



Dirección de Calidad en Salud

Listado de Estándares de Acreditación

Para Establecimientos de Salud del nivel I- 2

Versión 02

Lima, Mayo de 2007

Macroproceso 1: Direccionamiento (DIR)

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

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

Macroproceso 1: Direccionamiento (DIR)

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

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				DIR1-5 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA	El establecimiento ha formulado el análisis de la situación de salud con la participación de las autoridades regionales/locales para definir el direccionamiento de la atención sanitaria y el desarrollo de sus servicios. 0: No ha sido formulado; 1: Ha sido formulado pero no participativamente, 2: Ha sido formulado participativamente.
				DIR1-8 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA	La Dirección del establecimiento de salud define sus metas respecto a las estrategias nacionales y regionales y las incluye en el POA (Plan Operativo Anual). 0: Define sus metas para menos del 50% de las estrategias 1: Define sus metas para el 50 y 80% de las estrategias; 2: Define para más del 80% de las estrategias.
DIR.2	Las actividades del plan son asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han mejorado la atención de los usuarios externos.	Eficacia Eficiencia	LEY N° 27444 , Ley del Procedimiento Administrativo General R.M. N° 616-2003-SA/DM , que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	DIR2-1	Las actividades de los planes estratégico, operativo y de contingencias son asignadas formalmente a los responsables de cada unidad/área/servicio del establecimiento de salud. 0: No son asignadas formalmente; 1: Asignadas formalmente en forma parcial; 2: Asignadas en su totalidad.
				DIR2-2	Los responsables dan cuenta de los resultados de las actividades contenidas en los planes estratégico, operativo y de contingencia en espacios de participación según lo establecido. 0: No dan cuenta; 1: Dan cuenta parcialmente o solo institucionalmente; 2: Dan cuenta en los espacios de participación establecidos.
				DIR2-3	El establecimiento de salud cumple con los resultados esperados en el Plan Operativo Anual a la fecha de evaluación. 0: Cumple menos del 60% del nivel esperado; 1: Cumple entre el 60% y 80%; 2: Cumple más del 80% del nivel esperado.

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: Define para algunos puestos y no comunica; 1: Define formalmente para todos los puestos de trabajo, y no comunica; 2: Define para todos los puestos de trabajo y comunica formalmente.
				GRH1-4	Las jefaturas de servicios/ departamentos/ áreas/ unidades analizan los resultados de productividad individual de acuerdo a los estándares establecidos por la autoridad del establecimiento. 0: No analizan 1: Algunos analizan 2: Todos analizan.
GRH.2	El(los) equipo(s) del establecimiento de salud participan en las decisiones y análisis de la situación institucional.	Trabajo en equipo Transparencia Eficacia	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	GRH2-1	Los trabajadores de salud se organizan en equipos multidisciplinarios, por servicios, unidades o procesos, para reunirse periódicamente y realizar una reflexión de su práctica relacionada con la situación institucional. 0: No se organizan 1: Se organizan y no se reúnen; 2: Cumplen con todo lo establecido.
				GRH2-2	Los equipos de trabajo del establecimiento de salud identifican problemas, proponen soluciones y participan en las decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos. 0: Sólo identifican; 1: Identifican y proponen; 2: Identifican, proponen y participan en las decisiones.

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.3	El establecimiento de salud dispone de medidas de seguridad para la salud del personal.	Seguridad	Ley General de Salud N°26842 N T N° 015 - 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 a los trabajadores de áreas de riesgo; 2: Facilita y cubre a todos.
				GRH3-2	Todo recurso humano del establecimiento debe estar protegido con algun tipo de seguro de salud basico. 0: El personal no está protegido 1: El 80% del personal está protegido 2: El 100% está protegido.
GRH.4	El establecimiento de salud garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.	Competencia técnica Eficacia	R. M. N° 111-2005/MINSA, que aprueba los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud	GRH4-1 ESPECÍFICO PARA SECTOR PÚBLICO	El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano para que brinde servicios según el MAIS, priorizando el enfoque de promoción de la salud. 0: No cuenta con un plan 1: Cuenta con un plan pero no ejecuta 2: Cuenta con un plan y lo ejecuta.
				GRH4-2	El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano, orientado a lograr los objetivos institucionales. 0: No cuenta con un plan 1: Cuenta con un plan pero no ejecuta 2: Cuenta con un plan y lo ejecuta.
				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: El personal no ha sido capacitado 1: El personal ha sido capacitado pero el establecimiento no ha desarrollado herramientas para evaluar su comprensión y cumplimiento 2: Cumple con todo lo establecido.

