



**LISTADO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN  
PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
CON CATEGORÍA 1 - 2  
Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO**

**Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02**

**Anexo N° 3**

*Avanzando hacia la acreditación*

**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS  
DIRECCIÓN DE CALIDAD EN SALUD  
Lima, Perú, 2007**

Las siguientes personas e instituciones participaron en las reuniones de revisión del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categorías I-1 a III-1 y Servicios Médicos de Apoyo.

Fresia Cárdenas García	DGSP DCS - DEC MINSA	Clodoaldo Barreda Domínguez	Asociación de Clínicas Privadas
Alvaro Santiváñez Pimentel	DCS MINSA	Walther Ramón Musaurieta	Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Luis Legua García	DCS - MINSA	Rigoberto Centeno Vega	OPS
Ana Borja Hernani	Secretaría General MINSA	Oscar Cosavalente	Proyecto AMARES
Luis Robles Guerrero	Secretaría General - MINSA	Jessica Niño de Guzmán Esaine	Proyecto AMARES
Socorro Sevillano Montañez	DISA Lima Sur	Lucy Lopez Reyes	USAID
Esther Tantaleán Soto	DISA Lima Sur	Luisa Hidalgo Jara	Pathfinder International
Ruth Ochoa Roce	Hospital Regional de Ayacucho	Maria Elvira León Di Gianvito	Pathfinder International
Manuel Pérez Sáez	Hospital Regional de Ayacucho	Enrique Watanabe Varas	Pathfinder International
Yndira Loyola Vargas	Hospital Regional de Ayacucho	Cesar Arroyo Viñas	Pathfinder International
Robert Valderrama Gaitán	Seguro Integral de Salud SIS	Gladys Garro Núñez	Proyecto VIGIA
Elizabeth Adriansén Salvatierra	Seguro Integral de Salud SIS	Andrés Polo Cornejo	Consultor en Salud
Carlos Joo Luck	Asociación de Clínicas Privadas	Neil Cerna Palomino	Consultor en Salud

Los siguientes expertos revisaron cada uno de los macroprocesos del Listado para obtener la versión final que se publica en este volumen.

Direccionamiento	Dr. Carlos Joo Luck, ACP	Docencia e Investigación	Dr. Pedro Mendoza Arana, UNMSM
Gestión de Recursos Humanos	Ing. Ricardo Matallana Vergara, MINSA	Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Equipo de Calidad de la DCS, MINSA
Gestión de la Calidad	Equipo de Calidad de la DCS, MINSA	Admisión y Alta	Lic. Maria Elena Villarreal Holguín, HSR
Manejo de Riesgo de la Atención	Lic. Gladys Maria Garro Nuñez, Proyecto	Referencia y Contrarreferencia	Dra. Pilar Torres, DSS, MINSA
Vigía		Gestión de Medicamentos	Mg. Q.F. Cesar Amaro Suárez
Gestión de Seguridad ante Desastres	Aristides Mussio Pinto, INDECI	Gestión de Información	Equipo de Calidad de la DCS, MINSA
Control de la Gestión y Prestación	Dra. Pilar Torres Lévano	Esterilización, lavado y limpieza	Lic. Maria Elena Villarreal Holguín,
Atención Ambulatoria	Dra. Ruth Ochoa Roce, HRA	Lic. Gladys Maria Garro Nuñez	
Atención Extramural	Dra. Pilar Torres Lévano	Manejo del Riesgo Social	Equipo de Calidad de la DCS, MINSA
Atención de Hospitalización	Dra. Rosa N. Barreto Águila,	Nutrición y Dietética	Equipo de Calidad de la DCS, MINSA
Dr. Andrés Pariamachi		Gestión de Insumos y Materiales	Lic. Gladys Maria Garro Nuñez
Atención de Emergencia	Lic. Zobeida Camarena Vargas, HSR	Gestión de Equipos e Infraestructura	Equipo de Calidad de la DCS, MINSA
Atención Quirúrgica	Lic. Ana Maria Amancio Castro		

*Esta publicación es posible gracias al auspicio de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID, en Acuerdo Cooperativo N° CA 527-A-00-04-00109-00 con Pathfinder International. Tanto USAID como Pathfinder International no se solidarizan necesariamente con los conceptos y opiniones vertidos en este documento*

Dr. Alan García Pérez  
**Presidente de la República**

Dr. Carlos Santiago Vallejos Sologuren  
**Ministro de Salud**

Dr. José Gilmer Calderón Yberico  
**Vice-Ministro de Salud**

Dr. Esteban Martín Chiotti Kaneshima  
**Director General de Salud de las Personas**

Dra. Fresia Ismelda Elena Cárdenas García  
**Directora Ejecutiva de Calidad en Salud**



## **PRESENTACIÓN**

En el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, la acreditación es uno de los procesos más importantes del componente de Garantía y Mejoramiento de la Calidad. En ese sentido, el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Calidad en Salud, ha desarrollado una propuesta técnica de acreditación de servicios de salud para el Perú, la cual ha sido validada con todos los subsectores prestadores del sistema de salud y oficializada como norma técnica mediante la Resolución Ministerial 456-2007 MINSA el 06 de junio del 2007.

La actual propuesta está diseñada en el marco de la descentralización de la salud, proceso que ha considerado la transferencia de funciones a las regiones, siendo una de ellas “negar o conferir la acreditación a partir del año 2007”. En este contexto, resulta de suma importancia la implementación de la norma de acreditación, que incluye el listado de estándares que se encuentra en su anexo número tres (3), diseñado de forma tal que permite su fácil aplicación y que responde a las necesidades de mejora de la calidad de los prestadores de servicios de salud. Para su elaboración, el equipo técnico de la Dirección de Calidad en Salud convocó a las Direcciones Ejecutivas del nivel central; representantes de organizaciones del sector público y privado; equipos técnicos de los establecimientos pilotos de la acreditación; organismos financiadores; expertos técnicos y a las organizaciones cooperantes, a quienes agradecemos por los valiosos aportes.

En ese sentido, el Ministerio de Salud pone a disposición de todos los proveedores de servicios de salud del país esta herramienta que contribuirá a garantizar la calidad de la atención que se presta en los establecimientos de salud a nivel nacional.



