



**LISTADO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN
PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
CON CATEGORÍA I - 3
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 Adrianzén 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
Total	75	361

TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE ESTÁNDARES POR CATEGORÍA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

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	
		DIR1-8			X	X	X	X	X	
2. Gestión de recursos humanos	DIR-2	DIR2-1	X	X	X	X	X	X	X	
		DIR2-2	X	X	X	X	X	X	X	
		DIR2-3	X	X	X	X	X	X	X	
		GRH1-1				X	X	X	X	
3. Gestión de la calidad	GRH-1	GRH1-2				X	X	X	X	
		GRH1-3	X	X	X	X	X	X	X	
		GRH1-4	X	X	X	X	X	X	X	
		GRH2-1	X	X	X	X	X	X	X	
	GRH-2	GRH2-2	X	X	X	X	X	X	X	
		GRH3-1	X	X	X	X	X	X	X	
	GRH-3	GRH3-2	X	X	X	X	X	X	X	
		GRH4-1	X	X	X	X	X	X	X	
GRH-4	GRH4-2	X	X	X	X	X	X	X		
	GRH4-3	X	X	X	X	X	X	X		
4. Manejo del riesgo de la atención	GCA-1	GCA1-1				X	X	X	X	
		GCA1-2				X	X	X	X	
		GCA1-3				X	X	X	X	
		GCA1-4	X	X	X	X	X	X	X	
		GCA1-5	X	X	X	X	X	X	X	
		GCA-2	GCA2-1	X	X	X	X	X	X	X
			GCA2-2	X	X	X	X	X	X	X
			GCA2-3				X	X	X	X
			GCA2-4	X	X	X	X	X	X	X
GCA-3	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		
5. Manejo del riesgo de la atención	MRA-1	MRA1-1				X	X	X	X	
		MRA1-2				X	X	X	X	
		MRA1-3				X	X	X	X	
		MRA1-4				X	X	X	X	
		MRA1-5				X	X	X	X	
		MRA1-6	X	X	X	X	X	X	X	
		MRA1-7				X	X	X	X	
		MRA1-8								
		MRA1-9								

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		
	6. Control de la gestión y prestación	CGP-1	CGP1-1	X	X	X	X	X	X	X
			CGP1-2	X	X	X	X	X	X	X
		CGP-2	CGP2-1	X	X	X	X	X	X	X
			CGP2-2				X	X	X	X
			CGP2-3	X	X	X	X	X	X	X
CGP2-4				X	X	X	X	X	X	
CGP2-5						X	X	X	X	
CGP2-6						X	X	X	X	
CGP2-7				X	X	X	X			
CGP2-8				X	X	X	X			
CGP2-9				X	X	X	X			
CGP2-10			X	X	X	X	X			
CGP2-11			X	X	X	X	X			
CGP2-12		X	X	X	X	X	X			
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	X	
		ATA1-5	X	X	X	X	X	X	X	
	ATA-2	ATA2-1			X	X	X	X	X	
		ATA2-2			X	X	X	X	X	
		ATA2-3			X	X	X	X	X	
		ATA2-4			X	X	X	X	X	
	ATA-3	ATA3-1	X	X	X	X	X	X	X	
		ATA3-2	X	X	X	X	X	X	X	
		ATA3-3	X	X	X	X	X	X	X	
		ATA3-4	X	X	X	X	X	X	X	
		ATA3-5	X	X	X	X	X	X	X	
ATA-4	ATA4-1	X	X	X	X	X	X	X		
	ATA4-2	X	X	X	X	X	X	X		
	AEX1-1	X	X	X	X	X	X	X		
	AEX1-2	X	X	X	X	X	X	X		
8. Atención extramural	AEX-1	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	
	AEX-2	AEX3-1	X	X	X	X	X	X	X	
		AEX3-2								
	AEX-3	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
9. Atención de hospitalización	ATH-1	AEX4-3	X	X	X				
		ATH1-1				X	X	X	X
	ATH-2	ATH1-2				X	X	X	X
		ATH1-3				X	X	X	X
		ATH2-1				X	X	X	X
		ATH2-2				X	X	X	X
	ATH-3	ATH2-3				X	X	X	X
		ATH3-1				X	X	X	X
		ATH3-2				X	X	X	X
		ATH3-3				X	X	X	X
	ATH-4	ATH3-4				X	X	X	X
		ATH4-1				X	X	X	X
		ATH4-2				X	X	X	X
		ATH4-3				X	X	X	X
ATH4-4					X	X	X	X	
ATH4-5					X	X	X	X	
ATH5-1						X	X	X	
ATH-5	ATH5-2					X	X	X	
	ATH6-1								
ATH-6	ATH6-2								
	ATH7-1					X	X	X	
ATH-7	ATH7-2					X	X	X	
	ATH7-3					X	X	X	
	ATH7-4					X	X	X	
	ATH7-5					X	X	X	
	ATH7-6					X	X	X	
	ATH7-7					X	X	X	
	ATH7-7								
10. Atención de emergencias	EMG-1	EMG1-1			X	X	X	X	X
		EMG1-2			X	X	X	X	X
	EMG-2	EMG1-3			X	X	X	X	X
		EMG1-4				X	X	X	X
		EMG1-5			X	X	X	X	X
		EMG1-6		X	X	X	X	X	X
EMG-3	EMG2-1			X	X	X	X	X	
	EMG2-2			X	X	X	X	X	
	EMG2-3				X	X	X	X	
	EMG2-4			X	X	X	X	X	
	EMG2-5				X	X	X	X	
ATQ-1	EMG3-1			X	X	X	X	X	
	EMG3-2			X	X	X	X	X	
	EMG3-3			X	X	X	X	X	
11. Atención quirúrgica	ATQ-1	ATQ1-1					X	X	X
		ATQ1-2					X	X	X
	ATQ-2	ATQ1-3					X	X	X
		ATQ1-4					X	X	X
		ATQ1-5					X	X	X
ATQ-3	ATQ2-1					X	X	X	
	ATQ2-2					X	X	X	
	ATQ2-3					X	X	X	
	ATQ2-4					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	ATQ4-1					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								
		DIV1-7						X	X	
		DIV1-8						X	X	
		DIV1-9						X	X	
DIV-2	DIV2-1	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	X	
		ADT1-2			X	X	X	X	X	
		ADT2-1			X	X	X	X	X	
	ADT-2	ADT2-2			X	X	X	X	X	
		ADT3-1			X	X	X	X	X	
		ADT3-2			X	X	X	X	X	
	ADT-3	ADT3-3					X	X	X	
		ADT3-4					X	X	X	
		ADT3-5					X	X	X	
		ADT3-6					X	X	X	
		ADT3-7					X	X	X	
		ADA1-1		X	X	X	X	X	X	
14. Admisión y alta	ADA-1	ADA1-2		X	X	X	X	X	X	
		ADA1-3		X	X	X	X	X	X	
		ADA1-4				X	X	X	X	
		ADA1-5		X	X	X	X	X	X	
		ADA2-1			X	X	X	X	X	
ADA-2	ADA2-2	ADA2-2				X	X	X	X	
		ADA2-3				X	X	X	X	
		ADA2-4				X	X	X	X	
		ADA2-5				X	X	X	X	
		ADA2-6				X	X	X	X	
		ADA2-7				X	X	X	X	
		ADA2-8					X	X	X	
		ADA3-1					X	X	X	
ADA-3	ADA3-2					X	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
	RCR-2	RCR1-3					X	X	X
		RCR1-4	X	X	X	X	X	X	X
	RCR-3	RCR2-1					X	X	X
		RCR2-2					X	X	X
		RCR3-1		X	X	X	X	X	X
		RCR3-2		X	X	X	X	X	X
	RCR-4	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	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
		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
GMD-3	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
	GIN-3	GIN1-8					X	X	X
		GIN2-1			X	X	X	X	X
		GIN2-2			X	X	X	X	X
	OLDE-1	GIN3-1		X	X	X	X	X	X
		GIN3-2		X	X	X	X	X	X
		GIN3-3		X	X	X	X	X	X
18. Descontaminación, Limpieza, desinfección, Esterilización (OLDE)	OLDE-1	GIN3-4					X	X	X
		OLDE1-1	X	X	X	X	X	X	X
		OLDE1-2			X	X	X	X	X
	OLDE-2	OLDE1-3			X	X	X	X	X
		OLDE2-1			X	X	X	X	X
		OLDE2-2			X	X	X	X	X
OLDE-3	OLDE2-3		X	X	X	X	X	X	
	OLDE2-4			X	X	X	X	X	
	OLDE2-5			X	X	X	X	X	
		OLDE2-6			X	X	X	X	
		OLDE3-1			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				X	X	X	X
MRS1-2				X	X	X	X	X	X
MRS1-3					X	X	X	X	X
MRS1-4					X	X	X	X	X
MRS-2	MRS2-1		X	X	X	X	X	X	X
	MRS2-2		X	X	X	X	X	X	X
20. Nutrición y dietética	NYD-1	NYD1-1					X	X	X
		NYD1-2					X	X	X
		NYD1-3					X	X	X
		NYD1-4					X	X	X
	NYD1-5					X	X	X	
	NYD1-6					X	X	X	
	NYD-2	NYD2-1					X	X	X
		NYD2-2					X	X	X
NYD2-3						X	X	X	
NYD2-4						X	X	X	
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
	GIM-2	GIM1-3				X	X	X	X
		GIM1-4				X	X	X	X
GIM-2	GIM2-1		X	X	X	X	X	X	
	GIM2-2		X	X	X	X	X	X	
	GIM2-3		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
		EIF1-4		X		X	X	X	X
		EIF1-5			X	X	X	X	X
		EIF1-6		X	X	X	X	X	X
		EIF1-7			X	X	X	X	X
		EIF1-8			X	X	X	X	X
		EIF1-9			X	X	X	X	X
EIF-2	EIF2-1				X	X	X	X	
	EIF2-2				X	X	X	X	
	EIF2-3				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 - 3
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>R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales</p> <p>R.M. N° 511-2005/MINSA, que aprueba las Guías de Práctica Clínica en Emergencia en Pediatría</p> <p>R.M. N° 516-2005/MINSA, que aprueba las Guías de Práctica Clínica en Emergencia en el Adulto</p> <p>R.M. N° 1001-2005/MINSA, que aprueba la Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud</p>	DIR1-1	<p>El establecimiento ha formulado participativamente y difundido su plan estratégico (misión, visión, políticas institucionales, objetivos y metas).</p> <p>(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)</p>
				DIR1-2	<p>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.</p> <p>(0: No promueve; 1: Promueve pero no logra; 2: Promueve, logra y participa en la evaluación)</p>
				DIR1-3	<p>Los planes estratégico, operativo y de contingencia se elaboran, conservan y actualizan según un procedimiento documentado.</p> <p>(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)</p>
				DIR1-4	<p>Se han identificado las principales necesidades de salud de los usuarios del establecimiento por etapas de vida</p> <p>(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)</p>
				DIR1-5	<p>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.</p> <p>(0: No ha participado; 1: Participa pero no continuamente; 2: Participa continuamente y consta en actas)</p>