Macroproceso 3: Gestión de la Calidad (GCA)

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

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
GCA.1	El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.	Eficacia Trabajo en equipo	<p>D. S. N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo</p> <p>R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud</p> <p>R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales</p>	GCA1-4	<p>El establecimiento tiene procedimientos documentados de los procesos asistenciales y administrativos priorizados con la finalidad de realizar un seguimiento continuo y establecer ciclos de mejora continua de la calidad.</p> <p>0: No se cuenta; 1: Se cuenta para procesos asistenciales o administrativos; 2: Cumple con todo</p>
				GCA1-5	<p>Existe un programa de gestión o mejora de la calidad para la organización que responde a las necesidades de usuarios internos y externos.</p> <p>0: No se cuenta; 1: Se cuenta y está orientado a un solo tipo de usuario ; 2: Cumple con todo lo establecido.</p>

Macroproceso 3: Gestión de la Calidad (GCA)

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

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
GCA.2	El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.	Eficacia Oportunidad Transparencia Información	Ley N° 27604, ley que modifica la Ley General de Salud N° 27842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencia y partos	GCA2-1	El establecimiento ha definido e implementa uno o varios mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de sus usuarios (buzón, encuestas, grupos focales, etc.) 0: No ha definido; 1: Ha definido pero no están implementados; 2: Cumple con todo lo establecido.
				GCA2-2	El establecimiento de salud tiene documentado el proceso para analizar y responder a las quejas y reclamos de los usuarios (metodologías, instrumentos y periodicidad), para lo cual cumple con los pasos requeridos. 0: No está documentado; 1: Cuenta con el procedimiento documentado pero cumple parcialmente con los pasos; 2: Cumple con todo lo establecido.
				GCA2-4	Se han establecido e implementan mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios en los diversos servicios o áreas de atención. 0: No se ha establecido; 1: Se ha establecido (documentado) pero no se implementan; 2: Cumple con todo lo establecido
				GCA2-5	Se identifican periódicamente las principales barreras de acceso de los usuarios a los servicios (pueden ser de tipo geográfico, arquitectónico, económico, cultural u organizacional), se documenta su análisis y se identifican acciones factibles de implementar desde la institución. 0: No se han identificado; 1: Se han identificado pero no se han establecido acciones para superarlas 2: Cumple con todo lo establecido.

Macroproceso 3: Gestión de la Calidad (GCA)

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

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				GCA2-6	Se desarrollan acciones para disminuir las barreras de acceso de los usuarios que dependen del establecimiento de salud de acuerdo con lo identificado. 0: No se ha desarrollado; 1: Se ha desarrollado menos del 80% de acciones identificadas; 2: Se ha desarrollado más del 80% de lo identificado.
				GCA2-7	El establecimiento de salud muestra en un lugar visible su cartera de servicios y el cronograma de atención con responsables. 0: No muestra; 1: No válido; 2: Cumple con todo lo establecido.
				GCA2-8	El establecimiento tiene fluxogramas de atención general, por servicios y señalización. 0: No tiene fluxograma ni señalización; 1: Tiene parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido.
				GCA2-9	El establecimiento tiene publicado los derechos de los pacientes en las zonas de contacto (emergencia, consulta externa, hospitalización). 0: No tiene publicado en ninguna parte; 1: Tiene publicado sólo en emergencia; 2: Cumple con todo lo establecido.

Macroproceso 3: Gestión de la Calidad (GCA)

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

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

Macroproceso 3: Gestión de la Calidad (GCA)

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

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				GCA3-8	El establecimiento mantiene por lo menos un proceso de atención priorizado producto de la implementación de los proyectos de mejora. 0: No mantiene ninguno; 1: Mantiene pero no como producto de la implementación de los proyectos de mejora; 2: Cumple con todo lo establecido.

