

Macroproceso 1: Direccionamiento (DIR)

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

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

Macroproceso 1: Direccionamiento (DIR)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				DIR1-5	El establecimiento ha formulado el análisis de la situación de salud con la participación de las autoridades regionales/locales para definir el direccionamiento de la atención sanitaria y el desarrollo de sus servicios. (0: No ha participado; 1: Participa pero no continuamente; 2: Participa continuamente y consta en actas)
				DIR1-6	Los resultados de las mediciones de las funciones obstétricas neonatales realizadas en los últimos dos semestre están dentro de los niveles esperados para el establecimiento de salud. (0: Todas las mediciones están por debajo de lo esperado; 1: Algunas mediciones están en el nivel esperado; 2: Todas las mediciones del período están en los niveles esperados)
				DIR1-7	La Dirección del establecimiento de salud asegura la adhesión del personal a las guías de práctica clínica para la atención de las prioridades sanitarias en el ámbito nacional y/o regional. (0: No cumple; 1: Establece y no logra; 2: Establece, logra y participa en la evaluación)
				DIR1-8	La Dirección del establecimiento de salud define sus metas respecto a las estrategias nacionales y regionales y las incluye en el POA (Plan Operativo Anual). (0: No establece; 1: Establece y no logra; 2: Establece, logra y participa en la evaluación)

Macroproceso 1: Direccionamiento (DIR)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
DIR-2	Las actividades del plan son asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han mejorado la atención de los usuarios externos.	Eficacia Eficiencia	LEY N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	DIR2-1	Las actividades de los planes estratégico, operativo y de contingencias son asignadas formalmente a los responsables de cada unidad/área/servicio del establecimiento de salud. (0: No cumple; 1: Cumple parcialmente; 2: Cumple el procedimiento documentado en su totalidad)
				DIR2-2	Los responsables dan cuenta de los resultados de las actividades contenidas en los planes estratégico, operativo y de contingencia en espacios de participación según lo establecido. (0: No cumple; 1: Cumple parcialmente; 2: Cumple el procedimiento documentado en su totalidad)
				DIR2-3	El establecimiento de salud cumple con los resultados esperados en el Plan Operativo Anual a la fecha de evaluación. (0: No establece; 1: Establece y no logra; 2: Establece, logra y participa en la evaluación)

Macroproceso 2: Gestión de Recursos Humanos (GRH)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización está orientada a gestionar al recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GRH-1	El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	Disponibilidad Eficacia	D. Leg. N° 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	GRH1-1	El establecimiento de salud cumple con los procedimientos de incorporación del recurso humano y se orienta a cubrir las competencias requeridas en el manual de organización y funciones. (0: No ha definido para ninguna modalidad; 1: Ha definido para algunas; 2: Define para todas las modalidades de contratación)
				GRH1-2	El establecimiento de salud tiene definido el procedimiento de inducción del personal y se cumple con todos los trabajadores nuevos. (0: No cumple; 1: Cumple, pero no siempre está sustentado en los objetivos institucionales; 2: Cumple y está sustentado en los objetivos institucionales)
				GRH1-3	El establecimiento de salud ha definido formalmente las funciones de todos los trabajadores y lo comunica de acuerdo al cargo que ocupa. (0: No ha definido; 1: Define pero no cumple al 100%; 2: Define y cumple al 100%)
				GRH1-4	Las jefaturas de servicios/ departamentos/ áreas/ unidades analizan los resultados de productividad individual de acuerdo a los estándares establecidos por la autoridad del establecimiento. (0: No ha definido; 1: Define, pero no para todos los puestos de trabajo, y no comunica; 2: Define para todos los puestos de trabajo y comunica formalmente)

