

**MINISTERIO DE SALUD**

**DIRECCION GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS**

**DIRECCION DE CALIDAD EN SALUD**

**ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS  
MEDICOS DE APOYO**

**GUIA TECNICA DEL EVALUADOR PARA LA  
ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE  
SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO**

Lima, 2007

**Guía Técnica del Evaluador**

## INDICE

Finalidad	2
Objetivos	2
Ámbito de Aplicación	2
Proceso a estandarizar	2
Consideraciones Generales	3
Definiciones operativas	3
Conceptos básicos	4
Requerimientos básicos	6
Consideraciones Específicas	7
Autoevaluación	8
Evaluación Externa	10
Conclusiones y/o recomendaciones	28
Anexos	30
Referencias Bibliográficas	30

## I. FINALIDAD

La Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, tiene por finalidad uniformizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso, buscando lograr una mayor objetividad en la aplicación de los criterios de evaluación para cada uno de los macroprocesos gerenciales, asistenciales y de apoyo.

## II. OBJETIVOS

Los objetivos de la presente guía son los siguientes:

1. Brindar elementos conceptuales sobre el proceso de Acreditación, como mecanismo de gestión y evaluación de la calidad.
2. Proporcionar elementos metodológicos para uniformizar los procedimientos en la autoevaluación y en la evaluación externa.
3. Sugerir pautas para la organización del trabajo de los evaluadores internos y evaluadores externos durante el proceso de Acreditación.

## III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo es de aplicación en el ámbito nacional, en las entidades públicas y privadas del Sector Salud que implementen el proceso de Acreditación en sus dos fases dentro de sus organizaciones.

## IV. PROCESO A ESTANDARIZAR

A pesar que la acreditación de servicios de salud lleva más de una centuria como mecanismo de evaluación de la capacidad institucional para brindar atención en salud con calidad, es recién que, en la década del noventa, el mundo occidental ha desarrollado y optimizado una serie de herramientas para la evaluación de la calidad de los servicios de salud, con el objetivo de asegurar el resultado de la atención, prevenir la aparición de complicaciones evitables y generar procesos de mejoramiento continuo que beneficien a los usuarios.

La acreditación es un mecanismo de gestión y evaluación de la calidad de los servicios de salud, y que va dirigida a comprobar si una entidad prestadora cumple con estándares superiores que brindan seguridad en la atención en salud y que generan ciclos de mejoramiento continuo.

De esta manera se puede resumir que la definición de acreditación encierra cuatro nociones comunes:

- (1) Mecanismo de evaluación de la calidad,
- (2) Busca seguridad en la atención,
- (3) Cumplimiento de altos estándares, y
- (4) Mejoramiento continuo de los procesos.

La acreditación se basa en el principio básico de comparar una institución contra una serie de estándares previamente establecidos y que definen los principios generales de lo que se considera el desempeño "ideal" que debe tener una institución en un momento dado y en unas condiciones específicas. Es así que la acreditación se puede constituir en un excelente mecanismo para desencadenar procesos de mejoramiento continuo.

El proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, contempla dos fases las cuales serán estandarizadas:

1. **Autoevaluación.** Inicio del proceso, a cargo de un equipo de evaluadores internos, el cual se conforma mediante un proceso de selección interna en la organización.
  - a. La fase de autoevaluación se realizará mínimo una vez al año.
  - b. Los establecimientos de salud, públicos y privados podrán realizar la autoevaluación las veces necesarias en un año, con la finalidad de verificar el cumplimiento de las recomendaciones del Informe Técnico de Autoevaluación y lograr el nivel aprobatorio mínimo para poder someterse a una evaluación externa.
2. **Evaluación Externa.** Proceso de evaluación, a cargo de un equipo de evaluadores externos seleccionados por la Comisión Sectorial correspondiente y la Dirección de Calidad en Salud.
  - a. La evaluación externa es de carácter voluntario y deberá ser realizada en un plazo posterior no mayor a doce meses desde la última autoevaluación con calificación aprobatoria.

## V. CONSIDERACIONES GENERALES

### 1. Definiciones Operativas

**Categorización:** es el proceso que conduce a homogenizar los diferentes establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales, que deben responder a las necesidades de salud de la población que atiende.

**Daño trazador:** Kessner definió enfermedad o daño trazador como aquello que reúne por lo menos tres de los siguientes requisitos: el daño debe tener un impacto potencial sobre las condiciones de salud, el daño tiene que estar relativamente bien definido y ser de fácil diagnóstico, la tasa de prevalencia los suficientemente alta para recopilar datos y/o la historia natural de la enfermedad debe variar con la utilización de la atención médica.

**Lista de Chequeo:** es un listado de preguntas, en forma de cuestionario que sirve

para verificar el grado de cumplimiento de determinadas reglas establecidas a priori con un fin determinado.

**Muestra Aleatoria:** es una muestra sacada de una población de unidades, de manera que todo elemento de la población tenga la misma probabilidad de selección y que las unidades diferentes se seleccionen independientemente.

**Procedimiento:** es una instrucción que genera el propio productor del servicio con el objetivo de cumplir con una buena práctica específica. La definición de un procedimiento está íntimamente ligada a las condiciones individuales de cada productor es decir que dos productores pueden definir procedimientos distintos para la misma buena práctica ya que sus condiciones económicas, geográficas, ambientales, etc. son diferentes.

**Proceso:** Conjunto de actividades que recibe uno o más insumos o pasos y crea un producto de valor para otro usuario, formando una cadena orientada a obtener un resultado final. De su diseño y documentación depende el éxito de la gestión.

## 2. Conceptos Básicos

El presente listado de conceptos pretende simplificar algunos conceptos contenidos en los Estándares de Acreditación así como en la presente guía.

**Acceso:** La capacidad de los usuarios o grupos de alcanzar o usar los servicios que están disponibles o se necesitan, y que son brindados de la manera más apropiada.

**Atributos:** Características o propiedades de calidad que identifican al servicio de salud y que permiten caracterizarlo en niveles deseados.

**Consentimiento Informado:** Acuerdo o aprobación voluntaria otorgado por un usuario quien entiende la información dada acerca de las condiciones, el servicio propuesto, los riesgos y beneficios, los resultados potenciales, las opciones y alternativas, y las consecuencias de aceptar o rechazar algún servicio propuesto por el responsable de la atención.

**Constancia de Acreditación:** Documento emitido por la Comisión Nacional Sectorial o la Comisión Regional Sectorial, que da fe de que el establecimiento de salud cumple con el nivel predeterminado para brindar una atención en salud de calidad y haber aprobado la evaluación externa.

**Continuidad:** la provisión de servicios integrados que son coordinados dentro de un Red o conjunto de establecimientos de salud a lo largo del tiempo.

**Criterios de evaluación:** Elementos referenciales que determinan el nivel del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

**Establecimientos prestadores de salud:** Aquellos establecimientos públicos o privados, cualquiera sea su denominación y categoría, que realizan actividades de

salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a promover, mantener o restablecer el estado de salud de las personas, familia y comunidad.

**Estándar de estructura:** Nivel deseado sobre aspectos organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asignada, asistencial, rehabilitadora o de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

**Estándar de proceso:** Nivel deseado sobre todos los procedimientos a realizar para desarrollar la labor asistencial, rehabilitadora o de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

**Estándar de resultado:** Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado resultado en salud.

**Estándar:** Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.

**Estándares específicos:** Niveles de desempeño deseado definido de manera concreta sobre aspectos propios de la realidad sanitaria diferenciada por nivel de complejidad, naturaleza jurídica y prioridades territoriales.

**Estándares genéricos:** Niveles de desempeño deseado definido de manera amplia, abarcando los diferentes componentes de la prestación

**Evaluación externa:** Segunda fase del proceso de acreditación, está orientada a garantizar que la fase anterior fue aprobada, y por lo tanto, expide o niega la opinión de conformidad según escalas preestablecidas. Es una fase necesaria para acceder a la Constancia de Acreditación y posteriormente a la Resolución Ministerial o Resolución Ejecutiva Regional otorgada por el Ministerio de Salud/Gobiernos Regionales, para lo cual los Evaluadores Externos emiten un informe técnico de carácter institucional.

**Evaluación:** estudio de un fenómeno, o del grado de un evento en relación a la capacidad para lograr metas, resultados esperados en una organización, servicio, programa, población o usuarios.

**Eventos adversos:** injuria, complicación, incidente o un resultado no deseado e inesperado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.

**Evidencias:** datos o información objetiva y verificable usada para tomar decisiones.

**Indicador:** Instrumento que permite medir un aspecto de la prestación sanitaria y compararlo con un nivel previamente definido.

**Informe Técnico de la Autoevaluación:** Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y que sirve para precisar los hallazgos, las recomendaciones, la puntuación y la necesidad de elaboración de

planes de inversión y/o proyectos de mejoramiento continuo.

**Informe Técnico de la Evaluación Externa:** Documento que contiene los resultados de la evaluación externa especializada, a cargo de evaluadores externos y sirve para precisar los hallazgos, las recomendaciones, la puntuación y la opinión de la calificación para la acreditación.

### 3. Requerimientos Básicos

La evaluación de la calidad es una función sencilla y compleja a la vez. El proceso ha sido diseñado de tal manera para que las evaluaciones sean aplicadas por personal asistencial o administrativo que reúna y demuestre competencias para ello. Sencilla porque se trata de realizar evaluaciones del quehacer diario de las instituciones, lo cual está relacionada básicamente con evaluación de procesos y resultados. Y compleja porque se exige que sea una evaluación tanto retrospectiva como prospectiva.

La evaluación es ejecutada por un equipo de evaluadores (internos y externos) y sus funciones, tal como se expresa en la Norma de Acreditación son las siguientes:

- **Realiza acciones de evaluación interna y externa según sea el caso.**
- **Propone acciones de mejoramiento continuo y de planes de inversión.**
- **Elabora los hallazgos, las recomendaciones y la opinión de la calificación a la Alta Dirección del establecimiento de salud evaluado.**
- **Emite un informe técnico de carácter institucional.**
- **Rinde cuentas de su desempeño a la Dirección de Calidad del MINSA/DISAS/DIRESAS**

Todo evaluador debe conocer que el reto de los sistemas de evaluación es garantizar que las evaluaciones que tienen a su cargo deben cumplir con tres requisitos:

- Imparcialidad
- Autonomía
- Evitar conflicto de intereses

### 4. Responsabilidades de un evaluador

- Haber recibido formación como evaluador para la acreditación de servicios de salud.
- Tener solvencia moral y reconocimiento institucional que garanticen mejores condiciones individuales para cumplir con la autonomía, imparcialidad y evitar el conflicto de intereses que pudiera suscitarse.
- Permanecer siempre dentro del alcance y objetivos de la evaluación para así mejorar las técnicas de evaluación a elegir.

- Recolectar y analizar la evidencia objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones y generar recomendaciones idóneas.
- Documentar sus observaciones.
- Tratar la información confidencial con discreción.
- Recomendar mejoras que respondan a metodologías probadas de mejoramiento continuo.
- Comunicar inquietudes a los evaluados de una manera respetuosa, proactiva y clara.

## 5. Perfil de competencias de un evaluador

Para el cumplimiento de las funciones reguladas en la Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, todo evaluador debe reunir las siguientes competencias específicas:

Funciones	Competencias específicas	Capacidades
Realiza acciones de evaluación	Aplica técnicas de supervisión, evaluación y auditoría en instituciones hospitalarias y del primer nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica posibles fuentes auditables según criterios</li> <li>• Interpreta el objetivo y el alcance de la evaluación de los estándares</li> <li>• Relaciona los estándares con los criterios de evaluación y las referencias normativas</li> </ul>
Propone acciones de mejoramiento continuo y de planes de inversión	Maneja metodologías de mejoramiento continuo con enfoque de procesos y se orienta a la búsqueda de resultados medibles, confiables y suficientes y aplica además el SNIP*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica oportunidades de mejoramiento continuo según las realidades de cada nivel de complejidad</li> <li>• Determina las acciones a priorizar según metodologías de priorización</li> <li>• Reconoce la metodología del Sistema Nacional de Inversión Pública - SNIP</li> </ul>
Elabora los hallazgos, las recomendaciones y la opinión de la calificación	Maneja sistemas informáticos, aplica conocimientos de gestión de la salud y maneja temas de la gestión hospitalaria y/o del primer nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica problemas y soluciones</li> <li>• Identifica evidencias objetivas en un prestador de salud</li> <li>• Tiene un sentido ético alto y cuenta con habilidades de expresión oral y persuasión</li> </ul>
Emite un Informe Técnico de carácter institucional	Recopila, clasifica y ordena la información brindada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resume hallazgos en base a evidencias objetivas</li> <li>• Elabora informes cualitativos y/o cuantitativos</li> </ul>

## VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

La acreditación consta de dos fases: Autoevaluación (la evaluación por pares es opcional) y Evaluación Externa. Cada fase tiene hitos importantes que determinan el desempeño de cada una.



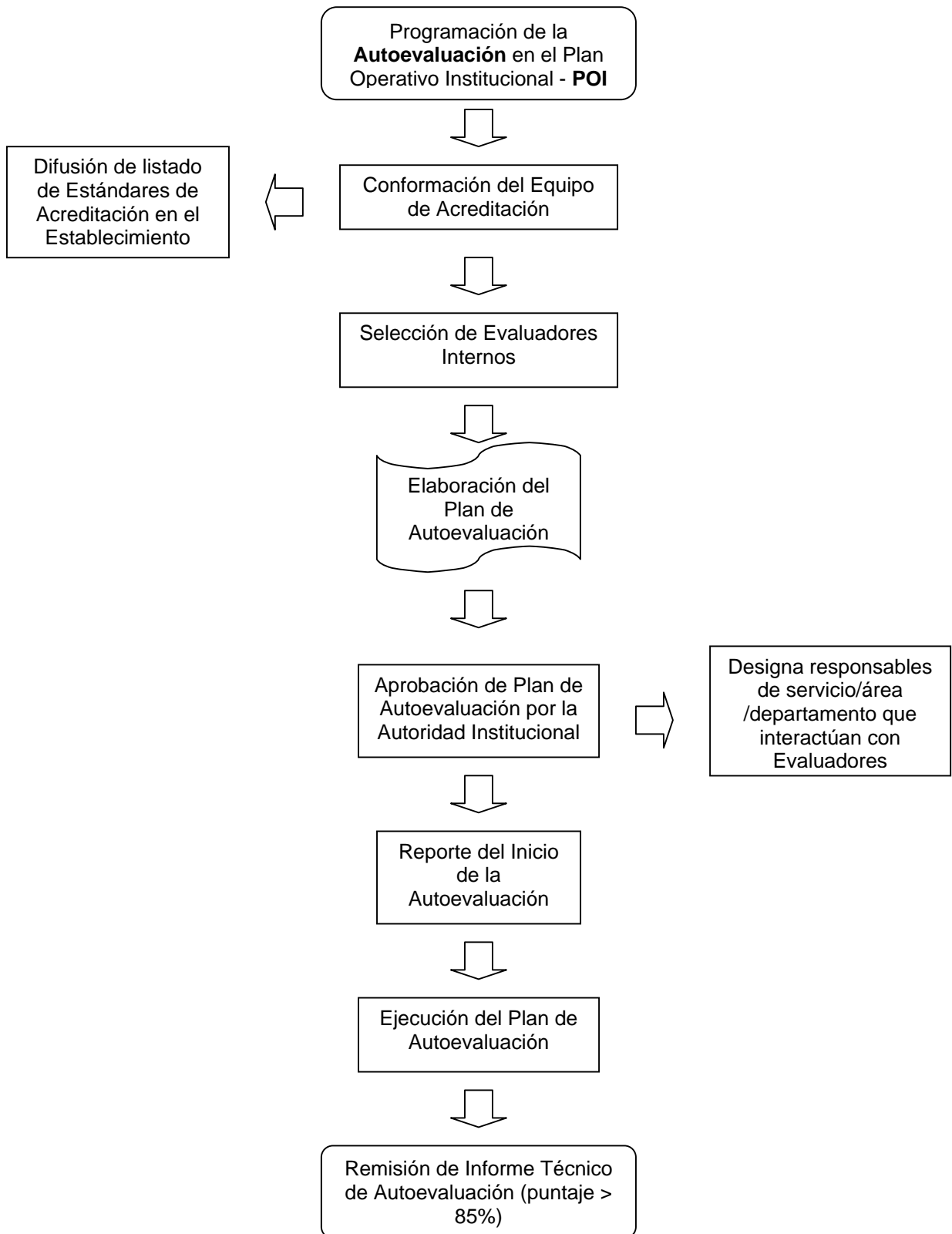
## 1. LA AUTOEVALUACIÓN

Fase inicial del proceso de acreditación, en el cual los establecimientos de salud, que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del listado de estándares y realizan una evaluación interna para determinar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento, culminando en un plan de mejoramiento que facilite a la organización superar sus deficiencias y poder calificar a la segunda fase.

Los **hitos de la autoevaluación** son los siguientes:

- a. **Decisión de la Alta Dirección:** cuando se establecen los tiempos, se conforma el Equipo de Acreditación, se designa presupuesto, establecen responsables y se comunica a la autoridad sanitaria respectiva.
- b. **Selección de los evaluadores internos:** cuando, luego de aplicar los criterios de selección, se cuenta con un listado formalizado de evaluadores, quienes reciben todas las facilidades para cumplir con sus funciones en los tiempos establecidos.
- c. **Formación de los evaluadores internos:** cuando se reciben los contenidos estructurados y regulados para generar capacidades según el perfil requerido.
- d. **Aplicación de la primera autoevaluación:** cuando se haya aprobado el Plan de Autoevaluación; se ejecuta en los tiempos establecidos.
- e. **Diseño y despliegue de las acciones de mejoramiento continuo:** cuando se haya discutido en los distintos niveles del establecimiento de salud las recomendaciones contenidas en el Informe Técnico respectivo.
- f. **Aplicación de la segunda y/o siguientes autoevaluaciones:** cuando se haya concluido con las acciones de mejoramiento continuo, las cuales deben ser medidas previamente según metodologías planificadas, hasta que se obtengan los niveles deseados y expresados en el listado de Estándares de Acreditación.
- g. **Solicitud de la evaluación por pares (opcional):** cuando se haya cumplido con uno de los niveles positivos deseados por el establecimiento de salud: Autoevaluado con Excelencia (puntaje mayor a 95% de cumplimiento) y Autoevaluado Aprobado (puntaje superior a 75%)

## FLUJOGRAMA DE LA AUTOEVALUACION



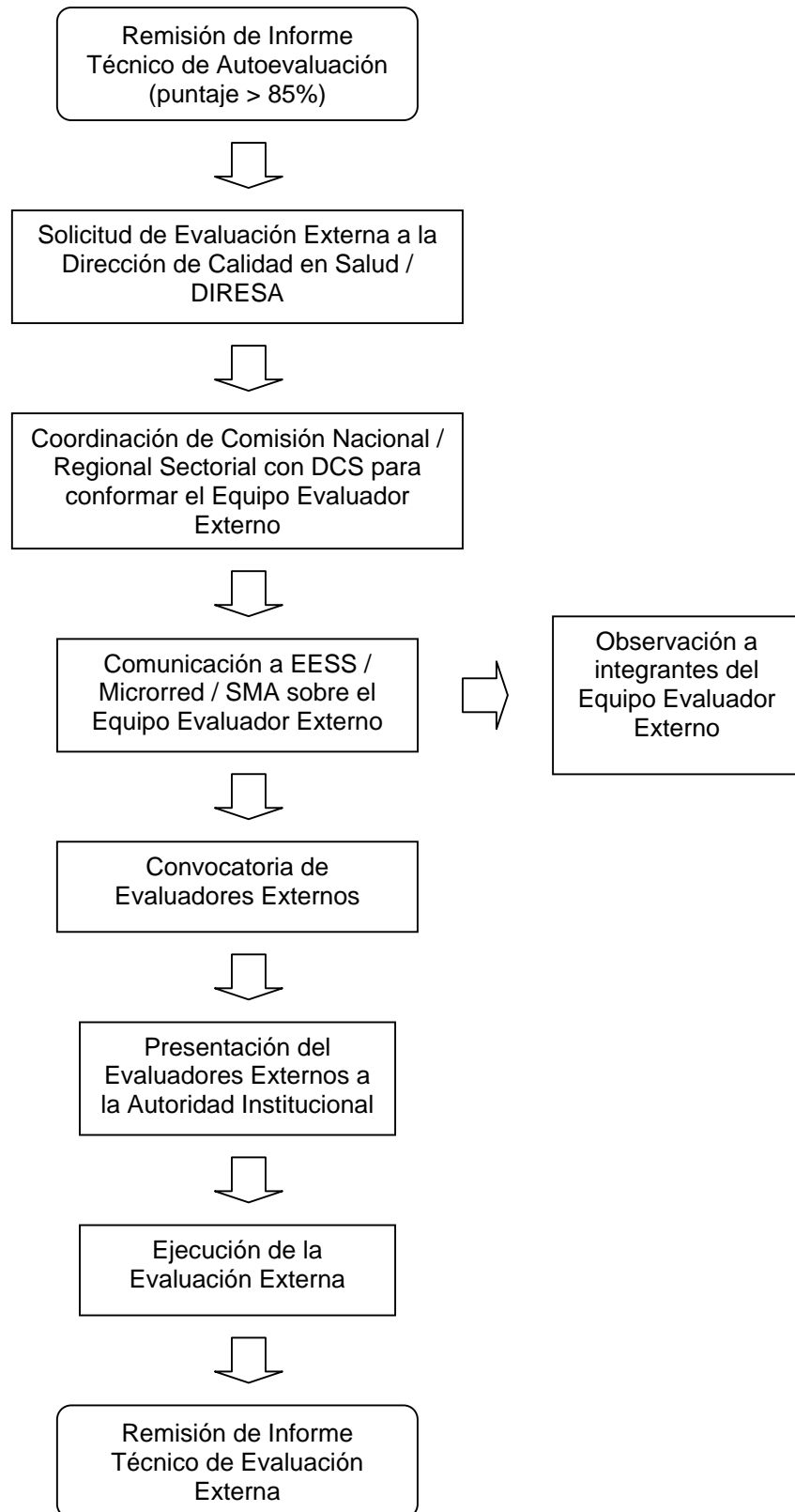
## 2. LA EVALUACIÓN EXTERNA

Segunda fase del proceso de acreditación, está orientada a garantizar que la fase anterior fue realizada con idoneidad, y por lo tanto, expide o niega la opinión de conformidad según escalas preestablecidas. Es una fase necesaria para acceder a la Constancia de Acreditación otorgada por la Comisión Sectorial correspondiente, para lo cual los Evaluadores Externos emiten un informe técnico de carácter institucional.

Los **hitos de la autoevaluación** son los siguientes:

- a. **Decisión de la Alta Dirección:** cuando se ha demostrado formalmente que se han superado las debilidades encontradas en la autoevaluación y se cuente con presupuesto, se comunica a la autoridad sanitaria respectiva.
- b. **Selección de los evaluadores externos:** cuando, luego de recibir la propuesta por la Comisión Nacional Sectorial de Acreditación en Salud, se procede a seleccionar según los criterios establecidos.
- c. **Contratación de evaluadores externos:** cuando, luego de escoger entre la terna propuesta, se procede a establecer una relación contractual formal con los evaluadores externos.
- d. **Selección de los criterios a evaluar:** cuando el equipo evaluador externo, luego de recibir, revisar, y analizar el o los últimos Informes Técnicos de Autoevaluación, selecciona en consenso y en grupo los criterios a evaluar y formula el plan de evaluación, el cual es de carácter reservado. A partir de dicho plan determina el número de días de la evaluación.
- e. **Visita de evaluación:** cuando haya recibido la conformidad de la autoridad sanitaria nacional y regional, y se haya acordado el tiempo de duración de la evaluación externa. Este momento es vital y debe garantizar la visita de todas las instalaciones del establecimiento de salud, independientemente de los criterios seleccionados.
- f. **Elaboración del Informe Técnico y Decisión de Acreditación:** cuando se haya aplicado los criterios de evaluación previamente seleccionados y se haya aplicado las técnicas de evaluación previamente establecida y luego de haber obtenido la calificación del aplicativo informático respectivo. El Informe Técnico de la Evaluación Externa contiene la recomendación de autorizar la condición de acreditado para la Comisión Nacional y/o Regional Sectorial de Acreditación, para que ésta proceda a la emisión de la Constancia de Acreditación, la cual debe ser aprobada posteriormente por Resolución Ministerial y/o Resolución Ejecutiva Regional según sea el caso.