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

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

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
MRA.1	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	Disponibilidad Eficacia Seguridad	<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>	MRA1-5	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para hacer pública la información relevante de la gestión de riesgos de la atención y los cambios por efectuar 0: No cuenta 1: Cuenta con mecanismos pero no presentan los cambios a efectuar; 2: Cumple con todo lo establecido.
				MRA1-6	Se realiza periódicamente el análisis de cuán efectiva es la atención materna mediante indicadores propuestos para la organización según normas 0: No realiza; 1: Se realiza pero no de acuerdo a normatividad; 2: Cumple con todo lo establecido.
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: Usa menos de 60% del personal; 1: Usa del 60 al 80%; 2: Usa el 100%.
				MRA6-2	Existen cartillas visibles de bioseguridad en todos los ambientes de atención 0: No existen o no están visibles; 1: Existen parcialmente y están visibles; 2: Cumple con lo establecido.
				MRA6-3	La provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación y lavado, se realiza según procedimientos documentados 0: No se cumple procedimientos; 1: Se cumplen procedimientos parcialmente; 2: Se cumple con lo establecido.
				MRA6-4	La provisión de materiales e insumos de bioseguridad se realiza de acuerdo a la normatividad . 0: No se realiza de acuerdo a normas; 1: Cumple parcialmente las normas; 2: Se cumple con lo establecido.

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

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

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				MRA6-5	Se reportan, registran y toman acciones inmediatas con el personal frente a un accidente punzocortante según la evaluación del riesgo. 0: No se reportan; 1: Se reportan o registran parcialmente, pero no se toman acciones inmediatas; 2: Se cumple con lo establecido.
				MRA6-6	En el establecimiento existen instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las precauciones por adoptarse, las cuales están disponibles en los respectivos servicios 0: No existen o existen parcialmente; 1: Existen pero no están disponibles; 2: Se cumple con lo establecido.
				MRA6-9	El personal del establecimientos aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos, relativos al tipo de trabajo que realizan. 0: Aplica menos del 50% del personal; 1: Aplica del 50% al 80%; 2: Aplica más del 80%.
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 es conocido; 2: Cumple con lo establecido.
				MRA7-2	La recolección de residuos sólidos se realiza de acuerdo con la norma. 0: No realiza de acuerdo a la norma; 1: Se realiza pero cumple parcialmente con la norma; 2: Se cumple lo establecido.
				MRA7-3	El retiro, eliminación y disposición final de residuos se realiza de acuerdo con la norma vigente. 0: No realiza de acuerdo a la norma; 1: NO VALIDO; 2: Se cumple lo establecido.
				MRA7-4	El establecimiento garantiza la disponibilidad de agua segura en los procesos de atención. 0: No garantiza 1: NO VALIDO; 2: Cumple con lo establecido.

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

Macroproceso 5: Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)

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

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
GSD.1	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	Seguridad Oportunidad Eficacia	<p>D. S. N° 013-2000-PCM: Aprueba el Reglamento de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Defensa Civil.</p> <p>D.S. N° 100-2003-PCM. Modifican el Reglamento de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Defensa Civil.</p> <p>D.S. N° 074-2005-PCM. Manual para la ejecución de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Defensa Civil.</p> <p>R.M. N° 335-2005/MINSA Estándares Mínimos de Seguridad para Construcción, Ampliación, Rehabilitación, Remodelación, y Mitigación de Riesgos en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.</p> <p>R.M. N° 897-2005/MINSA/SA. Aprobación de la Norma Técnica de Salud 037-MIN SA/OGDN-V.01 para señalización de Seguridad de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.</p> <p>R.M. N° 861-95-SA/DM. Identificación y Señalización de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud NORMA TECNICA DE SALUD</p>	GSD1-1	<p>El establecimiento de salud cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil, solicitado al gobierno local.</p> <p>0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está vigente; 2: Cuenta y está vigente</p>
				GSD1-3	<p>El establecimiento de salud cuenta con señales de seguridad en todas las áreas según los criterios y estándares establecidos en la norma</p> <p>0: Menos del 50% de las áreas cuentan; 1: Entre 50 a 80% de las áreas cuentan 2: Más del 80% cuentan.</p>
				GSD1-4	<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 con señalización pero en mal estado; 2: Cuenta y cumple con todo lo establecido.</p>
				GSD1-6	<p>El establecimiento ha identificado sus riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en todas sus áreas.</p> <p>0: No ha identificado; 1: Solo ha identificado para las áreas críticas 2: Ha identificado para todas las áreas del establecimiento.</p>

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

Macroproceso 5: Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)

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

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
			(NTS) N° 037- MINSA/OGDN – V.01: Norma Técnica de Salud para señalización de seguridad de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo D.S. 009-2005/TR , referente al Reglamento de Seguridad y Salud en el trabajo.		