**RESUMEN DE ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y 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	3	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>75</b>	<b>361</b>





**TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE ESTÁNDARES POR CATEGORÍA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUS**

Macroprocesos	Estándares	Criterios de calificación aplicables	I - 1	I - 2	I - 3	I - 4	II - 1	II - 2	III - 1	
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	X	
		DIR1-7		X	X	X	X	X	X	
		DIR1-8		X	X	X	X	X	X	
	DIR-2	DIR2-1	X	X	X	X	X	X	X	X
		DIR2-2	X	X	X	X	X	X	X	X
		DIR2-3	X	X	X	X	X	X	X	X
		GRH-1								
		GRH-2								
		GRH-3								
	2. Gestión de recursos humanos	GRH-1	GRH1-1							
			GRH1-2							
			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	
		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		
	GCA-1									
3. Gestión de la calidad	GCA-1	GCA1-1								
		GCA1-2								
		GCA1-3								
		GCA1-4	X	X	X	X	X	X	X	
		GCA1-5	X	X	X	X	X	X	X	
		GCA2-1	X	X	X	X	X	X	X	
		GCA2-2	X	X	X	X	X	X	X	
		GCA2-3								
		GCA2-4	X	X	X	X	X	X	X	
	GCA-2	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	
		GCA2-9	X	X	X	X	X	X	X	
		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	
		GCA3-4	X	X	X	X	X	X	X	
GCA-3	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		
	MRA-1									
	MRA1-1									
	MRA1-2									
	MRA1-3									
	MRA1-4									
4. Manejo del riesgo de la atención	MRA1-5		X	X	X	X	X	X		
	MRA1-6	X	X	X	X	X	X	X		
	MRA1-7									
	MRA1-8									
	MRA1-9									

Macroprocesos	Estándares	Criterios de calificación aplicables	I - 1	I - 2	I - 3	I - 4	II - 1	II - 2	III - 1
	MRA-2	MRA1-10					X	X	X
		MRA1-11					X	X	X
		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
		MRA4-1					X	X	X
	MRA-4	MRA4-2					X	X	X
		MRA4-3					X	X	X
		MRA4-4					X	X	X
		MRA5-1					X	X	X
MRA-5	MRA5-2					X	X	X	
	MRA5-3					X	X	X	
	MRA5-4					X	X	X	
	MRA5-5					X	X	X	
	MRA6-1		X	X		X	X	X	
	MRA6-2		X	X		X	X	X	
	MRA6-3		X	X		X	X	X	
MRA-6	MRA6-4		X	X		X	X	X	
	MRA6-5		X	X		X	X	X	
	MRA6-6		X	X		X	X	X	
	MRA6-7					X	X	X	
	MRA6-8					X	X	X	
	MRA6-9		X	X		X	X	X	
	MRA6-10					X	X	X	
	MRA7-1		X	X		X	X	X	
	MRA7-2		X	X		X	X	X	
	MRA7-3		X	X		X	X	X	
MRA-7	MRA7-4		X	X		X	X	X	
	MRA 8-1					X	X	X	
	MRA8-2					X	X	X	
MRA-8	MRA8-3		X	X		X	X	X	
	GSD1-1		X	X		X	X	X	
5. Gestión de Seguridad ante desastres	GSD-1	GSD1-2					X	X	X
		GSD1-3		X	X		X	X	X
		GSD1-4		X	X		X	X	X
		GSD1-5					X	X	X
		GSD1-6		X	X		X	X	X
		GSD1-7					X	X	X
		GSD2-1					X	X	X
		GSD2-2					X	X	X
		GSD2-3		X	X		X	X	X
		GSD2-4		X	X		X	X	X
	GSD2-5		X	X		X	X	X	
	GSD-2						X	X	X
							X	X	X
							X	X	X
							X	X	X
						X	X	X	

LISTADO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON CATEGORÍA 1 - 2 Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO

Macroprocesos	Estándares	Criterios de calificación aplicables	I - 1	I - 2	I - 3	I - 4	II - 1	II - 2	III - 1	
	GSD-3	GSD2-6			X	X	X	X	X	
		GSD2-7	X	X	X	X	X	X	X	
		GSD2-8				X	X	X	X	
		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	
		CGP1-1	X	X	X	X	X	X	X	X
		CGP1-2	X	X	X	X	X	X	X	X
		CGP2-1	X	X	X	X	X	X	X	X
		CGP2-2					X	X	X	X
		CGP2-3	X	X	X	X	X	X	X	X
CGP2-4				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		
CGP2-11					X	X	X	X		
CGP2-12			X	X	X	X	X	X		
CGP2-13			X	X	X	X	X	X		
7. 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	
		ATA2-1			X	X	X	X	X	
		ATA2-2					X	X	X	
		ATA2-3					X	X	X	
		ATA2-4					X	X	X	
		ATA3-1			X	X	X	X	X	
		ATA3-2			X	X	X	X	X	
		ATA3-3			X	X	X	X	X	
		ATA3-4			X	X	X	X	X	
		ATA3-5			X	X	X	X	X	
ATA3-6			X	X	X	X	X			
8. Atención extramural	AEX-1	ATA4-1	X	X	X	X	X	X	X	
		ATA4-2	X	X	X	X	X	X	X	
		AEX1-1	X	X	X	X	X	X	X	
		AEX1-2	X	X	X	X	X	X	X	
		AEX1-3	X	X	X	X	X	X	X	
		AEX1-4	X	X	X	X	X	X	X	
		AEX1-5	X	X	X	X	X	X	X	
		AEX1-6	X	X	X	X	X	X	X	
		AEX2-1	X	X	X	X	X	X	X	
		AEX2-2	X	X	X	X	X	X	X	
		AEX3-1	X	X	X	X	X	X	X	
		AEX3-2			X	X	X	X	X	
		AEX4-1	X	X	X	X	X	X	X	
		AEX4-2	X	X	X	X	X	X	X	