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				DIR1-6	Los resultados de las mediciones de las funciones obstétricas neonatales realizadas en los últimos dos semestre están dentro de los niveles esperados para el establecimiento de salud. (0: Todas las mediciones están por debajo de lo esperado; 1: Algunas mediciones están en el nivel esperado; 2: Todas las mediciones del período están en los niveles esperados)
				DIR1-7	La Dirección del establecimiento de salud asegura la adhesión del personal a las guías de práctica clínica para la atención de las prioridades sanitarias en el ámbito nacional y/o regional. (0: No cumple; 1: Establece y no logra; 2: Establece, logra y participa en la evaluación)
				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)
DIR-2	Las actividades del plan son asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han mejorado la atención de los usuarios externos.	Eficacia Eficiencia	LEY N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General R.M. N° 616-2003-SA/DM , que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	DIR2-1	Las actividades de los planes estratégico, operativo y de contingencias son asignadas formalmente a los responsables de cada unidad/área/servicio del establecimiento de salud. (0: No 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	D. Leg. N° 276 , Ley de Bases de la Carrera Administrativa R.M. N° 616-2003-SA/DM , que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	GRH1-3	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)
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	Ley General de Salud N°26842N T N° 015 - MINSA / DGSP - V.01 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)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
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	D. S. N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	GCA1-1	El establecimiento cuenta con un responsable de la calidad formalmente designado y capacitado para cumplir sus funciones. (0: No se cuenta; 1: Cuenta pero no está capacitado; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA1-2	Los diversos servicios o unidades funcionales cuentan con personal capacitado para realizar procesos de mejoramiento continuo de la calidad. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no están activos; 2: Cumple con todo lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				GCA1-3	El establecimiento cuenta con equipos de mejoramiento continuo de la calidad constituidos y cumplen actividades según planificación. (0: No cuenta; 1: Personal que ejecuta estos procesos no está entrenado; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA1-4	El establecimiento tiene procedimientos documentados de los procesos asistenciales y administrativos priorizados con la finalidad de realizar un seguimiento continuo y establecer ciclos de mejora continua de la calidad. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero sólo asistenciales o administrativos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA1-5	Existe un programa de gestión o mejora de la calidad para la organización que responde a las necesidades de usuarios internos y externos. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero orientado sólo a usuarios externos o internos; 2: Cumple con todo lo establecido)
GCA-2	El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.	Eficacia Oportunidad Transparencia Información	Ley N° 27604 , ley que modifica la Ley General de Salud N° 27842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencia y partos	GCA2-1	El establecimiento ha definido e implementa uno o varios mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de sus usuarios (buzón, encuestas, grupos focales, etc.) (0: No ha definido o no implementa; 1: Ha definido pero no están implementados sistemáticamente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA2-2	El establecimiento de salud tiene documentado el proceso para analizar y responder a las quejas y reclamos de los usuarios (metodologías, instrumentos y periodicidad), para lo cual cumple con los pasos requeridos. (0: No se cuenta; 1: No está documentado; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA2-3	El establecimiento tiene definido y difunde el paquete de información del proceso de atención que brindará a sus usuarios y es adecuado culturalmente según realidades locales. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero no ha sido difundida; 2: Cumple con todo lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				GCA2-4	Se han establecido e implementan mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios en los diversos servicios o áreas de atención. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta (documentado) pero no se aplica; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA2-5	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)
				GCA2-6	Se desarrollan acciones para disminuir las barreras de acceso de los usuarios que dependen del establecimiento de salud de acuerdo con lo identificado. (0: No se ha implementado ninguna; 1: Se ha implementado menos del 80% de acciones identificadas; 2: Se ha implementado más del 80% de lo identificado)
				GCA2-7	El establecimiento de salud muestra en un lugar visible su cartera de servicios y el cronograma de atención con responsables. (0: No muestra; 1: Muestra pero no está adecuado culturalmente a sus usuarios; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA2-8	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)
				GCA2-9	El establecimiento tiene publicado los derechos de los pacientes en las zonas de contacto (emergencia, consulta externa, hospitalización). (0: No tiene publicado en ninguna parte; 1: Tiene publicado sólo en emergencia; 2: Cumple con todo lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GCA-3	El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora	Efectividad Información completa Respeto al usuario Comodidad	D. S. N° 013-2006-SA que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud	GCA3-1	El establecimiento evalúa la satisfacción del usuario interno y externo por lo menos semestralmente. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero se mide a solicitud o demanda (no planificado); 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA3-2	Se cuantifica el porcentaje de quejas o reclamos atendidos oportunamente y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				GCA3-3	Se cuantifica el porcentaje de usuarios que recibieron buen trato durante la atención y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				GCA3-4	Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron que la información recibida en la atención es entendible y completa y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				GCA3-5	Se cuantifica el porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				GCA3-6	Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				GCA3-7	Se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				GCA3-8	El establecimiento mantiene por lo menos un proceso de atención priorizado producto de la implementación de los proyectos de mejora. (0: No 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 normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
MRA-1	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	Disponibilidad Eficacia Seguridad	<p>R.M. N° 597-2006/MINSA que aprueba la N.T. N° 022-MINSA/DGSP-v.02, «Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica»</p> <p>R.M. N° 179-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias</p> <p>R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008</p>	MRA1-1	<p>El establecimiento de salud ha definido responsables por servicios/áreas para el manejo de los riesgos de la atención, realiza acciones y las documenta.</p> <p>(0: No tiene definido; 1: Tiene definido pero no está operativo; 2: Está operativo y documenta sus acciones)</p>
				MRA1-2	<p>El establecimiento de salud cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica operativa de acuerdo con normas vigentes.</p> <p>(0: No cumple; 1: Cuenta, aunque no siempre está operativa; 2: Cumple con todo lo establecido)</p>
				MRA1-3	<p>El establecimiento de salud realiza reuniones de análisis de la gestión de riesgos de los procesos de atención y propone mecanismos para disminuir su ocurrencia.</p> <p>(0: No se dan los espacios; 1: Se dan los espacios de análisis pero no se documenta; 2: Cumple con todo lo establecido)</p>
				MRA1-4	<p>Se cuenta con un sistema operativo de vigilancia y respuesta frente a los eventos adversos de acuerdo con normas institucionales.</p> <p>(0: No existe; 1: Se da el espacio, se realiza la información y no se muestran los cambios por efectuar; 2: Cumple con todo lo establecido)</p>
				MRA1-5	<p>El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para hacer pública la información relevante de la gestión de riesgos de la atención y los cambios por efectuar.</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>