## FLUJOGRAMA DE LA EVALUACION EXTERNA



### 3. PLANIFICACIÓN DE LAS EVALUACIONES

Para proceder a la planificación de las evaluaciones es necesario haber concluido la selección de los evaluadores. Cada fase de evaluación debe contener un plan de evaluación y debe ser formulado por el grupo evaluador seleccionado y presentado a la Alta Dirección y a la autoridad sanitaria correspondiente según lo establecido en la norma. Para el caso de la evaluación externa, el plan debe mostrar aspectos genéricos, más no los detalles de los criterios de evaluación seleccionados para afirmar o desestimar los resultados de las fases anteriores por el riesgo de sesgos que justamente pretende evitar dichas fases.

#### Contenido del Plan de Evaluación

El contenido mínimo de un Plan de Evaluación debe presentar lo siguiente:

- El listado y perfil de los miembros del equipo de evaluación.
- El nombre y perfil del evaluador líder.
- Los objetivos y actividades de los equipos.
- El tiempo de duración del periodo de evaluación.
- Las estrategias de comunicación a nivel institucional.
- Las fechas de cada etapa.
- El horario de las evaluaciones.

Sin embargo, es preciso considerar cuatro momentos en la gestión de la evaluación. En el primer momento el evaluador coordina con la Alta Dirección del establecimiento de salud o microrred los responsables, los servicios a evaluar según macroprocesos del listado de Estándares de Acreditación, emite documentos a la institución coordinando las fechas y responsables de cada actividad.

En el segundo momento se elabora el plan de evaluación, el cual debe incluir una introducción acorde a la realidad del establecimiento o microrred a evaluar, la justificación, el alcance, la base legal -tanto nacional como regional-, la metodología de evaluación, que describe los pasos metodológicos a seguir, el cronograma de evaluación consensuado en el primer paso y el listado de los evaluadores describiendo el perfil y el nombre de evaluador líder.

El tercer momento se trata de la aplicación de la evaluación la cual inicial con la Reunión de Apertura, continúa con una breve discusión de los estándares y criterios de evaluación entre los evaluadores y los equipos de evaluados, la visita a las instalaciones del(os) establecimiento(s) de salud y concluye con la Reunión de Cierre. El último momento se destina para la elaboración del Informe Técnico de Evaluación, el cual se debe hacer en los tiempos establecidos en la norma.

### **Primer paso: Coordinación con Alta Dirección**

1. Definición de responsables (evaluadores y evaluados)
2. Servicios a evaluar según macroprocesos
3. Emisión de documentos para la aprobación del proceso de evaluación
4. Selección de evaluadores
5. Emisión de documentos con definición de fechas y responsables

### **Segundo paso: Elaboración del plan de evaluación**

1. Introducción
2. Justificación
3. Alcance
4. Base legal
5. Metodología de evaluación (no detallado para la evaluación externa)
6. Cronograma de evaluación
7. Equipo de evaluación (identificación de evaluador líder)

### **Tercer paso: Ejecución de la evaluación**

1. Discusión del Listado de Estándares de Acreditación entre el personal.
2. Reunión de Apertura: presentación a Alta Dirección y Jefaturas
3. Revisión de las referencias normativas sectoriales e institucionales
4. Visita de las instalaciones por el equipo evaluador
5. Despliegue de las técnicas de evaluación
6. Reunión de Cierre

### **Cuarto paso: Elaboración de Informe Técnico**

1. Procesamiento de datos
2. Análisis de resultados
3. Elaboración del Informe preliminar (a cargo de evaluador líder)
4. Revisión y corrección de informe preliminar (en conjunto)
5. Entrega de Informe Técnico final a equipo de gestión y personal
6. Presentación de resultados ante autoridades y personal institucional

### **Algunas orientaciones para la aplicación de la evaluación**

El plan de cada fase de evaluación debe asegurarse lo siguiente:

- Que se haya asignado un tiempo adecuado la reunión de trabajo entre los evaluadores y evaluados.
- Que haya quórum de los equipos gerenciales, prestacionales y de apoyo para las reuniones con el equipo de evaluación.
- Que haya flexibilidad de tiempo en los horarios para permitir que el equipo de evaluación reagrupe y discuta los temas a medida que van surgiendo, para revisar los documentos y hacer seguimiento de las visitas, si es necesario.

- Que se dispone de tiempo al final de cada día para que los evaluadores discutan con el personal acerca del progreso de la evaluación.
- Que se dispone de tiempo para la reunión de apertura.
- Que se dispone de tiempo para el análisis de resultados en la reunión de cierre.
- Que las actividades diarias relacionadas con la atención en salud no deberán interrumpirse.

### 1. La Discusión del Listado de Estándares de Acreditación entre el Personal

Si bien el proceso de análisis de los estándares no tiene una norma básica que diga cómo se debe hacer, es pertinente sugerir el siguiente enfoque:

1. Los equipos de trabajo que van a interactuar con los evaluadores –internos y externos- revisan, analizan y discuten conjuntamente qué tan efectivamente están trabajando, y comparan el quehacer diario contra los estándares y criterios de evaluación contemplados en el Listado de Estándares de Acreditación.
2. Para el caso de la autoevaluación, quizás el mayor problema de los equipos de evaluadores internos es enfrentarse solos, a menudo con gente que trabaja en su organización, pero que no hace parte de su quehacer diario.
3. Lo primero recomendable es leer el estándar que se quiere calificar, a renglón seguido preguntar si todos los participantes entendieron el estándar de la misma forma.
4. Una vez aclarado el significado del estándar se deben registrar todas las fortalezas que el equipo considere que son relacionadas con éste.
5. Hay que tener siempre presente la redacción del estándar y su despliegue en los criterios, ya que orienta la identificación de las fortalezas. Debe enfocarse puramente en el enunciado del estándar y relacionar con los objetivos y alcance del macroproceso, con los atributos relacionados, con las referencias normativas –no sólo las nacionales que se expresan en el listado- sino con las sectoriales e institucionales internas que regulan diversos aspectos de la atención y que están considerados en el enunciado de los criterios de evaluación.
6. Es importante que el equipo identifique cuáles son las posibles fuentes auditables y cómo desarrollar soportes que puedan encontrarse en la organización.
7. Se debe seleccionar responsables para sistematizar todas las fuentes auditables por cada macroproceso. Aquí es donde la persona previamente seleccionada para recabar todos estos soportes juega un papel determinante. Debe relacionar todos los soportes que se mencionen, recopilarlos y ordenarlos. Posteriormente serán motivo de revisión por parte de los evaluadores internos y externos.
8. El paso que sigue en el análisis es la redacción de todas las debilidades de la organización frente al estándar. Nuevamente, la redacción del estándar es

la guía para el grupo.

9. La respuesta lógica a encontrar debilidades es definir acciones de mejoramiento para las debilidades. Este ejercicio orientará de antemano un posterior plan de mejoramiento y se debe registrar en la hoja de observaciones.
10. Por último, se calificará el estándar por consenso del equipo evaluador. Para esta calificación se utilizará la escala de calificación considerada en el listado.

Durante todo el tiempo de discusión de los estándares y criterios entre los equipos internos de trabajo se debe responder las siguientes preguntas:

- *¿Las acciones del establecimiento de salud se pueden demostrar como una evidencia de cumplimiento de los estándares? ¿Cuál es el resultado de lo que se hace?*
- *¿Qué es necesario emprender para mejorar el resultado de los procesos y apuntar hacia el cumplimiento de los estándares de acreditación?*
- *¿Cuáles acciones son precisas y necesarias para fomentar el desarrollo armónico de los servicios?*
- *¿Cómo cubrir la diferencia entre lo que se está haciendo y lo que se necesita hacer?*

## 2. Reunión de Apertura

El propósito de este espacio es la coordinación con la Alta Dirección y las jefaturas de todos los servicios o áreas de trabajo para presentar los objetivos de la evaluación, presentar al equipo evaluador, confirmar el plan de la evaluación, establecer la fecha y hora de la reunión de cierre, aclarar el proceso de presentación del Informe Técnico, precisar los responsables para la visita de evaluación, facilitar un espacio físico para el equipo evaluador.

Es importante que el equipo evaluador recabe las percepciones del equipo gerencial acerca del estado de la calidad en relación a la acreditación, así como los resultados de la fase previa de evaluación (en caso de la externa) y determinen lo siguiente:

- *¿Cuáles son las acciones de mejoramiento continuo que el establecimiento de salud o la microrred ha desarrollado a partir de la decisión de acreditarse?*
- *¿Cuáles son las principales iniciativas de la organización para desarrollar un desarrollo armónico y mantener acciones de mejoramiento continuo?*
- *¿Cuáles son las fortalezas de su organización?*



Es de suma importancia generar un acta de la reunión en la cual se debe consignar todos los aspectos descritos arriba.

Luego de haber concluido con la apertura de la evaluación el equipo evaluador solicita a la Alta Dirección disponga la entrega de las normas que el subsector o el mismo establecimiento de salud ha desarrollado con relación al macroproceso evaluado.

### **3. Revisión de la Documentación del cumplimiento del Estándar**

- La revisión de las referencias normativas sectoriales y/o institucionales tiene el propósito de evaluar el nivel de legitimidad política interna de las condiciones que permiten la sostenibilidad técnica de las acciones de mejoramiento continuo para el macroproceso y estándares evaluados.
- El equipo evaluador procede a revisar la conectividad básica de la norma sectorial y/o institucional con el macroproceso y referencia normativa nacional.
- En esta etapa es preciso la interacción con los responsables de áreas o servicios evaluados por cada macroproceso.
- Los principales hallazgos de la revisión normativa sectorial y/o institucional debe consignarse en actas.
- El equipo evaluador consigna los hallazgos en una Hoja de Trabajo y servirá de insumo para el Informe Técnico de Evaluación según corresponda.

### **4. Visita de las instalaciones del establecimiento de salud**

- Independientemente de la fase de evaluación, cada equipo debe asegurarse que ha recorrido las instalaciones del establecimiento de salud en su totalidad.
- El equipo debe ir acompañado de un miembro del personal del establecimiento de salud, quien explica cómo se prestan los servicios en cada área describiendo una atención en un día típico.
- El recorrido les proporciona la oportunidad a los evaluadores de observar el ambiente físico, y de evaluar la privacidad y los aspectos de calidad de vida, los patrones del flujo de trabajo y los aspectos de seguridad y salud.
- Los evaluadores también pueden observar la interacción del personal con los pacientes para determinar si se está brindando la atención y servicio al cliente de acuerdo con la misión y los valores de la organización. Los evaluadores pueden hablar informalmente con los usuarios sus familiares y con el personal de salud e ir revisando material específico del programa.

## 5. Despliegue de las Técnicas de Evaluación

El Listado de Estándares de Acreditación es el documento técnico que contiene los estándares, atributos relacionados, referencias normativas y criterios de evaluación en función de los macroprocesos que se realizan en todo establecimiento prestador de salud y que sirve como instrumento para las evaluaciones.

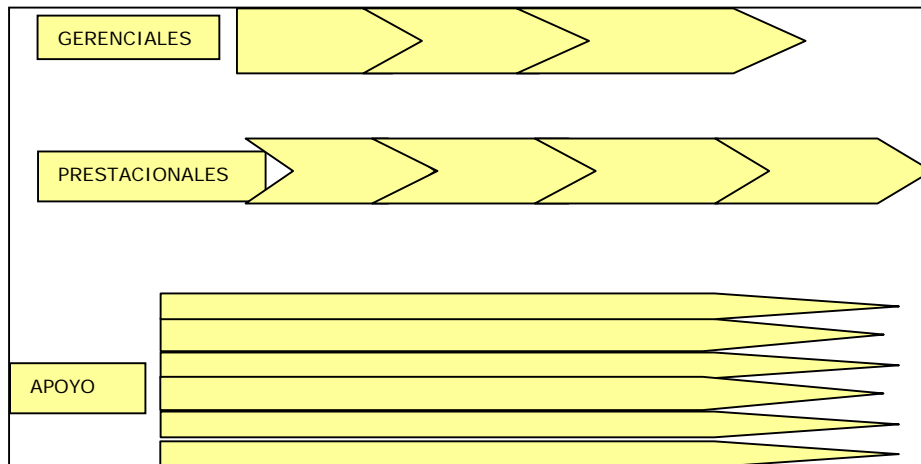
Consta de criterios de estructura (36%), proceso (45%) y de resultados (19%). La presentación de los estándares se realiza a través de un mapeo de macroprocesos que realiza todo establecimiento de salud –sin importar su naturaleza jurídica ni su nivel de complejidad. Aunque es preciso que los evaluadores conozcan lo siguiente:

1. El Listado de Estándares de Acreditación está orientada a uniformizar las condiciones de entrega de la prestación de la salud a través de la estandarización.
2. Que a pesar de las serias restricciones de cada subsector de la salud, la estandarización debe reflejar el esfuerzo del prestador por mejorar la prestación bajo criterios explícitos.
3. La fuente de los criterios explícitos han sido las diversas normas que regulan diversos aspectos del proceso de atención.
4. La prestación de la salud en el Perú, sin importar su naturaleza jurídica, debe estar orientada al cumplimiento sectorial de las políticas nacionales de salud.
5. Que el alcance para su aplicación comprende a los establecimientos de salud desde la categoría I-1 hasta la III-1.

El Listado de Estándares de Acreditación consta de estándares genéricos y algunos específicos, los cuales están identificados en la misma columna del código del criterio.

El mapeo de los macroprocesos de un establecimiento de salud responde a una identificación previa de funciones que realiza todo prestador. Y fueron clasificados en tres niveles: Procesos de orden gerencial –relacionado con las decisiones para garantizar un rumbo adecuado en el manejo de los grandes recursos y objetivos institucionales; los procesos de orden prestacional –relacionado con el desarrollo de razón de ser de la organización: prestar servicios de salud en prevención, promoción, recuperación y rehabilitación; y los procesos de orden de apoyo –relacionados con las actividades complementarias muy necesarias para que los anteriores procesos de cumplan, pero que no son el objeto social del establecimiento de salud.

**Diagrama 1: La estructura del Mapa de Macroprocesos**



**Para aplicar la evaluación el evaluador debe mostrar capacidades para aplicar técnicas sencillas de evaluación, conocer las normas sectoriales de referencia, conocer sobre metodologías de mejoramiento continuo, y formular recomendaciones con un enfoque holístico y ser capaz de establecer relaciones entre los distintos estándares.**

Los evaluadores **siempre** deben tener presente que se requiere garantizar:

**La trazabilidad de las evaluaciones**

**Por lo tanto, se deben manejar los registros de una manera idónea, responsable y consignar con frases claras, precisas que faciliten su entendimiento por los otros evaluadores (externos) así como para el personal de salud, quien desplegará acciones de mejoramiento continuo para lograr el desarrollo armónico de los servicios que busca la acreditación.**

Los evaluadores deben entender que “evaluación” significa:

- Medir un fenómeno.
- Medir el desempeño de un proceso.
- Comparar un resultado obtenido con criterio preestablecido.
- Hacer un juicio de valor.

El Listado de Estándares de Acreditación está dividido en macroprocesos, el cual tiene seis apartes clave: 1) el objetivo y alcance de la evaluación; 2) el código del estándar; 3) el estándar; 4) los atributos relacionados al estándar; 5) la referencia normativa nacional sectorial; y, 6) los criterios de evaluación

**Diagrama 1: Los seis apartes clave del Manual de Estándares de Acreditación**

Macroproceso:				
Objetivo y alcance:				
Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación

**Los atributos relacionados**

Los atributos que se relacionan con la noción de calidad para el proceso de acreditación fueron seleccionados en el MINSA a lo largo de los seis años intensos de trabajo con los representantes de todos los prestadores de salud del país.

1. Accesibilidad
2. Aceptabilidad
3. Disponibilidad
4. Eficacia
5. Eficiencia
6. Efectividad
7. Seguridad
8. Confidencialidad
9. Privacidad
10. Información a usuarios
11. Comodidad
12. Satisfacción
13. Oportunidad
14. Trabajo en equipo
15. Participación ciudadana
16. Integralidad

### Las Referencias Normativas y las Fuentes Auditables

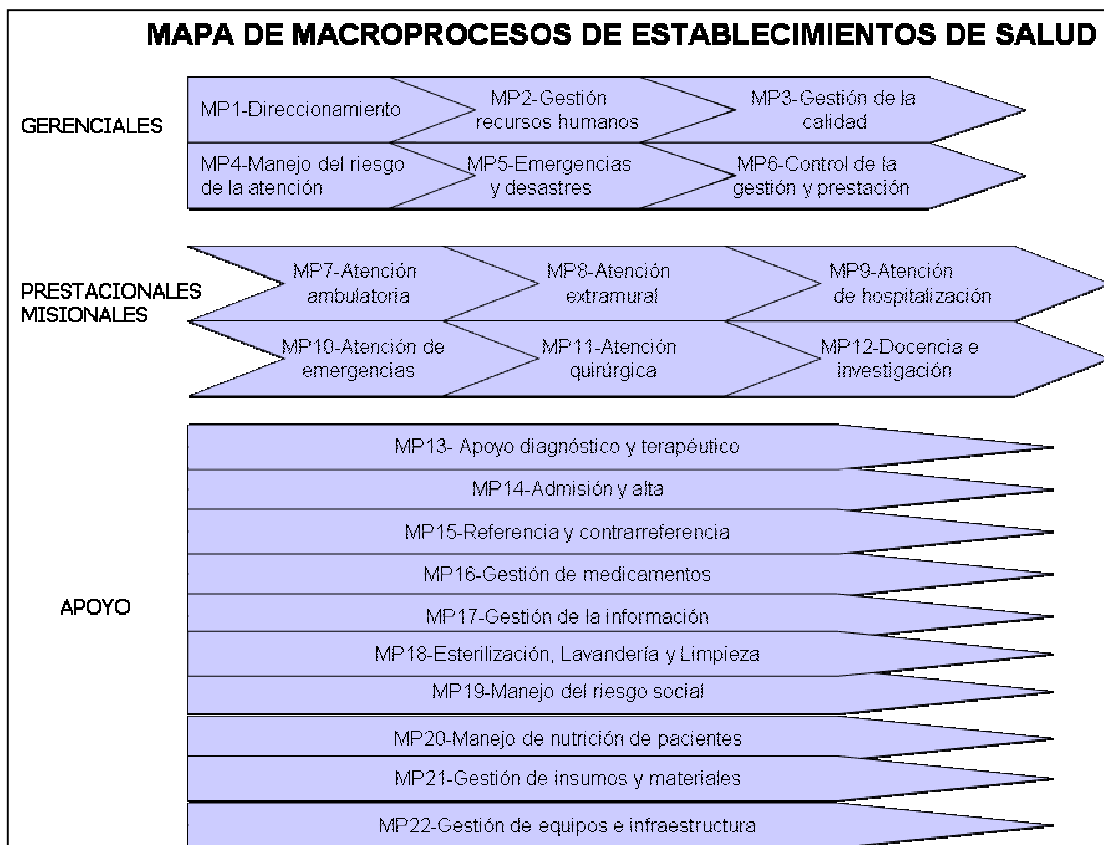
Antes de determinar cuáles son las fuentes auditables y proceder a su registro en la Hoja de Registro el evaluador debe conocer que existen las siguientes tres opciones de referencias normativas que influyen en el proceso de atención:

- Normas legales que regulan los procesos emanadas por el MINSA.
- Normas legales sectoriales que regulan los procedimientos y procesos institucionales.
- Normas internas de cada establecimiento prestador.

De su cabal conocimiento dependen cuáles serían las posibles fuentes auditables, sobretodo las relacionadas con la documentación requerida, la cual debe cumplir con las características de consideradas en dichas normas.

El Mapa de Macroprocesos ha contemplado veintidós macroprocesos que representan a todas las funciones que realiza un establecimiento de salud y su representación se muestra en el siguiente diagrama.

Diagrama 2: Mapa de macroprocesos de establecimientos de salud



Es preciso conocer que los macroprocesos (MP) aplican según el nivel de complejidad de los establecimientos de salud. En la siguiente tabla se muestra la aplicación de los MP según categoría o naturaleza jurídica.

Tipo de EESS (Por categoría o naturaleza jurídica)	Macroprocesos que no aplican
I-1	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Atención de Hospitalización</li> <li>•Atención Quirúrgica</li> <li>•Docencia e Investigación</li> </ul>
I-2	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Apoyo Diagnóstico y Tratamiento</li> <li>•Manejo de Nutrición de Pacientes</li> </ul>
I-3	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Atención de Hospitalización</li> <li>•Atención Quirúrgica</li> <li>•Docencia e Investigación</li> <li>•Manejo de Nutrición de Pacientes</li> </ul>
I-4	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Atención Quirúrgica</li> <li>•Docencia e Investigación</li> <li>•Manejo de Nutrición de Pacientes</li> </ul>
II-1	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Atención Extramural</li> </ul>
II-2	
III-1	
Clínicas Privadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Atención Extramural</li> <li>•Docencia e Investigación (opcional)</li> <li>•Manejo del Riesgo Social</li> </ul>
Hospitales EsSalud y FFAA y Policiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Atención Extramural</li> <li>•Manejo del Riesgo Social</li> </ul>

Las técnicas utilizadas son:

1. Verificación/Revisión
2. Observación
3. Entrevistas
4. Muestras
5. Encuestas
6. Auditorías

La evaluación es el momento en que el evaluador de salud percibe en forma global panorámica, desde su posición qué es lo que está sucediendo, además permite analizar al interior del establecimiento los problemas internos y externos que intervienen en el cumplimiento de los estándares de acreditación a evaluar.

1. **Verificación/Revisión de documentos:** Una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.
2. **Observación:** Permite seguir la manera cómo el personal se desenvuelve en la práctica. Se observa a las personas. Así también, se trata de observar el entorno.
3. **Entrevistas:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
4. **Muestras:** Técnica que permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.
5. **Encuestas:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos mediante observación con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
6. **Auditorías:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

### Ejemplo 1 de Aplicación

Criterios de evaluación	
Código Criterio	Criterio
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
DIR1-6 ESPECIFICO PARA PUBLICO MINSA	Los resultados de las mediciones de las Funciones Obstétricas Neonatales realizadas en los últimos dos semestres están dentro de los niveles esperados por el establecimiento de salud  0: Todas las mediciones están por debajo de lo esperado; 1: Algunas mediciones están en el nivel esperado; 2: Todas las mediciones del periodo están en los niveles esperados
DIR1-7	La Alta Dirección asegura la adhesión del personal a las guías de práctica clínica para la atención de las prioridades sanitarias en el ámbito nacional y/o regional.  0: La adhesión del personal es menor al 50%; 1: La adhesión del personal está entre el 50% y el 80%; 2: Logra adhesión mayor al 80%

Criterios de evaluación	
Código Criterio	Criterio
DIR1-8 ESPECIFICO PARA PUBLICO MINSA	<p>La Alta Dirección define sus metas respecto a las estrategias nacionales y regionales y las incluye en el POA (Plan Operativo Anual).</p> <p><b>0:</b> Define sus metas para menos del 50% de las estrategias; <b>1:</b> Define sus metas para el 50% y 80% de las estrategias; <b>2:</b> Define para más del 80% de las estrategias.</p>

Cada criterio de evaluación está compuesto por dos elementos: 1) el **enunciado** que determina las variables de análisis, y, 2) las **opciones de calificación** que da pautas de cumplimiento a partir de las variables del enunciado.

Ejemplo de aplicación:

**Alcance** El criterio **DIR1-1** tiene el alcance a la Dirección / Gerencia General, todos los órganos de línea de la organización, y los departamentos o áreas de atención al usuario. Adicionalmente, se debe ampliar el alcance aleatoriamente al personal operativo de los principales servicios de atención de la salud.