Macroprocesos	Estándares	Criterios de calificación aplicables	I - 1	I - 2	I - 3	I - 4	II - 1	II - 2	III - 1	
		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	
		ATQ4-1	ATQ-4					X	X	X
		ATQ4-2						X	X	X
ATQ4-3						X	X	X		
ATQ4-4						X	X	X		
12. 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	X	
		DIV1-7						X	X	
		DIV1-8						X	X	
		DIV1-9						X	X	
DIV-2	DIV-2	DIV2-1						X	X	
		DIV2-2						X	X	
		DIV2-3						X	X	
		DIV2-4						X	X	
		DIV2-5						X	X	
		DIV2-6						X	X	
13. Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento	ADT-1	ADT1-1				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	
		ADT3-4						X	X	
		ADT3-5						X	X	
		ADT3-6						X	X	
14. Admisión y alta	ADA-1	ADA1-1		X	X	X	X	X	X	
		ADA1-2		X	X	X	X	X	X	
	ADA-2	ADA2-1						X	X	
		ADA2-2						X	X	
		ADA2-3						X	X	
		ADA2-4						X	X	
		ADA2-5						X	X	
		ADA2-6						X	X	
	ADA-3	ADA3-1						X	X	
		ADA3-2						X	X	

Macroprocesos	Estándares	Criterios de calificación aplicables	I - 1	I - 2	I - 3	I - 4	II - 1	II - 2	III - 1
15. Referencia y contrarreferencia	ADA-4	ADA4-1					X	X	X
	RCR-1	RCR1-1	X	X	X	X	X	X	X
		RCR1-2	X	X	X	X	X	X	X
	RCR-2	RCR1-3			X	X	X	X	X
		RCR1-4	X	X	X	X	X	X	X
		RCR2-1			X	X	X	X	X
		RCR2-2				X	X	X	X
		RCR3-1		X	X	X	X	X	X
		RCR3-2		X	X	X	X	X	X
	RCR-3	RCR3-3	X	X	X	X	X	X	X
		RCR3-4	X	X	X	X	X	X	X
		RCR4-1	X	X	X	X	X	X	X
		RCR4-2	X	X	X	X	X	X	X
	16. Gestión de medicamentos	GMD-1	RCR4-3	X	X	X	X	X	
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
GMD-2		GMD1-5				X	X	X	X
		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
		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
17. Gestión de la información	GIN-1	GMD3-5					X	X	X
		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
	GIN-2	GIN1-5	X	X	X	X	X	X	X
		GIN1-6					X	X	X
		GIN1-7					X	X	X
		GIN1-8					X	X	X
		GIN2-1			X	X	X	X	X
		GIN2-2			X	X	X	X	X
		GIN3-1		X	X	X	X	X	X
		GIN3-2		X	X	X	X	X	X
	GIN-3	GIN3-3		X	X	X	X	X	X
		GIN3-4					X	X	X
		OLDE-1	X	X	X	X	X	X	X
OLDE1-1			X	X	X	X	X	X	
OLDE1-2			X	X	X	X	X	X	
18. Descontaminación, Limpieza, desinfección, Esterilización ( OLDE)	OLDE-1	OLDE1-3				X	X	X	X
		OLDE2-1				X	X	X	X
		OLDE2-2					X	X	X
	OLDE-2	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
		OLDE3-1				X	X	X	X
		OLDE-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	
	OLDE-4	OLDE3-2				X	X	X	X	
		OLDE3-3				X	X	X	X	
		OLDE3-4				X	X	X	X	
		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	
	19. Manejo del riesgo social	MRS-1	MRS1-1			X	X	X	X	X
			MRS1-2			X	X	X	X	X
		MRS-2	MRS1-3				X	X	X	X
MRS1-4						X	X	X	X	
20. Nutrición y dietética	MRS-2	MRS2-1	X	X	X	X	X	X	X	
		MRS2-2	X	X	X	X	X	X	X	
	NYD-1	NYD1-1					X	X	X	X
		NYD1-2					X	X	X	X
		NYD1-3					X	X	X	X
		NYD1-4					X	X	X	X
		NYD1-5					X	X	X	X
		NYD1-6					X	X	X	X
		NYD2-1					X	X	X	X
		NYD2-2					X	X	X	X
NYD-2	NYD2-3					X	X	X	X	
	NYD2-4					X	X	X	X	
21. 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	
22. 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	
	EIF-2	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	
		EIF2-1			X	X	X	X	X	
EIF2-2			X	X	X	X	X			
EIF2-3			X	X	X	X	X			
Total	78	361	113	132	196	254	328	341	342	







**LISTADO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN  
PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
CON CATEGORÍA 1 - 2  
Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO**



## 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	<p><b>R.M. N° 616-2003-SA/DM</b>, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales</p> <p><b>R.M. N° 511-2005/MINSA</b>, que aprueba las Guías de Práctica Clínica en Emergencia en Pediatría</p> <p><b>R.M. N° 516-2005/MINSA</b>, que aprueba las Guías de Práctica Clínica en Emergencia en el Adulto</p> <p><b>R.M. N° 1001-2005/MINSA</b>, que aprueba la Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud</p>	DIR1-1	El establecimiento ha formulado participativamente y difundido su plan estratégico (misión, visión, políticas institucionales, objetivos y metas).  (0: Ha definido y no ha comunicado; 1: Ha definido y comunica con material visible; 2: Definió, comunica con material visible, y el personal conoce e identifica compromisos)
				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: No promueve; 1: Promueve pero no logra; 2: Promueve, logra y participa en la evaluación)
				DIR1-3	Los planes estratégico, operativo y de contingencia se elaboran, conservan y actualizan según un procedimiento documentado.  (0: No ha determinado/no conoce; 1: Sólo conoce de algunas etapas de vida que atiende; 2: Tiene identificadas para todas las etapas de vida que atiende)
				DIR1-4	Se han identificado las principales necesidades de salud de los usuarios del establecimiento por etapas de vida.  (0: No ha determinado/no conoce; 1: Sólo conoce de algunas etapas de vida que atiende; 2: Tiene identificadas 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.  (0: No ha participado; 1: Participa pero no continuamente; 2: Participa continuamente y consta en actas)
DIR-2				DIR1-8	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: No establece; 1: Establece y no logra; 2: Establece, logra y participa en la evaluación)

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	<b>LEY N° 27444</b> , Ley del Procedimiento Administrativo General  <b>R.M. N° 616-2003-SA/DM</b> , 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 cumple; 1: Cumple parcialmente; 2: Cumple el procedimiento documentado 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 cumple; 1: Cumple parcialmente; 2: Cumple el procedimiento documentado en su totalidad)
				DIR2-3	El establecimiento de salud cumple con los resultados esperados en el Plan Operativo Anual a la fecha de evaluación.  (0: No establece; 1: Establece y no logra; 2: Establece, logra y participa en la evaluación)