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
MRA-6	El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	Seguridad Eficacia Oportunidad	<p>R.M. N° 510-2005. Manual de Salud Ocupacional.</p> <p>R.M. N° 753-2004/MINSA Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias</p> <p>Rm1472- 2002 SA/DM Manual de Aislamiento Hospitalario</p> <p>RM 452-2003 SA/DM Guía Post exposición a los virus de inmunodeficiencia humana, hepatitis B y C en los trabajadores de salud.</p>	MRA6-1	El personal usa indumentaria de protección que cumple las normas de bioseguridad para sus labores acorde a los riesgos existentes en su área de trabajo según normas. (0: Emplean menos de 60% del personal; 1: Emplean del 60 al 80%; 2: Emplean el 100%)
				MRA6-10	El establecimiento de salud garantiza la realización oportuna de los exámenes correspondientes y el tratamiento específico para el personal que sufre un accidente punzocortante. (0: No son implementados; 1: A veces son implementados; 2: Cumple con lo establecido)
				MRA6-2	Existen cartillas visibles de bioseguridad en todos los ambientes de atención . (0: No existen; 1: Existen pero no están visibles; 2: Cumple con lo establecido)
				MRA6-3	La provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación y lavado, se realiza según procedimientos documentados. (0: No se cumple; 1: Se realiza sin que esté de acuerdo con lo establecido; 2: Se cumple con lo establecido)
				MRA6-4	La provisión de materiales e insumos de bioseguridad se realiza de acuerdo a la normatividad. (0: No se cumple; 1: Se realiza sin que esté de acuerdo con lo establecido; 2: Se cumple con lo establecido)
				MRA6-5	Se reportan, registran y toman acciones inmediatas con el personal frente a un accidente punzocortante según la evaluación del riesgo. (0: No se reporta; 1: Se realiza ocasionalmente el reporte, 2: Se cumple con lo establecido)
				MRA6-6	En el establecimiento existen instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las precauciones por adoptarse, las cuales están disponibles en los respectivos servicios. (0: No existen; 1: Existen pero no están disponibles; 2: Se cumple con lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				MRA6-7	El establecimiento de salud, en base al mapa de riesgos, implementa programas preventivos contra hepatitis B, tuberculosis, otras patologías infecciosas, VIH/SIDA, radioactividad, explosiones e incendios. (0: No se realiza; 1: Con base en el mapa de riesgos, sólo se implementan 1 o 2 programas de preventivos; 2: Se implementan todos los programas preventivos según el mapa de riesgos)
				MRA6-9	El personal del establecimientos aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos, relativos al tipo de trabajo que realizan. (0: No cuenta; 1: Existen los manuales, pero no son conocidos; 2: Cumple con lo establecido)
MRA-7	El establecimiento de salud garantiza el control de desechos, residuos y disponibilidad de agua segura.	Disponibilidad Eficacia Seguridad	Ley N° 27314 , Ley General de Residuos Sólidos R. M. N° 217-2004/MINSA, NT N° 008 -MINSA/DGSP Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios.	MRA7-1	Se cuenta con el manual de procedimientos para la eliminación de residuos sólidos y éstos son conocidos por el personal. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no son conocidos; 2: Cumple con lo establecido)
				MRA7-2	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)
				MRA7-3	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)
				MRA7-4	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)
MRA-8	El establecimiento de salud y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura.	Disponibilidad Eficacia Seguridad	Decreto Ley N° 17752 , Ley General de Aguas.	MRA8-1	El establecimiento de salud coordina acciones con el gobierno local para realizar los procedimientos de saneamiento básico y el derecho a suministro de agua segura a los usuarios internos y externo, garantizando el acceso a este servicio. (0: No coordina; 1: Coordina pero no se realizan los procedimientos; 2: Coordina y se realizan los procedimientos.)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				MRA8-3	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
GSD-1	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	Seguridad Oportunidad Eficacia	<p>D. S. N° 013-2000-PCM: Aprueba el Reglamento de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Defensa Civil.</p> <p>D.S. N° 100-2003-PCM. Modifican el Reglamento de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Defensa Civil.</p> <p>D.S. N° 074-2005-PCM. Manual para la ejecución de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Defensa Civil.</p> <p>R.M. N° 335-2005/MINSA Estándares Mínimos de Seguridad para Construcción, Ampliación, Rehabilitación, Remodelación, y Mitigación de Riesgos en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.</p>	GSD1-1	El establecimiento de salud cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil, solicitado al gobierno local. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Sí cuenta según todo lo establecido)
				GSD1-3	El establecimiento de salud cuenta con señales de seguridad en todas las áreas según los criterios y estándares establecidos en la norma. (0: 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>R.M. N° 897-2005/MINSA/SA. Aprobación de la Norma Técnica de Salud 037-MIN SA/OGDN-V.01 para señalización de Seguridad de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.</p> <p>R.M. N° 861-95-SA/DM. Identificación y Señalización de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud” NORMA TECNICA DE SALUD</p>	<p>GSD1-4</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>GSD1-6</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>Ley N° 28551, que establece la obligación de elaborar y presentar Planes de contingencia.</p> <p>R.M. N° 247-95-SA/DM. Disponen que los Hospitales del sector salud constituyan su respectivo Comité Hospitalario de Defensa Civil</p> <p>R.M. N° 194-2005/MINSA. Brigadas del Ministerio de Salud para atención de desastres</p>	<p>GSD2-3</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>GSD2-4</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>GSD2-5</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>GSD2-6</p> <p>Se revisa y actualiza el plan de respuesta ante las emergencias en forma periódica con las autoridades de Defensa Civil.</p> <p>(0: No es revisado; 1: Es revisado pero no de forma periódica; 2: Cumple con todo lo establecido)</p>	
				<p>GSD2-7</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>	

