Direccionamiento	2	11
2. Gestión de recursos humanos	4	11
3. Gestión de la calidad	3	22
4. Manejo del riesgo de atención	8	50
5. Emergencias y desastres	3	21
6. Control de la gestión y prestación	2	15
7. Atención ambulatoria	4	17
8. Atención extramural	4	13
9. Atención de hospitalización	7	26
10. Atención de emergencias	3	14
11. Atención quirúrgica	4	24
12. Docencia e investigación	2	15
13. Apoyo diagnóstico y tratamiento	3	11
14. Admisión y alta	4	16
15. Referencia y contrarreferencia	4	13
16. Gestión de medicamentos	3	15
17. Gestión de la información	4	14
18. Decontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	4	17
19. Manejo del riesgo social	2	6
20. Manejo de nutrición de pacientes	2	10
21. Gestión de insumos y materiales	2	8
22. Gestión de equipos e infraestructura	2	12
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>361</b>



J. Calderón Y.



18/05/2007



V. Zumaran A.



María García B.

Listados de Estándares de Acreditación EESS Final OK



# Resolución Ministerial



Vallejos S.

Lima, 18 de Setiembre del 2007

Visto el Memorandum N° 2911-2007-DGSP/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas.



J. Calderón y

### CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA del 04 de junio de 2007 se aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo";



Que, la Dirección de Calidad en Salud de la Dirección General de Salud de las Personas propone incorporar una Disposición Final a la precitada Norma Técnica de Salud, para el mejor desarrollo del proceso de acreditación;

Estando a lo informado por la Dirección General de Salud de las Personas;

Con el visado del Viceministro de Salud, del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas y del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y

De conformidad con lo establecido en el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud;



E.M. CHOTTI K.

### SE RESUELVE:



V. Zumaran A.

Artículo 1° Incorporar en las DISPOSICIONES FINALES de la NTS N° 050-MINSA/DGSP - V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA el numeral 11. con el siguiente texto:

J. Calderón Y.



Maggy García B.

"11. Los establecimientos de salud y/o servicios médicos de apoyo que en el transcurso del presente año hubiesen cumplido o cumplieren el periodo de vigencia de la acreditación que le fue otorgada al amparo de lo dispuesto en las Normas y Procedimientos para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 261-98-SA/DM, podrán solicitar ante la Autoridad Nacional de Salud la renovación de la vigencia de la misma hasta por un lapso no mayor de 18 meses, siempre y cuando cumplan con presentar una certificación de vigencia de cumplimiento de las condiciones de acreditación de parte del organismo de certificación de establecimientos de salud que los certificó anteriormente."



E.M. CHIOTTI K.

**Artículo 2°.-** La Dirección General de Salud de las Personas, a través de su Dirección de Calidad en Salud, es responsable de la difusión y cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 1° de la presente Resolución.



V. Zumaran A.

**Artículo 3°.-** Disponer que la Oficina General de Comunicaciones, publique en el Portal de Internet de Ministerio de Salud la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y publíquese

**CARLOS VALLEJOS SOLOGUREN**

Ministro de Salud