#### 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	<b>D. Leg. N° 276</b> , Ley de Bases de la Carrera Administrativa  <b>R.M. N° 616-2003-SA/DM</b> , que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	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: No ha definido; 1: Define pero no cumple al 100%; 2: Define y cumple al 100%)
				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 ha definido; 1: Define, pero no para todos los puestos de trabajo, y no comunica; 2: Define para todos los puestos de trabajo y comunica formalmente)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
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 ejecuta; 1: Ejecuta en forma esporádica; 2: Realiza reuniones de decisión con equipo de gestión según plan)
				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: No ejecuta; 1: Ejecuta pero no sistemáticamente; 2: Ejecuta sistemáticamente)
GRH-3	El establecimiento de salud dispone de medidas de seguridad para la salud del personal.	Seguridad	<b>Ley General de Salud N°26842N T N° 015 - MINSA / DGSP - V.01</b> Manual de Bioseguridad R.M. N° 179-2005/MINSA 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; 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: No facilita; 1: Facilita pero no cubre a todos a los trabajadores de áreas de riesgo; 2: Facilita y cubre a todos)
GRH-4	El establecimiento de salud garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.	Competencia técnica Eficacia	R. M. N° 111-2005/MINSA, que aprueba los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud	GRH4-1	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 dispone; 1: Dispone pero no cumple; 2: Dispone y cumple sistemáticamente)
				GRH4-2	El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano, orientado a lograr los objetivos institucionales.  (0: No desarrolla; 1: Desarrolla, pero no para todos los programas; 2: Desarrolla para todos los programas identificados)
				GRH4-3	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.  (0: No implementa; 1: Implementa pero no sistemáticamente; 2: Cumple con todo lo establecido)

## 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	Atributos relacionados	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	<p><b>D. S. N° 013-2006-SA</b>, que aprueba el Reglamento de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo</p> <p><b>R.M. N° 519-2006/MINSA</b>, que aprueba el documento técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud</p> <p><b>R.M. N° 616-2003-SA/DM</b>, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales</p>	GCA1-4	<p>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.</p> <p>(0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero sólo asistenciales o administrativos; 2: Cumple con todo lo establecido)</p>
				GCA1-5	<p>Existe un programa de gestión o mejora de la calidad para la organización que responde a las necesidades de usuarios internos y externos.</p> <p>(0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero orientado sólo a usuarios externos o internos; 2: Cumple con todo lo establecido)</p>
GCA-2	El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.	Eficacia Oportunidad Transparencia Información	<p><b>Ley N° 27604</b>, 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</p>	GCA2-1	<p>El establecimiento ha definido e implementa uno o varios mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de sus usuarios (buzón, encuestas, grupos focales, etc.)</p> <p>(0: No ha definido o no implementa; 1: Ha definido pero no están implementados sistemáticamente; 2: Cumple con todo lo establecido)</p>
				GCA2-2	<p>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.</p> <p>(0: No se cuenta; 1: No está documentado; 2: Cumple con todo lo establecido)</p>
				GCA2-4	<p>Se han establecido e implementan mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios en los diversos servicios o áreas de atención.</p> <p>(0: No se cuenta; 1: Se cuenta (documentado) pero no se aplica; 2: Cumple con todo lo establecido)</p>

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				<b>GCA2-5</b>	Se identifican periódicamente principales barreras de acceso de usuarios a 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 implementarlas; 2: Cumple con todo lo establecido)
				<b>GCA2-6</b>	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 implementado ninguna; 1: Se ha implementado menos del 80% de acciones identificadas; 2: Se ha implementado más del 80% de lo identificado)
				<b>GCA2-7</b>	El establecimiento de salud muestra en un lugar visible su cartera de servicios y el cronograma de atención con responsables.  (0: No muestra; 1: Muestra pero no está adecuado culturalmente a sus usuarios; 2: Cumple con todo lo establecido)
				<b>GCA2-8</b>	El establecimiento tiene fluxogramas de atención general, por servicios y señalización.  (0: No tiene de ninguno; 1: Tiene pero no está adecuado culturalmente a sus usuarios; 2: Cumple con todo lo establecido)
				<b>GCA2-9</b>	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)
<b>GCA-3</b>	El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora	Efectividad  Información completa  Respeto al usuario  Comodidad	<b>D. S. N° 013-2006-SA</b> que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo  <b>R.M. N° 519-2006/MINSA</b> , que aprueba el documento técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud	<b>GCA3-1</b>	El establecimiento evalúa la satisfacción del usuario interno y externo por lo menos semestralmente.  (0: No cuenta; 1: Cuenta pero se mide a solicitud o demanda (no planificado); 2: Cumple con todo lo establecido)
				<b>GCA3-2</b>	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 debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				<b>GCA3-3</b>	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)
				<b>GCA3-4</b>	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)
				<b>GCA3-5</b>	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)
				<b>GCA3-6</b>	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)
				<b>GCA3-7</b>	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)
				<b>GCA3-8</b>	El establecimiento mantiene por lo menos un proceso de atención priorizado producto de la implementación de los proyectos de mejora.  (0: No tiene institucionalizado ninguno; 1: Está documentado pero no es verificable; 2: El proceso está documentado y es verificable )