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GSD-3	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	Seguridad Oportunidad	R.M. N° 517-2004/MINSA Declaratoria de Alertas en Situaciones de Emergencias y Desastres.	GSD3-1	Se adoptan las acciones pertinentes y se comunica a todo el personal la declaración de alertas por situaciones de emergencias y desastres. (0: No cumple; 1: Cumple pero parcialmente; 2: Cumple todo lo establecido)
				GSD3-3	Se cuenta con sistema de comunicación alterno en caso falle el sistema telefónico del establecimiento de salud. (0: No se cuenta; 1: Sí cuenta, pero se cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GSD3-4	El establecimiento cuenta con sistema alterno que asegure la provisión de energía eléctrica a las áreas críticas, por 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública. (0: No se cuenta; 1: Sí cuenta, pero se cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GSD3-5	El establecimiento cuenta con un sistema de almacenamiento de agua potable que asegure como mínimo 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública. (0: No se cuenta; 1: Sí cuenta, pero se cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GSD3-6	Se dispone de un stock de reserva de medicamentos, materiales e insumos médicos para la atención de emergencias y desastres de acuerdo a la población asignada o a demanda. (0: No se cuenta; 1: Sí cuenta, pero se cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)

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	R.M. N°474-2005/ MINSA , que aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 R.M. N° 669-2005/ MINSA Norma Técnica de Supervisión Integral.	CGP1-1	Se cuenta con plan e instrumentos para realizar la auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación. (0: No cuenta con 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	R.M. N°474-2005/ MINSA , que aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 R.M. N° 669-2005/ MINSA Norma Técnica de Supervisión Integral.	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)
				CGP2-10	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan supervisiones de los procesos de prestación y los resultados son los esperados para la organización. (0: Nunca se realizan; 1: Se realizan y los niveles están por debajo de lo esperado; 2: Se realizan y los niveles están acordes o superiores a lo esperado)
				CGP2-11	Los resultados de los procesos de auditoría, supervisión y evaluación se hacen de conocimiento a los responsables para la toma de decisiones. (0: Nunca se realizan; 1: Se realizan y los niveles están por debajo de lo esperado; 2: Se realizan y los niveles están acordes o superiores a lo esperado)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				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)
				CGP2-4	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
ATA-1	El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	Oportunidad Disponibilidad Información completa	R.M. N° 616-2003-SA/DM , que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales Ley N° 27403 modificada por Ley N° 28683 «Ley de Atención Preferente»	ATA1-1	El establecimiento de salud cuenta con señalización y mecanismos de información para la atención del usuario, visibles en áreas de primer contacto. (0: No cuenta/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)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
			<p>R.M. N° 616-2003/SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales</p> <p>R.M. N° 111-2005/MINSA, que aprueba los «Lineamientos de Política de Promoción de la Salud»</p>	<p>ATA1-2</p>	<p>La cartera de servicios de consulta externa está publicada y los mensajes relacionados son comprensibles para los usuarios.</p> <p>(0: No tiene publicado; 1: Publica y no coincide con la realidad; 2: Está publicado y coincide con la realidad)</p>
				<p>ATA1-3</p>	<p>El establecimiento de salud dispone de un área de triaje a cargo de personal capacitado para brindar este servicio según normas institucionales.</p> <p>(0: No dispone; 1: Dispone pero no está asumido por personal formado; 2: Dispone y está a cargo de personal formado que lo asume constantemente)</p>
				<p>ATA1-5</p>	<p>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.</p> <p>(0: No ha desarrollado mecanismos; 1: Ha desarrollado mecanismos pero no, en todas las áreas; 2: Cumple con todo lo establecido.)</p>
ATA-2	La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica	Eficacia Seguridad Competencia técnica	<p>R.M. N° 616-2003/SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales</p> <p>R.M. N° 422-2005, que aprueba la NT N° 027-MINSA/DGSP-V.01:»Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica»</p>	<p>ATA2-1</p>	<p>El establecimiento de salud formula, adopta o adapta guías de práctica clínica (GPC) según el perfil epidemiológico de la atención ambulatoria y diferenciado por etapas de vida.</p> <p>(0: No ha planificado; 1: Ha planificado y cumple parcialmente con cronograma; 2: Ha planificado y cumple plenamente con cronograma)</p>
				<p>ATA2-2</p>	<p>El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de las guías de práctica clínica (GPC) para la atención de los pacientes ambulatorios.</p> <p>(0: No cuenta con ninguna; 1: Sólo tiene de algunas etapas de vida; 2: Cuenta para todas las etapas)</p>
				<p>ATA2-3</p>	<p>El plan de trabajo contenido en la Historias Clínicas (HC) sigue los lineamientos de las Guías de Práctica Clínica (GPC).</p> <p>(0: No cuenta con equipo; 1: Tiene equipo, pero no es operativo; 2: Cuenta con equipo y cumple con actividades previamente establecidas)</p>
				<p>ATA2-4</p>	<p>Se cuantifica el porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para la atención prenatal y los resultados están dentro de los rangos esperados.</p> <p>(0: Menos de 70% de planes de tratamiento cumplen con GPC; 1: Cumplen entre 70,1% y 90%; 2: Más del 90,1% cumplen con GPC)</p>