**Aplicación** El criterio **DIR1-1** es a la vez un criterio de estructura y de proceso. Encierra dos variables: disponibilidad, que establece no sólo el hecho de contar con documentos de gestión que contengan la misión, visión, políticas institucionales, metas y objetivos (estructura), sino que adicionalmente haya sido comunicado a los equipos de trabajo del establecimiento de salud (proceso) y demuestra algunas variables adicionales de calificación.

Descripción

Código Criterio	Técnica a utilizar	Razón para su selección
DIR1-1	Revisión de documento	El atributo de <i>disponibilidad</i> exige la verificación en físico del elemento que contiene los aspectos solicitados en el criterio. Se trata de los enunciados estratégicos que deben estar contenidos en el documento de planificación de largo plazo de la organización.



Código Criterio	Técnica a utilizar	Razón para su selección
	Observación	La comunicación puede ser escrita, oral. En este caso se considera la escrita y se trata de observar si los enunciados están publicados al alcance para los usuarios externos e internos en los ambientes de mayor tránsito.
	Entrevista	Como la opción de calificación establece si es conocido por el personal, se está exigiendo aplicar entrevistas a personal del establecimiento de salud, la cual puede ser realizada con la ayuda de una guía de preguntas previamente elaborada y aprobada por el equipo evaluador.

### Ejemplo 2 de aplicación

Criterios de evaluación	
Código criterio	Criterio
ATA2-3	El plan de trabajo contenido en las Historias Clínicas (HC) sigue los lineamientos de las Guías de Práctica Clínica (GPC)  0: Menos del 50% del plan de trabajo de la HC cumplen con GPC; 1: Cumplen entre el 50% y 80%; 2: Cumplen más del 80%.
ATA2-4	Se cuantifica el porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para la atención prenatal y los resultados están dentro de los rangos esperados  0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero los resultados están por debajo de lo esperado; 2: Los resultados son los esperados.

Ejemplo de aplicación:

**Alcance** La evaluación del criterio **ATA2-3** tiene alcance a los servicios de Ginecología y Obstetricia u otras áreas de atención de Salud Materna.

**Aplicación** El **ATA2-3** es un criterio de resultado. Representa dos atributos de calidad: eficacia, que exige comparar el nivel de alcance de las actividades con lo planificado por el establecimiento de salud, y adherencia que exige que la atención prenatal sea estandarizada e incluya todas las actividades preestablecidas en la normatividad de la estrategia sanitaria nacional.

Descripción

Código Criterio	Técnica a utilizar	Razón para su selección
ATA2-3	Revisión de documento	El atributo de <i>disponibilidad</i> exige la verificación en físico de los documentos de monitoreo que incluyen las trece actividades
	Muestreo	Para establecer el número de historias clínicas a auditar
	Auditoría de historias clínicas	Para verificar el cumplimiento de la atención prenatal estandarizada en la muestra de atenciones establecida

Los instrumentos para la evaluación

- Registros
1. Hoja de Registros: que incluye
    - a. La identificación del macroproceso evaluado
    - b. La identificación de los evaluadores
    - c. La identificación de los evaluados
    - d. La fecha de la evaluación
    - e. Los servicios o áreas evaluadas
    - f. El estándar evaluado
    - g. Las fuentes auditables
    - h. La técnica utilizada
    - i. El sustento de la evaluación

- Conclusiones
2. Hoja de Recomendaciones: que incluye
    - a. El nombre del evaluador líder
    - b. La fecha de las recomendaciones
    - c. Los servicios evaluados
    - d. El criterio de evaluación observado y recomendado
    - e. Las observaciones
    - f. Las recomendaciones

## La calificación de la acreditación

Para calificar los estándares contemplados dentro del manual de acreditación resulta indispensable partir nuevamente del concepto de lo que un estándar significa, esto es, un nivel de desempeño adecuado que es óptimo, factible y deseado de alcanzar. La suma total de los estándares de acreditación, define el modelo ideal de institución, precisando el desempeño en la prestación de servicios que puede y debe alcanzar en el sistema para ser considerada de excelencia.

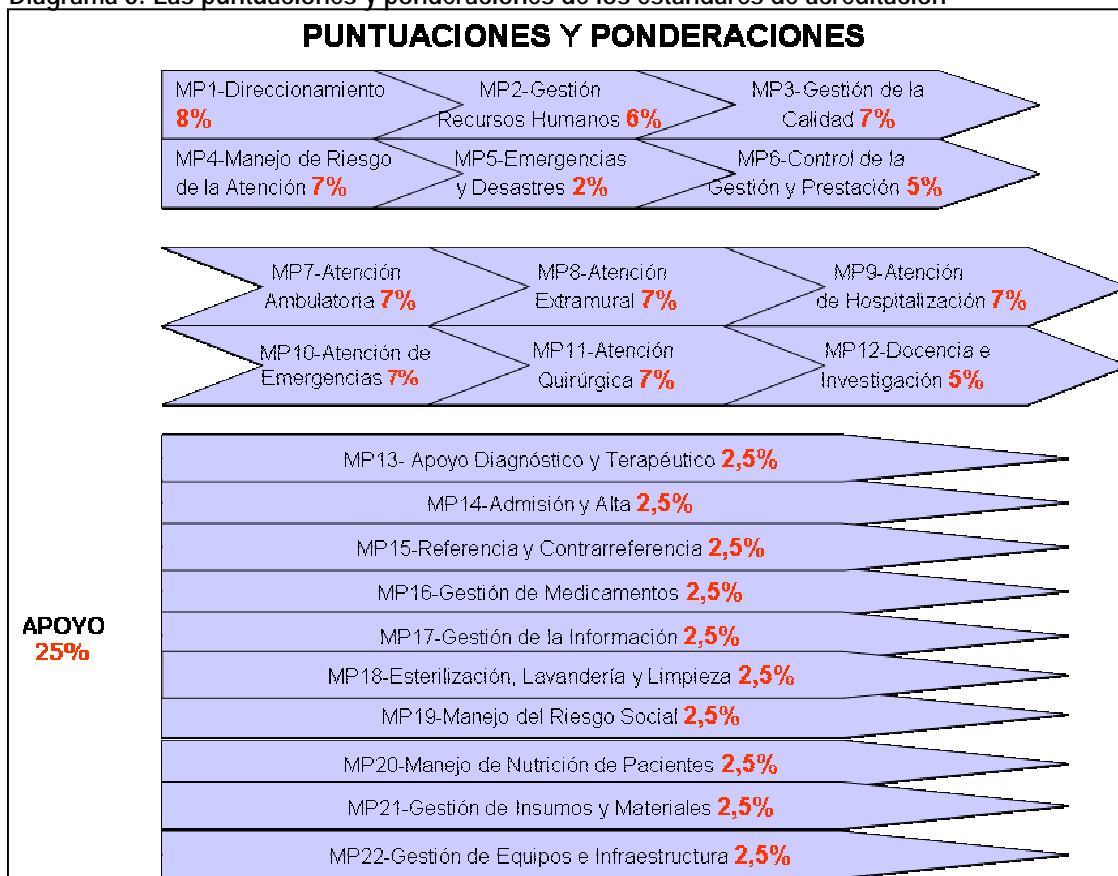
El proceso de calificación debe ser explícito y desarrollarse integralmente de acuerdo con la escala de calificación, para verificar y calificar el grado del logro alcanzado.

El conocimiento de la calificación es útil y necesario a la luz de la metodología de acreditación por varias razones:

- El valor final global en el cual se ubique la calificación de la institución, es lo que determina si esta será “acreditada con excelencia”, “acreditada” o “no acreditada”. Es preciso recordar que para obtener la Constancia de Acreditación con Excelencia, ninguno de los estándares o grupos de estándares puede tener una calificación menor o igual a dos, adicionalmente debe alcanzar la puntuación global establecida.
- La calificación específica del cumplimiento de cada uno de los estándares individuales, es vital para la institución para identificar los aspectos críticos en los cuales es necesario adelantar acciones de mejoramiento, y su variación es importante como medida de la gestión de la calidad adelantada por los equipos de acreditación y de la institución en general.
- El “mapa” de cumplimiento de los estándares de acreditación, ofrece una utilidad de carácter diagnóstico estratégica para la institución durante la evaluación interna durante el ciclo de mejoramiento y para el sistema en general, al ayudar a identificar con precisión dónde están las fallas de calidad y ayudando a focalizar los procesos de mejoramiento.

Existen dos niveles de ponderaciones para la calificación: 1) el determinado por la categoría del macroproceso; y, 2) el determinado por el tipo de criterio de evaluación (estructura, proceso y resultado). En el siguiente diagrama se muestra las ponderaciones para el primer nivel.

Diagrama 3: Las puntuaciones y ponderaciones de los estándares de acreditación



## 6. Reunión de cierre

Esta reunión se realiza con la Alta Dirección del establecimiento de salud o de la microrred y tiene como finalidad comunicar los resultados globales de la evaluación. Este espacio es una oportunidad para que el equipo de evaluación presente una visión general de lo que ha encontrado durante el proceso de evaluación.

- Deben asistir a esta reunión las Jefaturas de todos los servicios o áreas según corresponda, el equipo evaluado, algunos representantes de el personal de la organización (según lo considere la organización), que puede incluir a aquellos que estuvieron involucrados en las entrevistas de evaluación.
- El evaluador líder tiene la responsabilidad de dar inicio a la reunión. Luego los evaluadores se turnan para comentar sobre áreas específicas.
- Los evaluadores deben dar retroalimentación a cada equipo que fue entrevistado y comentar el grado en que los criterios de evaluación se han cumplido.

- Durante el análisis de resultados los evaluadores propiciarán una oportunidad para que el personal de la organización intercambie puntos de vista o dé explicaciones.
- Los evaluadores reforzarán que este análisis de resultados es un informe preliminar.
- El equipo evaluador debe acordar la fecha de entrega del Informe Técnico de Evaluación según lo establecido en la norma.

Es de suma importancia generar un acta de la reunión en la cual se debe consignar todos los aspectos descritos arriba.

## **VII. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES**

### **Como enfocar las acciones de Mejoramiento Continuo**

La acreditación tiene el propósito de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de la atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud.

En cada grupo de estándares hay una serie de estándares de mejoramiento de la calidad. Estos estándares permiten al equipo medir la calidad del método para resolver problemas de la organización o los mecanismos que se usan para el mejoramiento de la calidad.

De hecho, cada equipo evalúa los mecanismos de mejoramiento de la calidad de la organización contra los estándares de acreditación, el objetivo es lograr ese nivel deseado expresado en el estándar y criterios.

Todo esfuerzo de mejoramiento se debe enfocar en los procesos que están cubiertos en los estándares y los criterios relacionados. Por ejemplo, para mejorar la calidad de la Dirección General de un establecimiento, el equipo directivo deberá querer que los procesos relacionados con el direccionamiento tengan prioridad.

### **Establecer acciones de mejoramiento**

Asegura que la organización tiene un mecanismo de monitoreo para el mejoramiento de la calidad. Este mecanismo debe ser entendido por todo el personal, que debe saber cómo actuar cuando se le presente una oportunidad de mejoramiento. Este mecanismo debe dar al personal, y requerir recursos tales como tiempo y pericia. Mejorar todo es casi un imposible, sobretodo si se reconoce la realidad restrictiva en que se desenvuelven los establecimientos prestadores de servicios de salud. Por eso es preciso priorizar los procesos a mejorar, y el evaluador debe conocer alguna matriz de priorización. En el anexo 4 se presenta una propuesta que no es obligatoria.

### **La tarea de identificar o dar prioridad a los procesos**

Para monitoreo y mejoramiento, implica tener claro que es posible monitorear y mejorar sólo unos cuantos procesos al mismo tiempo. El equipo debe poner los

procesos que quiere mejorar en orden de prioridad y debe llegar a un acuerdo en cuanto a lo que necesita mejorar y a la forma como va a invertir sus recursos. Las preguntas que pueden hacerse antes de tomar esta decisión incluyen:

- *¿Existen algunos procesos que presenten un alto riesgo para los pacientes u otros clientes?*
- *¿Qué procesos se realizan más frecuentemente o en un alto volumen?*
- *¿Qué procesos no están funcionando bien o son propensos a generar problemas?*

Existen muchas formas en que las respuestas pueden volverse aparentes. La necesidad de mejorar un proceso puede ser identificada como resultado de los cambios de los objetivos o estructuras de la organización. Las respuestas pueden ser obvias mediante un estudio de la retroalimentación del usuario. En el primer ejemplo, el equipo de gerencia puede ser alertado, por medio de las encuestas de satisfacción, de la necesidad de que el personal esté más involucrado en la planeación estratégica y operacional. La forma en que se establecen las prioridades cambiará de una organización a otra. Sin embargo, todos los procesos necesitan ser monitoreados y mejorados con el tiempo.

El proceso de establecer indicadores de desempeño permitirá al equipo medir la calidad del proceso o del resultado del mismo, identificar los puntos débiles “La medición es central porque los procesos deben ser monitoreados para determinar si se deben controlar, si necesitan mejorarse y sobre todo si están cumpliendo los requerimientos de los usuarios”. Puede haber algunos indicadores actualmente establecidos que permitan un monitoreo continuo. Por ejemplo, la tasa de errores/incidentes en la dispensa y aplicación de los medicamentos de medicación puede ser monitoreada con frecuencia. Si la tasa aumenta, esto puede ser una señal o indicar la necesidad de analizar los procesos de administración y suministro de medicamentos para entender por qué la tasa se ha incrementado y para resolver el problema.

### **Llevar a cabo los mejoramientos**

Asegura que por medio de los cambios hechos a los procesos, se disminuirán los vacíos de implementación y, por lo tanto, se corregirá el problema.

La tarea de continuar el monitoreo para mantener las mejoras asegura que un individuo o un grupo sea responsable de supervisar que el proceso que se va a cambiar implique realmente un mejoramiento. Esto se puede hacer continuando el monitoreo del indicador. El número de quejas de los pacientes tendrá que ser monitoreada y el personal necesita ser re-evaluado, re-entrenado, etc., para asegurar que el mejoramiento ha tenido el impacto necesario.

## VIII. ANEXOS

**Anexo N° 1:** Hoja de Registro para Autoevaluación

**Anexo N° 2:** Hoja de Registro para Evaluadores Externos

**Anexo N° 3:** Hoja de Recomendaciones para Evaluadores

**Anexo N° 4:** Matriz de priorización de acciones de mejoramiento continuo

**Anexo N° 5:** Fuentes de Verificación según Macroprocesos.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CCHSA. AIM – Achieving Improved Measurement. 2002. Toronto.
2. Cosavalente V., O. Guía metodológica para la formulación de proyectos de mejoramiento de la calidad en salud. Documento sin publicar, producto de consultoría a DIRES La Libertad. 2005. Trujillo.
3. Mallen, D.; Collins, C. 2003. Manual de Habilidades para Auditoría. ICONTEC. Bogotá.
4. Ministerio de Protección Social de Colombia. 2005. Guía Práctica de Preparación para la Acreditación en Salud. Bogotá.
5. MINSA, 2006. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. Lima.
6. Roncal V., R. 2006. Material aportado en presentaciones de formación de evaluadores internos en Ayacucho. Ayacucho.
7. Orjuela De Deeb, N. 2001. Acreditación en salud: el camino hacia el mejoramiento de la calidad. En: Revista Vía Salud, tercer trimestre 2001. Bogotá.
8. Restrepo F.R. Texto académico. Mayo 2002. Documento sin publicar, p. 76-77. Texto otorgado en la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá.
9. Fuster C., J. 2006. Material aportado en presentaciones de la III Reunión Técnica Nacional de Acreditación. Lima.

### Anexo 1: Hoja de Registro para Autoevaluación

Macroproceso : \_\_\_\_\_

Evaluador(es) : \_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_\_

Servicios evaluados : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Participantes de la evaluación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Código Estándar : \_\_\_\_\_

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del puntaje / Comentarios



## Anexo 2: Hoja de Registro para Evaluadores Externos

Establecimiento de Salud : \_\_\_\_\_

Macroproceso : \_\_\_\_\_

Evaluador(es) : \_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_\_

Servicios evaluados : \_\_\_\_\_

Participantes de la evaluación: \_\_\_\_\_

Código de criterio de evaluación	Puntaje Autoev.	Puntaje Externos	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del puntaje (en caso de discrepancia)

**Anexo 3: Hoja de Recomendaciones para Evaluadores**

Evaluador(es) : \_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_\_

Servicios evaluados : \_\_\_\_\_

Macroproceso	Observaciones	Recomendaciones

**Anexo 4: Matriz de priorización para acciones de mejoramiento continuo**

Producto	(1) ¿Es de alto volumen?	(2) ¿Es de alto valor económico?	(3) ¿Contiene riesgos para el paciente?	(4) ¿Los niveles de insatisfacción son altos?	(5) ¿Tiene alto nivel de aporte a otros procesos?	Total
Atributos o características consideradas	Aceptabilidad	Accesibilidad	Seguridad	Aceptabilidad	Continuidad	
Posicionamiento del interés (oferta/demanda)	Interés de la demanda	Interés de la Oferta	Interés de la demanda	Interés de la demanda	Interés de la demanda	
1.						
2.						
3.						

La calificación se realiza en la escala de 1 al 3. El total de las filas se obtiene multiplicando cada monto.

Escalas de calificación:

- 1- No
- 3- Sí

## Anexo 5: Fuentes de Verificación por Macroproceso

### Macroproceso 1: Direccionamiento (DIR)

Código	Código Criterio	Fuente de Verificación según Criterio
DIR.1	DIR1-1	<p><b>0:</b> Documento oficial del Plan Estratégico Institucional - PEI, elaborado solamente por el Equipo de Gestión</p> <p><b>1:</b> Actas de reunión de formulación del PEI participativamente</p> <p><b>2:</b> Actas de reuniones y/o talleres de difusión del PEI</p>
	DIR1-2	<p><b>0:</b> Planes de trabajo de las unidades elaborados en base a criterios de programación del Plan Operativo Institucional - POI</p> <p><b>1:</b> Muestra aleatoria del 50% de planes de trabajo de las unidades</p> <p><b>2:</b> Informes de monitoreo de avance de planes para los 2 últimos trimestres</p>
	DIR1-3	<p><b>0:</b> PEI, POI y Plan de Contingencia. Procedimiento oficial documentado para elaboración, conservación y actualización de Planes</p> <p><b>1:</b> Se observa que los planes de conservan según procedimiento</p> <p><b>2:</b> Se observa los planes Institucionales actualizados</p>
	DIR1-4 ESPECIFICO SECTOR PUBLICO	<p><b>0:</b> No cuenta con documentación oficial de identificación de necesidades de salud de usuarios por etapas de vida</p> <p><b>1:</b> Documentación oficial de identificación de necesidades de salud para algunas etapas de vida</p> <p><b>2:</b> Documentación oficial de identificación de necesidades de salud para todas las etapas de vida</p>
	DIR1-5 ESPECIFICO SECTOR PUBLICO	<p><b>0:</b> No hay documento oficial de Análisis de la Situación de Salud - ASIS</p> <p><b>1:</b> Documento oficial de Análisis de la Situación de Salud elaborado solamente por el equipo de gestión</p> <p><b>2:</b> Actas de reunión para formulación participativa del ASIS con el listado de participantes</p>
	DIR1-6 ESPECIFICO SECTOR PUBLICO	<p><b>0:</b> Resultados del software de evaluación de las funciones obstétricas neonatales menor al 50%</p> <p><b>1:</b> Resultados del software de evaluación entre el 50% y el 80%</p> <p><b>2:</b> Resultados del software de evaluación mayor al 80%</p>
	DIR1-7	<p><b>0:</b> Guías de Práctica Clínica para atención de prioridades sanitarias oficializadas. Observación de una muestra aleatoria de personas durante la atención y menos de 5 aplican las Guías</p> <p><b>1:</b> Entre 5 a 8 personas aplican las Guías</p> <p><b>2:</b> Más de 8 personas aplican las Guías</p>
	DIR1-8 ESPECIFICO SECTOR PUBLICO	<p><b>0:</b> POI oficial incluye criterios de programación para menos del 50% de Estrategias Sanitarias Nacionales - ESN</p> <p><b>1:</b> Incluye criterios de programación del 50% a 80% de ESN</p> <p><b>2:</b> Incluye criterios de programación para más del 80% de ESN</p>
DIR.2	DIR2-1	<p><b>0:</b> No hay documentos oficiales que muestren la asignación de actividades a responsables de unidades/área/servicio</p> <p><b>1:</b> Documento(s) oficial(es) de asignación de actividades a algunos responsables</p> <p><b>2:</b> Documento(s) oficial(es) de asignación de actividades a todos los responsables</p>
	DIR2-2	<p><b>0:</b> No se tiene informes de resultados de actividades asignadas</p> <p><b>1:</b> Informes de resultados de algunos responsables o de todos al titular de la institución</p> <p><b>2:</b> Acta de reunión de presentación de informes de resultados de la organización en espacios de participación para el último año.</p>
	DIR2-3	<p><b>0:</b> Informe de Evaluación con promedio ponderado de avance menor al 60% de la meta correspondiente.</p> <p><b>1:</b> Informe de avance entre el 60% y el 80%</p> <p><b>2:</b> Informe de avance mayor al 80%</p>

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

Código	Código Criterio	Fuente de Verificación según Criterio
GRH.1	GRH1-1	<p><b>0:</b> El establecimiento no tiene documentado un proceso de selección del personal o no se cumple en la contratación de nuevo personal.</p> <p><b>1:</b> Existe documento del proceso de selección de personal pero no cubre las competencias requeridas en el Manual de Organización y Funciones.</p> <p><b>2:</b> El documento del proceso de selección de personal cubre los requerimientos del Manual de Organización y Funciones y se aplica en toda nueva contratación de personal.</p>
	GRH1-2	<p><b>0:</b> El establecimiento no cuenta con proceso de inducción de personal.</p> <p><b>1:</b> Se cuenta con proceso de inducción de personal definido y está documentado pero no se cumple en el 100% de nuevos procesos de contratación.</p> <p><b>2:</b> El proceso de inducción documentado se cumple en la contratación de todo personal nuevo.</p>
	GRH1-3	<p><b>0:</b> El manual de organización y funciones no abarca todos los puestos de trabajo o éstas funciones no han sido comunicadas.</p> <p><b>1:</b> El manual de organización y funciones abarca todos los puestos de trabajo pero éstas funciones no han sido comunicadas.</p> <p><b>2:</b> El manual de organización y funciones abarca todos los puestos de trabajo y éstas funciones han sido comunicadas oficialmente a las respectivas instancias.</p>
	GRH1-4	<p><b>0:</b> No se realiza análisis de los resultados de productividad por servicios/ departamentos/ áreas/ unidades.</p> <p><b>1:</b> Se verifica los reportes e informes de análisis de los resultados de productividad solamente de algunos servicios/ departamentos/ áreas/ unidades.</p> <p><b>2:</b> Se verifican reportes e informes de análisis de los resultados de productividad para todos los servicios/ departamentos/ áreas/ unidades.</p>
GRH.2	GRH2-1	<p><b>0:</b> No se cuenta con registros que evidencien la organización de los trabajadores en equipos multidisciplinarios para la reflexión de la práctica institucional.</p> <p><b>1:</b> Solamente se tiene documento oficial de conformación de equipos multidisciplinarios para la reflexión de la práctica institucional.</p> <p><b>2:</b> Se cuenta con documento oficial de conformación de equipos multidisciplinarios y actas de reunión en el último semestre para la reflexión de la práctica institucional.</p>
	GRH2-2	<p><b>0:</b> Se tiene evidencia oficial de que los equipos de trabajo del establecimiento priorizan problemas en el desempeño de los recursos humanos.</p> <p><b>1:</b> Se tiene evidencia oficial de que los equipos del establecimiento priorizan y proponen soluciones para mejorar el desempeño de los recursos humanos.</p> <p><b>2:</b> Se dispone de evidencia de que los equipos de trabajo participan en la toma de decisiones sobre las alternativas de solución a los problemas priorizados sobre el desempeño de los recursos humanos.</p>
GRH.3	GRH3-1	<p><b>0:</b> No hay evidencia de que el establecimiento implementa medidas de bioseguridad para la protección del paciente y el trabajador.</p> <p><b>1:</b> La evidencia (barreras primarias y/o secundarias) de implementación de medidas de bioseguridad se da en algunas áreas de riesgo.</p> <p><b>2:</b> Existe evidencia (barreras primarias y secundarias) de implementación de medidas de bioseguridad en todas la áreas de riesgo.</p>
	GRH3-2	<p><b>0:</b> No se evidencia documentación de aseguramiento básico de salud al personal del establecimiento.</p> <p><b>1:</b> Documentación oficial de aseguramiento básico de salud al personal entre un 80% a 99% (pago efectuado a EsSalud del trimestre anterior a la evaluación).</p> <p><b>2:</b> Documentación oficial de aseguramiento básico de salud al 100% de personal.</p>