Macroproceso 2: Gestión de Recursos Humanos (GRH)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización está orientada a gestionar al recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GRH-2	El(los) equipo(s) del establecimiento de salud participan en las decisiones y análisis de la situación institucional.	Trabajo en equipo Transparencia Eficacia	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	GRH2-1	Los trabajadores de salud se organizan en equipos multidisciplinarios, por servicios, unidades o procesos, para reunirse periódicamente y realizar una reflexión de su práctica relacionada con la situación institucional. (0: No ejecuta; 1: Ejecuta en forma esporádica; 2: Realiza reuniones de decisión con equipo de gestión según plan)
				GRH2-2	Los equipos de trabajo del establecimiento de salud identifican problemas, proponen soluciones y participan en las decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos. (0: No ejecuta; 1: Ejecuta pero no sistemáticamente; 2: Ejecuta sistemáticamente)
GRH-3	El establecimiento de salud dispone de medidas de seguridad para la salud del personal.	Seguridad	Ley General de Salud N° 26842 N T N° 015 - MINSA / DGSP - V.01 Manual de Bioseguridad R.M. N° 179-2005/MINSA Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias.	GRH3-1	El establecimiento de salud facilita medidas de bioseguridad para el manejo del paciente con enfermedades transmisibles, así como otras acciones para cautelar la salud del personal asistencial. (0: No facilita; 1: Facilita pero no cubre a todos; 2: Facilita y cubre a todos)
				GRH3-2	Todo recurso humano del establecimiento debe estar protegido con algún tipo de seguro de salud básico. (0: No facilita; 1: Facilita pero no cubre a todos a los trabajadores de áreas de riesgo; 2: Facilita y cubre a todos)

Macroproceso 2: Gestión de Recursos Humanos (GRH)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización está orientada a gestionar al recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GRH-4	El establecimiento de salud garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.	Competencia técnica Eficacia	R. M. N° 111-2005/MINSA, que aprueba los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud	GRH4-1	El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano para que brinde servicios según el MAIS, priorizando el enfoque de promoción de la salud. (0: No dispone; 1: Dispone pero no cumple; 2: Dispone y cumple sistemáticamente)
				GRH4-2	El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano, orientado a lograr los objetivos institucionales. (0: No desarrolla; 1: Desarrolla, pero no para todos los programas; 2: Desarrolla para todos los programas identificados)
				GRH4-3	El establecimiento de salud garantiza que su personal ha sido capacitado en deberes y derechos de los usuarios y ha desarrollado una o más herramientas para evaluar su comprensión y cumplimiento. (0: No implementa; 1: Implementa pero no sistemáticamente; 2: Cumple con todo lo establecido)

Macroproceso 3: Gestión de la calidad (GCA)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GCA-1	El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.	Eficacia Trabajo en equipo	D. S. N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	GCA1-1	El establecimiento cuenta con un responsable de la calidad formalmente designado y capacitado para cumplir sus funciones. (0: No se cuenta; 1: Cuenta pero no está capacitado; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA1-2	Los diversos servicios o unidades funcionales cuentan con personal capacitado para realizar procesos de mejoramiento continuo de la calidad. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no están activos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA1-3	El establecimiento cuenta con equipos de mejoramiento continuo de la calidad constituidos y cumplen actividades según planificación. (0: No cuenta; 1: Personal que ejecuta estos procesos no está entrenado; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA1-4	El establecimiento tiene procedimientos documentados de los procesos asistenciales y administrativos priorizados con la finalidad de realizar un seguimiento continuo y establecer ciclos de mejora continua de la calidad. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero sólo asistenciales o administrativos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA1-5	Existe un programa de gestión o mejora de la calidad para la organización que responde a las necesidades de usuarios internos y externos. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero orientado sólo a usuarios externos o internos; 2: Cumple con todo lo establecido)