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	<p>R.M. N° 616-2003/SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales</p> <p>R.M. N° 111-2005/MINSA, que aprueba los «Lineamientos de Política de Promoción de la Salud»</p>	ATA3-1	<p>El establecimiento brinda información a los usuarios según mecanismos establecidos por la institución.</p> <p>(0: No disponible; 1: Disponible para algunos/lo conocen; 2: Está definido/impreso/y el personal lo conoce)</p>
				ATA3-2	<p>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.</p> <p>(0: No implementa; 1: Implementa estrategias educativo-comunicacionales, pero no de forma sostenida ni periódica; 2: Efectúa charlas, sistemática y periódicamente, según lo planificado)</p>
				ATA3-3	<p>El establecimiento implementa la estrategia de Municipios Saludables.</p> <p>(0: No implementa; 1: Implementa estrategias o programas, pero no de manera sostenida ni periódica; 2: Cumple con todo lo establecido)</p>
				ATA3-4	<p>El establecimiento implementa la estrategia de Comunidades y Familias Saludables acorde a su programación.</p> <p>(0: No implementa; 1: Implementa estrategias o programas, pero no de manera sostenida ni periódica; 2: Cumple con todo lo establecido)</p>
				ATA3-5	<p>El establecimiento implementa la estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud acorde a su programación.</p> <p>(0: No implementa; 1: Implementa estrategias o programas, pero no de manera sostenida, ni periódica; 2: Cumple con todo lo establecido)</p>
				ATA3-6	<p>El establecimiento desarrolla e implementa programas de prevención de las patologías más frecuentes.</p> <p>(0: No tiene programas activos; 1: Tiene programas activos para algunas patologías; 2: Tiene programas para todas las patologías)</p>

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
				AEX1-4	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)
				AEX1-5	El establecimiento de salud cuenta con el kit de equipos, materiales e insumos para desarrollar las actividades extramurales de acuerdo con el modelo de atención determinado y garantiza su disponibilidad. (0: No ha definido ni cuenta; 1: Ha definido y cuenta parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				AEX1-6	Se cuenta con programación general de actividades extramurales de acuerdo con el modelo de atención definido por la organización y está incluida en el documento de planificación operativa institucional (POI). (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero no está incluido en POA; 2: Cumple con todo lo establecido)
AEX-2	El establecimiento de salud brinda una cartera de servicios extramurales de acuerdo con el modelo de atención establecido.	Integralidad Continuidad	R.M. N° 729-2003 SA/DM. La Atención Integral Compromiso de Todos-El Modelo de Atención Integral (MAIS).	AEX2-1	El establecimiento desarrolla actividades planificadas de comunicación educativa en función a la cartera de servicios extramurales y acorde con las prioridades de salud nacional/regional. (0: No desarrolla de manera planificada; 1: Desarrolla a través de una planificación pero no sistemáticamente; 2: Desarrolla cumpliendo todo lo establecido)
				AEX2-2	El establecimiento desarrolla actividades planificadas de comunicación educativa que promuevan prácticas saludables y el cuidado del medio ambiente. (0: No desarrolla de manera planificada; 1: Desarrolla a través de una planificación pero no sistemáticamente; 2: Desarrolla cumpliendo todo lo establecido)
AEX-3	El establecimiento de salud identifica oportunidades de mejora para el incremento de la cobertura de la atención extramural a partir de una medición sistemática de los logros.	Eficacia Accesibilidad Oportunidad	R.M. N° 729-2003 SA/DM. La Atención Integral Compromiso de Todos-El Modelo de Atención Integral (MAIS).	AEX3-1	Se tiene establecido indicadores de monitoreo y evaluación de las actividades de atención extramural y los resultados son los esperados para la institución. (0: No ha definido indicadores; 1: Ha definido indicadores, pero no tiene establecido niveles esperados; 2: Cumple con todo lo establecido)
				AEX3-2	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)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
AEX-4	El establecimiento cuenta con agentes comunitarios que apoyan el trabajo extramural a través de coordinaciones permanentes.	Eficacia Accesibilidad Equidad	R.M. N° 576-2006/MINSA, que aprueba la «Directiva Administrativa para la Implementación de los Procedimientos de Identificación, Registro y	AEX4-1	El establecimiento cuenta con agentes comunitarios capacitados para la atención extramural. (0: No cuenta 1: Cuenta y no están capacitados 2: Cumplen con lo establecido.)
				AEX4-2	El establecimiento tiene agentes comunitarios debidamente registrados, con asignación de zonas específicas para atención extramural. (0: No están registrados 1: Están registrados sin zonas asignadas 2: Cumplen con lo establecido.)
				AEX4-3	El establecimiento tiene funcionando un sistema de vigilancia comunal en salud o grupos de apoyo a usuarios en riesgo de acuerdo con lo establecido y documenta los resultados. (0: No tiene sistema o grupos de apoyo; 1: Tiene sistema de vigilancia o grupos de apoyo pero no de acuerdo a lo establecido o no documenta resultados, 2: Cumple con lo establecido.)