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

Macroproceso 5: Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)

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

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
GSD.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>R.M. N° 768-2004/MINSA. Procedimiento para Elaboración del Planes de Contingencia para Emergencias y Desastres Directiva N° 040-2004-OGDN/MINSA-V.01</p> <p>R.M. N° 974-2004/MINSA. Procedimiento para la elaboración de Planes de Respuesta frente a Emergencias y Desastres.</p> <p>R.M. N° 996-2005/MINSA. Aprobación del Compendio de Guías de Intervenciones y Procedimientos de Enfermería en Emergencias y Desastres.</p>	GSD2-3	El establecimiento cuenta con un plan actualizado de emergencias y desastres que incluye un programa de respuesta (emergencia y contingencia) difundido entre el personal 0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no está actualizado ni difundido; 2: Cumple con todo lo establecido.
				GSD2-4	El establecimiento de salud cumple con implementar las acciones que le corresponden de acuerdo a lo establecido en los planes de contingencia y respuesta regional o local ante situaciones de emergencias y desastres 0: No cumple 1: Cumple pero no según lo planificado; 2: Cumple con todo lo establecido.
				GSD2-5	El establecimiento de salud participa en la implementación de los planes de respuesta regionales o locales ante situaciones de emergencias y desastres. 0: No participa; 1: NO VÁLIDO; 2: Cumple con todo lo establecido.
				GSD2-4	El establecimiento de salud cumple con implementar las acciones que le corresponden de acuerdo a lo establecido en los planes de contingencia y respuesta regional o local ante situaciones de emergencias y desastres 0: No cumple 1: Cumple pero no según lo planificado; 2: Cumple con todo lo establecido.
				GSD2-7	El establecimiento de salud ha realizado al menos dos simulacros por año, durante los últimos 24 meses, para prevenir situaciones de emergencias y desastres basado en su plan de respuesta. 0: No realiza; 1: Realiza pero no en los periodos establecidos; 2: Cumple con todo lo establecido.

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

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

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
CGP.1	El establecimiento de salud tiene definido mecanismos establecidos de auditoría, supervisión y evaluación.	Eficacia	R.M. N°474-2005/ MINSAs, que aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N° 029-MINSAs/DGSP-V.01	CGP1-1	Se cuenta con plan e instrumentos para realizar la auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación 0: No cuenta con plan ni instrumentos; 1: Cuenta con plan e instrumentos parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.
			R.M. N° 669-2005/ MINSAs Norma Técnica de Supervisión Integral.	CGP1-2	Se han establecido de manera consensuada con los responsables de las áreas o servicios los indicadores de control de la gestión y prestación, y se han fijado los niveles esperados para la institución 0: No se han establecido o se han establecido sin consenso; 1: Se han establecido de manera consensuada pero sólo para la gestión o prestación; 2: Cumple con lo establecido.
CGP.2	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	Eficacia	R.M. N°474-2005/ MINSAs, que aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N° 029-MINSAs/DGSP-V.01	CGP2-1	El personal responsable de áreas y servicios está capacitado para realizar el proceso de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito de acción. 0: Menos del 50% del personal está capacitado 1: Del 50 al 80% del personal; 2: Está capacitado más del 80% de personal.
		Efectividad		R.M. N° 669-2005/ MINSAs Norma Técnica de Supervisión Integral.	CGP2-3
		Mejora continua	CGP2-4		El establecimiento de salud realiza acciones de evaluación de los procesos de gestión y prestación de acuerdo al plan establecido. 0: No realiza; 1: Realiza a solicitud o demanda (no programado); 2: Se realiza de acuerdo al plan establecido.