## MACROPROCESO 4: MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN (MRA)

**Objetivo y alcance:** Evaluar si el establecimiento realiza acciones para controlar infecciones, eventos adversos, desechos 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	Atributos relacionados	Referencia normativo	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	<p><b>R.M. N° 597-2006/MINSA</b> que aprueba la N.T. N° 022-MINSA/DGSP-v.02, «Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica»</p> <p><b>R.M. N° 179-2005/MINSA</b>, que aprueba la Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias</p> <p><b>R.M. N° 676-2006</b> Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008</p>	MRA1-5	<p>El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para hacer publica la información relevante de la gestión de riesgos de la atención y los cambios por efectuar.</p> <p>(0: No realiza; 1: Se realiza, aunque no periódicamente; 2: Cumple con todo lo establecido)</p>
				MRA1-6	<p>Se realiza periódicamente el análisis de cuán efectiva es la atención materna mediante indicadores propuestos para la organización según normas.</p> <p>(0: No ha logrado; 1: Ha logrado pero de forma errática; 2: Ha logrado una reducción sostenida)</p>
MRA-6	El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	Seguridad Eficacia Oportunidad	<p><b>R.M. N° 510-2005.</b> Manual de Salud Ocupacional.</p> <p><b>R.M. N° 753-2004/MINSA</b> Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias</p> <p><b>RM1472- 2002 SA/DM</b> Manual de Aislamiento Hospitalario</p> <p><b>RM 452-2003 SA/DM</b> Guia Post exposición a los virus de inmunodeficiencia humana, hepatitis B y C en los trabajadores de salud.</p>	MRA6-1	<p>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.</p> <p>(0: Emplean menos de 60% del personal; 1: Emplean del 60 al 80%; 2: Emplean el 100%)</p>
				MRA6-2	<p>Existen cartillas visibles de bioseguridad en todos los ambientes de atención .</p> <p>(0: No existen; 1: Existen pero no están visibles; 2: Cumple con lo establecido)</p>
				MRA6-3	<p>La provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación y lavado, se realiza según procedimientos documentados.</p> <p>(0: No se cumple; 1: Se realiza sin que esté de acuerdo con lo establecido; 2: Se cumple con lo establecido)</p>
				MRA6-4	<p>La provisión de materiales e insumos de bioseguridad se realiza de acuerdo a la normatividad.</p> <p>(0: No se cumple; 1: Se realiza sin que esté de acuerdo con lo establecido; 2: Se cumple con lo establecido)</p>

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				<b>MRA6-5</b>	Se reportan, registran y toman acciones inmediatas con el personal frente a un accidente punzocortante según la evaluación del riesgo.  (0: No se reporta; 1: Se realiza ocasionalmente el reporte, 2: Se cumple con lo establecido)
				<b>MRA6-6</b>	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; 1: Existen pero no están disponibles; 2: Se cumple con lo establecido)
				<b>MRA6-9</b>	El personal del establecimientos aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos, relativos al tipo de trabajo que realizan.  (0: No cuenta; 1: Existen los manuales, pero no son conocidos; 2: Cumple con lo establecido)
<b>MRA-7</b>	El establecimiento de salud garantiza el control de desechos, residuos y disponibilidad de agua segura.	Disponibilidad  Eficacia  Seguridad	<b>Ley N° 27314</b> , Ley General de Residuos Sólidos  <b>R. M. N° 217-2004/MINSA, NT N° 008 -MINSA/DGSP</b> Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios.	<b>MRA7-1</b>	Se cuenta con el manual de procedimientos para la eliminación de residuos sólidos y éstos son conocidos por el personal.  (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no son conocidos; 2: Cumple con lo establecido)
				<b>MRA7-2</b>	La recolección de residuos sólidos se realiza de acuerdo con la norma.  (0: No realiza; 1: Se realiza pero no está de acuerdo con la norma; 2: Se cumple lo establecido)
				<b>MRA7-3</b>	El retiro, eliminación y disposición final de residuos se realiza de acuerdo con la norma vigente.  (0: No realiza; 1: Realiza pero no está de acuerdo con la norma; 2: Se cumple lo establecido)
				<b>MRA7-4</b>	El establecimiento garantiza la disponibilidad de agua segura en los procesos de atención.  (0: No cuenta; 1: Tiene un sistema parcial de tratamiento de residuos hospitalarios; 2: Cumple con lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
<b>MRA-8</b>	El establecimiento de salud y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura.	Disponibilidad Eficacia Seguridad	<b>Decreto Ley N° 17752</b> , Ley General de Aguas.	<b>MRA8-3</b>	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.)

#### 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	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
<b>GSD-1</b>	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	Seguridad Oportunidad Eficacia	<b>D. S.N° 013-2000-PCM:</b> Aprueba el Reglamento de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Defensa Civil.  <b>D.S. N° 100-2003-PCM.</b> Modifican el Reglamento de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Defensa Civil.  <b>D.S. N° 074-2005-PCM.</b> Manual para la ejecución de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Defensa Civil.  <b>R.M. N° 335-2005/MINSA</b> Estándares Mínimos de Seguridad para Construcción, Ampliación, Rehabilitación, Remodelación, y Mitigación de Riesgos en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.	<b>GSD1-1</b>	El establecimiento de salud cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil, solicitado al gobierno local.  (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Sí cuenta según todo lo establecido)
				<b>GSD1-3</b>	El establecimiento de salud cuenta con señales de seguridad en todas las áreas según los criterios y estándares establecidos en la norma.  (0: No cuenta; 1: Cuenta pero en áreas mayores al 50% de lo establecido; 2: Cuentas en todas las áreas según lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
			<p><b>R.M. N° 897-2005/MINSA/SA.</b> 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><b>GSD1-4</b></p>	<p>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.</p> <p>(0: No cuenta; 1: Cuenta pero en mal estado; 2: Cuenta y cumple con todo lo establecido)</p>
			<p><b>R.M. N° 861-95-SA/DM.</b> Identificación y Señalización de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud” NORMA TECNICA DE SALUD</p>	<p><b>GSD1-6</b></p>	<p>El establecimiento ha identificado sus riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en todas sus áreas.</p> <p>(0: No cumple; 1: En proceso; 2: Cumple en todas las vías)</p>
GSD-2	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	Eficacia  Efectividad  Trabajo en equipo	<p><b>Ley N° 28551</b>, que establece la obligación de elaborar y presentar Planes de contingencia.</p>	<p><b>GSD2-3</b></p>	<p>El establecimiento cuenta con un plan actualizado de emergencias y desastres que incluye un programa de respuesta (emergencia y contingencia) difundido entre el personal.</p> <p>(0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no está actualizado ni difundido; 2: Cumple con todo lo establecido)</p>
			<p><b>R.M. N° 247-95-SA/DM.</b> Disponen que los Hospitales del sector salud constituyan su respectivo Comité Hospitalario de Defensa Civil</p>	<p><b>GSD2-4</b></p>	<p>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.</p> <p>(0: No participa; 1: Sí participa pero no de manera sostenida; 2: Cumple con todo lo establecido)</p>
			<p><b>R.M. N° 194-2005/MINSA.</b> Brigadas del Ministerio de Salud para atención de desastres</p>	<p><b>GSD2-5</b></p>	<p>El establecimiento de salud participa en la implementación de los planes de respuesta regionales o locales ante situaciones de emergencias y desastres.</p> <p>(0: No participa; 1: Sí participa pero no de manera sostenida; 2: Cumple con todo lo establecido)</p>
				<p><b>GSD2-7</b></p>	<p>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.</p> <p>(0: No realiza; 1: Realiza pero no en los periodos establecidos; 2: Cumple con todo lo establecido)</p>