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
EMG-1	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	D. S. N°016-2002-SA. Reglamento de Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos.	EMG1-1	El establecimiento de salud cuenta con un mecanismo de información general al usuario operativo en el servicio. (0: No está señalado; 1: Está señalado, pero no permite orientar a los usuarios ni respeta el enfoque de interculturalidad; 2: Cumple con todo lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
			<p>D. S. N013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p> <p>R.M. N° 516-2005/MINSA. Guías de práctica clínica en emergencia del adulto.</p> <p>R. M. N° 386-2006/MINSA, Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia</p>	EMG1-2	<p>Se hace público el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia y se ubica el cartel respectivo en un lugar visible de las áreas correspondientes y está adaptado con respeto de la interculturalidad según realidades locales.</p> <p>(0: No se hace público; 1: Se hace público, pero no en lugares visibles de las áreas de emergencia, ni respeta el enfoque de interculturalidad; 2: Se cumple con todo lo establecido)</p>
				EMG1-3	<p>Se cuenta con programación diaria de los recursos humanos del servicio de emergencia (médicos, enfermeras, técnicos, etc.) y del responsable de la guardia, en un lugar visible para los usuarios.</p> <p>(0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no está en un lugar visible para los usuarios; 2: Cumple con todo lo establecido)</p>
				EMG1-5	<p>El personal que labora en emergencia ha sido capacitado en los últimos 12 meses en temas propios de emergencia según competencias.</p> <p>(0: No implementa; 1: Implementa parcialmente; 2: Implementa en todas las muestras)</p>
				EMG1-6	<p>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.).</p> <p>(0: No ha definido; 1: Define pero no se cumple; 2: Cumple con todo lo establecido.)</p>
EMG-2	El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	<p>Eficacia</p> <p>Continuidad</p> <p>Trabajo en equipo</p> <p>Disponibilidad</p> <p>Oportunidad</p>	<p>R.M. N° 516-2005/MINSA. Guías de Práctica Clínica en Emergencias del Adulto</p> <p>R.M. N° 1001-2005 MINSA. Directiva Sanitaria N° 001 MINSA/DGSPV.01 «Directiva para la evaluación de las funciones obstétricas y neonatales (FON) en los establecimientos de salud</p> <p>R.M. N° 695-2006. Guías de Práctica Clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive</p>	EMG2-1	<p>El servicio de emergencia cuenta con equipamiento, medicamentos e insumos para la atención de las emergencias y son de inmediata disponibilidad.</p> <p>(0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está disponible para atención inmediata/ o está incompleto; 2: Cumple con todo lo establecido)</p>
				EMG2-2	<p>El servicio de emergencia cuenta con el equipamiento (silla de ruedas, camillas, etc.) para la recepción y traslado interno de los pacientes, está disponible y en lugar accesible.</p> <p>(0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está disponible para atención inmediata/ o está incompleto; 2: Cumple con todo lo establecido)</p>

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				EMG2-4	El establecimiento dispone de ambulancia operativa para trasladar pacientes las 24 horas del día y los 365 días al año. (0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no se puede establecer su disponibilidad las 24 horas y 365 días del año, 2: Cumple con todo lo establecido)
EMG-3	El personal de emergencia realiza los procesos de atención que garantizan la continuidad del cuidado del paciente.	Eficacia Continuidad Integralidad Oportunidad Competencia Técnica	R.M. N° 474-2005/MINSA. Norma técnica de auditoría en salud R.M. N° 516-2005/MINSA. Guías de Práctica Clínica en Emergencia del Adulto	EMG3-1	Se realiza el triaje de los pacientes a cargo de un profesional de salud capacitado para realizar el proceso según normas vigentes. (0: No se realiza triaje; 1: Se realiza, pero no siempre por un profesional; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				EMG3-2	Las atenciones, procedimientos y diagnósticos se registran en el formato de atención de emergencias de la historia clínica. (0: Resultado <60%; 1: Resultado entre 60 y 80%; 2: Resultado >80%)
				EMG3-3	El servicio de emergencia tiene mecanismos operativos que garanticen al usuario la continuidad de la atención en los cambios de guardia. (0: Resultado <60%; 1: Resultado entre 60 y 80%; 2: Resultado >80%)

MACROPROCESO 13: ATENCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (ADT)

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

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ADT-1	Los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos.	Disponibilidad Accesibilidad	R.M.N° 616-2003-SA/DM , que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.	ADT1-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento del establecimiento de salud tienen y aplican normas y guías de procedimientos para la atención. (0: No dispone; 1: Dispone, pero no está actualizada; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ADT1-2	Los servicios de apoyo al diagnóstico tienen y aplican programas de control de calidad. (0: No tienen plan operativo; 1: No todos los servicios cuentan con plan operativo; 2: Todos tienen plan operativo)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ADT-2	El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario.	Eficacia Oportunidad Disponibilidad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.	ADT2-1	Los resultados de los exámenes se entregan oportunamente a los profesionales de la atención clínica y a los usuarios según estándares de tiempo previamente definidos por el establecimiento de salud. (0: No cumple; 1: A veces cumple o está encima del estándar; 2: Se cumple según estándares internos previamente definidos)
				ADT2-2	Los resultados de los exámenes se registran en medios manuales o en sistema informático y se incluye los tiempos transcurridos entre la solicitud, la recepción de la muestra y la entrega del resultado. (0: No se registra; 1: Se registra parcialmente; 2: Se registra siempre)
ADT-3	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	Disponibilidad Accesibilidad Seguridad Eficacia	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.	ADT3-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento desarrollan indicadores de calidad relacionados con la entrega oportuna de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes. (0: No cuenta con indicadores; 1: Cuenta pero no para todos los servicios de apoyo diagnóstico; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ADT3-2	La calidad de los resultados de los exámenes y/o tratamientos se garantiza por medio de calibración de equipos y el control de calidad de los procedimientos. (0: No se realizan calibraciones; 1: Se realizan pero no sistemáticamente; 2: Se realizan sistemáticamente y según planificación)

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	Eficacia Integralidad Oportunidad	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	ADA1-1	El establecimiento tiene un sistema de registro de los usuarios por historias clínicas individuales/ fichas familiares y estandariza los formatos de acuerdo con la normatividad vigente. (0: No define; 1: Lo define, pero no está acorde a la normatividad vigente; 2: Cumple con todo lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
	oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	Continuidad	R.M.Nº 423-2001-SA/DM. Manual de procedimientos de admisión integral en establecimientos del primer nivel de atención	ADA1-2	Se garantiza la conservación y custodia del sistema de registro (historias clínicas/fichas familiares) y está contemplado en el manual de procedimientos del establecimiento y acorde a lo dispuesto por la normatividad vigente. (0: No está contemplado; 1: Está contemplado, pero no está acorde a normatividad; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ADA1-3	El proceso diario de recojo/ archivamiento de las fichas familiares/historias clínicas está documentado e identifica aspectos críticos que podrían alterar su conservación/ tenencia. (0: No se cumple lo establecido; 1: Está documentado, pero no se identifican aspectos críticos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ADA1-5	Se cuenta con personal capacitado en el último año, para realizar las actividades en el área de admisión del establecimiento. (0: 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	R.M. Nº 721-2004/MINSA. Norma técnica del sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud. R.M. Nº 516-2005/MINSA. «Guías de prácticas clínicas en emergencia para el adulto».	RCR1-1	El establecimiento de salud tiene documentado el proceso de referencias y contrarreferencias que realiza/recibe de acuerdo a la normatividad vigente. (0: No define; 1: Define pero no está acorde con la normatividad vigente; 2: Cumple con todo lo establecido)
		Oportunidad		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 a alta. (0: No tiene; 1: Tiene pero no las 24 horas del día; 2: Cumple con todo lo establecido)
		Eficacia			