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

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

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				CGP2-12	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias nacionales y éstos se encuentran en los niveles esperados. 0: Resultados < 60%; 1: Resultados entre el 60 y el 80%; 2: Resultados > 80%.
				CGP2-13 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA/ REGIONES	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias regionales y éstos se encuentran en los niveles esperados. 0: Resultados < 60%, 1: Resultados entre el 60 y el 80%, 2: Resultados > 80%.

Macroproceso 7: Atención Ambulatoria (ATA)

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

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
ATA.1	El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	Oportunidad Disponibilidad Información completa	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales Ley N° 27403 modificada por Ley N° 28683 "Ley de Atención Preferente"	ATA1-1	El establecimiento de salud cuenta con señalización y mecanismos de información para la atención del usuario, visibles en áreas de primer contacto. 0: No cuenta; 1: Si cuenta pero no están disponibles en todas las áreas de primer contacto; 2: Cumplen con lo establecido.
				ATA1-2	La cartera de servicios de consulta externa está publicada y los mensajes relacionados son comprensibles para los usuarios. 0: No tiene publicada; 1: Tiene publicada y los mensajes no son comprensible por los usuarios; 2: Cumple con lo establecido.
				ATA1-5	El establecimiento de salud ha desarrollado mecanismos para la atención preferente de las mujeres embarazadas, de los niños, de las personas adultas mayores y con discapacidad en todas las áreas de la atención ambulatoria. 0: No ha desarrollado mecanismos; 1: Ha desarrollado mecanismos pero no, en todas las áreas; 2: Cumple con todo lo establecido.
ATA.3	El establecimiento desarrolla programas de prevención y promoción de la salud para la atención de los principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes.	Eficacia Información completa	R.M. N° 616-2003/SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales R.M. N° 111-2005/MINSA, que aprueba los "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud"	ATA3-1	El establecimiento brinda información a los usuarios según mecanismos establecidos por la institución. 0: Menos del 50% de usuarios reciben información 1: Del 50 al 80% reciben información; 2: Más del 80%.
				ATA3-2 ESPECÍFICO PARA EL SECTOR PÚBLICO	El establecimiento de salud implementa estrategias educativo-comunicacionales para mejorar en la mujer, la familia y la comunidad la capacidad de reconocer signos de alarma y complicaciones obstétricas con el fin de buscar ayuda. 0: No implementa; 1: Implementa estrategias educativo-comunicacionales para uno de ellos; 2: Implementa estrategias educativo-comunicacionales según lo establecido.

Macroproceso 7: Atención Ambulatoria (ATA)

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

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				ATA3-3 ESPECÍFICO PARA I NIVEL, SECTOR PÚBLICO MINSA	El establecimiento implementa la estrategia de Municipios Saludables. 0: No implementa; 1: Implementa la estrategia parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido.
				ATA3-4 ESPECÍFICO PARA I NIVEL, SECTOR PÚBLICO MINSA	El establecimiento implementa la estrategia de Comunidades y Familias Saludables acorde a su programación. 0: No implementa; 1: La implementación está por debajo de lo programado; 2: La implementación está dentro de lo programado.
				ATA3-5 ESPECÍFICO PARA I NIVEL, SECTOR PÚBLICO MINSA	El establecimiento implementa la estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud acorde a su programación. 0: No implementa; 1: La implementación está por debajo de lo programado; 2: La implementación está dentro de lo programado.
				ATA3-6 ESPECÍFICO PARA EL SECTOR PÚBLICO	El establecimiento desarrolla e implementa programas de prevención de las patologías más frecuentes. 0: No se tiene programas; 1: Desarrolla programas para algunas patologías más frecuentes; 2: Desarrolla programas para todas las patologías más frecuentes.

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.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, están operativos y son conocidos por el personal.
				ATA4-2	El establecimiento de salud cumple con implementar mecanismos que incentivan y facilitan a los pacientes a consignar sugerencias o quejas por la atención ambulatoria. 0: No implementa; 1: Implementa parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido.