Macroproceso 3: Gestión de la calidad (GCA)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GCA-2	El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.	Eficacia Oportunidad Transparencia Información	Ley N° 27604, ley que modifica la Ley General de Salud N° 27842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencia y partos	GCA2-1	El establecimiento ha definido e implementa uno o varios mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de sus usuarios (buzón, encuestas, grupos focales, etc.) (0: No ha definido o no implementa; 1: Ha definido pero no están implementados sistemáticamente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA2-2	El establecimiento de salud tiene documentado el proceso para analizar y responder a las quejas y reclamos de los usuarios (metodologías, instrumentos y periodicidad), para lo cual cumple con los pasos requeridos. (0: No se cuenta; 1: No está documentado; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA2-3	El establecimiento tiene definido y difunde el paquete de información del proceso de atención que brindará a sus usuarios y es adecuado culturalmente según realidades locales. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero no ha sido difundida; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA2-4	Se han establecido e implementan mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios en los diversos servicios o áreas de atención. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta (documentado) pero no se aplica; 2: Cumple con todo lo establecido)

Macroproceso 3: Gestión de la calidad (GCA)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				GCA2-5	Se identifican periódicamente principales barreras de acceso de usuarios a servicios (pueden ser de tipo geográfico, arquitectónico, económico, cultural u organizacional), se documenta su análisis y se identifican acciones factibles de implementar desde la institución. (0: No se han identificado; 1: Se han identificado pero no se han establecido acciones para implementarlas; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA2-6	Se desarrollan acciones para disminuir las barreras de acceso de los usuarios que dependen del establecimiento de salud de acuerdo con lo identificado. (0: No se ha implementado ninguna; 1: Se ha implementado menos del 80% de acciones identificadas; 2: Se ha implementado más del 80% de lo identificado)
				GCA2-7	El establecimiento de salud muestra en un lugar visible su cartera de servicios y el cronograma de atención con responsables. (0: No muestra; 1: Muestra pero no está adecuado culturalmente a sus usuarios; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA2-8	El establecimiento tiene fluxogramas de atención general, por servicios y señalización. (0: No tiene de ninguno; 1: Tiene pero no está adecuado culturalmente a sus usuarios; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA2-9	El establecimiento tiene publicado los derechos de los pacientes en las zonas de contacto (emergencia, consulta externa, hospitalización). (0: No tiene publicado en ninguna parte; 1: Tiene publicado sólo en emergencia; 2: Cumple con todo lo establecido)

Macroproceso 3: Gestión de la calidad (GCA)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GCA-3	El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora	Efectividad Información completa Respeto al usuario Comodidad	D. S. N° 013-2006-SA que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud	GCA3-1	El establecimiento evalúa la satisfacción del usuario interno y externo por lo menos semestralmente. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero se mide a solicitud o demanda (no planificado); 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA3-2	Se cuantifica el porcentaje de quejas o reclamos atendidos oportunamente y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				GCA3-3	Se cuantifica el porcentaje de usuarios que recibieron buen trato durante la atención y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				GCA3-4	Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron que la información recibida en la atención es entendible y completa y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				GCA3-5	Se cuantifica el porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)

Macroproceso 3: Gestión de la calidad (GCA)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				GCA3-6	Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				GCA3-7	Se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				GCA3-8	El establecimiento mantiene por lo menos un proceso de atención priorizado producto de la implementación de los proyectos de mejora. (0: No tiene institucionalizado ninguno; 1: Está documentado pero no es verificable; 2: El proceso está documentado y es verificable)

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

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
MRA-1	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	Disponibilidad Eficacia Seguridad	R.M. N° 597-2006/MINSA que aprueba la N.T. N° 022-MINSA/DGSP-v.02, "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" R.M. N° 179-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008	MRA1-1	El establecimiento de salud ha definido responsables por servicios/áreas para el manejo de los riesgos de la atención, realiza acciones y las documenta. (0: No tiene definido; 1: Tiene definido pero no está operativo; 2: Está operativo y documenta sus acciones)
				MRA1-2	El establecimiento de salud cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica operativa de acuerdo con normas vigentes. (0: No cumple; 1: Cuenta, aunque no siempre está operativa; 2: Cumple con todo lo establecido)
				MRA1-3	El establecimiento de salud realiza reuniones de análisis de la gestión de riesgos de los procesos de atención y propone mecanismos para disminuir su ocurrencia. (0: No se dan los espacios; 1: Se dan los espacios de análisis pero no se documenta; 2: Cumple con todo lo establecido)
				MRA1-4	Se cuenta con un sistema operativo de vigilancia y respuesta frente a los eventos adversos de acuerdo con normas institucionales. (0: No existe; 1: Se da el espacio, se realiza la información y no se muestran los cambios por efectuar; 2: Cumple con todo lo establecido)