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				RCR1-3	El establecimiento de salud ha establecido un mecanismo de seguimiento de pacientes referidos las 24 horas, en caso no se haya producido la contrarreferencia efectiva. (0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no están disponibles en los lugares necesarios; 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-2	El establecimiento de salud está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios.	Oportunidad Disponibilidad Eficacia Trabajo en equipo	R.M. 751-2004 / MINSA. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.	RCR2-1	Se tiene un rol de personal a cargo del traslado de los pacientes y es de pleno conocimiento de los responsables. (0: No se tiene; 1: Se tiene, pero no es conocido por los responsables; 2: Se cumple todo lo establecido)
RCR-3	Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de pacientes.	Oportunidad Continuidad Trabajo en equipo Efectividad	R.M. N° 343-2005/MINSA. Reglamento para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre R. M. N° 953-2006/MINSA, Norma Técnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre R.M. N° 729-2003 SA/DM. La atención integral compromiso de todos-El modelo de atención integral (MAIS).	RCR3-1	El personal de salud responsable de la tarea de referencia y contrarreferencia conoce, implementa y controla todos los aspectos críticos del proceso y establece las acciones para mejorarlos. (0: No ejecuta ninguna acción; 1: El personal conoce, pero no implementa ninguna acción; 2: Cumple con todo lo establecido)
				RCR3-2	Se cuantifica el porcentaje de casos referidos en que se aplicaron los criterios y procedimientos establecidos y el nivel es el esperado por la organización. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				RCR3-3	Se cuantifica el porcentaje de referencias de gestantes, puérperas y neonatos a un establecimiento de mayor nivel de complejidad de acuerdo a las necesidades del usuario y en relación con la cartera de servicios del establecimiento de salud. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado, 2: El nivel está en los rangos esperados)
				RCR3-4	Se cuantifica la relación porcentual entre referencias y contrarreferencias realizadas y el nivel es el esperado por la organización. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
RCR-4	Se establecen mecanismos de participación de la población organizada en los procesos de identificación, seguimiento y apoyo en la referencia y contrarreferencia de usuarios.	Participación ciudadana	R.M. N° 729-2003 SA/DM. La atención integral compromiso de todos-El modelo de atención integral (MAIS).	RCR4-1	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)
				RCR4-2	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)
				RCR4-3	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	Decreto Supremo N° 018-2001-SA del Control de calidad y suministro de información sobre medicamentos R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales R.M. N° 414-2005/MINSA, que aprueba el «Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales	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)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
			R.M. N° 1753-2002-SA/DM.- Aprueba Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos - SISMED	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.)
			Resolución Jefatural N° 335-90-INAP/DNA «Manual Administración de Almacenes para el Sector Público Nacional».	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	R.M. N° 616-2003-SA/DM , que aprueba el Modelo de Reglamiento de Organización y Funciones de los Hospitales R.M. N° 414-2005/MINSA , que aprueba el «Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales	GMD2-1	El establecimiento de salud aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de prescripción. (0: No realiza; 1: Realiza pero no sistemáticamente; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD2-2	El establecimiento de salud aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de dispensación. (0: No realiza; 1: En proceso; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD2-3	Los errores en la dispensación de medicamentos son vigilados, registrados y corregidos por la autoridad competente del establecimiento. (0: No realiza; 1: Registra, pero no son gestionados por las unidades de atención al usuario; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD2-4	El servicio de farmacia cuenta y aplica mecanismos de información al paciente en el marco de su competencia al momento de la dispensación. (0: No realiza; 1: Realiza, sin que se efectúe previo acto de información adecuada; 2: Cumple con lo establecido)
GMD-3	El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	Accesibilidad Eficacia Seguridad	Decreto Supremo N° 018-2001-SA , del Control de calidad y suministro de información sobre medicamentos Resolución Ministerial N° 055-1999-SA/DM , Norma Técnica de Buenas Prácticas de Manufactura	GMD3-1	Se evalúa el porcentaje de coincidencias entre los ítems prescritos, dispensados, reportados, stock registrado y stock real y es el esperado; El margen de consistencia es mayor al 99%. (0: No realiza; 1: Realiza parcialmente; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD3-2	Se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas y la adopción de medidas correctivas. (0: No realiza; 1: Realiza parcialmente; 2: Cumple con lo establecido)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				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	Ley N° 27806 , Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública R. M. N° 825-2005/MINSA , Directiva que establece el procedimiento de atención de solicitudes sobre acceso a la información pública R.M. N° 616-2003-SA/DM , que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.	GIN1-1	El establecimiento de salud identifica las necesidades de información de todos los procesos asistenciales y administrativos con participación del personal de las áreas respectivas. (0: No se identifica; 1: En proceso; 2: Cumple con lo establecido)
				GIN1-2	El establecimiento de salud identifica anualmente las necesidades de equipamiento para el óptimo funcionamiento del sistema informático y esta incluido en el plan anual de adquisiciones. (0: No se identifica; 1: Se identifica las necesidades, pero no con participación del personal de las áreas fuente; 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)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				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)
GIN-2	El establecimiento de salud realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad y la oportunidad de la información.	Disponibilidad Oportunidad	Ley N° 27806 , Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública R. M. N° 825-2005/MINSA , Directiva que establece el procedimiento de atención de solicitudes sobre acceso a la información pública	GIN2-1	El establecimiento de salud tiene definido mecanismos para la identificación de los aspectos críticos de la gestión de la información y son fuente para la elaboración de proyectos de mejora continua de la información. (0: No existe; 1: Tiene definidos los mecanismos, pero no son fuente de proyectos de mejora; 2: Cumple con lo establecido)
				GIN2-2	El establecimiento cuenta y aplica un método formal y permanente de gestión de la información (recolección, procesamiento y análisis y evaluación de los resultados). (0: No se cuenta con el método; 1: Se cuenta, pero no es permanente; 2: Cumple con lo establecido)
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/ Vigia	DLDE1-1	Se cuenta con un manual de desinfección y esterilización acorde a su categoría y es conocido por el personal de todas las áreas responsables de esta proceso. (0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no es conocido por todo el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido)
				DLDE1-2	El establecimiento cuenta con guía actualizada que describe los procedimientos de limpieza y desinfección de los ambientes físicos destinados al paciente, los enseres de cama, la ropa de pacientes y del personal de áreas de riesgo y es conocido por todo el personal. (0: No cuenta; 1: Sí describe, pero no es conocido por todo el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido)
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. N° 510-2005. Manual de Salud Ocupacional R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el modelo de ROF de Hospitales NORMA TÉCNICA N° 015 - MINSA / DGSP - V.01 Manual de Bioseguridad.	DLDE2-3	Se empaqa 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 Eficacia seguridad Efectividad Disponibilidad	R.M. N° 510-2005. Manual de Salud Ocupacional R.M. N° 217-2004/MINSA Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios NORMA TÉCNICA N° 015 - MINSA / DGSP - V.01 Manual de Bioseguridad	DLDE4-1	El personal de limpieza está debidamente vestido y protegido según las medidas de bioseguridad y la norma de residuos sólidos. (0: No está protegido; 1: Está protegido menos del 90%; 2: Está protegido y acorde con lo establecido el 100%)
				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)