<b>GRH.4</b>	<b>GRH4-1 ESPECIFICO SECTOR PUBLICO</b>	<b>0:</b> No se cuenta con el plan de fortalecimiento de competencias en el MAIS para el recurso humano. <b>1:</b> Tiene un plan oficial para el fortalecimiento de competencias en el MAIS. <b>2:</b> Cuenta con evaluaciones trimestrales del plan de fortalecimiento de competencias en el MAIS durante el último año.
	<b>GRH4-2</b>	<b>0:</b> No se cuenta con un plan de fortalecimiento de competencias genéricas y específicas en el recurso humano. <b>1:</b> Tiene un plan oficial para el fortalecimiento de competencias entre el recurso humano. <b>2:</b> Cuenta con evaluación trimestral del plan de fortalecimiento de competencias durante el transcurso del año.
	<b>GRH4-3</b>	<b>0:</b> No hay evidencia de la capacitación al personal del establecimiento en deberes y derechos de los usuarios externos. <b>1:</b> Solamente hay evidencia de la capacitación al personal del establecimiento sobre deberes y derechos de los usuarios externos. <b>2:</b> Evidencia documentaria de evaluación de la capacitación al personal del establecimiento en sus cuatro dimensiones (de reacción, aprendizaje, comportamiento y resultados)

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

Código	Código Criterio	Fuente de Verificación según Criterio
GCA.1	GCA1-1	<p><b>0:</b> El establecimiento no tiene documento oficial de designación del responsable/ coordinador de calidad.</p> <p><b>1:</b> Existe documento oficial de designación del responsable de calidad.</p> <p><b>2:</b> Hay evidencia documentaria de capacitación al responsable de calidad designado oficialmente.</p>
	GCA1-2	<p><b>0:</b> No hay personal capacitado en el diseño e implementación de procesos de mejora continua o no se realizan estos procesos.</p> <p><b>1:</b> Evidencia de la implementación de procesos de mejora continua a cargo de personal no capacitado.</p> <p><b>2:</b> Evidencia de la implementación de procesos de mejora continua a cargo de personal capacitado durante el último año.</p>
	GCA1-3	<p><b>0:</b> No hay evidencia documentaria de conformación de equipos para el mejoramiento continuo de la calidad.</p> <p><b>1:</b> Documento oficial de conformación de equipos para la mejora continua.</p> <p><b>2:</b> Informes mensuales de actividades de los equipos para la mejora continua conformados oficialmente.</p>
	GCA1-4	<p><b>0:</b> No hay manual de procedimientos para los procesos asistenciales y administrativos.</p> <p><b>1:</b> Existe manual de procedimientos solamente para procesos asistenciales o solamente para procesos administrativos.</p> <p><b>2:</b> Existe manual de procedimientos para procesos asistenciales y administrativos en general o para aquellos que han sido priorizados.</p>
	GCA1-5	<p><b>0:</b> No cuenta con un programa de mejora de la calidad en el establecimiento.</p> <p><b>1:</b> Cuenta con documento oficial de un programa de mejora de la calidad orientado al usuario externo o al usuario interno.</p> <p><b>2:</b> Cuenta con documento oficial de un programa de mejora de la calidad orientado al usuario externo e interno.</p>
GCA.2	GCA2-1	<p><b>0:</b> El establecimiento no cuenta con mecanismos definidos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de los usuarios.</p> <p><b>1:</b> Cuenta con evidencia de que hay al menos un mecanismo definido para la atención de sugerencias, quejas o reclamos.</p> <p><b>2:</b> Se observa la implementación de un mecanismo para la atención de sugerencias, quejas o reclamos en los casos del último mes.</p>
	GCA2-2	<p><b>0:</b> No tiene mecanismo documentado para analizar y responder a la quejas y reclamos de los usuarios.</p> <p><b>1:</b> Documento oficial que registra la secuencia de pasos del mecanismo de análisis y respuesta a quejas y reclamos.</p> <p><b>2:</b> Se observa el cumplimiento de la secuencia completa de pasos del mecanismo documentado para la atención de quejas y reclamos en el último mes.</p>
	GCA2-3	<p><b>0:</b> No cuenta con paquete definido de información sobre el proceso de atención a los usuarios.</p> <p><b>1:</b> Se dispone de documentación oficial sobre el paquete de información a los usuarios.</p> <p><b>2:</b> Evidencia documentaria de que el paquete de información a usuarios oficial se difundió y está adecuado culturalmente.</p>

	<b>GCA2-4</b>	<p><b>0:</b> Se observa que el establecimiento no garantiza la privacidad de la atención a los usuarios.</p> <p><b>1:</b> Existe disposiciones oficiales documentadas dirigidas a garantizar la privacidad de la atención.</p> <p><b>2:</b> Se observa el cumplimiento de las disposiciones oficiales documentadas para garantizar la privacidad en el 50% de las áreas.</p>
	<b>GCA2-5</b>	<p><b>0:</b> No hay evidencia de identificación de barreras de acceso de los usuarios a los servicios.</p> <p><b>1:</b> Informe / Reporte de identificación de barreras de acceso que no contiene propuesta de acciones factibles de implementar.</p> <p><b>2:</b> Informe / Reporte de identificación de barreras de acceso que contiene propuesta de acciones factibles de implementar.</p>
	<b>GCA2-6</b>	<p><b>0:</b> No hay evidencia de la implementación de mejoras para la mejora del acceso de los usuarios a los servicios.</p> <p><b>1:</b> Tiene listado de barreras de acceso identificadas, tiene evidencia oficial de la implementación de mejoras para superar menos del 80% de las barreras.</p> <p><b>2:</b> Documentos oficiales de la implementación de mejoras para superar más del 80% de las barreras.</p>
	<b>GCA2-7</b>	<p><b>0:</b> No se observa la cartera de servicios ni el cronograma de responsables de la Atención o no es visible al usuario externo.</p> <p><b>1:</b> No válido</p> <p><b>2:</b> Es visible al usuario externo publicación oficial de la cartera de servicios y el cronograma de responsables de la atención.</p>
	<b>GCA2-8</b>	<p><b>0:</b> No cuenta con flujograma de atención general o por servicios.</p> <p><b>1:</b> Cuenta con flujograma oficial de atención general o en algunos servicios.</p> <p><b>2:</b> Cuenta con flujograma oficial de atención en todos los servicios.</p>
	<b>GCA2-9</b>	<p><b>0:</b> No se observa publicación de derechos de los pacientes en zonas de contacto (emergencia, consulta externa, hospitalización).</p> <p><b>1:</b> Se observa publicación de los derechos de los pacientes solamente en emergencia.</p> <p><b>2:</b> Se observa publicación de los derechos de los pacientes en emergencia, consulta externa y hospitalización.</p>
<b>GCA.3</b>	<b>GCA3-1</b>	<p><b>0:</b> No cuenta con evaluaciones oficiales de la satisfacción del usuario externo e interno.</p> <p><b>1:</b> Existe reporte / informe de la evaluación de la satisfacción del usuario de los últimos dos años.</p> <p><b>2:</b> Existe reporte / informe de evaluación de la satisfacción del usuario de los últimos dos años.</p>
	<b>GCA3-2</b>	<p><b>0:</b> No hay evidencia de la cuantificación del porcentaje de quejas o reclamos atendidos.</p> <p><b>1:</b> Informe / Reporte oficial de las quejas o reclamos atendidos que están por debajo de lo esperado.</p> <p><b>2:</b> Informe / Reporte oficial de las quejas o reclamos atendidos que demuestran resultados en los niveles esperados.</p>
	<b>GCA3-3</b>	<p><b>0:</b> No hay evidencia de la medición oficial del porcentaje de usuarios que recibieron buen trato.</p> <p><b>1:</b> Informe / Reporte oficial de la medición oficial del porcentaje de usuarios que recibieron buen trato con resultados menores a lo esperado.</p> <p><b>2:</b> Informe / Reporte oficial de la medición oficial del porcentaje de usuarios que recibieron buen trato con resultados en los niveles esperados.</p>



	<b>GCA3-4</b>	<p><b>0:</b> No se cuantifica el porcentaje de usuarios que entendieron la información recibida en la atención.</p> <p><b>1:</b> Informe / Reporte oficial del porcentaje de usuarios que entendieron la información recibida durante la atención con resultados menores a lo esperado.</p> <p><b>2:</b> Informe / Reporte oficial del porcentaje de usuarios que entendieron la información recibida durante la atención con resultados en los niveles esperados.</p>
	<b>GCA3-5</b>	<p><b>0:</b> No se cuantifica el porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención.</p> <p><b>1:</b> Informe / Reporte oficial del porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención con resultados menores a lo esperado.</p> <p><b>2:</b> Informe / Reporte oficial del porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención con resultados en los niveles esperados.</p>
	<b>GCA3-6</b>	<p><b>0:</b> No se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados.</p> <p><b>1:</b> Informe / Reporte oficial del porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el resultado es menor a lo esperado.</p> <p><b>2:</b> Informe / Reporte oficial del porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el resultado en los niveles esperados.</p>
	<b>GCA3-7</b>	<p><b>0:</b> No se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con el clima organizacional del establecimiento</p> <p><b>1:</b> Informe / Reporte del porcentaje de trabajadores satisfechos con el clima organizacional y el resultado es menor a lo esperado.</p> <p><b>2:</b> Informe / Reporte del porcentaje de trabajadores satisfechos con el clima organizacional con resultados en los niveles esperados.</p>
	<b>GCA3-8</b>	<p><b>0:</b> No se cuenta con evidencia sobre procesos de atención priorizados para su mejora en el establecimiento.</p> <p><b>1:</b> Se cuenta con documentación oficial de un proceso de atención priorizado sin relación a la implementación de proyectos de mejora.</p> <p><b>2:</b> Se cuenta con documentación oficial de un proceso de atención priorizado para su mejora en relación a resultados exitosos de proyectos de mejora continua.</p>

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

Código	Código Criterio	Fuente de Verificación según Criterio
MRA.1	MRA1-1	0: No hay documentos de designación oficial a los responsables para el manejo de riesgos de la atención. 1: Documentación de designación oficial de los responsables. 2: Documentación que registra las acciones realizadas por los responsables designados oficialmente para el manejo de riesgos.
	MRA1-2	0: No se cuenta con sistema de vigilancia epidemiológica operativo. 1: Documento oficial que describe el sistema de vigilancia epidemiológico. 2: Reportes de último año del sistema de vigilancia epidemiológico.
	MRA1-3	0: No se realiza análisis de la gestión de riesgos en los procesos de atención. 1: Actas oficiales de reuniones en el establecimiento para análisis de la gestión de riesgos en la atención. 2: Informe oficial con propuestas para la disminución de los riesgos de la atención identificados en las reuniones.
	MRA1-4	0: No se cuenta o se aplica el Plan para la Seguridad del Paciente de la Microrred. 1: Documento oficial del Plan para la Seguridad del Paciente de la Microrred. 2: Evaluación de los últimos trimestres de las actividades del Plan de Seguridad del Paciente.
	MRA1-5	0: No se cuenta con mecanismos para hacer pública la información referida a la gestión de riesgos y los cambios por efectuar. 1: Se tiene mecanismo documentado oficialmente para hacer pública la información referida a la gestión de riesgos. 2: Se observa la forma en que se hace pública la información sobre la gestión de riesgos y las mejoras realizadas.
	MRA1-6	0: No se realiza el análisis de la efectividad de la atención materna de acuerdo a indicadores establecidos según normatividad. 1: Informe / Reporte de análisis de indicadores de la efectividad de la atención materna de forma paralela a la normatividad oficial. 2: Informe / Reporte de análisis de indicadores de la efectividad de la atención materna según normatividad de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud Sexual y Reproductiva.
	MRA1-7	0: No cuenta con evidencia de la reducción de casos de muertes maternas en los últimos cinco años. 1: No válido 2: Reporte anual de casos de muertes maternas correspondiente a los últimos cinco años.
	MRA1-8	0: Ausencia de evidencia de proceso de obtención del consentimiento informado o existe evidencia para algunos procedimientos diagnósticos o terapéuticos. 1: Presencia del formato de consentimiento informado en una muestra aleatoria de historias clínicas del último mes pero que no evidencian la información previa al paciente o familiares. 2: Presencia del formato de consentimiento informado en una muestra aleatoria de historias clínicas en el último mes en las que el paciente o sus familiares corroboran la recepción de información previa.
	MRA1-9	0: No hay evidencia de un procedimiento diferenciado para la obtención del consentimiento informado. 1: No válido 2: Documento oficial del procedimiento diferenciado para la obtención del consentimiento informado.

## Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

	<b>MRA1-10</b>	<p>0: No hay un formato oficial para la firma del paciente que decide no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional de salud.</p> <p>1: No válido</p> <p>2: Existe un formato oficial para la firma del paciente que rehúsa un procedimiento o tratamiento.</p>
	<b>MRA1-11</b>	<p>0: No cuenta con metodología oficial para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de riesgos en la atención.</p> <p>1: Informes de evaluación del conocimiento del usuario interno con metodología oficial en algunas áreas / unidades del establecimiento.</p> <p>2: Informes de evaluación del conocimiento del usuario interno con metodología oficial en todas áreas / unidades del establecimiento.</p>
<b>MRA.2</b>	<b>MRA2-1</b>	<p>0: No cuenta con análisis oficial de la situación de la seguridad transfusional.</p> <p>1: Documento oficial de análisis de la seguridad transfusional con procedimiento paralelo a la normatividad.</p> <p>2: Documento oficial de análisis de la seguridad transfusional con procedimientos de acuerdo a la normatividad.</p>
	<b>MRA2-2</b>	<p>0: No evidencia cumplimiento de normas para garantizar la utilización de sangre certificada.</p> <p>1: No válido</p> <p>2: Se observa el cumplimiento de normatividad de PRONAHEBAS para la utilización de sangre certificada.</p>
	<b>MRA2-3</b>	<p>0: No se observan medidas de seguridad para el manejo de medicamentos o insumos que pueden originar eventos adversos.</p> <p>1: Documento oficial de implementación de medidas de seguridad en el manejo de medicamentos presente en muestra aleatoria del 50% de áreas / unidades.</p> <p>2: Se observa en muestra aleatoria de cinco áreas / unidades la implementación de medidas de seguridad documentadas oficialmente en el manejo de medicamentos e insumos.</p>
	<b>MRA2-4</b>	<p>0: No cuenta con mecanismo para identificación de placas radiográficas.</p> <p>1: No válido</p> <p>2: Se observa utilización de mecanismo para la identificación de placas radiográficas en muestra aleatoria de placas del último mes.</p>
	<b>MRA2-5</b>	<p>0: No cuenta con medidas oficiales dirigidas a prevenir errores o confusiones debidas a la mala identificación de la persona o zona anatómica.</p> <p>1: Existe documento oficial de mecanismos dirigidos a prevenir errores por mala identificación de la persona o zona anatómica.</p> <p>2: Se observa en muestra aleatoria del 50% de pacientes internados en áreas / unidades para procedimientos quirúrgicos los mecanismos utilizados para la identificación según disposiciones oficiales.</p>
	<b>MRA2-6</b>	<p>0: No se evalúa el riesgo de los pacientes a desarrollar úlceras de presión.</p> <p>1: Se observa en el 50% de pacientes internados la evaluación del riesgo de desarrollo de úlceras de presión según formato oficial.</p> <p>2: Se observa en muestra similar de pacientes la implementación de medidas preventivas luego de la evaluación del riesgo de desarrollo de úlceras de presión según formato oficial.</p>
	<b>MRA2-7</b>	<p>0: No se evalúa el riesgo a desarrollar trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar en pacientes hospitalizados.</p> <p>1: Se observa en el 50% de pacientes internados la evaluación del riesgo de desarrollo de trombosis venosa profunda y tromboembolismo según formato oficial.</p> <p>2: Se observa en muestra similar de internados la implementación de medidas preventivas luego de la evaluación del riesgo de desarrollo de trombosis venosa profunda y tromboembolismo según formato oficial.</p>
	<b>MRA2-8</b>	<p>0: No se evalúa el riesgo de aspiración en pacientes internados.</p> <p>1: Se observa en el 50% de pacientes internados la evaluación del riesgo de aspiración con formato oficial</p> <p>2: Se observa en muestra similar de internados la implementación de medidas preventivas luego de la evaluación del riesgo de aspiración con formato oficial.</p>

## Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

	<b>MRA2-9</b>	<p>0: No se evalúa el riesgo de desarrollo de desnutrición en pacientes internados.</p> <p>1: Se observa en el 50% de internados la evaluación del riesgo de desarrollo de desnutrición con formato oficial.</p> <p>2: Se observa en muestra similar de internados la implementación de medidas preventivas luego de la evaluación del riesgo de desarrollo de desnutrición con formato oficial.</p>
<b>MRA.3</b>	<b>MRA3-1</b>	<p>0: No se emplean métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres.</p> <p>1: No válido</p> <p>2: Se observa en una muestra aleatoria del 50% de pacientes la implementación de métodos documentados oficialmente para la prevención de infección por uso de catéteres.</p>
	<b>MRA3-2</b>	<p>0: No se evalúa el riesgo de infección del sitio quirúrgico en función de la intervención prevista.</p> <p>1: Se observa evaluación del riesgo de infección del sitio quirúrgico en muestra aleatoria del 50% de pacientes y la administración de profilaxis antibiótica.</p> <p>2: Se observa evaluación del riesgo de infección del sitio quirúrgico en muestra aleatoria similar además de la administración de profilaxis antibiótica es conforme a la Guía de Práctica Clínica (lista de chequeo).</p>
	<b>MRA3-3</b>	<p>0: Presencia de dispensadores de soluciones antisépticas y papel toalla en menos del 50% de ambientes del total de áreas / unidades.</p> <p>1: Presencia de estos insumos en menos del 90% del total de ambientes.</p> <p>2: Presencia de estos insumos en más del 90% del total de ambientes.</p>
	<b>MRA3-4</b>	<p>0: No se cuenta con mecanismos de control del cumplimiento de las medidas de bioseguridad.</p> <p>1: Documento oficial que registra los mecanismos de control del cumplimiento de las medidas de bioseguridad.</p> <p>2: Informe de evaluación del cumplimiento de las medidas de bioseguridad según documento oficial del último trimestre o semestre.</p>
<b>MRA.4</b>	<b>MRA4-1</b>	<p>0: No se dispone de un procedimiento para la vigilancia, seguimiento y manejo de los casos de infección intrahospitalaria.</p> <p>1: Documento oficial que contiene el procedimiento señalado.</p> <p>2: Informes / Reportes de vigilancia, seguimiento y manejo de las infecciones Intrahospitalarias para el último año.</p>
	<b>MRA4-2</b>	<p>0: No se dispone de información sobre la tasa de infecciones intrahospitalarias y las vías de infección.</p> <p>1: Documentos oficiales con información sobre las tasas de infecciones y vías de infección para el último año.</p> <p>2: Informe oficial dirigido al nivel inmediato superior sobre conteniendo los resultados de la información señalada.</p>
	<b>MRA4-3</b>	<p>0: No se evalúa el registro de infecciones.</p> <p>1: Registro oficial de las infecciones, identificación de la cepa y de la implementación de las normas de antibioticoterapia.</p> <p>2: Registro oficial de las infecciones, identificando la cepa prevalente con implementación de normas de antibioticoterapia de acuerdo a disposiciones oficiales.</p>
	<b>MRA4-4</b>	<p>0: Se verifica que el plan estratégico no incorpora objetivos de prevención y control de infecciones.</p> <p>1: Se verifica que el plan estratégico incorpora objetivos de prevención y control de infecciones.</p> <p>2: Se verifica que se dispone de indicadores para medir los objetivos señalados incorporados en el plan estratégico.</p>
<b>MRA.5</b>	<b>MRA5-1</b>	<p>0: El personal profesional de enfermería no cuenta con guías de atención.</p> <p>1: Guías de atención de enfermería oficializadas y están actualizadas.</p> <p>2: Guías de atención de enfermería oficializadas y se verifica su implementación en una muestra de historias clínicas del último mes.</p>

## Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

	<b>MRA5-2</b>	0: El personal de enfermería no elabora un plan de atención. 1: Plan de atención de enfermería oficializado. 2: Se verifica la aplicación de un plan de atención de enfermería en una muestra de historias clínicas del último mes.
	<b>MRA5-3</b>	0: El personal de enfermería no asegura la administración correcta de Medicamentos. 1: No válido. 2: Se verifica la administración correcta de medicamentos (vía, dosis, paciente, hora y medicamento) en una muestra de historias clínicas del último mes.
	<b>MRA5-4</b>	0: El personal de enfermería no identifica los eventos adversos ocurridos. 1: Se verifica existencia de listado de eventos adversos identificados por parte del personal de enfermería. 2: Reportes oficiales de los eventos adversos ocurridos.
	<b>MRA5-5</b>	0: No se realizan acciones de mejora de las condiciones causantes de eventos adversos. 1: Documentos oficiales de la disposición ocasional de acciones para mejorar estas condiciones. 2: Documentos oficiales de la disposición permanente de acciones para mejorar las condiciones causantes.
<b>MRA.6</b>	<b>MRA6-1</b>	0: Se verifica que menos del 60% del personal usa indumentaria de protección según normas de bioseguridad en su área de trabajo para un turno aleatorio de labor. 1: Se verifica que entre el 60% al 80% del personal usa indumentaria. 2: Se verifica que el 100% del personal usa esta indumentaria en su área de trabajo para una muestra similar.
	<b>MRA6-2</b>	0: No existen cartillas visibles de bioseguridad. 1: Se observa en algunas áreas de trabajo la existencia de estas cartillas. 2: Se observa las cartillas en todas las áreas de trabajo.
	<b>MRA6-3</b>	0: No se cumplen procedimientos para la provisión de ropa, así como su decontaminación y lavado. 1: Se verifica que los procedimientos cumplen parcialmente la norma mediante lista de chequeo. 2: Se verifica que los procedimientos cumplen integralmente la norma según lista de chequeo.
	<b>MRA6-4</b>	0: No se realiza provisión de materiales e insumos de bioseguridad. 1: La provisión de materiales e insumos cumple parcialmente la normatividad según lista de chequeo. 2: La provisión de materiales e insumos cumple totalmente la normatividad según lista de chequeo.
	<b>MRA6-5</b>	0: No se toman acciones inmediatas con el personal frente a un accidente punzocortante. 1: Registros oficiales de los accidentes punzocortantes ocurridos al personal. 2: Documento oficial que dispone acciones inmediatas a realizar con el personal frente a un accidente punzocortante.
	<b>MRA6-6</b>	0: No existen instrucciones sobre el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las precauciones adoptarse. 1: Documento oficial que contiene las instrucciones señaladas. 2: Documento oficial de difusión de las instrucciones señaladas entre el personal.
	<b>MRA6-7</b>	0: Se verifica documentos oficiales que establecen medidas preventivas en menos del 50% de patologías según mapa de riesgos 1: Se verifica documentos oficiales que muestran la cobertura entre el 50% y el 80% de las patologías. 2: Se verifica documentación oficial que cobertura más del 80% de las patologías.

## Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

	<b>MRA6-8</b>	<p>0: Los trabajadores no cumplen con los procesos y procedimientos para realizar la decontaminación al finalizar su jornada.</p> <p>1: Se verifica que cumplen parcialmente según lista de chequeo en una muestra del 50% de trabajadores.</p> <p>2: Se verifica que cumplen totalmente según lista de chequeo en muestra similar.</p>
	<b>MRA6-9</b>	<p>0: Se verifica que menos del 50% del personal aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos relativos al trabajo que realizan sobre una muestra del 50% de trabajadores en un turno laboral.</p> <p>1: Se verifica que entre el 50% al 80% del personal aplica los manuales en muestra similar.</p> <p>2: Se verifica que más del 80% de personal aplica los manuales en muestra similar.</p>
	<b>MRA6-10</b>	<p>0: No se realizan oportunamente los exámenes correspondientes y el tratamiento específico para el personal que sufre un accidente punzo cortante.</p> <p>1: No válido.</p> <p>2: Documento oficial que establece disposiciones a seguir en estos casos.</p>
<b>MRA.7</b>	<b>MRA7-1</b>	<p>0: No se cuenta con el manual para eliminación de residuos sólidos.</p> <p>1: Documento oficial del manual de eliminación de residuos sólidos.</p> <p>2: Documento oficial de difusión del manual señalado.</p>
	<b>MRA7-2</b>	<p>0: Se observa que la recolección de residuos sólidos no se realiza de acuerdo a normas vigentes.</p> <p>1: Se observa que en la recolección de estos residuos se cumple parcialmente la Norma (lista de chequeo).</p> <p>2: Se observa que la recolección de residuos cumple todas las disposiciones normativas (lista de chequeo).</p>
	<b>MRA7-3</b>	<p>0: Se observa que el retiro, eliminación y disposición final de residuos no se realiza de acuerdo a la norma.</p> <p>1: No válido.</p> <p>2: Se observa el cumplimiento de las normatividad en el retiro, eliminación y disposición final de residuos (lista de chequeo).</p>
	<b>MRA7-4</b>	<p>0: No se garantiza la disposición de agua segura en los procesos de atención.</p> <p>1: No válido.</p> <p>2: Se observa el uso de agua segura en los procesos de atención.</p>
<b>MRA.8</b>	<b>MRA8-1 ESPECIFICO PARA MINSA</b>	<p>0: No se coordina con el gobierno local para realizar los procedimientos de saneamiento básico y el derecho al suministro de agua segura a los usuarios.</p> <p>1: Documento oficial de coordinación con el gobierno local para la realización de estos procedimientos.</p> <p>2: Evidencia documentaria o fotográfica de la participación en estos procesos.</p>
	<b>MRA8-2 ESPECIFICO PARA MINSA</b>	<p>0: No se coordina con el gobierno local para participar en los procesos de edificación y mantenimiento de los pozos elevados.</p> <p>1: Documento oficial de coordinación con el gobierno local sobre su participación en estos procesos.</p> <p>2: Evidencia documentaria o fotográfica de la participación en estos procesos.</p>
	<b>MRA8-3 ESPECIFICO PARA MINSA</b>	<p>0: No se coordina con el Gobierno local para informar y capacitar a la población sobre medidas de saneamiento básico y agua segura.</p> <p>1: Documento oficial de coordinación e información sobre estas medidas.</p> <p>2: Se capacita a la población sobre estas medidas según documento oficial de coordinación.</p>

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

Código	Código Criterio	Fuente de Verificación según Criterio
<b>GSD.1</b>	<b>GSD1-1</b>	0: No se cuenta con el certificado de inspección técnica de seguridad en Defensa Civil. 1: Se verifica que el certificado de inspección no está vigente. 2: Se verifica existencia del certificado vigente.
	<b>GSD1-2</b>	0: Se verifica en los informes oficiales que menos del 50% de las áreas del establecimiento cumplen con los estándares de evaluación de seguridad. 1: Se verifica en los informes oficiales que entre el 50% y el 80% de las áreas del establecimiento cumplen con los estándares de evaluación de seguridad. 2: Se verifica en los informes oficiales que más del 80% de las áreas del establecimiento cumplen con los estándares de evaluación de seguridad.
	<b>GSD1-3</b>	0: Se verifica la existencia de señales de seguridad en menos del 50% de las áreas en una muestra aleatoria de 50% del total. 1: Se verifica la existencia de señales de seguridad entre el 50% y el 80% de las áreas en la misma muestra. 2: Se verifica la existencia de señales de seguridad en más del 80% de las áreas en la misma muestra.
	<b>GSD1-4</b>	0: No se cuenta con señalización. 1: Se observa la señalización en mal estado, en especial la que orienta hacia la emergencia. 2: Se observa señalización adecuada y en buen estado en todo el establecimiento.
	<b>GSD1-5</b>	0: No se ha señalado los conductos o tuberías de los fluidos peligrosos. 1: Se observa una señalización incorrecta de estos conductos o tuberías. 2: Se observa la correcta señalización de estos conductos y tuberías.
	<b>GSD1-6</b>	0: No se ha identificado los riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en las áreas del establecimiento. 1: Documentos oficiales que muestran la identificación de los riesgos señalados en las áreas críticas del establecimiento. 2: Documentos oficiales que muestran la identificación de los riesgos señalados en todas las áreas del establecimiento.
	<b>GSD1-7</b>	0: Se observa que las vías de ingreso a la unidad de emergencia NO están libres de barreras arquitectónicas o elementos que impiden la entrada o salida. 1: No válido. 2: Se observa que las vías de ingreso a la unidad de emergencia están libres de barreras arquitectónicas o elementos que impiden la entrada o salida.
<b>GSD.2</b>	<b>GSD2-1</b>	0: No se cuenta con Comité hospitalario de Defensa Civil. 1: Documento oficial de conformación del Comité señalado. 2: Plan anual oficial de actividades del Comité e informes de actividades.
	<b>GSD2-2</b>	0: No se cuenta con brigadas para lucha contra incendios, evacuación y evaluación de daños. 1: Documento oficial de conformación de las brigadas. 2: Documento de asignación de equipamiento a las brigadas.
	<b>GSD2-3</b>	0: No se cuenta con plan actualizado de emergencias y desastres que incluye un programa de respuesta. 1: Plan de respuesta oficial actualizado para emergencias y desastres. 2: Documento oficial de difusión del plan entre el personal.

	<b>GSD2-4</b>	<p>0: No se cumple con implementar acciones que corresponden a los planes de contingencia y respuesta regional y local ante emergencias y desastres.</p> <p>1: Registros oficiales de la implementación de acciones de respuesta ante emergencias y desastres.</p> <p>2: Registro oficial de la implementación de las actividades del plan de contingencia y respuesta regional y local ante emergencias y desastres.</p>
	<b>GSD2-5</b>	<p>0: No se participa en la implementación de planes de respuesta regionales y locales ante situaciones de emergencias y desastres.</p> <p>1: No válido.</p> <p>2: Actas de reuniones de participación en la implementación de los planes de respuestas señalados realizadas durante el último año.</p>
	<b>GSD2-6</b>	<p>0: No se cuenta con plan de respuesta ante las emergencias.</p> <p>1: Tiene plan de respuesta ante las emergencias oficializado está actualizado.</p> <p>2: El plan de respuesta ante emergencias oficial está actualizado con participación de Defensa Civil (actas de reuniones del último año).</p>
	<b>GSD2-7</b>	<p>0: No se realizan simulacros para prevenir situaciones de emergencia.</p> <p>1: Evidencia documentaria de la realización de simulacros durante los últimos 24 meses.</p> <p>2: Evidencia documentaria de la realización de simulacros de manera semestral durante los últimos 24 meses.</p>
	<b>GSD2-8</b>	<p>0: No se cuenta con guías de manejo de emergencias masivas y desastres.</p> <p>1: Guías de manejo de emergencias masivas y desastres oficializadas.</p> <p>2: Documento de difusión al personal de las guías oficiales para estas situaciones.</p>
<b>GSD.3</b>	<b>GSD3-1</b>	<p>0: No se adoptan acciones pertinentes en casos de emergencias y desastres.</p> <p>1: Documentos oficiales que establecen disposiciones referidas a situaciones de emergencias y desastres.</p> <p>2: Documentos oficiales que muestran la difusión de las disposiciones al personal así como las declaratorias de alerta.</p>
	<b>GSD3-2</b>	<p>0: No se cuenta con ambulancia.</p> <p>1: Se cuenta con ambulancia.</p> <p>2: Se verifica con lista de cheque el cumplimiento de estándares mínimos de acuerdo a la normatividad.</p>
	<b>GSD3-3</b>	<p>0: No se cuenta con sistema de comunicación alternativo en caso falle el sistema telefónico del establecimiento.</p> <p>1: No válido.</p> <p>2: Se observa un sistema de comunicación alternativo en caso de falla telefónica.</p>
	<b>GSD3-4</b>	<p>0: No se cuenta con sistema alternativo de provisión de energía eléctrica a las áreas críticas durante las 24 horas.</p> <p>1: Se dispone de sistema alternativo de provisión de energía eléctrica.</p> <p>2: Se verifica que el sistema alternativo de provisión de electricidad abarca todas las áreas críticas y tiene capacidad de funcionamiento las 24 horas.</p>
	<b>GSD3-5</b>	<p>0: No se cuenta con sistema de almacenamiento de agua potable de abastecimiento para las 24 horas.</p> <p>1: Se observa un sistema de almacenamiento de agua potable.</p> <p>2: Se verifica que el sistema de almacenamiento de agua potable asegura el abastecimiento las 24 horas.</p>
	<b>GSD3-6</b>	<p>0: No se dispone de un stock de reserva de medicamentos, materiales e insumos médicos para la atención de emergencias y desastres.</p> <p>1: No válido.</p> <p>2: El stock para esta situaciones es conforme con el listado de medicamentos trazadores de DIGEMID.</p>



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

Código	Código Criterio	Fuente de Verificación según Criterio
<b>CGP.1</b>	<b>CGP1-1</b>	0: No se cuenta con plan e instrumentos para realizar auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación. 1: Plan de auditoría, supervisión y evaluación oficial y algunos instrumentos. 2: Plan oficial e instrumentos completos para la auditoría, supervisión y evaluación.
	<b>CGP1-2</b>	0: No se han establecido indicadores de control de la gestión y prestación de manera consensuada con los responsables de las áreas o servicios. 1: Documento oficial con las fichas de los indicadores para gestión o para la prestación. 2: Actas de reunión de los responsables de las áreas o servicios para la elaboración de indicadores de gestión y prestación además de las fichas correspondientes.
<b>CGP.2</b>	<b>CGP2-1</b>	0: Se verifica documentos que muestran que menos del 50% del personal está capacitado para realizar auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito sobre una muestra aleatoria de 10 trabajadores. 1: Se verifica documentos que muestran que entre el 50% y el 80% del personal está capacitado para realizar estas actividades en muestra similar. 2: Se verifica documentos que muestran que más del 80% del personal está capacitado para realizar estas actividades en muestra similar.
	<b>CGP2-2</b>	0: No se cuenta con comité capacitado que realice auditorías. 1: Documento de conformación oficial de comité de auditorías e informes de auditorías para fallecidos o en caso de muertes maternas. 2: Documento de conformación de comité de auditorías e informes de auditorías para ambos casos.
	<b>CGP2-3</b>	0: No se cuenta con información actualizada de los indicadores de gestión y prestación. 1: Documentación oficial con información actualizada de los indicadores de gestión y prestación con resultados inferiores a lo esperado. 2: Documentación oficial con información actualizada de los indicadores de gestión y prestación con resultados en los niveles esperados.
	<b>CGP2-4</b>	0: No se realiza acciones de evaluación de los procesos de gestión y prestación. 1: Evidencia documentaria de la evaluación de los procesos de gestión y prestación de manera oficial para el último semestre. 2: Plan de evaluación oficial de los procesos de gestión y prestación con los resultados para el último año.
	<b>CGP2-5</b>	0: No se evalúa la aplicación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en las atenciones de emergencia. 1: Informes / Reportes oficiales de los resultados de evaluación de la aplicación de las GPC en algunas de las atenciones de emergencia. 2: Informes / Reportes oficiales de los resultados de evaluación de la aplicación de las GPC en todas las atenciones de emergencia.
	<b>CGP2-6</b>	0: No se evalúa la aplicación de las guías de práctica clínica (GPC) en las atenciones obstétricas y neonatales de emergencia. 1: Informes / Reportes oficiales de evaluación de la aplicación de algunas de las GPC en estos servicios. 2: Informes / Reportes oficiales de evaluación de la aplicación de todas las GPC en ambos servicios.

<b>CGP2-7</b>	<p>0: No se realizan procesos de monitoreo y evaluación de la calidad en áreas / servicios de atención clínica.</p> <p>1: Informes / Reportes de monitoreo y evaluación de la calidad de atención de los últimos dos trimestres con resultados menores a lo esperado.</p> <p>2: Informes / Reportes de monitoreo y evaluación de la calidad de atención de los últimos dos trimestres con resultados en los niveles esperados.</p>
<b>CGP2-8</b>	<p>0: No se tiene identificado aspectos críticos de la prestación y gestión.</p> <p>1: Documento oficial que muestra los aspectos críticos de la prestación y gestión identificados.</p> <p>2: Documento oficial que establece la implementación de procesos de mejora sobre los aspectos críticos de la prestación y gestión identificados.</p>
<b>CGP2-9</b>	<p>0: No se realizan auditorías de los procesos de atención.</p> <p>1: Informes / Reportes de las auditorías que muestran que los procesos de atención no cumplen con los estándares.</p> <p>2: Informes / Reportes de las auditorías que muestran que los procesos de atención cumplen con los estándares establecidos para la organización.</p>
<b>CGP2-10</b>	<p>0: No se realiza supervisión de los procesos de prestación.</p> <p>1: Documentación oficial de la supervisión de los procesos de prestación que muestra resultados inferiores a lo esperado.</p> <p>2: Documentación oficial de la supervisión de los procesos de prestación que muestra resultados en los niveles esperados.</p>
<b>CGP2-11</b>	<p>0: No se hace de conocimiento de los responsables de tomar decisiones los resultados de los procesos de auditoría, supervisión y evaluación.</p> <p>1: Se verifica documentación oficial que evidencia la comunicación de los resultados a los responsables.</p> <p>2: Se verifican documentos oficiales que establecen disposiciones orientadas a mejorar el control de la gestión y prestación dirigidos a los responsables.</p>
<b>CGP2-12</b>	<p>0: Se verifica documentación oficial que muestra los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las estrategias sanitarias nacionales con valores menores a 60%.</p> <p>1: Se verifica documentación oficial que muestra resultados entre el 60% y el 80% de cobertura para las estrategias sanitarias nacionales.</p> <p>2: Se verifica documentación oficial que muestra resultados mayores al 80% de cobertura para estas estrategias.</p>
<b>CGP2-13</b>	<p>Se verifica documentación oficial que muestra los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las estrategias sanitarias regionales con valores menores a 60%.</p> <p>1: Se verifica documentación oficial que muestra resultados entre el 60% y el 80% de cobertura para las estrategias sanitarias regionales.</p> <p>2: Se verifica documentación oficial que muestra resultados mayores al 80% de cobertura para estas estrategias.</p>

**Macroproceso 7: Atención Ambulatoria (ATA)**

Código	Código Criterio	Fuente de Verificación según Criterio
ATA.1	ATA1-1	0: No se cuenta con señalización y mecanismos de información visibles en áreas de primer contacto para el usuario. 1: Se observa señalización y mecanismos de información visibles pero no en todas las áreas de primer contacto para el usuario. 2: Se observa señalización y mecanismos de información visibles en todas las áreas de primer contacto para el usuario.
	ATA1-2	0: No se tiene publicada la cartera de servicios de consulta externa. 1: Se observa publicada la cartera de servicios de consulta externa. 2: Los mensajes que contiene la publicación de la cartera de servicios de consulta externa es comprensible al usuario sobre una muestra de 20 personas.
	ATA1-3 <b>ESPECIFICO PARA MINSA</b>	0: No se dispone de un área de triaje. 1: Se observa y verifica que el personal a cargo del área de triaje no está capacitado. 2: El personal a cargo del área de triaje ha sido capacitado.
	ATA1-4	0: No se cuenta con una política para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria los días solicitados. 1: Documento oficial que contiene las políticas orientadas a reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria. 2: Registro oficial que muestra la reducción del número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria según las políticas establecidas.
	ATA1-5	0: No se han desarrollado mecanismos para la atención preferente a las mujeres embarazadas, niños, adultos mayores y con discapacidad. 1: Se observa que no todas las áreas de atención han implementado estos mecanismos de atención preferente. 2: Se observa que la atención preferente se brinda en todas las áreas.
ATA.2	ATA2-1	0: No se cuenta con Guías de Práctica Clínica (GPC) según el perfil epidemiológico y diferenciado por etapas de vida. 1: GPC oficializadas para algunas etapas de vida. 2: GPC para todas las etapas de vida según perfil epidemiológico.
	ATA2-2	0: No se cuenta con mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de las GPC. 1: Evidencia documentaria de la existencia de un mecanismo para evaluar el cumplimiento de las GPC. 2: Informes de la evaluación del nivel de cumplimiento de las GPC oficiales durante el último año.
	ATA2-3	0: Se verifica que menos del 50% de las historias clínicas sigue los lineamientos de las GPC en una muestra de historias clínicas del último mes. 1: Se verifica que entre el 50% y el 80% de las historias sigue los lineamientos de las GPC sobre la misma muestra. 2: Se verifica que más del 80% de las historias sigue los lineamientos de las GPC sobre la misma muestra.
	ATA2-4	0: No se cuantifica el porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para la atención prenatal. 1: Evaluación oficial del cumplimiento de los estándares e indicadores para la atención prenatal con resultados inferiores a lo esperado. 2: Evaluación oficial del cumplimiento de los estándares e indicadores para la atención prenatal con resultados en los niveles esperados.

## Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

<b>ATA.3</b>	<b>ATA3-1</b>	<p>0: Se verifica que menos del 50% de usuarios recibe información según mecanismos establecidos por la institución sobre una muestra de 20 usuarios.</p> <p>1: Se verifica que entre el 50% y el 80% de usuarios recibe información según mecanismos establecidos para la misma muestra.</p> <p>2: Se verifica que más del 80% de usuarios recibe información según mecanismos establecidos para la misma muestra.</p>
	<b>ATA3-2 ESPECIFICO PARA MINSA</b>	<p>0: No se implementa estrategias educativo-comunicacionales para mejorar la capacidad de reconocer signos de alarma y complicaciones obstétricas en la mujer, familia y la comunidad.</p> <p>1: Documentos oficiales del desarrollo de estrategias educativo-comunicacionales para uno de los públicos objetivo.</p> <p>2: Documentos oficiales del desarrollo de estrategias para todos los públicos objetivo.</p>
	<b>ATA3-3 ESPECIFICO PARA MINSA</b>	<p>0: El establecimiento no implementa la estrategia de municipios saludables.</p> <p>1: Registros oficiales de la implementación de la estrategia en alguna de sus etapas.</p> <p>2: Registros oficiales de la implementación de la estrategia de manera integral.</p>
	<b>ATA3-4 ESPECIFICO PARA MINSA</b>	<p>0: No se implementa la estrategia de comunidades y familias saludables.</p> <p>1: Documento de evaluación del avance de la implementación de la estrategia con resultados inferiores a lo programado.</p> <p>2: Documento de evaluación del avance de la implementación de la estrategia con resultados de acuerdo a lo programado en el último año.</p>
	<b>ATA3-5 ESPECIFICO PARA MINSA</b>	<p>0: El establecimiento no implementa escuelas promotoras de salud.</p> <p>1: Se verifica en documentos oficiales que la implementación de las escuelas promotoras es inferior de lo programado.</p> <p>2: Se verifica en documentos oficiales que la implementación de las escuelas promotoras de salud va de acuerdo a lo programado.</p>
	<b>ATA3-6 ESPECIFICO PARA MINSA</b>	<p>0: El establecimiento no cuenta con programas de prevención de las patologías más frecuentes.</p> <p>1: Evidencia documentaria del desarrollo de programas de prevención para alguna de las patologías más frecuentes.</p> <p>2: Evidencia documentaria del desarrollo de programas de prevención para todas las patologías más frecuentes.</p>
<b>ATA.4</b>	<b>ATA4-1</b>	<p>0: El establecimiento no cuenta con mecanismos operativos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de los usuarios externos.</p> <p>1: Documento oficial que registra el mecanismo para recoger sugerencias, quejas y reclamos.</p> <p>2: Registros oficiales del procesamiento de las sugerencias, quejas y reclamos de los usuarios externos y se verifica que es conocido por el personal en una muestra aleatoria del 50% de trabajadores.</p>
	<b>ATA4-2</b>	<p>0: El establecimiento no implementa mecanismos que incentiven y faciliten a los pacientes a consignar sugerencias y quejas de la atención ambulatoria.</p> <p>1: Se verifica la existencia de medios que incentivan y facilitan a los pacientes a consignar sugerencias y quejas en algunos ambientes de consulta externa.</p> <p>2: Se verifica la existencia de medios que incentivan y facilitan a los pacientes a consignar sugerencias y quejas en todos ambientes de consulta externa.</p>

## Macroproceso 8: Atención Extramural (AEX)

Código	Código Criterio	Fuente de Verificación según Criterio
AEX.1	AEX1-1	0: No se ha definido un modelo de atención extramural para los ámbitos individual, familiar y comunal. 1: Documento oficial que contiene el modelo de atención extramural para uno o dos de los ámbitos señalados. 2: Documento oficial que contiene el modelo de atención extramural para cada uno de los ámbitos señalados de acuerdo a la normatividad vigente.
	AEX1-2	0: No se cuenta con guías de trabajo para actividades extramurales en ámbitos individual, familiar y comunal 1: Guías de trabajo oficiales para actividades extramurales en alguno de los ámbitos señalados. 2: Guías de trabajo oficializadas para actividades extramurales en todos los ámbitos señalados de acuerdo a la normatividad vigente.
	AEX1-3	0: No se tiene definida la población sujeta de programación de actividades extramurales. 1: Documentos oficiales que contiene la información sobre la población sujeta de programación. 2: Registro oficial de la realización de actividades extramurales de acuerdo a cronograma oficial durante el año.
	AEX1-4	0: El personal no cumple con dar atención extramural. 1: Registros de atenciones extramurales en el último semestre. 2: Informe de evaluación del desarrollo de actividades extramurales según programación oficial para el último semestre.
	AEX1-5	0: Se cuenta con un kit de equipos, materiales e insumos para desarrollar actividades extramurales de acuerdo con el modelo de atención integral de salud (MAIS). 1: Se verifica con lista de chequeo la existencia de un kit de equipos, materiales e insumos para desarrollar actividades extramurales de acuerdo con el MAIS. 2: Registros oficiales del desarrollo de actividades extramurales de acuerdo con el MAIS.
	AEX1-6	0: No se cuenta con programación general de actividades extramurales de acuerdo con el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). 1: Documento oficial de la programación de actividades extramurales de acuerdo con el MAIS. 2: El plan operativo institucional incorpora la programación de actividades extramurales de acuerdo al MAIS.
AEX.2	AEX2-1	0: No se desarrollan actividades planificadas de comunicación educativa en función a la cartera de servicio extramurales. 1: Evidencia documentaria del desarrollo de actividades de comunicación educativa. 2: Plan de actividades de comunicación educativa oficial de acuerdo a la cartera de servicios y las prioridades de salud.
	AEX2-2	0: No se desarrollan actividades de comunicación educativa que promuevan prácticas saludables y el cuidado del medio ambiente. 1: Registros oficiales de la realización de actividades de comunicación educativa sobre prácticas saludables o sobre el cuidado del medio ambiente. 2: Registros oficiales de la realización de actividades de comunicación educativa en prácticas saludables y cuidado del medio ambiente durante el año.