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

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				MRA1-5	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para hacer publica la información relevante de la gestión de riesgos de la atención y los cambios por efectuar. (0: No realiza; 1: Se realiza, aunque no periódicamente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				MRA1-6	Se realiza periódicamente el análisis de cuán efectiva es la atención materna mediante indicadores propuestos para la organización según normas. (0: No ha logrado; 1: Ha logrado pero de forma errática; 2: Ha logrado una reducción sostenida)
				MRA1-7	El establecimiento de salud ha logrado una reducción sostenida de los casos de muertes maternas en los últimos cinco años (para casos de referencia, se considerará los casos de muerte materna en un periodo de atención mayor a 48 horas). (0: No se cuenta; 1: Se cuenta y se realiza en ocasiones; 2: Se cumple con lo establecido)
				MRA1-8	El establecimiento de salud tiene definido el proceso de obtención del consentimiento informado para todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, los cuales se realizan previa información al paciente acerca de riesgos y beneficios de procedimientos planeados, así como los riesgos de no recibir tratamiento. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta y se realiza en ocasiones; 2: Se cumple con lo establecido)

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

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				MRA1-9	El consentimiento informado es diferenciado para niños, ancianos y adultos, así como personas con incapacidad temporal o permanente para dar por sí misma su consentimiento o cuando se trate de pacientes comatosos, con retardo mental, con estado psíquico alterado a través de la persona llamada legalmente a hacerlo. (0: No se realiza; 1: Se aplica parcialmente; 2: Siempre se aplica)
				MRA1-10	Se cuenta con un documento firmado por el paciente o por aquel llamado legalmente a hacerlo, cuando decide no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero no es operativo; 2: Cumple con todo lo establecido)
				MRA1-11	Se implementa una metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no se mide periódicamente; 2: Cumple con todo lo establecido)

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

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
MRA-2	El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases.	Información Seguridad	Ley N° 26454, “Ley que declara de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación, transfusión y suministro de sangre humana” R.M. N° 614-2004/MINSA, que aprueba las “Normas Técnicas del Sistema de Gestión de la Calidad del Programa Nacional de Hemoterapia y Banco de Sangres (PRONAHEBAS)” RM N° 237-98-SA/DM "Doctrina, Normas y Procedimientos del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre" R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008	MRA2-1	Se realiza el análisis de la situación de la seguridad transfusional mediante indicadores acordes a las normas sectoriales. (0: No se realiza; 1: Se realiza pero no periódicamente; 2: Cumple con todo lo establecido)

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

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				MRA2-2	El establecimiento de salud garantiza la utilización de sangre certificada y de donantes voluntarios según las normas. (0: No utiliza; 1: Utiliza pero no sistemáticamente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				MRA2-3	Se indican y aplican las medidas de seguridad para el manejo de medicamentos o insumos que pueden ser causantes de eventos adversos en la atención de urgencia, en hospitalización y salas de cirugía. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero no se implementan mecanismos; 2: Cumple de acuerdo a lo establecido)
				MRA2-4	Se emplea un mecanismo para identificar las placas radiográficas a fin de prevenir errores o confusiones por etiquetado. (0: No se establece; 1: En proceso; 2: Se cumple con lo establecido)
				MRA2-5	Se han establecido y aplican medidas dirigidas a prevenir errores o confusiones en procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos debidas a mala identificación de la persona o zona anatómica. (0: No se realiza; 1: En proceso; 2: Se cumple con lo establecido de manera sistemática)
				MRA2-6	Se evalúa en el paciente hospitalizado el riesgo de desarrollar úlceras de presión y se llevan a cabo medidas preventivas. (0: No se realiza; 1: Se evalúa el riesgo, pero no se efectúan medidas preventivas; 2: Cumple con lo establecido)