## 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	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
CGP-1	El establecimiento de salud tiene definido mecanismos establecidos de auditoría, supervisión y evaluación.	Eficacia	<b>R.M. N°474-2005/ MINSA</b> , que aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01  <b>R.M. N° 669-2005/ MINSA</b> 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 ninguno; 1: Cuenta con plan e instrumentos sólo para gestión o prestación; 2: Cumple con todo 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 cuenta con ninguno; 1: Cuenta con plan e instrumentos para menos del 70% de procesos identificados; 2: Cuenta con plan e instrumentos para más del 70% de los procesos identificados)
CGP-2	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	Eficacia Efectividad Eficiencia Mejora continua	<b>R.M. N°474-2005/ MINSA</b> , que aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01  <b>R.M. N° 669-2005/ MINSA</b> Norma Técnica de Supervisión Integral.	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: Ninguno entrenado; 1: Entrenado menos del 80% de personal; 2: Entrenado más del 80% de personal)
				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: No es incorporada; 1: Sólo está incorporada la del monitoreo y evaluación; 2: Cumple con todo lo establecido)
				CGP2-13	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias regionales y éstos se encuentran en los niveles esperados.  (0: Resultado < 60%; 1: Resultado entre 60 y 80%; 2: Resultado > 80% )
				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: Ninguno entrenado; 1: Entrenado menos del 80% de personal; 2: Entrenado más del 80% de personal)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				<b>CGP2-4</b>	El establecimiento de salud realiza acciones de evaluación de los procesos de gestión y prestación de acuerdo al plan establecido.  (0: No se cuenta; 1: Los indicadores no están en el nivel establecido por la institución; 2: Los niveles están dentro de lo establecido por la institución)

**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
<b>ATA-1</b>	El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	Oportunidad  Disponibilidad  Información completa	<p><b>R.M. N° 616-2003-SA/DM</b>, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales</p> <p><b>Ley N° 27403</b> modificada por Ley N° 28683 «Ley de Atención Preferente»</p> <p><b>R.M. N° 616-2003/SA/DM</b>, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales. <b>R.M. N° 111-2005/MINSA</b>, que aprueba los «Lineamientos de Política de Promoción de la Salud»</p>	<b>ATA1-1</b>	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/no está actualizado; 1: Está actualizado, pero no disponible en todas las áreas de primer contacto; 2: Actualizado, cumplido y en todas las áreas de primer contacto)
				<b>ATA1-2</b>	La cartera de servicios de consulta externa está publicada y los mensajes relacionados son comprensibles para los usuarios.  (0: No tiene publicado; 1: Publica y no coincide con la realidad; 2: Está publicado y coincide con la realidad)
				<b>ATA1-5</b>	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.)

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: No disponible; 1: Disponible para algunos/lo conocen; 2: Está definido/impreso/y el personal lo conoce)
				ATA3-2	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, pero no de forma sostenida ni periódica; 2: Efectúa charlas, sistemática y periódicamente, según lo planificado)
				ATA3-3	El establecimiento implementa la estrategia de Municipios Saludables.  (0: No implementa; 1: Implementa estrategias o programas, pero no de manera sostenida ni periódica; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ATA3-4	El establecimiento implementa la estrategia de Comunidades y Familias Saludables acorde a su programación.  (0: No implementa; 1: Implementa estrategias o programas, pero no de manera sostenida ni periódica; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ATA3-5	El establecimiento implementa la estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud acorde a su programación.  (0: No implementa; 1: Implementa estrategias o programas, pero no de manera sostenida, ni periódica; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ATA3-6	El establecimiento desarrolla e implementa programas de prevención de las patologías más frecuentes.  (0: No tiene programas activos; 1: Tiene programas activos para algunas patologías; 2: Tiene programas para todas las patologías)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ATA-4	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. N° 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 y son conocidos por el personal y se recogen quejas, sugerencias a diario)
				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, pero no de manera sostenida ni periódica; 2: Cumple con todo lo establecido)

## 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 de la población

Código	Estándar	Atributos relacionados	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 a en lo individual; 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 en lo individual; 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 ha establecido; 1: Sólo la tiene en lo individual; 2: Cumple con todo lo establecido)



Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				<b>AEX1-4</b>	El personal profesional del primer nivel de atención cumple con dar atención extramural según la programación establecida.  (0: No se cuenta; 1: Se cuenta, no es formal y/o no es conocida por los responsables; 2: Cumple con todo lo establecido)
				<b>AEX1-5</b>	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 ha definido ni cuenta; 1: Ha definido y cuenta parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				<b>AEX1-6</b>	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 POA; 2: Cumple con todo lo establecido)
<b>AEX-2</b>	El establecimiento de salud brinda una cartera de servicios extramurales de acuerdo con el modelo de atención establecido.	Integralidad  Continuidad	<b>R.M. N° 729-2003 SA/DM.</b> La Atención Integral Compromiso de Todos-El Modelo de Atención Integral (MAIS).	<b>AEX2-1</b>	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 de manera planificada; 1: Desarrolla a través de una planificación pero no sistemáticamente; 2: Desarrolla cumpliendo todo lo establecido)
				<b>AEX2-2</b>	El establecimiento desarrolla actividades planificadas de comunicación educativa que promuevan prácticas saludables y el cuidado del medio ambiente.  (0: No desarrolla de manera planificada; 1: Desarrolla a través de una planificación pero no sistemáticamente; 2: Desarrolla cumpliendo todo lo establecido)
<b>AEX-3</b>	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	<b>R.M. N° 729-2003 SA/DM.</b> La Atención Integral Compromiso de Todos-El Modelo de Atención Integral (MAIS).	<b>AEX3-1</b>	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 no tiene establecido niveles esperados; 2: Cumple con todo lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				<b>AEX3-2</b>	Se desarrollan acciones para incrementar la cobertura de la atención extramural.  (0: No se desarrollan; 1: Se desarrollan pero no sistemáticamente; 2: Se desarrollan sistemáticamente)
<b>AEX-4</b>	El establecimiento cuenta con agentes comunitarios que apoyan el trabajo extramural a través de coordinaciones permanentes.	Eficacia Accesibilidad Equidad	<b>R.M. N° 576-2006/MINSA</b> , que aprueba la «Directiva Administrativa para la Implementación de los Procedimientos de Identificación, Registro y	<b>AEX4-1</b>	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.)
				<b>AEX4-2</b>	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.)
				<b>AEX4-3</b>	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.)