<b>AEX.3</b>	<b>AEX3-1</b>	<p>0: No se tiene indicadores de monitoreo y evaluación de las actividades de atención extramural.</p> <p>1: Documento oficial con las fichas de los indicadores de monitoreo y evaluación para las actividades de atención extramural.</p> <p>2: Informe de resultados de aplicación de los indicadores para monitoreo y evaluación de las actividades de acuerdo a lo esperado durante el año.</p>
	<b>AEX3-2</b>	<p>0: No se desarrollan acciones para incrementar la cobertura de atención extramural.</p> <p>1: Documentos oficiales que registran las acciones orientadas a incrementar la cobertura de atención extramural.</p> <p>2: Documentos oficiales que registran el incremento de la cobertura de la atención Extramural luego de la aplicación de acciones orientadas a ello.</p>
<b>AEX.4</b>	<b>AEX4-1</b>	<p>0: El establecimiento no cuenta con agentes comunitarios capacitados para la atención extramural.</p> <p>1: No hay registros de capacitación en atención extramural a los agentes comunitarios.</p> <p>2: Registros oficiales de capacitación a los agentes comunitarios para la atención extramural.</p>
	<b>AEX4-2</b>	<p>0: Los agentes comunitarios no cuentan con zonas asignadas.</p> <p>1: Se verifica existencia de padrón de agentes comunitarios activos.</p> <p>2: Evidencia documentaria de la asignación de zonas a los agentes comunitarios activos empadronados.</p>
	<b>AEX4-3</b>	<p>0: No se tiene sistema de vigilancia comunal en salud o grupos de apoyo al usuario en riesgo.</p> <p>1: Evidencia documentaria de la conformación de grupos de apoyo al usuario en riesgo y de la existencia de un sistema de vigilancia comunal.</p> <p>2: Evidencia documentaria del registro de los resultados del sistema de vigilancia comunal o de los grupos de apoyo al usuario en riesgo durante el año.</p>

## Macroproceso 9: Atención de Hospitalización (ATH)

Código	Código Criterio	Fuente de Verificación según Criterio
ATH.1	ATH1-1	<p>0: Se verifica que el establecimiento cuenta con registros oficiales de identificación de las causas más frecuentes de internamiento en menos del 50% de los servicios .</p> <p>1: Se verifica existencia de registros oficiales de identificación de causas entre el 50% y 880% de los servicios.</p> <p>2: Se verifica la existencia de registros oficiales de identificación de causas en más del 80% de los servicios.</p>
	ATH1-2	<p>0: No se identifica necesidades de mejora de la atención por parte de los servicios.</p> <p>1: Evidencia documental oficial de la identificación de las necesidades de mejora de la atención.</p> <p>2: Documentos oficiales que establecen las implementación de disposiciones orientadas a mejorar la atención.</p>
	ATH1-3	<p>0: No se permite el acompañamiento de la gestante por la pareja.</p> <p>1: Se verifica el acompañamiento de la gestante por la pareja en algunos casos con preguntas realizadas al 50% de las puérperas internadas.</p> <p>2: Se verifica el acompañamiento de la gestante por la pareja en todos los casos en base al mecanismo anterior.</p>
ATH.2	ATH2-1	<p>0: Se verifica la atención de más del 50% de las necesidades de los servicios por parte de la Alta Dirección confrontando las órdenes de requerimiento con las órdenes de abastecimiento.</p> <p>1: Se verifica la atención entre el 50% y el 80% de las necesidades de los servicios por parte de la Alta Dirección con el mismo procedimiento.</p> <p>2: Se verifica la atención de más del 80% de las necesidades de los servicios por parte de la Alta Dirección con el mismo procedimiento.</p>
	ATH2-2	<p>0: Los servicios de internamiento no cuentan con guías de práctica clínica (GPC).</p> <p>1: Documentos oficiales de convocatoria para elaboración de las GPC y/o GPC oficializadas.</p> <p>2: Se verifica GPC oficiales elaboradas de acuerdo al perfil epidemiológico sobre una muestra de 5 unidades.</p>
	ATH2-3	<p>0: No se realizan mediciones del tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente.</p> <p>1: Evidencia documental oficial del registro del tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente.</p> <p>2: Documentos oficiales de las disposiciones orientadas a mejorar el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente para el último trimestre.</p>
ATH.3	ATH3-1	<p>0: Se verifica que menos del 70% del personal cumple las medidas de bioseguridad en los procedimientos sobre una muestra aleatoria de 10 trabajadores.</p> <p>1: Se verifica que entre el 70% y 90% del personal cumple las medidas de bioseguridad sobre la misma muestra.</p> <p>2: Se verifica que más del 90% de personal cumple las medidas de bioseguridad sobre la misma muestra.</p>
	ATH3-2	<p>0: No se registran las infecciones intrahospitalarias u otros eventos adversos ocurridas en el internamiento.</p> <p>1: Registros oficiales de las infecciones intrahospitalarias y eventos adversos ocurridos en el internamiento.</p> <p>2: Evidencia documental del análisis de evaluación de los registros de las infecciones intrahospitalarias y eventos adversos ocurridos.</p>

	<b>ATH3-3</b>	<p>0: No se auditan los casos de muertes maternas por enfermedades transmisibles ocurridas en la hospitalización.</p> <p>1: Informes de auditorías de casos de muertes maternas ocurridas por enfermedades transmisibles en hospitalización para el último trimestre.</p> <p>2: Documento que establece la implementación de las recomendaciones oficiales de los informes de las auditorías.</p>
	<b>ATH3-4</b>	<p>0: No se auditan los casos de muertes maternas ocurridas.</p> <p>1: Informes de auditorías de casos de las muertes maternas ocurridas en el último trimestre.</p> <p>2: Documento que establece la implementación de las recomendaciones oficiales de los informes de las auditorías.</p>
<b>ATH.4</b>	<b>ATH4-1</b>	<p>0: Los servicios de internamiento no cuentan con Guías de Práctica Clínica (GPC) para las 10 patologías más frecuentes.</p> <p>1: Se verifica la existencia de GPC para algunas de las patologías más frecuentes.</p> <p>2: Se verifica la existencia de GPC para las 10 patologías más frecuentes.</p>
	<b>ATH4-2</b>	<p>0: Se verifica que no se alcanzan los estándares para la atención de partos según normas vigentes.</p> <p>1: Informes / Reportes oficiales que contienen el registro del desempeño de la atención de partos con resultados menores estándares vigentes o superiores de manera no continuada.</p> <p>2: Informes / Reportes oficiales que contienen el registro del desempeño de la atención de partos con resultados superiores a los estándares vigentes permanentemente para el último semestre.</p>
	<b>ATH4-3</b>	<p>0: Se verifica que no se implementan Guías de Práctica Clínica (GPC).</p> <p>1: Se verifica que se implementan las GPC por algunos miembros del equipo sobre una muestra aleatoria de 10 historias clínicas que corresponden a esas patologías.</p> <p>2: Se verifica que se implementan las GPC por todos los miembros del equipo sobre la misma muestra.</p>
	<b>ATH4-4</b>	<p>0: Se verifica la adhesión a las Guías de Práctica Clínica (GPC) en menos del 50% del personal sobre una muestra de 10 trabajadores.</p> <p>1: Se verifica la adhesión a las GPC entre el 50% al 80% de personal sobre la misma muestra.</p> <p>2: Se verifica la adhesión a las GPC entre en más del 80% de personal sobre la misma muestra.</p>
	<b>ATH4-5</b>	<p>0: No se auditan las historias clínicas para mejorar procesos.</p> <p>1: Se verifica la existencia de informes de auditoría para el último trimestre.</p> <p>2: Se verifica documento que establece disposiciones para la mejora de los procesos en base a los resultados de las auditorías.</p>
<b>ATH.5</b>	<b>ATH5-1</b>	<p>0: Se verifica que menos del 50% de usuarios comprende la información acerca de los procedimientos, diagnósticos y tratamientos referidos a su caso sobre una muestra aleatoria de 10 usuarios externos.</p> <p>1: Se verifica que entre el 50% al 80% de los usuarios comprende la información sobre su caso para la misma muestra.</p> <p>2: Se verifica que más del 80% de los usuarios comprende la información sobre su caso para la misma muestra.</p>
	<b>ATH5-2</b>	<p>0: Se verifica que menos del 50% de historias clínicas contienen el formato de consentimiento informado registrado correctamente sobre una muestra aleatoria de 20 unidades.</p> <p>1: Se verifica que entre el 50% y el 80% de historias clínicas contienen el registro de consentimiento informado correcto sobre la misma muestra.</p> <p>2: Se verifica que más del 80% de las historias clínicas contienen el registro de consentimiento informado correcto sobre la misma muestra.</p>
<b>ATH.6</b>	<b>ATH6-1</b>	<p>0: No se tiene documentados los procedimientos de interconsulta.</p> <p>1: Se observa los formatos oficiales para interconsulta y hay evidencia documentaria de los procedimientos oficiales.</p> <p>2: Evidencia documentaria de la aplicación de los procedimientos oficiales para la interconsulta sobre para una muestra aleatoria de 20 historias clínicas.</p>



	<b>ATH6-2</b>	<p>0: Se verifica que menos del 70% de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento tienen horarios que aseguren atención continua las 24 horas.</p> <p>1: Se verifica que entre el 70% y el 90% de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento tienen horarios que aseguren atención continua las 24 horas.</p> <p>2: Se verifica que más del 90% de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento tienen horarios que aseguren atención las 24 horas.</p>
<b>ATH.7</b>	<b>ATH7-1</b>	<p>0: No se cuenta con un mecanismo de evaluación periódico de las historias clínicas.</p> <p>1: Documento oficial que contiene el mecanismo de evaluación de las historias clínicas para efectos de monitoreo y mejora de procesos.</p> <p>2: Evidencia documentaria de las disposiciones orientadas a la mejora de los procesos sobre la base de la evaluación periódica de las historias clínicas.</p>
	<b>ATH7-2</b>	<p>0: No se cuenta con mecanismo para gestión de sugerencias y quejas sobre la atención de internamiento.</p> <p>1: Documento oficial que contiene el mecanismo para la gestión de quejas y sugerencias en algunos servicios.</p> <p>2: Documento oficial que contiene el mecanismo para la gestión de quejas y sugerencias en todos los servicios.</p>
	<b>ATH7-3</b>	<p>0: No se cuenta con horarios definidos para brindar información al usuario y familiares acerca de la evolución de los pacientes internados.</p> <p>1: Documento oficial que establece los horarios para la entrega de información al usuario y familiares.</p> <p>2: Se verifica que se cumplen los horarios de entrega de información para una muestra de 10 usuarios externos.</p>
	<b>ATH7-4</b>	<p>0: Se verifica que menos del 50% de planes de trabajo contenidos en las historias clínicas están de acuerdo con las Guías de Práctica Clínica (GPC) para las últimas 20 historias clínicas.</p> <p>1: Se verifica que entre el 50% y el 80% de los planes de trabajo en las historias está de acuerdo a las GPC para la misma muestra.</p> <p>2: Se verifica que entre más del 80% de los planes de trabajo en las historias está de acuerdo a las GPC para la misma muestra.</p>
	<b>ATH7-5</b>	<p>0: No se registran las complicaciones obstétricas ni su manejo.</p> <p>1: Evidencia documentaria del registro de las complicaciones obstétricas para los últimos dos trimestres.</p> <p>2: Evidencia documentaria del manejo de las complicaciones obstétricas de acuerdo al análisis de la información registrada oficialmente sobre una muestra aleatoria para el último mes.</p>
	<b>ATH7-6</b>	<p>0: No se realiza auditoría interna a eventos adversos según normatividad.</p> <p>1: Evidencia documentaria de informes de auditoría interna realizadas a eventos adversos para el último trimestre.</p> <p>2: Documento oficial que dispone la implementación de recomendaciones de los informes de las auditorías internas.</p>
	<b>ATH7-7</b>	<p>0: No se registra la evaluación de la satisfacción del usuario respecto a la atención de parto.</p> <p>1: Registros oficiales de la medición de la satisfacción del usuario respecto a la atención de parto.</p> <p>2: Registros oficiales que muestran que los resultados de la medición y evaluación de la satisfacción del usuario respecto a la atención del parto se encuentra en los niveles esperados.</p>

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

Código	Código Criterio	Fuente de Verificación según Criterio
<b>EMG.1</b>	<b>EMG1-1</b>	0: No se cuenta con un mecanismo de información general al usuario. 1: Evidencia documentaria que registra el mecanismo de información general al usuario oficial. 2: Se verifica la implementación de las disposiciones del mecanismos de información general en una muestra aleatoria de 10 usuarios externos.
	<b>EMG1-2</b>	0: No se hace público el derecho de toda persona a recibir atención inmediata en situación de emergencia. 1: Se observa la publicación de los derechos de atención en emergencia. 2: Se observa la publicación de los derechos de atención en emergencia en un lugar visible al usuario externo y respeta el enfoque de interculturalidad.
	<b>EMG1-3</b>	0: No se cuenta con programación oficial diario de los recursos humanos en un lugar visible al usuario externo. 1: Se observa programación oficial (completa o incompleta) de los recursos humanos. 2: Se observa programación oficial completa de los recursos humanos en un lugar visible para los usuarios externos.
	<b>EMG1-4</b>	0: Se verifica que menos del 50% de las atenciones cumplen con las Guías de Práctica Clínica (GPC) para las 10 patologías más frecuentes en una muestra aleatoria de historias clínicas del último mes. 1: Se verifica que entre el 50% y el 80% de las atenciones cumplen con las GPC para esta patologías sobre la misma muestra. 2: Se verifica que más del 80% de las atenciones cumplen con las GPC para estas patologías sobre la misma muestra.
	<b>EMG1-5</b>	0: Se verifica documentación oficial que muestra que menos del 50% del personal que labora en emergencia ha sido capacitado en el último año. 1: Se verifica documentos oficiales que muestran que entre el 50% y el 80% del personal ha sido capacitado en el último año. 2: Se verifica documentos oficiales que muestran que más del 80% del personal ha sido capacitado en el último año.
	<b>EMG1-6</b>	0: No se han definido medidas para la atención de emergencias sin condicionamientos. 1: Evidencia documentaria oficial del establecimiento de medidas para la atención de emergencias sin condicionamientos. 2: Se verifica documentación que muestra la implementación de las disposiciones oficiales en la atención de emergencias.
<b>EMG.2</b>	<b>EMG2-1</b>	0: No se cuenta con equipamiento, medicamentos e insumos para la atención de emergencias en el servicio. 1: Se verifica la existencia parcial de equipamiento, medicamentos e insumos para la atención mediante lista de chequeo. 2: Se verifica la existencia completa según lista de chequeo y la facilidad de acceso inmediato.
	<b>EMG2-2</b>	0: No se cuenta con equipos (sillas de ruedas, camillas, etc.) para recepción y traslado interno de pacientes. 1: Se verifica la existencia de equipos pero no están accesibles inmediatamente. 2: Se verifica la existencia de equipos accesibles de forma inmediata.
	<b>EMG2-3</b>	0: No se dispone de equipos de telecomunicaciones operativos. 1: Se verifica la existencia de por lo menos un equipo de telecomunicaciones operativo los 365 días las 24 horas. 2: Se verifica la disponibilidad de todos los equipos de telecomunicaciones los 365 días las 24 horas.

	<b>EMG2-4</b>	<p>0: No se dispone de ambulancia para traslado de pacientes.                      1: Se dispone de ambulancia pero está inoperativa.                      2: Se dispone de ambulancia operativa y documento oficial que establece disposiciones para su disponibilidad los 365 días las 24 horas.</p>
	<b>EMG2-5</b>	<p>0: No se cuenta con personal para la atención del usuario los 365 días las 24 horas.                      1: Se verifica el funcionamiento del establecimiento los 365 días las 24 horas del año.                      2: Se verifica la presencia de equipos completos de profesionales para cubrir la programación los 365 días las 24 horas.</p>
<b>EMG.3</b>	<b>EMG3-1</b>	<p>0: No se realiza el triaje de pacientes.                      1: Se observa la realización del triaje de pacientes a cargo de personal no Capacitado (registro documental).                      2: Se observa la realización del triaje de pacientes a cargo de personal capacitado.</p>
	<b>EMG3-2</b>	<p>0: Se verifica que menos del 60% de atenciones, procedimientos y diagnósticos se registran en el formato de atención de emergencia en una muestra aleatoria de las últimas del mes.                      1: Se verifica que entre el 60% y el 80% de las prestaciones se registran en el formato de atención de emergencia para la misma muestra.                      2: Se verifica que más del 80% de las prestaciones se registran en el formato de atención de emergencia para la misma muestra.</p>
	<b>EMG3-3</b>	<p>0: El servicio de emergencia no cuenta con mecanismos operativos que garanticen la continuidad de atención en los cambios de guardia.                      1: Documento oficial que contiene el mecanismo que garantice la continuidad de la atención en los cambios de guardia.                      2: Se verifica el cumplimiento de las disposiciones oficiales establecidas para garantizar la continuidad de la atención durante el cambio de guardia en turnos de tres días consecutivos.</p>

## Macroproceso 11: Atención Quirúrgica (ATQ)

Código	Código Criterio	Fuente de Verificación según Criterio
ATQ.1	ATQ1-1	0: No se cuenta con programación de actividades en centro quirúrgico. 1: Documento de programación oficial de actividades del centro quirúrgico. 2: Informe de evaluación de actividades de centro quirúrgico de acuerdo a programación oficial para el último año.
	ATQ1-2	0: No se cuenta con manual de procedimientos de centro quirúrgico 1: Se cuenta con manual de procedimientos oficial y es conocido por el personal sobre una muestra aleatoria del 50% de trabajadores del área. 2: Se verifica que se aplican los procedimientos del manual en una muestra de las historias del último mes.
	ATQ1-3	0: Se verifica que menos del 60% de personal aplica las guías de manejo quirúrgico y anestésico para las 10 intervenciones más frecuentes sobre una muestra aleatoria de 50% de trabajadores. 1: Se verifica que entre el 60% y el 90% de personal aplica las guías de manejo sobre la misma muestra. 2: Se verifica que más del 90% de personal aplica las guías de manejo sobre la misma muestra.
	ATQ1-4	0: No se cuenta con rol diario de asignación de salas de operaciones. 1: Se verifica la existencia de rol diario de asignación de salas para los 6 últimos meses. 2: Evidencia documentaria de disposiciones oficiales dirigidas a garantizar la disponibilidad de las salas para casos de urgencia.
	ATQ1-5	0: No se cuenta con rol de programación de personal. 1: Rol de programación de personal oficializado para el último año. 2: Evidencia documentaria de las disposiciones oficiales dirigidas a garantizar la disponibilidad del personal de acuerdo a la programación.
ATQ.2	ATQ2-1	0: No se verifica la disponibilidad de equipos, insumos e instrumental por parte del personal de enfermería antes de una cirugía. 1: Se verifica que el personal de enfermería conoce el instrumental necesario para las cinco intervenciones quirúrgicas más frecuentes en base a una lista de chequeo al personal presente en el turno. 2: Se observa el registro de la verificación de la disponibilidad de equipos, insumos e instrumental por parte del personal de enfermería en una muestra aleatoria de las intervenciones del último mes.
	ATQ2-2	0: No se registra la existencia de insumos e instrumental por parte del personal de enfermería. 1: Cuenta con listas de chequeo de instrumental para las 10 intervenciones quirúrgicas más frecuentes. 2: Se observa el registro de la verificación de la existencia de insumos e instrumental por parte del personal de enfermería en las intervenciones del último mes.
	ATQ2-3	0: No se registra la hora de coordinación de traslado del paciente a las áreas de hospitalización por parte del personal de enfermería. 1: Se verifica el registro de la hora de coordinación de traslado del paciente en menos del 80% de una muestra aleatoria de intervenciones del último mes. 2: Se verifica el registro de la hora de coordinación de traslado del paciente en las Intervenciones del último mes.

	<b>ATQ2-4</b>	<p>0: No se cuantifica el tiempo de traslado de pacientes del centro quirúrgico.</p> <p>1: Se observa el registro oficial del tiempo de traslado de pacientes en una muestra aleatoria de historias del último mes.</p> <p>2: Documento oficial que muestra que el tiempo de traslado de pacientes registrado en más del 80% de las historias está de acuerdo a lo esperado.</p>
<b>ATQ.3</b>	<b>ATQ3-1</b>	<p>0: Se verifica que menos del 60% de historias clínicas tienen un formato para el registro del acto quirúrgico en una muestra aleatoria del último mes.</p> <p>1: Se verifica entre el 60% y 90% de las historias con formato en la misma muestra.</p> <p>2: Se verifica en más del 90% de historias el formato de registro.</p>
	<b>ATQ3-2</b>	<p>0: Se verifica que menos del 60% de historias clínicas tienen un formato para el registro de la evaluación preanestésica en una muestra aleatoria de historias del último mes.</p> <p>1: Se verifica entre el 60% y 90% de las historias con registro en la misma muestra.</p> <p>2: Se verifica en más del 90% de historias el registro de la evaluación.</p>
	<b>ATQ3-3</b>	<p>0: Los formatos de atención anestésica no se registran.</p> <p>1: Se verifica el registro del acto anestésico en los formatos oficiales sobre una muestra aleatoria de historias del último mes.</p> <p>2: El acto anestésico y las complicaciones se registran en los formatos oficiales sobre la misma muestra.</p>
	<b>ATQ3-4</b>	<p>0: Se verifica la presencia del formato de informe quirúrgico que contiene información parcial en una muestra aleatoria de historias del último mes.</p> <p>1: Se verifica la presencia del formato de informe quirúrgico que contiene información completa en el 80% sobre una muestra similar.</p> <p>2: Se verifica la presencia del formato de informe quirúrgico que contiene información completa en más del 80% sobre una muestra similar.</p>
	<b>ATQ3-5</b>	<p>0: Se verifica que el formato de monitoreo postoperatorio no contiene toda la información de acuerdo a las normas en una muestra aleatoria de historias del último mes.</p> <p>1: Se verifica que el formato de monitoreo postoperatorio contiene toda la información de acuerdo a las normas en menos del 80% de una muestra similar.</p> <p>2: Se verifica que el formato de monitoreo postoperatorio contiene toda la información de acuerdo a las normas en más del 80% sobre muestra similar.</p>
	<b>ATQ3-6</b>	<p>0: No se cuantifican las tasas de cirugías suspendidas.</p> <p>1: Reporte / Informe oficial del análisis y registro de las tasas de cirugías suspendidas para el último año.</p> <p>2: Documento oficial que establece disposiciones orientadas a disminuir las tasas de cirugías suspendidas.</p>
	<b>ATQ3-7</b>	<p>0: No se cuantifican las tasas de mortalidad intraoperatoria y postoperatoria.</p> <p>1: Registros mensuales oficiales de las tasas de mortalidad intraoperatoria y postoperatoria.</p> <p>2: Documento oficial que establecen disposiciones orientadas de disminuir las tasas de mortalidad intraoperatoria y postoperatoria.</p>
	<b>ATQ3-8</b>	<p>0: No se registra las tasas de complicaciones y eventos adversos intra y postoperatorios.</p> <p>1: Registros mensuales oficiales de las tasas de complicaciones y eventos adversos para el último año.</p> <p>2: Documento oficial que establece disposiciones para disminuir la ocurrencia de complicaciones y eventos adversos.</p>
	<b>ATQ3-9</b>	<p>0: No se verifica la identidad del paciente, la naturaleza y la zona de operación por parte del cirujano y el profesional de enfermería.</p> <p>1: Se pregunta al paciente si se han verificado estos datos por parte de los profesionales señalados en las últimas 10 intervenciones.</p> <p>2: Documento de registro oficial en la historia clínica de la verificación de esta información para las 10 últimas intervenciones.</p>

	<b>ATQ3-10</b>	<p>0: No se registran las tasas de reintervenciones.</p> <p>1: Registros mensuales oficializados del registro de las tasas de reintervenciones.</p> <p>2: Documento oficial que establece disposiciones orientadas a disminuir el número de reintervenciones quirúrgicas.</p>
	<b>ATQ3-11</b>	<p>0: No se evalúa la satisfacción del paciente por la atención recibida en centro quirúrgico.</p> <p>1: Resultados de las encuestas de evaluación de la satisfacción del paciente por la atención recibida.</p> <p>2: Informe de análisis de los resultados de las encuestas de satisfacción que evidencian resultados que se encuentran en los niveles esperados.</p>
<b>ATQ.4</b>	<b>ATQ4-1</b>	<p>0: No se evalúa el cumplimiento de los parámetros definidos por las guías de atención quirúrgica.</p> <p>1: Informe oficiales de Auditoría con los resultados del cumplimiento de las guías de práctica clínica quirúrgica en las intervenciones.</p> <p>2: Documentos oficiales que establecen disposiciones orientadas a mejorar el desempeño de los profesionales en el servicio con base en los resultados de los informes de auditoría.</p>
	<b>ATQ4-2</b>	<p>0: No se implementan proyectos de mejora continua en base a los resultados de las auditorías.</p> <p>1: Se verifica la existencia de proyectos de mejora continua implementados en base aspectos críticos detectados en las auditorías.</p> <p>2: Se verifica la existencia de proyectos de mejora continua cada trimestre luego del análisis de los aspectos críticos detectados en las auditorías.</p>
	<b>ATQ4-3</b>	<p>0: No se cuenta con política de confidencialidad respecto a la información del paciente.</p> <p>1: Documento oficial que contiene las disposiciones de la política de confidencialidad respecto a la información del paciente.</p> <p>2: Evidencia documentaria que establece los mecanismos de implementación de la política de confidencialidad respecto a la información del paciente.</p>
	<b>ATQ4-4</b>	<p>0: No se cuenta con registro del acto quirúrgico en la historia clínica del paciente.</p> <p>1: Se verifica la presencia de un registro oficial del acto quirúrgico en las historias clínicas en una muestra aleatoria de registros en el último mes.</p> <p>2: El registro oficial del acto quirúrgico en las historias clínicas cuenta con la firma del cirujano responsable en la misma muestra.</p>