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				DLDE4-3	La unidad de epidemiología y saneamiento ambiental y/o comité de infecciones intrahospitalarias y/o personal de enfermería participa(n) activamente en la elaboración y supervisión de aplicación de las normas de limpieza. (0: No participa(n); 1: Participa(n) a solicitud o demanda; 2: Participa(n) de acuerdo con la programación)
				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-1	El establecimiento de salud está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	Disponibilidad Accesibilidad Continuidad	R.M. N° 616-2003-SA/DM , que aprueba el modelo de ROF de Hospitales D.S. N° 016-2002-SA Reglamento de la Ley N° 27604 modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos R.M. N° 436-2006/MINSA , Reglamento para el pago de tarifa mixta del SIS	MRS1-1	El establecimiento de salud cuenta con un único sistema de evaluación socioeconómica de los usuarios que se implementa en todos los puntos de entrada de los usuarios las 24 horas del día. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está disponible las 24 horas; 2: Cumple con todo lo establecido)
				MRS1-2	El establecimiento de salud programa y realiza mensualmente controles de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica. (0: No realiza; 1: Realiza pero menor a lo planificado; 2: Realiza según lo planificado)

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	<p>D.S. N° 016-2002-SA Reglamento de la Ley N° 27604 modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos</p> <p>R.M. N° 246-2006/MINSA Lineamientos de política tarifaria en el Sector Salud</p>	MRS2-1	<p>El establecimiento de salud cuenta con mecanismos de financiamiento para la atención de la población pobre y en extrema pobreza y éstos se aplican.</p> <p>(0: No destina; 1: Destina esporádicamente; 2: Destina por montos fijos y sostenibles)</p>
				MRS2-2	<p>Las tarifas del establecimiento de salud se adecúan a los lineamientos de política tarifaria del MINSA.</p> <p>(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)</p>

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
GIM-1	Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	Eficacia Eficiencia	<p>Decreto Supremo N° 018-2001-SA del Control de calidad y suministro de información sobre medicamentos</p> <p>Resolución Ministerial N° 055-1999,-SA/DM. Norma Técnica de Buenas Prácticas de Manufactura</p> <p>Resolución Ministerial N° 585-1999-SA/DM. Norma Técnica de Buenas Prácticas de Almacenamiento</p> <p>Resolución Ministerial N° 014-2002-SA. Lineamientos de la Política del Sector Salud 2002-2012</p> <p>R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales</p>	GIM1-1	<p>Se cuenta con líneas de acción para planificar el requerimiento y la adquisición de insumos y materiales conforme a las normas vigentes.</p> <p>(0: No se han definido; 1: Se tienen, pero no están acordes con la normatividad vigente; 2: Se cumple con todo lo establecido)</p>
				GIM1-2	<p>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)</p> <p>(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)</p>

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GIM-2	Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	Eficacia Efectividad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el modelo de ROF de Hospitales	GIM2-1	Se realiza el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo al cronograma del plan anual de adquisiciones y se cumple los procedimientos. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				GIM2-2	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)
				GIM2-3	Se cuantifica el porcentaje de entregas de insumos y materiales de acuerdo con una programación. (0: Menos del 50% de entregas están de acuerdo con una programación; 1: Entre 50% y 80% de las entregas están acordes a la programación; 2: Más del 80% de entregas están acordes a la programación.)

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
EIF-1	El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	Eficacia Eficiencia Disponibilidad	R.M. No 016-98-SA/DM Normas Técnicas para el Mantenimiento Preventivo y Conservación de la Infraestructura en Hospitales. R.M. N° 970-2005/MINSA. Norma técnica de salud para proyectos de arquitectura, equipamiento y mobiliario de establecimientos de salud del primer nivel de atención.	EIF1-1	El establecimiento de salud cuenta con un plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos incorporado al plan operativo de actividades (POA). (0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no está incorporado al POA; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EIF1-2	El establecimiento de salud cuenta con un plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos incorporado al plan operativo de actividades (POA). (0: No cuenta; 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
			<p>R.M. No 016-98-SA/DM Normas Técnicas para el Mantenimiento Preventivo y Conservación de la Infraestructura en Hospitales.</p> <p>R.M. N° 335-2005 Estándares Mínimos de seguridad para la construcción, ampliación, rehabilitación, remodelación y mitigación de riesgos en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo</p>	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)
				EIF1-5	Se cuenta con procedimientos documentados para la adquisición de equipos, mantenimiento; remodelación y/o ampliación de infraestructura física del establecimiento. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no de los tres procesos; 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)
				EIF1-7	Se cuenta y aplica los procedimientos del manual para el mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias. (0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no es conocido por el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EIF1-8	Cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras y éste es aplicado. (0: No cuenta con manual; 1: Cuenta con manual, pero no se aplica; 2: Cumple con lo establecido.)
				EIF1-9	Cuenta con manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica) y éste es aplicado. (0: No cuenta con manual; 1: Cuenta con manual, pero no se aplica; 2: Cumple con lo establecido.)
EIF-2	El establecimiento de salud cuenta con información y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.	Eficacia Eficiencia Efectividad Disponibilidad	R.M. No 016-98-SADM Normas Técnicas para el Mantenimiento Preventivo y Conservación de la Infraestructura en Hospitales,	EIF2-1	Existe un procedimiento de verificación de inventarios actualizado (equipos con rótulos visibles) y el informe de resultados (no concordancias, faltantes, etc.) se remite a los niveles directivos. (0: Nunca fue entrenado; 1: Ha sido entrenado hace más de un año; 2: Ha sido entrenado hace menos de un año)
				EIF2-2	Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a programación. (0: Lo aplica el 50% de las jefaturas de servicio; 1: Lo aplica entre más del 50 y el 80%; 2: Lo aplica más del 80%).

**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.