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

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				MRA2-7	Se evalúa en cada paciente hospitalizado, al ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar y se utilizan las medidas apropiadas para evitarlos. (0: No se realiza; 1: Se evalúa el riesgo de desarrollar TVP, pero no se emplean métodos para evitarlas; 2: Cumple con lo establecido)
				MRA2-8	En el momento de la admisión, y posteriormente según indicación, se evalúa en el paciente susceptible el riesgo de aspiración y se aplican medidas preventivas. (0: No se realiza; 1: Se realiza esporádicamente; 2: Cumple con lo establecido)
				MRA2-9	Se evalúa en cada paciente susceptible, al ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar desnutrición y se utilizan medidas clínicas para evitarla. (0: No se realiza; 1: Se evalúa el riesgo de desarrollar desnutrición, pero no se emplean estrategias para evitarla; 2: Cumple con lo establecido)

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

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
MRA-3	El establecimiento cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de infecciones	Seguridad Eficacia	R.M. N° 179-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias	MRA3-1	Se emplean institucionalmente métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres. (0: No se realiza; 1: En proceso; 2: Se cumple con lo establecido)
				MRA3-2	Durante el preoperatorio, se evalúa el riesgo de infección del sitio quirúrgico en función de la intervención prevista y se aplica la profilaxis antibiótica correspondiente de acuerdo a las guías de prácticas clínicas (GPC) establecidas. (0: No se cumple; 1: Se evalúa el riesgo de infección, pero no se da profilaxis antibiótica; 2: Se cumple con lo establecido)
				MRA3-3	Se cuenta con dispensadores de soluciones antisépticas y papel toalla en todas las áreas de manejo de pacientes según normatividad. (0: Existen en menos del 50% de áreas; 1: Existen en menos del 90% de áreas; 2: Existen en el 100% de áreas)
				MRA3-4	Se cuenta con mecanismos de control y se evalúa el cumplimiento de las medidas de bioseguridad: lavado de manos, manejo de antisépticos y desinfectantes, manejo de la higiene hospitalaria, manejo de las precauciones universales con sangre y fluidos corporales. (0: No realiza; 1: Se realiza, pero no está de acuerdo con lo establecido; 2: Se cumple con lo establecido)

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

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
MRA-4	El establecimiento de salud cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión: recolección, análisis y reporte.	Disponibilidad Información completa	R.M. N° 179-2005/MINSA En la que Aprueban Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias. R.M. N° 753-2004/MINSA, que aprueban NT N° 020-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias	MRA4-1	El establecimiento dispone de un procedimiento para la vigilancia, seguimiento y manejo de los casos de infección intrahospitalaria. (0: No se conoce; 1: Se conoce una parte; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				MRA4-2	El establecimiento de salud cuenta con información sobre la tasa de incidencia de infecciones intrahospitalarias y la vía de infección y reporta a los niveles correspondientes según norma. (0: No se conoce; 1: Se conoce parcialmente; 2: Se cumple con lo establecido)
				MRA4-3	Se evalúa según normatividad el registro de infecciones, la identificación de las cepas prevalentes y la implementación de las normas de antibioticoterapia. (0: No se evalúa; 1: Se evalúa, pero no periódicamente; 2: Siempre se evalúa según lo establecido por las normas)
				MRA4-4	El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan estratégico de la institución y los objetivos son claros y medibles. (0: Nunca; 1: Está incorporado, pero los objetivos no están claros y/o no son medibles; 2: Está incorporado y los objetivos son claros y medibles)