**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	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
<b>EMG-1</b>	El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	Oportunidad Eficacia Información Disponibilidad Competencia Técnica	<b>D. S. N°O16-2002-SA.</b> 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.	<b>EMG1-6</b>	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.)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
			<p><b>D. S. N013-2006-SA,</b> Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p> <p><b>R.M. N° 516-2005/MINSA.</b> Guías de práctica clínica en emergencia del adulto.</p> <p><b>R. M. N° 386-2006/MINSA,</b> Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia</p>		

**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	Atributos relacionados	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 Integralidad Oportunidad Continuidad	<p><b>R.M. N° 597-2006/MINSA,</b> que aprueba la "NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"</p> <p><b>R.M.N° 423-2001-SA/DM.</b> Manual de procedimientos de admisión integral en establecimientos del primer nivel de atención</p>	ADA1-1	<p>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.</p> <p>(0: No define; 1: Lo define, pero no está acorde a la normatividad vigente; 2: Cumple con todo lo establecido)</p>
				ADA1-2	<p>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.</p> <p>(0: No está contemplado; 1: Está contemplado, pero no está acorde a normatividad; 2: Cumple con todo lo establecido)</p>
				ADA1-3	<p>El proceso diario de recojo/ archivamiento de las fichas familiares/historias clínicas está documentado e identifica aspectos críticos que podrían alterar su conservación/ tenencia.</p> <p>(0: No se cumple lo establecido; 1: Está documentado, pero no se identifican aspectos críticos; 2: Cumple con todo lo establecido)</p>

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
					Se cuenta con personal capacitado en el último año, para realizar las actividades en el área de admisión del establecimiento.  (0: Nunca fue entrenado; 1: Ha sido entrenado hace más de un año; 2: Ha sido entrenado hace menos de un año)

**MACROPROCESO 15: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA (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	Atributos relacionados	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	<b>R.M. N° 721-2004/MINSA.</b> Norma técnica del sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud.  <b>R.M. N° 516-2005/MINSA.</b> «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 define; 1: Define pero no está acorde con la normatividad vigente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				RCR1-2	El establecimiento de salud ha establecido coordinaciones con otros servicios de atención ambulatoria, con servicios extrainstitucionales locales, regionales y nacionales para garantizar la atención posterior al alta.  (0: No tiene; 1: Tiene pero no las 24 horas del día; 2: Cumple con todo lo establecido)
				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: Sí cuenta, pero no están disponibles en los lugares necesarios; 2: Cumple con lo establecido.)
RCR-3	Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de pacientes.	Oportunidad Continuidad Trabajo en equipo	<b>R.M. N° 343-2005/MINSA.</b> Reglamento para el Transporte Asistido de Pacientes por Via Terrestre	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: No ejecuta ninguna acción; 1: El personal conoce, pero no implementa)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
		Efectividad	<b>R. M. N° 953-2006/MINSA,</b> Norma Técnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre  <b>R.M. N° 729-2003 SA/DM.</b> La atención integral compromiso de todos-El modelo de atención integral (MAIS).	<b>RCR3-2</b>  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; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)	
				<b>RCR3-3</b>  Se cuantifica el porcentaje de referencias de gestantes, púerperas 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; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)	
				<b>RCR3-4</b>  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: El nivel está en los rangos esperados)	
<b>RCR-4</b>	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	<b>R.M. N° 729-2003 SA/DM.</b> La atención integral compromiso de todos-El modelo de atención integral (MAIS).	<b>RCR4-1</b>  El establecimiento tiene un sistema organizado de vigilancia comunitaria en salud y es conocido por los responsables.  (0: No se cuenta; 1: Se cuenta, pero no es conocido por los responsables; 2: Se cumple todo lo establecido)	
				<b>RCR4-2</b>  El establecimiento de salud cuenta con agentes comunitarios que aplican los procedimientos para la referencia comunal.  (0: No se realiza ninguna acción; 1: Realiza acciones, pero no están documentados los resultados; 2: Se cumple todo lo establecido)	
				<b>RCR4-3</b>  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.)	

## MACROPROCESO 16: GESTIÓN DE MEDICAMENTOS (GMD)

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

Código	Estándar	Atributos relacionados	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	<p><b>Decreto Supremo N° 018-2001-SA</b> del Control de calidad y suministro de información sobre medicamentos</p> <p><b>R.M. N° 616-2003-SA/DM</b>, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales</p> <p><b>R.M. N° 414-2005/MINSA</b>, que aprueba el «Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales</p> <p><b>R.M. N° 1753-2002-SA/DM.-</b> Aprueba Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos - SISMED</p> <p><b>Resolución Jefatural N° 335-90-INAP/DNA</b> «Manual Administración de Almacenes para el Sector Público Nacional».</p>	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 existe; 1: En proceso de conformación; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD1-2	La farmacia cuenta con sistemas (SISMED 20 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 se realiza; 1: Se realiza esporádicamente; 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 se realiza; 1: Se programan sobre la base del cuadro de necesidades; 2: Cumple con lo establecido.)
				GMD1-4	Los medicamentos son almacenados y conservados de acuerdo a las buenas prácticas de almacenamiento.  (0: No cuenta; 1: Cuenta con sistema manual informático o Kardex, pero no se efectúa el informe diario de recetas; 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	<p><b>R.M. N° 616-2003-SA/DM</b>, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales</p> <p><b>R.M. N° 414-2005/MINSA</b>, que aprueba el «Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales</p>	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 realiza; 1: Realiza, sin que se efectúe previo acto de información adecuada; 2: Cumple con lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GMD-3	El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	Accesibilidad Eficacia Seguridad	<b>Decreto Supremo N° 018-2001-SA</b> , del Control de calidad y suministro de información sobre medicamentos  <b>Resolución Ministerial N° 055-1999-SA/DM</b> , Norma Técnica de Buenas Prácticas de Manufactura	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	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)