## Macroproceso 12: Docencia e Investigación (DIV)

Código	Código Criterio	Fuente de Verificación según Criterio
DIV.1	DIV1-1	0: Se verifica el cumplimiento con menos del 60% de requisitos del Sistema Nacional de Pregrado en Salud – SINAPRES (lista de chequeo). 1: Se verifica el cumplimiento entre el 60% y 80% de requisitos del SINAPRES. 2: Se verifica el cumplimiento de más del 80% de requisitos del SINAPRES.
	DIV1-2	0: No se cuenta con Comité Docente Asistencial Hospitalario. 1: Documento oficial de conformación del Comité Docente Asistencial Hospitalario y actas de reuniones en el último semestre. 2: Documento oficial que evidencia el carácter multidisciplinario del Comité Docente Asistencial Hospitalario y además las actas de reuniones en el último año.
	DIV1-3	0: No se ha definido políticas de investigación en el establecimiento. 1: Documento oficial que establece las políticas para investigación en el establecimiento. 2: Se verifica que los trabajos de investigación de los últimos 2 años cumplen con las políticas para investigación establecidas oficialmente.
	DIV1-4	0: No se cuenta con formatos de consentimiento informado para investigación en humanos. 1: Se verifica la existencia de formatos de consentimiento informado para investigación en humanos. 2: Se verifica la utilización de los formatos de consentimiento informado para la investigación en humanos en los trabajos desarrollados en los últimos 24 meses.
	DIV1-5	0: No se cuenta con un comité de investigación. 1: Documento oficial de conformación del comité de investigación. 2: Documento oficial que evidencia el carácter multidisciplinario del comité de investigación.
	DIV1-6	0: No se cuenta con un comité de ética / bioética. 1: Documento oficial de conformación del comité de ética / bioética. 2: Actas de reunión del comité de ética / bioética conformado oficialmente para el último año.
	DIV1-7	0: No se cuenta con reglamento de docencia de pregrado y postgrado. 1: Reglamento oficial de docencia de pregrado y postgrado. 2: Se verifica que las actividades académicas concuerdan con el reglamento de docencia en relación a las actividades realizadas el último semestre.
	DIV1-8	0: No se cuenta con plan anual de actividades de docencia de pregrado y postgrado. 1: Plan anual oficial de actividades de docencia de pregrado o de docencia de postgrado. 2: Planes anuales oficiales de actividades de docencia de pregrado y postgrado para los últimos 2 años.
	DIV1-9	0: No se cuenta con programa de tutorías y asesorías a los alumnos de pregrado y postgrado. 1: Documento oficial del programa de tutorías o del programa de asesorías a los alumnos. 2: Informes de cumplimiento de las actividades correspondientes a los programas de tutorías o asesorías a los alumnos del último año.

<b>DIV.2</b>	<b>DIV2-1</b>	<p>0: Los comités de docencia, investigación y ética / bioética no se reúnen.</p> <p>1: Actas de reunión de los comités de docencia, investigación y ética / bioética durante el último año.</p> <p>2: Actas de reunión mensual de los comités de docencia. Investigación y ética / Bioética para el último año.</p>
	<b>DIV2-2</b>	<p>0: El personal profesional del establecimiento no supervisa a los alumnos del pregrado y/o postgrado.</p> <p>1: Se observa la realización de supervisión por parte del personal profesional del establecimiento a los alumnos sin documentarlo.</p> <p>2: observa la realización de supervisión por parte del personal profesional del establecimiento a los alumnos conforme a los formatos a utilizarse en el marco del convenio establecido durante el último año.</p>
	<b>DIV2-3</b>	<p>0: No se realizan actividades académicas como parte del plan anual de docencia de pregrado y postgrado.</p> <p>1: Evidencia documentaria de la realización de actividades académicas de docencia para pregrado y postgrado.</p> <p>2: Informe oficial de evaluación del plan anual de docencia de pregrado y postgrado que muestra las actividades académicas realizadas.</p>
	<b>DIV2-4</b>	<p>0: No se realiza investigación de patologías.</p> <p>1: Evidencia documentaria de la realización de investigación de patologías.</p> <p>2: Se verifica que los documentos de investigación de patologías oficiales se encuentran en el marco de las políticas establecidas por el comité de investigación y ética / bioética.</p>
	<b>DIV2-5</b>	<p>0: No se cuenta con inventario de materiales de capacitación e investigación.</p> <p>1: Inventario actualizado oficial documentado de los materiales de capacitación e investigación.</p> <p>2: Documento oficial de incorporación del inventario actualizado de materiales de capacitación e investigación a la biblioteca.</p>
	<b>DIV2-6</b>	<p>0: Los alumnos no tienen acceso a los servicios bibliográficos, físicos y virtuales dentro del establecimiento.</p> <p>1: Se verifica que los alumnos tienen acceso a los servicios bibliográficos físicos y virtuales sobre una muestra aleatoria de 10 alumnos.</p> <p>2: Se verifica que el acceso a los servicios bibliográficos por parte de los alumnos se hace en los horarios establecidos sobre la misma muestra.</p>



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

Código	Código Criterio	Fuente de Verificación según Criterio
ADT.1	ADT1-1	<p>0: No se cuenta con normas y guías de procedimientos en los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.</p> <p>1: Disponen de normas y guías de procedimiento en los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento oficializados.</p> <p>2: Se verifica que se implementan los procedimientos contenidos en las normas y guías de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento en una muestra aleatoria del último mes.</p>
	ADT1-2	<p>0: Los servicios de apoyo al diagnóstico no tienen programas de control de calidad.</p> <p>1: Evidencia documental oficial de la existencia de programas de control de calidad en alguno de los servicios de apoyo al diagnóstico.</p> <p>2: Informes / Reportes oficiales que muestran los resultados del programa de control de calidad implementado en todos los servicios de apoyo al diagnóstico.</p>
ADT.2	ADT2-1	<p>0: No se tienen estándares de tiempo para la entrega de resultados de los exámenes a los profesionales y a los usuarios.</p> <p>1: Se cuenta con estándares de tiempo oficiales para la entrega de resultados de los exámenes.</p> <p>2: Cuenta con registros oficiales que muestran que el tiempo de entrega de resultados de los exámenes están de acuerdo a los estándares.</p>
	ADT2-2	<p>0: No se registran los resultados de los exámenes.</p> <p>1: Registros oficiales de los resultados de los exámenes que incluyen el registro de algunos parámetros como el tiempo transcurrido entre la solicitud, la recepción de la muestra y la entrega del resultado para el último trimestre.</p> <p>2: Registros oficiales de los resultados de los exámenes que incluyen el registro de todos los parámetros señalados para el último trimestre.</p>
ADT.3	ADT3-1	<p>0: No ha desarrollado indicadores de calidad relacionado a la entrega oportuna de sus productos en función de las necesidades de los pacientes.</p> <p>1: Documento (s) oficial (es) de la implementación y uso de indicadores de calidad en algunos de los servicios.</p> <p>2: Documento (s) oficial (es) de la implementación y uso de indicadores de calidad en todos los Servicios.</p>
	ADT3-2	<p>0: No se realiza la calibración de equipos ni el control de calidad de los procedimientos.</p> <p>1: Informes / Reportes oficiales de la calibración de los equipos.</p> <p>2: Informes / Reportes oficiales de la realización del control de calidad de los procedimientos además del documento del ítem anterior.</p>
	ADT3-3	<p>0: No se cumplen normas de seguridad en los procedimientos que implican riesgo para los pacientes.</p> <p>1: Se verifica que se cumplen medidas de seguridad oficiales para algunos de los procedimientos que implican riesgo sobre una muestra aleatoria las intervenciones del último mes (lista de chequeo).</p> <p>2: Se verifica que se cumplen medidas de seguridad oficiales para todos los procedimientos que implican riesgo sobre la misma muestra (lista de chequeo).</p>
	ADT3-4	<p>0: El establecimiento no tiene un programa de control y garantía de la calidad para la producción de insumos, medicamentos y otros productos que elabora.</p> <p>1: Se verifica la existencia de un programa oficial de control y garantía de la calidad de la producción de insumos, medicamentos y otros productos.</p> <p>2: Evidencia documental oficial de la implementación de disposiciones para la implementación del programa de control y garantía de la calidad a la producción señalada.</p>

	<b>ADT3-5</b>	0: No se cuantifica la demanda no atendida en el servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento. 1: Informe / Reporte / Registro oficial de la demanda no atendida en el servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento. 2: Se verifica documentos oficiales que disponen la implementación de medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida en el servicio señalado.
	<b>ADT3-6</b>	0: No se capacita al personal del servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento sobre las condiciones que debe cumplir el usuario para la toma de muestra. 1: Evidencia documentaria oficial de la capacitación al personal de apoyo al diagnóstico y tratamiento sobre las condiciones para la toma de muestra. 2: Se observa que el personal del servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento verifica el cumplimiento de las condiciones de para la toma de la muestra en una muestra aleatoria de 20 usuarios.
	<b>ADT3-7</b>	0: No se cuantifica las complicaciones y/o reacciones adversas derivadas de la atención en los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento. 1: Evidencia documentaria del registro de las complicaciones y/o reacciones adversas derivadas de la atención en los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento. 2: Se verifican documentos oficiales que disponen la implementación de medidas correctivas para disminuir las complicaciones y/o reacciones adversas analizadas en los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.

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

Código	Código Criterio	Fuente de Verificación según Criterio
ADA.1	ADA1-1	0: No existe un sistema de registro de las historias clínicas / fichas familiares. 1: Se verifican existencia de registros oficiales de historias clínicas para el último año. 2: Evidencia documentaria de que los formatos para las historias clínicas son oficiales de acuerdo a la normatividad vigente.
	ADA1-2	0: Se observa existencia de un sistema de registro de historias clínicas / fichas familiares. 1: El manual de procedimientos oficial establece disposiciones para garantizar la conservación del sistema de registro. 2: Se verifica que las disposiciones establecidas para garantizar la conservación del sistema de registro en el manual de procedimientos concuerdan con la normatividad vigente.
	ADA1-3	0: No se documenta el proceso diario de recojo / archivo de historias clínicas / fichas familiares. 1: Proceso diario de recojo / archivo de historias / fichas está documentado oficialmente. 2: Informe / reporte oficial en donde se identifica los aspectos críticos de del proceso diario de recojo / archivo de historias / fichas oficial.
	ADA1-4	0: No hay procedimiento para la entrega de citas. 1: Se observa la difusión de la existencia de un sistema para la obtención y entrega de citas a los usuarios externos. 2: Se verifica que el personal de las áreas involucradas conoce el sistema para la entrega de citas a los usuarios externos sobre el total de personal de las áreas correspondientes.
	ADA1-5	0: Se verifica documentación oficial que muestra menos del 60% del total del personal de admisión ha sido capacitado en el último año para la realización de sus actividades durante el último año. 1: Se verifica información oficial que muestra entre el 60% a 90% del personal de admisión fue capacitado el último año. 2: Se verifica información oficial que muestra que más del 90% del personal de admisión ha sido capacitado el último año.
ADA.2	ADA2-1	0: El personal de admisión / citas no informa a los usuarios externos sobre el proceso de atención. 1: Se observa que el personal informa al usuario externo del proceso de atención sobre una muestra aleatoria de 20 usuarios. 2: Registro / Reporte oficial de la identificación de necesidades de atención por parte del personal de admisión / citas.
	ADA2-2	0: No se entrega citas a los usuarios externos. 1: Se verifica la entrega de citas a los usuarios. 2: Se verifica que la entrega de citas a los usuarios coincide con la programación de los servicios.
	ADA2-3	0: No se registra el tiempo de espera del usuario en admisión. 1: Evidencia documentaria oficial del tiempo de espera en admisión. 2: Evidencia documentaria oficial que muestra el registro del tiempo de espera en admisión con resultados dentro de los límites esperados por la institución.

## Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

	<b>ADA2-4</b>	<p>0: No se registra el porcentaje de usuarios no atendidos en el establecimiento luego de la entrega de citas.</p> <p>1: Evidencia documentaria oficial de registro del porcentaje de usuarios no atendidos en el establecimiento.</p> <p>2: Evidencia documentaria oficial que muestra el registro del porcentaje de usuarios no atendidos con resultados dentro de los límites esperados por la institución.</p>
	<b>ADA2-5</b>	<p>0: No se registra el porcentaje de citas atendidas de acuerdo con la programación.</p> <p>1: Documento oficial de registro del porcentaje de citas atendidas en el establecimiento.</p> <p>2: Evidencia documentaria oficial del registro del porcentaje de citas atendidas con resultados dentro de los límites esperados.</p>
	<b>ADA2-6</b>	<p>0: No se registra el porcentaje de reprogramación de citas.</p> <p>1: Evidencia documentaria del registro del porcentaje de reprogramación de citas.</p> <p>2: Informe oficial de monitoreo de registro del porcentaje de reprogramación de citas que muestra resultados en los niveles esperados.</p>
	<b>ADA2-7</b>	<p>0: No se realiza el control de calidad de las historias clínicas.</p> <p>1: Informe / Reporte oficial del control de calidad de las historias clínicas.</p> <p>2: Informe / Reporte oficial del control de calidad de las historias clínicas que muestra resultados en los niveles esperados.</p>
	<b>ADA2-8</b>	<p>0: El porcentaje de usuarios externos satisfechos con la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta registrados oficialmente es menor al 60%.</p> <p>1: El registro oficial muestra un porcentaje entre el 60% y 80% de usuarios satisfechos.</p> <p>2: El registro oficial muestra un porcentaje mayor al 80% de usuarios satisfechos.</p>
<b>ADA.3</b>	<b>ADA3.1</b>	<p>0: No se documenta el proceso de alta</p> <p>1: Documento oficial del proceso de alta.</p> <p>2: Se verifica la cumplimiento del proceso de alta oficializado en una muestra aleatoria de historias clínicas del último mes.</p>
	<b>ADA3.2</b>	<p>0: No se registran las estancias hospitalarias prolongadas.</p> <p>1: Evidencia documentaria del registro de las estancias hospitalarias prolongadas.</p> <p>2: Evidencia documentaria de la implementación de medidas correctivas como producto del análisis del registro de las estancias hospitalarias prolongadas.</p>
<b>ADA.4</b>	<b>ADA4-1</b>	<p>0: No se fomenta que el usuario consigne sugerencias y quejas de la consulta ambulatoria.</p> <p>1: Los trabajadores refieren que se fomenta el registro de sugerencias y quejas pero no existen registros.</p> <p>2: Existen documentos que muestran el registro de quejas y sugerencias a la consulta externa en el último año.</p>

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

Código	Código Criterio	Fuente de Verificación según Criterio
<b>RCR.1</b>	<b>RCR1-1</b>	0: No se tiene documentado el proceso de referencias y contrarreferencias. 1: Documento oficial del proceso de referencias y contrarreferencias. 2: Sistema de referencias y contrarreferencias oficializado de acuerdo a normas.
	<b>RCR1-2</b>	0: No se han establecido coordinaciones con otros servicios de atención ambulatoria, servicios extrainstitucionales locales, regionales o nacionales para garantizar la atención posterior al alta. 1: Evidencia documentaria de las coordinaciones establecidas sobre este punto. 2: Evidencia documentaria de la implementación de las coordinaciones oficiales establecidas para garantizar la atención posterior al alta.
	<b>RCR1-3</b>	0: No se cuenta con un mecanismo de seguimiento de pacientes referidos cuando no se produce la contrarreferencia. 1: Documento oficial que muestra el mecanismo de seguimiento de pacientes referidos. 2: Evidencia documentaria de la operatividad del mecanismo de seguimiento de pacientes referidos las 24 horas para el último mes.
	<b>RCR1-4</b>	0: No se cuenta con formatos impresos para las referencias y contrarreferencias. 1: Existen formatos impresos para referencias y contrarreferencias. 2: Se verifica la existencia de los formatos impresos para las referencias y contrarreferencias en más del 50% de los lugares necesarios.
<b>RCR.2</b>	<b>RCR2-1</b>	0: No se tiene rol de personal a cargo del traslado de pacientes. 1: Se observa rol oficial de personal a cargo del traslado de pacientes. 2: Se verifica que el rol de personal a cargo del traslado de pacientes es de conocimiento por los todos los responsables responsables.
	<b>RCR2-2</b>	0: No se dispone de servicio de transporte operativo. 1: Se observa la existencia del servicio de transporte. 2: Evidencia documentaria de la operatividad del servicio de transporte las 24 Horas para el último mes.
<b>RCR.3</b>	<b>RCR3-1</b>	0: Se verifica que el personal responsable desconoce los aspectos críticos del proceso de referencia y contrarreferencia sobre una muestra aleatoria de 5 trabajadores de cada área correspondiente. 1: Se verifica que el personal responsable conoce los aspectos críticos del proceso de referencia y contrarreferencia sobre muestra similar. 2: Evidencia documentaria sobre la identificación e implementación de mejoras respecto a los aspectos críticos del proceso de referencia y contrarreferencia..
	<b>RCR3-2</b>	0: No se cuantifica el porcentaje de casos referidos en los que se aplicaron los criterios y procedimientos establecidos sobre una muestra aleatoria del último trimestre. 1: Evidencia documentaria del registro del porcentaje de casos referidos en los que se aplicaron los criterios y procedimientos establecidos sobre la misma muestra. 2: Evidencia documentaria que demuestra que el porcentaje de casos referidos en los que aplican los criterios coincide con los resultados esperados.
	<b>RCR3-3</b>	0: No se cuantifica el porcentaje de referencias de gestantes, puérperas y neonatos a un establecimiento de mayor complejidad. 1: Evidencia documentaria de que se cuantifica el porcentaje de referencias de gestantes, puérperas y neonatos. 2: Evidencia documentaria de que las referencias con registro oficial se realizan de acuerdo a la cartera de servicios del establecimiento.

## Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

	<b>RCR3-4</b>	<p>0: No se cuantifica la relación porcentual entre referencias y contrarreferencias realizadas.</p> <p>1: Evidencia documentaria del registro de la relación porcentual entre referencia y contrarreferencias.</p> <p>2: Los resultados registrados de la relación porcentual entre referencias y contrarreferencias coinciden con lo esperado según normatividad.</p>
<b>RCR.4</b>	<b>RCR4-1 ESPECIFICO PARA MINSA</b>	<p>0: No se cuenta con sistema de vigilancia comunitaria</p> <p>1: Documento oficial del sistema de vigilancia comunitaria.</p> <p>2: Se verifica que todos los responsables conocen el sistema de vigilancia comunitaria oficial.</p>
	<b>RCR4-2 ESPECIFICO PARA MINSA</b>	<p>0: El establecimiento no cuenta con agentes comunitarios.</p> <p>1: Existe registro oficial que contiene el listado de los agentes comunitarios activos.</p> <p>2: Evidencia documentaria que los agentes comunitarios realizan la referencia comunal de pacientes, correspondiente a los 3 últimos meses.</p>
	<b>RCR4-3 ESPECIFICO PARA MINSA</b>	<p>0: No se cuenta con formatos oficiales de referencia y contrarreferencia comunal.</p> <p>1: Cuenta con formatos oficiales de referencia y contrarreferencia comunal.</p> <p>2: Se verifica el correcto registro de los formatos de referencia y contrarreferencia comunal sobre una muestra aleatoria de los 3 últimos meses.</p>

## Macroproceso 16: Gestión de Medicamentos (GMD)

Código	Código Criterio	Fuente de Verificación según Criterio
<b>GMD.1</b>	<b>GMD1-1</b>	0: No se realizan compras de medicamentos según el petitorio nacional. 1: Evidencia documentaria de que se autorizan compras en el marco del petitorio nacional sin considerar cuadro de necesidades. 2: Evidencia documentaria de que las compras autorizadas en el marco del petitorio nacional consideran los cuadro de necesidades.
	<b>GMD1-2</b>	0: No se cuenta con sistemas para la gestión de medicamentos. 1: Se verifica la existencia de un sistema para la gestión de medicamentos. 2: Existen reportes del sistema de gestión de medicamentos correspondiente al último año.
	<b>GMD1-3</b>	0: No se realiza informes consolidados del consumo de medicamentos. 1: Existen informes consolidados diarios del consumo de medicamentos de los dos últimos 6 meses. 2: Existen informes consolidados mensuales del consumo de medicamentos de los últimos 12 meses, además del cumplimiento del ítem anterior.
	<b>GMD1-4</b>	0: No cumple con buenas prácticas de almacenamiento de medicamentos. 1: Se observa cumplimiento parcial de buenas prácticas de almacenamiento de medicamentos según normatividad (lista de chequeo). 2: Se observa cumplimiento total de las buenas prácticas de almacenamiento de medicamentos según normatividad (lista de chequeo).
	<b>GMD1-5</b>	0: No se cuenta con libro para registro de prescripción de narcóticos. 1: Existe libro de registro de prescripción de narcóticos en blanco o con registro de algunos días. 2: Existe libro de registro de prescripción de narcóticos con registro de todos los días en los últimos 3 meses.
<b>GMD.2</b>	<b>GMD2-1</b>	0: No se aplican normas de prescripción. 1: Documento oficial que contiene las normas de prescripción para el establecimiento. 2: Informes mensuales de evaluación de la aplicación de normas oficiales de prescripción en el Establecimiento para el último año.
	<b>GMD2-2</b>	0: No se aplican normas de dispensación. 1: Documento oficial que contiene las normas de dispensación en el establecimiento. 2: Informe mensuales de evaluación de la aplicación de normas de dispensación en el establecimiento para el último año.
	<b>GMD2-3</b>	0: No se realiza vigilancia de los errores en la dispensación de medicamentos. 1: Evidencia documentaria de la vigilancia de errores en la dispensación de medicamentos. 2: Evidencia documentaria de la implementación de disposiciones dirigidas a corregir los errores en la dispensación registrados.
	<b>GMD2-4</b>	0: El servicio de farmacia no cuenta con mecanismos de información al paciente. 1: Documento oficial que registra el mecanismo de información al paciente en el servicio de farmacia. 2: Se verifica la información que se da al paciente en el servicio de farmacia sobre una muestra aleatoria de 20 usuarios.