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

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
MRA-5	El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.	Competencia técnica Seguridad Eficacia Información Mejora continua	R.M. N° 179-2005/MINSA En la que aprueban Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias. R.M. N° 616-2003/SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales R.M. N° 753-2004/MINSA, que aprueban NT N° 020-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias LEY N° 27669: Ley del Trabajo de la Enfermera(o)	MRA5-1	El personal profesional de enfermería cuenta y aplica las guías de atención de enfermería por servicios y están actualizadas. (0: No cuenta, no conoce; 1: Cuenta, conocen algunos; 2: Cuenta y conocen)
				MRA5-2	El personal profesional de enfermería elabora, aplica un plan de atención de enfermería y registra los procedimientos realizados. (0: No realiza; 1: Realiza pero no sistemáticamente; 2: Evalúan según lo planificado en el año)
				MRA5-3	El personal profesional de enfermería asegura la administración correcta de medicamentos (via, dosis, paciente, hora y medicamento). (0: No efectúa; 1: Efectúa, no documenta; 2: Efectúa y documenta sistemáticamente)
				MRA5-4	El personal profesional de enfermería identifica, reporta y registra todos los eventos adversos ocurridos en los pacientes. (0: No registra; 1: Registra parcialmente; 2: Cumple con lo indicado)
				MRA5-5	El personal de enfermería realiza acciones de mejora para aquellas condiciones causantes de eventos adversos que dependen de su personal. (0: Nunca realiza; 1: A veces realiza según casos de reacciones no deseables; 2: Siempre realiza según casos de reacciones no deseables)

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

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
MRA-6	El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	Seguridad Eficacia Oportunidad	R.M. N° 510-2005. Manual de Salud Ocupacional. R.M. N° 753-2004/MINSA Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias RM1472- 2002 SA/DM Manual de Aislamiento Hospitalario RM 452-2003 SA/DM Guia Post exposición a los virus de inmunodeficiencia humana, hepatitis B y C en los trabajadores	MRA6-1	El personal usa indumentaria de protección que cumple las normas de bioseguridad para sus labores acorde a los riesgos existentes en su área de trabajo según normas. (0: Emplean menos de 60% del personal; 1: Emplean del 60 al 80%; 2: Emplean el 100%)
				MRA6-10	El establecimiento de salud garantiza la realización oportuna de los exámenes correspondientes y el tratamiento específico para el personal que sufre un accidente punzocortante. (0: No son implementados; 1: A veces son implementados; 2: Cumple con lo establecido)
				MRA6-2	Existen cartillas visibles de bioseguridad en todos los ambientes de atención . (0: No existen; 1: Existen pero no están visibles; 2: Cumple con lo establecido)

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

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				MRA6-3	La provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación y lavado, se realiza según procedimientos documentados. (0: No se cumple; 1: Se realiza sin que esté de acuerdo con lo establecido; 2: Se cumple con lo establecido)
				MRA6-4	La provisión de materiales e insumos de bioseguridad se realiza de acuerdo a la normatividad. (0: No se cumple; 1: Se realiza sin que esté de acuerdo con lo establecido; 2: Se cumple con lo establecido)
				MRA6-5	Se reportan, registran y toman acciones inmediatas con el personal frente a un accidente punzocortante según la evaluación del riesgo. (0: No se reporta; 1: Se realiza ocasionalmente el reporte, 2: Se cumple con lo establecido)
				MRA6-6	En el establecimiento existen instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las precauciones por adoptarse, las cuales están disponibles en los respectivos servicios. (0: No existen; 1: Existen pero no están disponibles; 2: Se cumple con lo establecido)

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

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				MRA6-7	<p>El establecimiento de salud, en base al mapa de riesgos, implementa programas preventivos contra hepatitis B, tuberculosis, otras patologías infecciosas, VIH/SIDA, radioactividad, explosiones e incendios.</p> <p>(0: No se realiza; 1: Con base en el mapa de riesgos, sólo se implementan 1 o 2 programas de preventivos; 2: Se implementan todos los programas preventivos según el mapa de riesgos)</p>
				MRA6-8	<p>Los trabajadores de las áreas de riesgo cumplen con procesos y procedimientos para realizar la descontaminación al finalizar su jornada laboral.</p> <p>(0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cumple con lo establecido)</p>
				MRA6-9	<p>El personal del establecimientos aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos, relativos al tipo de trabajo que realizan.</p> <p>(0: No cuenta; 1: Existen los manuales, pero no son conocidos; 2: Cumple con lo establecido)</p>