Macroproceso 8: Atención Extramural (AEX)

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

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

Macroproceso 8: Atención Extramural (AEX)

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

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				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 PO; 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 1: Desarrolla pero no en función de la cartera de servicios o no acorde con las prioridades de salud; 2: Cumple con lo establecido.
				AEX2-2	El establecimiento desarrolla actividades planificadas de comunicación educativa que promuevan prácticas saludables y el cuidado del medio ambiente. 0: No desarrolla; 1: Desarrolla para uno de los aspectos; 2: Cumple con lo establecido.
AEX.3	El establecimiento de salud identifica oportunidades de mejora para el incremento de la cobertura de la atención extramural a partir de una medición sistemática de los logros.	Eficacia Accesibilidad Oportunidad	R.M. N° 729-2003 SA/DM. La Atención Integral Compromiso de Todos-El Modelo de Atención Integral (MAIS).	AEX3-1	Se tiene establecido indicadores de monitoreo y evaluación de las actividades de atención extramural y los resultados son los esperados para la institución 0: No ha definido indicadores; 1: Ha definido indicadores, pero los resultados están por debajo de lo esperado; 2: Los resultados están acordes a lo esperado.
				AEX3-2	Se desarrollan acciones para incrementar la cobertura de la atención extramural 0: No se desarrollan; 1: Se desarrollan pero no han incrementado la cobertura; 2: Se desarrollan y han incrementado la cobertura.

Macroproceso 10: Atención de Emergencia (EMG)

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

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
EMG.1	El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	Oportunidad Eficacia Información Disponibilidad Competencia Técnica	<p>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.</p> <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>	EMG1-6	<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>

Macroproceso 14: Admisión y Alta (ADA)

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

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ADA.1	El establecimiento está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	Eficacia 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: El establecimiento no tiene un sistema de registro; 1: Tiene sistema de registro, pero no está acorde a la normatividad vigente; 2: Cumple con todo lo establecido.
				ADA1-2	Se garantiza la conservación y custodia del sistema de registro (historias clínicas/fichas familiares) y está contemplado en el manual de procedimientos del establecimiento y acorde a lo dispuesto por la normatividad vigente. 0: No se garantiza la conservación del sistema o no está contemplado en el manual de procedimientos; 1: Se garantiza la conservación, está contemplado en el manual de procedimientos pero no está acorde a normatividad; 2: Cumple con lo establecido.
				ADA1-3	El proceso diario de recojo/ archivamiento de las fichas familiares/historias clínicas está documentado e identifica aspectos críticos que podrían alterar su conservación/ tenencia. 0: El proceso no está documentado; 1: El proceso está documentado pero no se identifican los aspectos críticos; 2: Cumple con lo establecido.
				ADA1-5	Se cuenta con personal capacitado en el último año, para realizar las actividades en el área de admisión del establecimiento. 0: El personal capacitado es menor al 60% 1: El personal capacitado está entre el 60% al 90%; 2: Más del 90% del personal está capacitado.

Macroproceso 15: Referencia y contrarreferencia (RCR)

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

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación		
				Código criterio	Criterio	
RCR.1	El establecimiento de salud está organizado para referir pacientes y recibir contrarreferencias.	Continuidad	R.M. N° 721-2004/MINSA. Norma técnica del sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud. R.M. N° 516-2005/MINSA. "Guías de prácticas clínicas en emergencia para el adulto".	RCR1-1	El establecimiento de salud tiene documentado el proceso de referencias y contrarreferencias que realiza/recibe de acuerdo a la normatividad vigente. 0: No tiene documentado el proceso; 1: Lo tiene documentado pero no está acorde con la normatividad vigente; 2: Cumple con lo establecido.	
		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 al alta. 0: No ha establecido coordinaciones; 1: Ha establecido coordinaciones, pero no se cumplen; 2: Ha establecido coordinaciones y se cumplen.
		Eficacia			RCR1-4	El establecimiento de salud cuenta con formatos impresos para las referencias y contrarreferencias disponibles durante el horario de atención en todos los lugares necesarios. 0: No cuenta con formatos impresos para las referencias y contrarreferencias; 1: Sí cuenta, pero no están disponibles en los lugares necesarios; 2: Cumple con lo establecido.
RCR.3	Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de pacientes.	Oportunidad	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	RCR3-1	El personal de salud responsable de la tarea de referencia y contrarreferencia conoce, implementa y controla todos los aspectos críticos del proceso y establece las acciones para mejorarlos. 0: El personal no conoce los aspectos críticos del proceso; 1: El personal los conoce, pero no los implementa o no los controla; 2: Cumple con lo establecido.	
		Continuidad			RCR3-2	Se cuantifica el porcentaje de casos referidos en que se aplicaron los criterios y procedimientos establecidos y el nivel es el esperado por la organización. 0: No se cuantifica el porcentaje; 1: Se cuantifica, pero no se aplicaron criterios y procedimientos o el nivel está por debajo de lo esperado; 2: Cumple con lo establecido.
		Trabajo en equipo				
		Efectividad	R.M. N° 729-2003 SA/DM. La atención integral compromiso de			