	<b>GMD2-5</b>	<p>0: No se registra los errores de prescripción.</p> <p>1: Evidencia documentaria del registro de los errores en la prescripción sobre una muestra aleatoria historias clínicas en el último mes.</p> <p>2: Evidencia documentaria de la implementación de disposiciones dirigidas a disminuir los errores de prescripción de acuerdo a los resultados de su registro.</p>
<b>GMD.3</b>	<b>GMD3-1</b>	<p>0: No se evalúa el stock registrado versus el stock real.</p> <p>1: Evidencia documentaria de la evaluación del stock registrado versus el stock real con resultados por debajo del 99% de coincidencia.</p> <p>2: Evidencia documentaria de la evaluación del stock registrado versus el stock real con resultados mayores al 99% de coincidencia.</p>
	<b>GMD3-2</b>	<p>0: No se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas.</p> <p>1: Evidencia documentaria de la evaluación del porcentaje de prescripciones no atendidas.</p> <p>2: Evidencia documentaria de la implementación de disposiciones para mejorar el porcentaje de prescripciones no atendidas.</p>
	<b>GMD3-3</b>	<p>0: No se realiza el monitoreo de las existencias para cautelar el normostock.</p> <p>1: Informe / Reporte de monitoreo de las existencias de medicamentos para el último año.</p> <p>2: Evidencia documentaria de la implementación de disposiciones para lograr un normostock en base a resultados del monitoreo de medicamentos.</p>
	<b>GMD3-4 ESPECIFICO PARA MINSA</b>	<p>0: Se verifica documentación que muestra que menos del 50% del personal ha sido capacitado y evaluado sus conocimientos sobre los procedimientos de farmacia.</p> <p>1: Se verifica documentación que muestra que entre el 50% y el 80% del personal ha sido capacitado y evaluado sobre los procedimientos de farmacia.</p> <p>2: Se verifica documentación que muestra que más del 80% del personal ha sido capacitado y evaluado sobre los procedimientos de farmacia.</p>
	<b>GMD3-5 ESPECIFICO PARA MINSA</b>	<p>0: No se organiza la provisión del normostock en los servicios críticos.</p> <p>1: Evidencia documentaria de la organización de la provisión del normostock en algunos servicios críticos durante el último año.</p> <p>2: Evidencia documentaria de la organización de la provisión del normostock en todos los servicios críticos durante el último año.</p>



## Macroproceso 17: Gestión de la Información (GIM)

Código	Código Criterio	Fuente de Verificación según Criterio
<b>GIN.1</b>	<b>GIN1-1</b>	0: No se identifica las necesidades de información de los procesos asistenciales y administrativos. 1: Evidencia documentaria de la identificación de necesidades de información de los procesos asistenciales y administrativos. 2: Actas de reuniones oficiales del personal de las diferentes áreas en la cuales se realiza la identificación de necesidades de información.
	<b>GIN1-2</b>	0: No se identifican las necesidades de equipamiento para el funcionamiento adecuado del sistema de información. 1: Evidencia documentaria de la identificación de necesidades de equipamiento para el sistema de información. 2: Plan de adquisiciones que incorpora las necesidades identificadas de equipamiento del sistema de información.
	<b>GIN1-3</b>	0: Se verifica que menos del 50% del personal conoce el sistema de acopio de información sobre el total de trabajadores que detallan las etapas / fases. 1: Se verifica que entre el 50% y el 80% del personal conoce el sistema de acopio de información. 2: Se verifica que más del 80% del personal conoce el sistema de acopio de información.
	<b>GIN1-4</b>	0: No se cuenta con sistemas de información de medicamentos. 1: Documento oficial del sistema de información de medicamentos. 2: Evidencia documentaria de la implementación de descriptores en el sistema de información de medicamentos oficializado.
	<b>GIN1-5</b>	0: Evidencia documentaria de que menos del 60% del personal ha sido capacitado para la gestión de información en el último año sobre el total de trabajadores. 1: Evidencia documentaria de capacitación entre el 60% y el 90% del personal del área. 2: Evidencia documentaria de capacitación de más del 90% del personal del área.
	<b>GIN1-6</b>	0: No se cuenta con procedimientos documentados para las fases de captura, análisis, transmisión, difusión, almacenamiento, conservación y depuración de la información. 1: Procedimientos documentados oficialmente para algunas de las fases descritas. 2: Procedimientos documentados oficialmente para todas las fases descritas.
	<b>GIN1-7</b>	0: No se cuenta con un sistema de gestión de la información. 1: Documento del sistema de gestión de información oficializado. 2: Evidencia documentaria de la implementación de las disposiciones del sistema de gestión de información oficial.
	<b>GIN1-8</b>	0: Evidencia documentaria del monitoreo de la información de menos del 60% de las unidades orgánicas y funcionales. 1: Evidencia documentaria del monitoreo de la información entre el 60% a 90% de las unidades orgánicas y funcionales. 2: Evidencia documentaria del monitoreo de la información de más del 90% de las unidades orgánicas y funcionales.
<b>GIN.2</b>	<b>GIN2-1</b>	0: No se identifican aspectos críticos para la gestión de información. 1: Evidencia documentaria de la identificación de aspectos críticos de la gestión de la información. 2: Se verifica la elaboración de proyectos de mejora de los aspectos críticos de la gestión de información.

	<b>GIN2-2</b>	<p>0: No se cuenta con método para la gestión de información.</p> <p>1: Documento oficial que registra los procedimientos del método de gestión de la información.</p> <p>2: Evidencia documentaria de la implementación de los procedimientos del método de gestión de la información de acuerdo a las disposiciones oficiales.</p>
<b>GIN.3</b>	<b>GIN3-1</b>	<p>0: No se cuenta con mecanismos de información y retroalimentación.</p> <p>1: Evidencia oficial de la existencia de un mecanismo de información.</p> <p>2: Se verifica que existen documentos que registran el mecanismo de información y retroalimentación luego del análisis de la información.</p>
	<b>GIN3-2</b>	<p>0: No hay evidencia de la generación de espacios de análisis de información.</p> <p>1: Actas de reuniones para el análisis de información.</p> <p>2: Actas de reuniones participativas para el análisis de información.</p>
	<b>GIN3-3</b>	<p>0: No se cuenta con espacio de publicación de información actualizada de los proyectos de mejora continua.</p> <p>1: Se verifica la existencia del espacio visible al usuario interno para publicación de este tipo de información.</p> <p>2: Se verifica que la información publicada en el espacio asignado está actualizada.</p>
	<b>GIN3-4</b>	<p>0: No se identifica las percepciones del usuario interno sobre el manejo de la información.</p> <p>1: Evidencia documentaria de la identificación de las percepciones del usuario interno sobre la información de manera esporádica.</p> <p>2: Evidencia documentaria de la identificación de las percepciones del usuario interno sobre la información de manera semestral para el último año.</p>

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

Código	Código Criterio	Fuente de Verificación según Criterio
DLDE.1	DLDE1-1	0: No se cuenta con manual de desinfección y esterilización acorde a la categoría del establecimiento. 1: Existe manual de desinfección y esterilización oficial acorde a la categoría del establecimiento. 2: Se verifica que el personal conoce las disposiciones contenidas en el manual oficializado sobre una muestra aleatoria de 10 trabajadores del área.
	DLDE1-2	0: No se cuenta con guía actualizada sobre los procedimientos de limpieza. 1: Existe guía oficial de procedimientos de limpieza. 2: Se verifica que el personal conoce las disposiciones contenidas en la guía oficial sobre una muestra 50% de trabajadores del área.
	DLDE1-3	0: No se tiene centralizado los procesos de limpieza, desinfección y esterilización de materiales y equipos. 1: No válido 2: Se verifica documentos que muestran que el proceso de limpieza, desinfección y esterilización está centralizado.
DLDE.2	DLDE2-1	0: Se observa menos del 50% del personal que manipula equipos y material se encuentra protegido sobre una muestra aleatoria del 50% de trabajadores. 1: Se observa entre el 50% y 90% del personal protegido sobre la misma muestra. 2: Se observa más del 90% del personal protegido sobre la misma muestra.
	DLDE2-2	0: No se realiza la clasificación y decontaminación del material y equipos usados. 1: Se observa la clasificación y decontaminación del material por parte del personal pero no de acuerdo al manual (uso de lista de chequeo). 2: Se observa la clasificación y decontaminación del material por parte del personal de acuerdo al manual (uso de lista de chequeo).
	DLDE2-3	0: No se cuenta con procedimientos de empaque del material / equipo o este es oficial solamente para el empaque. 1: Se observa el empaque y esterilización del material / equipo sin relación a algún procedimiento oficial (con lista de chequeo). 2: Se observa el empaque y esterilización del material / equipo de acuerdo a procedimiento oficial (con lista de chequeo).
	DLDE2-4	0: Se observa la aplicación de por lo menos un control (físico, químico o biológico) en la esterilización de materiales y equipos. 1: Se observa la aplicación de por lo menos dos controles (físicos, químicos o biológicos) en la esterilización de materiales y equipos. 2: Se observa la aplicación de los tres controles (físicos, químicos o biológicos) en la esterilización de materiales y equipos.
	DLDE2-5	0: No se cuenta con sistema de control de daños, pérdidas de materiales y equipos en cada área de esterilización 1: Documento oficial del sistema de control de daños, pérdidas de materiales y equipos presente en cada área de esterilización. 2: Se lleva el control por escrito en cada área de esterilización en relación a los daños, pérdidas de materiales y equipos de acuerdo al sistema oficial.
	DLDE2-6	0: No hay un sistema de control de pérdidas y deterioros innecesarios de enseres de cama y ropa. 1: Documento oficial del sistema de control de pérdidas y deterioros. 2: Se observa la implementación de disposiciones para el control de pérdidas y deterioros de enseres de cama y ropa.

<b>DLDE.3</b>	<b>DLDE3-1</b>	<p>0: Se observa menos del 60% de personal que realiza la recolección y lavado de la ropa debidamente protegido según normas de salud ocupacional sobre una muestra del 50% de trabajadores.</p> <p>1: Se observa entre el 60% y el 90% del personal debidamente protegido sobre la misma muestra.</p> <p>2: Se observa más del 90% del personal debidamente protegido sobre la misma muestra.</p>
	<b>DLDE3-2</b>	<p>0: No existe procedimiento especial para el tratamiento de ropa contaminada.</p> <p>1: Documento oficial del procedimiento especial para el tratamiento de ropa contaminada.</p> <p>2: Se verifica el conocimiento del personal del procedimiento oficial para el tratamiento de ropa contaminada sobre una muestra aleatoria del 50% de trabajadores.</p>
	<b>DLDE3-3</b>	<p>0: No se cuantifica el porcentaje de quejas y reclamos sobre el servicio de lavandería.</p> <p>1: Existe un Informe / Reporte del porcentaje de quejas y reclamos sobre el servicio de lavandería.</p> <p>2: Se observa la implementación de disposiciones orientadas a mejorar el servicio de lavandería sobre la base de las quejas y reclamos.</p>
	<b>DLDE3-4</b>	<p>0: No se realiza el almacenamiento de los enseres y ropa de cama según normas.</p> <p>1: Se verifica que el personal conoce las normas para el almacenamiento de enseres y ropa de cama en una muestra aleatoria del 50% de trabajadores.</p> <p>2: Se observa el almacenamiento de los enseres y la ropa de cama según normas.</p>
<b>DLDE.4</b>	<b>DLDE4-1</b>	<p>0: Se observa que menos del 60% del personal está debidamente vestido y protegido según normas de bioseguridad sobre una muestra aleatoria del 50% de trabajadores.</p> <p>1: Se observa protección del personal entre un 60% y un 90%, sobre igual muestra.</p> <p>2: Se observa que más del 90% del personal está debidamente vestido y protegido según normas de bioseguridad sobre igual muestra.</p>
	<b>DLDE4-2</b>	<p>0: No se cuenta con procedimientos para la eliminación de residuos sólidos.</p> <p>1: Se verifica el procedimiento oficializado para la eliminación de residuos sólidos y se observa su implementación parcial (lista de chequeo).</p> <p>2: Se observa la implementación del procedimiento oficial para la eliminación de residuos sólidos en todo el establecimiento (lista de chequeo).</p>
	<b>DLDE4-3</b>	<p>0: La unidad de epidemiología y saneamiento ambiental no participan en la elaboración de normas de limpieza.</p> <p>1: Actas de reunión del personal de epidemiología y saneamiento ambiental para la elaboración de normas de limpieza.</p> <p>2: Informes de supervisión del cumplimiento de las normas de limpieza elaboradas de manera participativa.</p>
	<b>DLDE4-4</b>	<p>0: No se cuantifica la percepción de los usuarios (interno y externo) respecto a la limpieza del establecimiento.</p> <p>1: Evidencia documentaria de que se cuantifica la percepción de los usuarios respecto a la limpieza del establecimiento.</p> <p>2: Se verifica que se han implementado disposiciones dirigidas a mejorar la limpieza del establecimiento con base a los resultados de la percepción de los usuarios.</p>

**Macroproceso 19: Manejo de Riesgo Social (MRS)**

Código	Código Criterio	Fuente de Verificación según Criterio
<b>MRS.1</b>	<b>MRS1-1 ESPECIFICO PARA MINSA</b>	0: No se cuenta con un sistema de evaluación socioeconómica de los usuarios. 1: Se evidencia que los procedimientos del sistema de evaluación socioeconómica no están presente en todos los puntos de entrada de los usuarios y es por horas. 2: Se evidencia que los procedimientos del sistema de evaluación socioeconómica están presente en todos los puntos de entrada de los usuarios y está operativo las 24 horas.
	<b>MRS1-2 ESPECIFICO PARA MINSA</b>	0: No se realiza el control de las fichas de evaluación socioeconómica. 1: Informe / Reporte de control de las fichas de evaluación socioeconómica para períodos mayores a un mes. 2: Informe / Reporte mensuales de control de las fichas de evaluación socioeconómica para el último año.
	<b>MRS1-3 ESPECIFICO PARA MINSA</b>	0: No se cuenta con servicio de internet en el área de servicio social. 1: Se observa que el servicio cuenta con internet pero no realiza el cruce de información de los usuarios en una muestra aleatoria de 20 usuarios. 2: Se observa que el servicio cuenta con internet y realiza el cruce de información de los usuarios en una muestra aleatoria de 20 usuarios.
	<b>MRS1-4</b>	0: No se realiza evaluaciones socioeconómicas a los usuarios del establecimiento (consulta externa, emergencia, apoyo diagnóstico y hospitalización). 1: Se verifica la presencia de fichas de evaluación socioeconómica en tres de las cuatro áreas señaladas. 2: Se verifica la presencia de fichas de evaluación socioeconómica en todas las áreas señaladas.
<b>MRS.2</b>	<b>MRS2-1 ESPECIFICO PARA MINSA</b>	0: No cuenta con mecanismos de financiamiento de la atención de la población pobre y en extrema pobreza. 1: Evidencia documentaria de mecanismos de financiamiento de este tipo de Atención (registro de exoneraciones). 2: Evidencia documentaria de la implementación de mecanismos de financiamiento en el último año.
	<b>MRS2-2 ESPECIFICO PARA MINSA</b>	0: Las tarifas del establecimiento no se adecúan a la política del MINSA 1: Se verifica que el tarifario institucional se adecúa parcialmente a las disposiciones de política del MINSA. 2: Se verifica que el tarifario institucional se adecúa completamente a la política del MINSA.

## Macroproceso 20: Nutrición y Dietética (NYD)

Código	Código Criterio	Fuente de Verificación según Criterio
NYD.1	NYC1-1	0: No se cuenta con manual actualizado de normas y procedimientos técnico-administrativos de la atención nutricional y dietética. 1: Manual de normas y procedimientos para la atención nutricional es oficial. 2: Manual de normas y procedimientos para la atención nutricional oficial está disponible al personal.
	NYC1-2	0: Evidencia documentaria de que menos del 50% del personal de nutrición ha sido capacitado durante el último año. 1: Evidencia de capacitación entre el 50% a 80% del personal de nutrición durante el último año. 2: Evidencia de capacitación a más del 80% del personal de nutrición durante el último año.
	NYC1-3	0: No se han determinado horarios para la distribución de dietas. 1: Documento oficial que establece los horarios de distribución de dietas. 2: Se observa que la distribución de dietas se realiza de acuerdo a las disposiciones Oficiales según normatividad.
	NYC1-4	0: No se cuenta con normas para manipulación de alimentos. 1: Documento oficial que establece las normas para manipulación de alimentos. 2: Se observa la manipulación de alimentos cumple todas las disposiciones oficiales.
	NYC1-5	0: No se aplican buenas prácticas de almacenamiento de víveres. 1: Se observa in situ la aplicación de buenas prácticas de almacenamiento solamente para algunos víveres 2: Se observa in situ la aplicación de buenas prácticas de almacenamiento para todos los víveres.
	NYC1-6	0: No se cuenta con mecanismos de información y educación a los usuarios y familiares sobre los requerimientos nutricionales. 1: Documentación oficial de mecanismos oficiales para la información y educación a los usuarios y familiares sobre los requerimientos nutricionales. 2: Se obtiene respuesta afirmativa sobre información a pacientes y familiares respecto a requerimientos nutricionales con preguntas realizadas a una muestra aleatoria de 10 individuos.
NYC.2	NYC2-1	0: No se cuenta con listado oficial de regímenes estándar por patologías prevalentes detallado por composición de nutrientes. 1: Documento oficial de listado de regímenes estándar por patologías prevalentes. 2: Documento oficial de listado de regímenes estándar por patologías prevalentes detallado por composición de nutrientes.
	NYC2-2	0: Se observa que el personal de enfermería / obstetricia desconoce como verificar la concordancia entre el menú del día y las indicaciones dietéticas en una muestra aleatoria de 10 pacientes. 1: Se observa que el personal de enfermería / obstetricia verifica la concordancia entre el menú del día y las indicaciones dietéticas en una muestra aleatoria de 10 pacientes. 2: Se observa que el personal de enfermería / obstetricia verifica y registra la concordancia entre el menú del día y las indicaciones dietéticas en una muestra aleatoria de 10 pacientes.
	NYC2-3	0: El personal de nutrición no realiza visitas a los pacientes con dietas especiales. 1: Evidencia documentaria de visitas a pacientes con dietas especiales por parte del personal de nutrición. 2: Evidencia documentaria de visitas diarias a pacientes con dietas especiales por parte del personal de nutrición.

	<b>NYC2-4</b>	<p>0: No se registra el porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios respecto a los regímenes dietéticos.</p> <p>1: Evidencia documentaria del registro oficial del porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios.</p> <p>2: Evidencia documentaria de la implementación de medidas acordes al registro de quejas o reclamos de los usuarios.</p>
--	---------------	--

### Macroproceso 21: Gestión de Insumos y Materiales (GIM)

Código	Código Criterio	Fuente de Verificación según Criterio
<b>GIM.1</b>	<b>GIM1-1</b>	<p>0: No se cuenta con lineamiento de acción para el requerimiento o adquisición de insumos o materiales.</p> <p>1: Documento oficial que establece los lineamientos de acción para el requerimiento o adquisición de insumos o materiales.</p> <p>2: Lineamientos de acción oficiales para el requerimiento o adquisición de insumos o materiales de acuerdo a normatividad vigente.</p>
	<b>GIM1-2</b>	<p>0: No se cuenta con plan anual de necesidades de bienes estratégicos por servicios.</p> <p>1: Plan anual de necesidades de bienes estratégicos por servicios oficializado.</p> <p>2: Documento oficial que contiene las disposiciones que garantizan la calidad de los bienes estratégicos contenidas en el plan anual de necesidades por servicios.</p>
	<b>GIM1-3</b>	<p>0: No se cuenta con medidas de protección de insumos y materiales.</p> <p>1: Documento oficial que registra las medidas para la protección de insumos y materiales por parte del personal.</p> <p>2: Evidencia documentaria del cumplimiento de las medidas establecidas oficialmente para la protección de insumos y materiales por parte del personal.</p>
	<b>GIM1-4</b>	<p>0: No se cuenta con procedimientos para el control de insumos y materiales.</p> <p>1: Documento oficial que registra los procedimientos para el control de insumos y materiales.</p> <p>2: Evidencia documentaria del cumplimiento de las medidas establecidas oficialmente para el control de insumos y materiales.</p>
<b>GIM.2</b>	<b>GIM2-1</b>	<p>0: No se realiza el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo al plan de adquisiciones.</p> <p>1: Documento oficial de requerimiento de bienes estratégicos conforme al plan.</p> <p>2: Evidencia documentaria del cumplimiento de los procedimientos para el requerimiento de bienes estratégicos según el plan de adquisiciones.</p>
	<b>GIM2-2</b>	<p>0: No cuenta con procedimientos para la adquisición de insumos y materiales.</p> <p>1: No válido</p> <p>2: Documento oficial del procedimiento para la adquisición de insumos y materiales.</p>
	<b>GIM2-3</b>	<p>0: Evidencia de que menos del 50% de las entregas de insumos y materiales se realizan de acuerdo a la programación de requerimientos.</p> <p>1: Evidencia de entrega entre el 50% y el 80% según requerimientos programados.</p> <p>2: Evidencia de entrega de más del 80% según requerimientos programados.</p>
	<b>GIM2-4</b>	<p>0: Registro oficial de la opinión de los técnicos en el proceso de adquisición de insumos y materiales en menos del 60% de procesos.</p> <p>1: Evidencia de registro de la opinión de los técnicos entre el 60% a 80% de los procesos.</p> <p>2: Evidencia de registro de la opinión de los técnicos en más del 80% de los procesos.</p>

## Macroproceso 22: Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)

Código	Código Criterio	Fuente de Verificación según Criterio
EIF.1	EIF1-1	0: No se cuenta con plan de mantenimiento preventivo y recuperativo de la planta física y servicios básicos. 1: Plan operativo institucional oficial no incorpora el plan de mantenimiento preventivo y recuperativo. 2: Plan operativo institucional oficial incorpora el plan de mantenimiento preventivo y recuperativo
	EIF1-2	0: No se cuenta con plan de reemplazo de equipos. 1: Plan operativo institucional oficial no incorpora el plan de reemplazo de equipos. 2: Plan operativo institucional oficial incorpora el plan de reemplazo de equipos.
	EIF1-3	0: No se elaboran proyectos de inversión. 1: Evidencia documentaria de que se cuenta con personal competente para la elaboración de proyectos de inversión. 2: Se evidencia informes de proyectos de inversión elaborados por personal con competencias documentadas.
	EIF1-4	0: No se cuenta con personal capacitado para realizar el mantenimiento preventivo y de recuperación de infraestructura. 1: Evidencia documentaria de la capacitación del personal encargado del mantenimiento preventivo hace más de un año. 2: Evidencia documentaria de la capacitación del personal encargado del mantenimiento preventivo en el último año.
	EIF1-5	0: No se cuenta con procedimientos para adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación y/o ampliación de la infraestructura física. 1: Documentos oficiales de los procedimientos para alguno(s) de los procesos (adquisición, mantenimiento, remodelación y/o ampliación). 2: Documentos oficiales de los procedimientos para todos los procesos (adquisición, mantenimiento, remodelación y/o ampliación).
	EIF1-6	0: No se cuenta con sistema de inventario ni registro de operatividad. 1: Documento oficial que registra el sistema de inventario y registro de operatividad. 2: Informe del inventario y registro de operatividad de acuerdo a disposición oficial para el último trimestre o semestre.
	EIF1-7	0: No se cuenta con manual de procedimientos para el mantenimiento de las Instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias. 1: Cuenta con manual de procedimientos oficial para el mantenimiento de las instalaciones oficializado. 2: Informe de la situación del mantenimiento de las instalaciones de acuerdo a manual de procedimientos oficial para el último semestre.
	EIF1-8	0: No cuenta con manual de mantenimiento, control y seguimiento de áreas críticas. 1: Manual de mantenimiento, control y seguimiento de áreas críticas oficializado. 2: Informe de la situación de las áreas críticas de acuerdo a manual oficial para el último semestre.
	EIF1-9	0: No cuenta con manual de medidas de buen uso y prevención de deterioro de los equipos y servicios básicos (agua y energía eléctrica). 1: Cuenta con manual de buen uso y prevención de deterioro de los equipos y servicios básicos oficializado. 2: Informe de la situación de los equipos y servicios básicos de acuerdo a manual oficial para el último semestre.



## Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

---

<b>EIF.2</b>	<b>EIF2-1</b>	0: No cuenta con procedimiento de verificación de inventarios. 1: Documento oficial de procedimiento de verificación de inventarios. 2: Informe a Dirección del establecimiento según disposiciones oficiales para la verificación del inventarios en el último año.
	<b>EIF2-2</b>	0: No se realiza mantenimiento preventivo de los equipos. 1: Se evidencia informe (s) oficial (es) de la realización de mantenimiento preventivo a los equipos sin patrón de periodicidad 2: Informes oficiales de la realización de mantenimiento preventivo a los equipos de acuerdo a cronograma oficial establecido.
	<b>EIF2-3</b>	0: Se verifica el total de solicitudes recibidas en el trimestre y las que tuvieron respuesta donde el porcentaje de mantenimiento preventivo o reparativo es menor al 60%. 1: El porcentaje de soluciones oportunas está entre el 60% y el 80% con similar mecanismo. 2: El porcentaje de soluciones oportunas es mayor al 80% con similar mecanismo.