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

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
MRA-7	El establecimiento de salud garantiza el control de desechos, residuos y disponibilidad de agua segura.	Disponibilidad Eficacia Seguridad	Ley N° 27314, Ley General de Residuos Sólidos R. M. N° 217-2004/MINSA, NT N° 008 -MINSA/DGSP Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios.	MRA7-1	Se cuenta con el manual de procedimientos para la eliminación de residuos sólidos y éstos son conocidos por el personal. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no son conocidos; 2: Cumple con lo establecido)
				MRA7-2	La recolección de residuos sólidos se realiza de acuerdo con la norma. (0: No realiza; 1: Se realiza pero no está de acuerdo con la norma; 2: Se cumple lo establecido)
				MRA7-3	El retiro, eliminación y disposición final de residuos se realiza de acuerdo con la norma vigente. (0: No realiza; 1: Realiza pero no está de acuerdo con la norma; 2: Se cumple lo establecido)
				MRA7-4	El establecimiento garantiza la disponibilidad de agua segura en los procesos de atención. (0: No cuenta; 1: Tiene un sistema parcial de tratamiento de residuos hospitalarios; 2: Cumple con lo establecido)

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

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
MRA-8	El establecimiento de salud y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura.	Disponibilidad Eficacia Seguridad	Decreto Ley N° 17752, Ley General de Aguas.	MRA8-1	El establecimiento de salud coordina acciones con el gobierno local para realizar los procedimientos de saneamiento básico y el derecho a suministro de agua segura a los usuarios internos y externo, garantizando el acceso a este servicio. (0: No coordina; 1: Coordina pero no se realizan los procedimientos; 2: Coordina y se realizan los procedimientos.)
				MRA8-2	El establecimiento de salud en coordinación con el gobierno local participa en los procesos de edificación y mantenimiento de los pozos elevados. (0: No coordina; 1: Coordina pero no participa; 2: Coordina y participa.)
				MRA8-3	El establecimiento de salud coordina con el gobierno local para informar y capacitar a la población sobre las medidas de saneamiento básico y agua segura. (0: No coordina; 1: Coordina, informa pero no capacita; 2: Coordina, informa y capacita.)

Macroproceso 5: Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GSD-1	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	Seguridad Oportunidad Eficacia	<p>D. S. N° 013-2000-PCM: Aprueba el Reglamento de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Defensa Civil.</p> <p>D.S. N° 100-2003-PCM. Modifican el Reglamento de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Defensa Civil.</p> <p>D.S. N° 074-2005-PCM. Manual para la ejecución de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Defensa Civil.</p> <p>R.M. N° 335-2005/MINSA Estándares Mínimos de Seguridad para Construcción, Ampliación, Rehabilitación, Remodelación, y Mitigación de Riesgos en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.</p> <p>R.M. N° 897-2005/MINSA/SA. Aprobación de la Norma Técnica de Salud 037-MIN SA/OGDN-V.01 para señalización de Seguridad de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.</p> <p>R.M. N° 861-95-SA/DM. Identificación y Señalización de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud” NORMA TECNICA DE SALUD</p>	GSD1-1	El establecimiento de salud cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil, solicitado al gobierno local. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Sí cuenta según todo lo establecido)
				GSD1-2	El establecimiento de salud somete a evaluación de seguridad todas las obras de ampliación, rehabilitación, remodelación y reducción de riesgos y éstas cumplen con los estándares mínimos. (0: Ninguna obra cumple; 1: Más del 50% de las obras cumplen; 2: Todas las obras cumplen)
				GSD1-3	El establecimiento de salud cuenta con señales de seguridad en todas las áreas según los criterios y estándares establecidos en la norma. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero en áreas mayores al 50% de lo establecido; 2: Cuentas en todas las áreas según lo establecido)
				GSD1-4	Se cuenta con señalización en buen estado que facilita la ubicación del establecimiento de salud y de la unidad de emergencia desde las vías de comunicación cercanas a éste. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero en mal estado; 2: Cuenta y cumple con todo lo establecido)
				GSD1-5	Se ha señalado correctamente los conductos y tuberías de los fluidos peligrosos que existen. (0: No se ha señalado; 1: Se ha señalado pero no correctamente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GSD1-6	El establecimiento ha identificado sus riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en todas sus áreas.
				GSD1-7	Las vías de ingreso a la Unidad de Emergencia están libres de barreras arquitectónicas o elementos que impiden la entrada o la salida. (0: No están libres; 1: NO VÁLIDO; 2: Cumple con todo lo establecido.)