Macroproceso 15: Referencia y contrarreferencia (RCR)

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

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
			todos-El modelo de atención integral (MAIS).	RCR3-3	Se cuantifica el porcentaje de referencias de gestantes, puérperas y neonatos a un establecimiento de mayor nivel de complejidad de acuerdo a las necesidades del usuario y en relación con la cartera de servicios del establecimiento de salud. 0: No se cuantifica el porcentaje de referencias; 1: Se cuantifica, pero no está de acuerdo a las necesidades del usuario o no está en relación a la cartera de servicios, 2: Cuple con lo establecido.
				RCR3-4	Se cuantifica la relación porcentual entre referencias y contrarreferencias realizadas y el nivel es el esperado por la organización. 0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: Cumple con lo establecido.
RCR.4	Se establecen mecanismos de participación de la población organizada en los procesos de identificación, seguimiento y apoyo en la referencia y contrarreferencia de usuarios	Participación ciudadana	R.M. N° 729-2003 SA/DM. La atención integral compromiso de todos-El modelo de atención integral (MAIS).	RCR4-1 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSÁ	El establecimiento tiene un sistema organizado de vigilancia comunitaria en salud y es conocido por los responsables. 0: No se cuenta con el sistema de vigilancia; 1: Se cuenta, pero no es conocido por los responsables; 2: Cumple con lo establecido.

Macroproceso 16: Gestión de Medicamentos (GMD)

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

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

Macroproceso 16: Gestión de Medicamentos (GMD)**Objetivo y alcance:** Evaluar si la organización suministra a los servicios de hospitalización, ambulatorios y otros, los medicamentos y productos solicitados y tiene un impacto directo en la seguridad de los pacientes

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

Macroproceso 17: Gestión de la información (GIN)

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

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
GIN.1	El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	Disponibilidad Oportunidad	Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública R. M. N° 825-2005/MINSA, Directiva que establece el procedimiento de atención de solicitudes sobre acceso a la información pública R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.	GIN1-1	El establecimiento de salud identifica las necesidades de información de todos los procesos asistenciales y administrativos con participación del personal de las áreas respectivas. 0: El establecimiento no identifica las necesidades; 1: Identifica las necesidades, pero no con participación del personal de las áreas respectivas; 2: Cumple con lo establecido.
				GIN1-3	El establecimiento de salud cuenta con un sistema de acopio manual y/o automatizado de información el cual es conocido por el personal. 0: Menos del 50% del personal lo conoce; 1: Del 50% al 80% del personal lo conoce; 2: Más del 80% del personal lo conoce.
				GIN1-4	El establecimiento de salud cuenta con sistemas de información que aplican los descriptores nacionales de medicamentos, codificación CIE X, CIP (procedimientos) y otras codificaciones oficiales para el sector salud. 0: No cuenta con sistemas de información para medicamentos; 1: Cuenta con sistema de información pero no aplica descriptores o solamente para alguno de ellos; 2: Cumple con lo establecido.
				GIN1-5	El establecimiento de salud tiene personal capacitado durante el último año, para llevar a cabo las actividades de la gestión de la información. 0: Menos del 60% ha sido capacitado durante el último año; 1: Del 60% al 90% han sido capacitado; 2: Más del 90% del personal ha sido capacitado.
GIN.3	El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información.	Trabajo en equipo	Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública R. M. N° 825-2005/MINSA, Directiva que establece el procedimiento de atención de solicitudes sobre acceso a la información pública	GIN3-1	Se implementan en la organización mecanismos de difusión de la información y retroalimentación. 0: No existen; 1: Existen mecanismos de difusión, mas no de retroalimentación; 2: Cumple con lo establecido.
				GIN3-2	Los servicios generan espacios participativos de análisis de información y son documentados. 0: Los servicios no generan espacios de análisis de información; 1: Generan espacios, pero no son participativos o no son documentados; 2: Cumple con lo establecido.

