

NTS N° 050 -MINSA/DGSP-V.02

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

Lima, Mayo 2007

NTS N° 050 -MINS/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".

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:

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.

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.

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.

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.

- 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.

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.

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.

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 6 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.

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%.

- 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

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.

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.

5. Promueve la participación social en los procesos de acreditación.

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

1. Conduce el proceso de acreditación de alcance nacional.
2. Brinda asistencia técnica a las DIRESAS, DISAS, establecimientos de salud públicos y privados con relación al proceso de acreditación.
3. Actualiza periódicamente la norma de acreditación y los instrumentos técnicos.
4. Define los conceptos, la metodología y el procedimiento para la acreditación.
5. Define el enfoque, el alcance y el contenido de los estándares.
6. Actualiza los estándares y criterios de evaluación cada tres años.
7. Define los criterios para la selección y control de los evaluadores.
8. Define y diseña los contenidos para la formación de los evaluadores.
9. Realiza evaluaciones del desempeño de los evaluadores en el ámbito nacional por muestreo.
10. Realiza acciones de verificación de la calidad de los resultados de las evaluaciones por muestreo.
11. Evalúa sistemáticamente y da a conocer los resultados del proceso de acreditación a nivel nacional.
12. 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:

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

De la Red de Servicios de Salud:

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

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.

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.

IX. BIBLIOGRAFIA

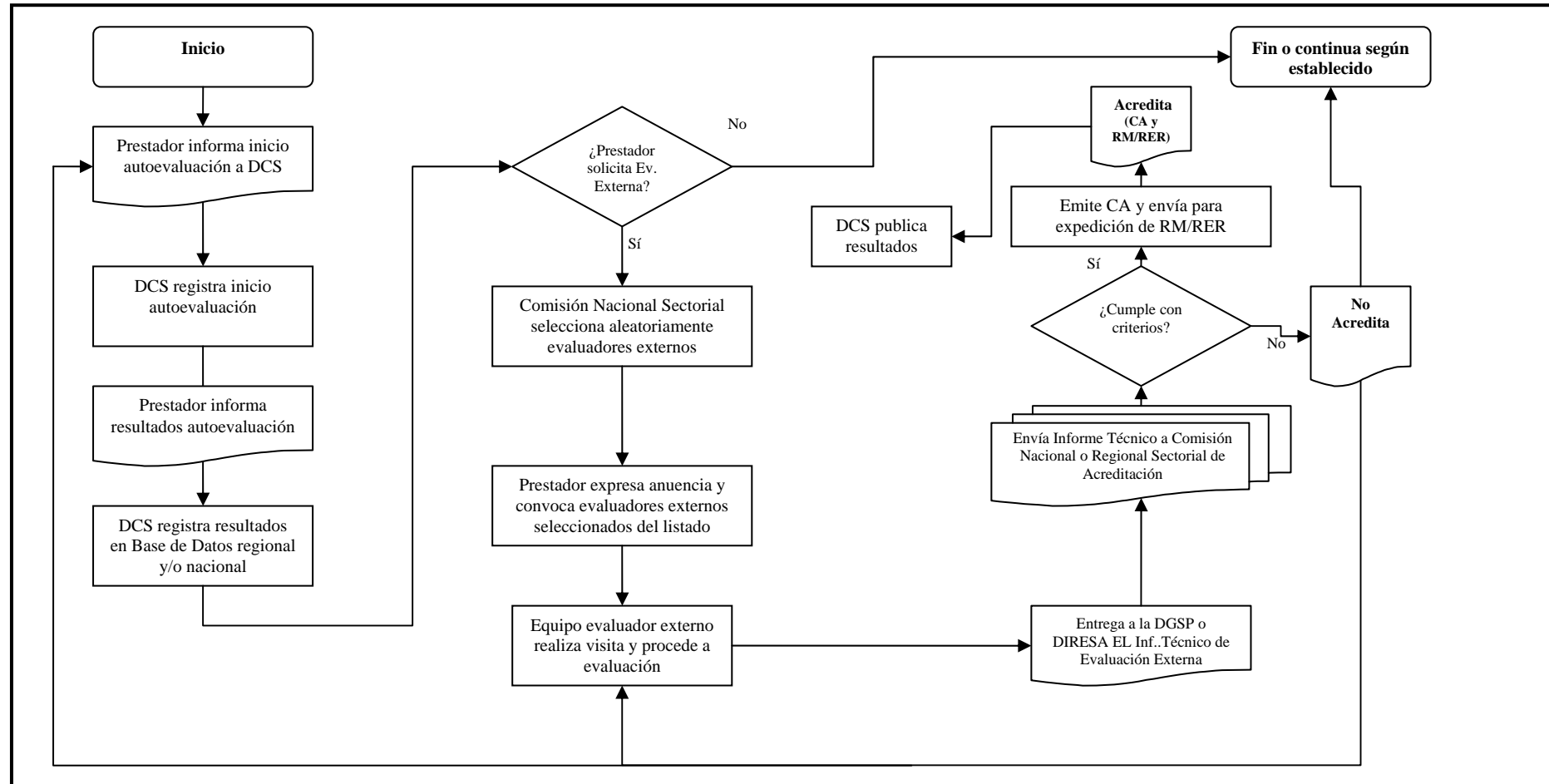
- Affeldt J.E., Shanahan M. La acreditación voluntaria en Estados Unidos: una perspectiva del control de calidad. *Control de Calidad Asistencial*. (1987) 2: 41-5.
- Altman, S. "Accreditation as a means to improve healthcare". Disponible en: www.jcrinc.com
- Altman, S. Accreditation as a means to improve healthcare. Disponible en: 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. 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 MINS. 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 Vía 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

- 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 Programm for Health Care Staffing Firms.
- Madies, C.V.; Chiarvetti, 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.
- MINS-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.

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

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 MINS/OGE-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".

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”.

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