**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	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GIN-1	El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	Disponibilidad Oportunidad	<b>Ley N° 27806</b> , Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública  <b>R. M. N° 825-2005/MINSA</b> , Directiva que establece el procedimiento de atención de solicitudes sobre acceso a la información pública  <b>R.M. N° 616-2003-SA/DM</b> , 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: No se identifica; 1: En proceso; 2: Cumple con lo establecido)
				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: No se identifica; 1: En proceso; 2: Cumple con lo establecido)
				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; 1: En proceso; 2: Cuenta 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: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cuenta con lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	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	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: No se generan; 1: Se generan, pero no son participativos o documentados; 2: Cumple con todo 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)

**MACROPROCESO 18: DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN (DLDE)**

**Objetivo y alcance:** Evaluar si los procedimientos de descontaminación, 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	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
DLDE-1	El establecimiento de salud se organiza para aplicar medidas de descontaminación, 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/ Vigía	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 esta proceso.  (0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no es conocido por todo el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido)  Se empaqueta y esteriliza el material/equipo de acuerdo con los procedimientos establecidos.  (0: No se cumple; 1: Se realiza la limpieza y desinfección, pero no cumple con los procedimientos; 2: Se cumple con todo lo establecido)



Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
DLDE-2	Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	Eficacia Eficiencia Seguridad	R.M. Nº 510-2005. Manual de Salud Ocupacional  R.M. Nº 616-2003-SA/DM, que aprueba el modelo de ROF de Hospitales  NORMA TÉCNICA Nº 015 - MINSA / DGSP - V.01 Manual de Bioseguridad.	DLDE2-3	Se empaqueta y esteriliza el material/equipo de acuerdo con los procedimientos establecidos.  (0: No se cumple; 1: Se realiza la limpieza y desinfección, pero no cumple con los procedimientos; 2: Se cumple con todo lo establecido)
DLDE-4	Se realiza la limpieza de las instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas específicas.	Comodidad Eficiencia seguridad Efectividad Disponibilidad	R.M. Nº 510-2005. Manual de Salud Ocupacional  R.M. Nº 217-2004/MINSA Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios  NORMA TÉCNICA Nº 015 - MINSA / DGSP - V.01 Manual de Bioseguridad	DLDE4-2	El establecimiento cuenta y aplica procedimientos establecidos de segregación, acopio y disposición final de residuos sólidos.  (0: No se tiene nada disponible; 1: Se tiene, pero no están rotulados; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				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; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)

**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-2	El establecimiento de salud destina recursos financieros para la atención de casos especiales y de extrema pobreza.	Eficacia Eficiencia Accesibilidad Oportunidad	D.S. Nº 016-2002-SA Reglamento de la Ley Nº 27604 modifica la Ley General de Salud Nº 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud dar atención médica en caso de emergencias y partos	MRS2-1	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: No destina; 1: Destina esporádicamente; 2: Destina por montos fijos y sostenibles)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				<b>MRS2-2</b>	Las tarifas del establecimiento de salud se adecúan a los lineamientos de política tarifaria del MINSA.  (0: Exoneraciones a pacientes clasificados A; 1: Exoneración mayoritaria a pacientes clasificados B; 2: Sólo exonera a pacientes clasificados como C y que no acceden al SIS)

**MACROPROCESO 21: 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	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
<b>GIM-1</b>	Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	Eficacia Eficiencia	<p><b>Decreto Supremo N° 018-2001-SA</b> del Control de calidad y suministro de información sobre medicamentos</p> <p><b>Resolución Ministerial N° 055-1999,-SA/DM.</b> Norma Técnica de Buenas Prácticas de Manufactura</p> <p><b>Resolución Ministerial N° 585-1999-SA/DM.</b> Norma Técnica de Buenas Prácticas de Almacenamiento</p> <p><b>Resolución Ministerial N° 014-2002-SA.</b> Lineamientos de la Política del Sector Salud 2002-2012</p>	<b>GIM1-1</b>	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 han definido; 1: Se tienen, pero no están acordes con la normatividad vigente; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				<b>GIM1-2</b>	El establecimiento de salud cuenta con plan anual de necesidades de bienes estratégicos por servicios inmerso en plan de adquisiciones que garantiza calidad de insumos y materiales requeridos (especificaciones técnicas, comité de evaluación de bienes estratégicos)  (0: No cuenta con plan anual de necesidades; 1: Tiene plan anual y los mecanismos para el control de calidad no se evidencia; 2: Cumple con todo lo establecido)
<b>GIM-2</b>	Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	Eficacia Efectividad	<b>R.M. N° 616-2003-SA/DM,</b> que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	<b>GIM2-1</b>	Se realiza el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo al cronograma del plan anual de adquisiciones y se cumple los procedimientos.  (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				<b>GIM2-2</b>	En el establecimiento se llevan a cabo los procesos de adquisición según los procedimientos correspondientes.  (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				<b>GIM2-3</b>	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.)

**MACROPROCESO 22: 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	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
<b>EIF-1</b>	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	<b>R.M. No 016-98-SA/DM</b> Normas Técnicas para el Mantenimiento Preventivo y Conservación de la Infraestructura en Hospitales.  <b>R.M. N° 970-2005/MINSA.</b> Norma técnica de salud para proyectos de arquitectura, equipamiento y mobiliario de establecimientos de salud del primer nivel de atención.  <b>R.M. No 016-98-SA/DM</b> Normas Técnicas para el Mantenimiento Preventivo y Conservación de la Infraestructura en Hospitales.	<b>EIF1-1</b>	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; 1: Sí cuenta, pero no está incorporado al POA; 2: Cumple con todo lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
			R.M. N° 335-2005 Estandares Mínimos de seguridad para la construcción, ampliación, rehabilitación, remodelación y mitigación de riesgos en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo	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: No tiene; 1: Sí tiene, pero no cuenta con instrumentos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EIF1-6	El establecimiento de salud cuenta con sistema de inventario y registro de operatividad de equipos e instrumentos.  (0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no de los tres procesos; 2: Cumple con todo lo establecido)

El Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categorías I-1 a III-1 se terminó de imprimir en setiembre del 2007 bajo la producción de JERGIMPRESS E.I.R.L., por encargo de Pathfinder International para el Ministerio de Salud.