Macroproceso 17: Gestión de la información (GIN)

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

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				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: Decontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)

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

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
DLDE.1	El establecimiento de salud se organiza para aplicar medidas de decontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres e instalaciones.	Seguridad Disponibilidad	R.M. N° 510-2005. Manual de Salud Ocupacional R.M. N° 179-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias. RM N° 217-2004/MINSA Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios R.M. N° 1472-2002-SA/DM Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria: Minsa/OGE/ Vicia	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 con manual ni guía o no está adecuado a su categoría; 1: Se cuenta con manual/guía pero no es conocido por todo el personal o solo uno de ellos; 2: Cumple con lo establecido.
DLDE.2	Se realizan los procesos de decontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	Eficacia Eficiencia Seguridad	R.M.N° 510-2005. Manual de Salud Ocupacional R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el modelo de ROF de Hospitales NORMA TÉCNICA N° 015 - MINSA / DGSP - V.01 Manual de Bioseguridad. R.M. N° 179-2005/MINSA Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias.	DLDE2-3	Se empaça y esteriliza el material/equipo de acuerdo con los procedimientos establecidos. 0: No se cumple con los procedimientos establecidos o solamente se empaça el material y/o equipo; 1: Se empaça y esteriliza el material/equipo, pero no de acuerdo con los procedimientos; 2: Cumple con 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 R.M. N° 179-2005/MINSA Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica	DLDE4-2	El establecimiento cuenta y aplica procedimientos establecidos de segregación, acopio y disposición final de residuos sólidos. 0: No cuenta con procedimientos para el manejo de residuos sólidos; 1: Cuenta con procedimientos pero no los aplica o los aplica parcialmente para una de las fases; 2: Cumple con lo establecido.

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

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

Código	Estándar	Atributo relacionado	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
			de las infecciones intrahospitalarias.	DLDE4-4	Se cuantifica la percepción de los usuarios (interno y externo) respecto a la limpieza del establecimiento de salud y se implementan acciones para su mejora. 0: No se cuantifica la percepción de los usuarios; 1: Se cuantifica la percepción, pero no se implementan acciones de mejora; 2: Se cuantifica y se implementan acciones.

Macroproceso 19: Manejo del Riesgo Social (MRS)

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

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

Macroproceso: Gestión de Insumos y Materiales (GIM)

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

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

Macroproceso: Gestión de Insumos y Materiales (GIM)

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

Código	Estándar	Atributo Relacionado	Referencia Normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
				GIM2-3	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: Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)

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

Código	Estándar	Atributo Relacionado	Referencia Normativa	Criterios de Evaluación	
				Código criterio	Criterio
EIF. 1	El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	Eficacia Eficiencia Disponibilidad	<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° 970-2005/MINSA. Norma técnica de salud para proyectos de arquitectura, equipamiento y mobiliario de establecimientos de salud del primer nivel de atención.</p> <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 Estandares Mínimos de seguridad para la construcción, ampliación, rehabilitación, remodelación y mitigación de riesgos en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo</p>	EIF1-1	<p>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).</p> <p>0: No cuenta con plan de mantenimiento; 1: Cuenta con plan, pero no está incorporado al POA; 2: Cumple con lo establecido.</p>
				EIF1-4	<p>El personal que realiza el mantenimiento preventivo y de recuperación de la infraestructura y equipos está capacitado para ese fin durante el último año.</p> <p>0: El personal no ha sido capacitado 1: Ha sido capacitado hace más de un año; 2: Ha sido capacitado durante el último año.</p>
				EIF1-6	<p>El establecimiento de salud cuenta con sistema de inventario y registro de operatividad de equipos e instrumentos.</p> <p>0: El establecimiento no cuenta con sistema de registro ni registro de operatividad; 1: Cuenta con sistema de inventario y registro de operatividad pero no se utiliza; 2: Cumple con lo establecido.</p>