Macroproceso 5: Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GSD-2	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	Eficacia Efectividad Trabajo en equipo	Ley N° 28551, que establece la obligación de elaborar y presentar Planes de contingencia. R.M. N° 247-95-SA/DM. Disponen que los Hospitales del sector salud constituyan su respectivo Comité Hospitalario de Defensa Civil R.M. N° 194-2005/MINSA. Brigadas del Ministerio de Salud para atención de desastres	GSD2-1	El Comité Hospitalario de Defensa Civil está implementado y desarrolla su plan anual de actividades. (0: No está implementado; 1: Está implementado pero no desarrolla plan; 2; Cumple con todo lo establecido)
				GSD2-2	El establecimiento de salud cuenta con brigadas equipadas de lucha contra incendios, para evacuación y evaluación de daños.
				GSD2-3	El establecimiento cuenta con un plan actualizado de emergencias y desastres que incluye un programa de respuesta (emergencia y contingencia) difundido entre el personal. (0:No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no está actualizado ni difundido; 2:Cumple con todo lo establecido)
				GSD2-4	El establecimiento de salud cumple con implementar las acciones que le corresponden de acuerdo a lo establecido en los planes de contingencia y respuesta regional o local ante situaciones de emergencias y desastres. (0: No participa; 1: Sí participa pero no de manera sostenida; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GSD2-5	El establecimiento de salud participa en la implementación de los planes de respuesta regionales o locales ante situaciones de emergencias y desastres. (0: No participa; 1: Sí participa pero no de manera sostenida; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GSD2-6	Se revisa y actualiza el plan de respuesta ante las emergencias en forma periódica con las autoridades de Defensa Civil. (0: No es revisado; 1: Es revisado pero no de forma periódica;
				GSD2-7	El establecimiento de salud ha realizado al menos dos simulacros por año, durante los últimos 24 meses, para prevenir situaciones de emergencias y desastres basado en su plan de respuesta. (0: No realiza; 1: Realiza pero no en los periodos establecidos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GSD2-8	Se cuenta con guías de manejo de emergencias masivas y desastres que son de conocimiento del personal. (0: o cuenta; :Se cuenta pero no es de conocimiento del personal;2:Cumple con todo lo establecido)

Macroproceso 5: Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GSD-3	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	Seguridad Oportunidad	R.M. N° 517-2004/MINSA Declaratoria de Alertas en Situaciones de Emergencias y Desastres.	GSD3-1	Se adoptan las acciones pertinentes y se comunica a todo el personal la declaración de alertas por situaciones de emergencias y desastres. (0: No cumple; 1: Cumple pero parcialmente; 2: Cumple todo lo establecido)
				GSD3-2	El establecimiento de salud cuenta con el servicio de ambulancias y cumplen con los estándares mínimos de operación según normatividad. (0: No cuenta; 1: Cuenta, pero cumple con menos del 80% de lo establecido; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GSD3-3	Se cuenta con sistema de comunicación alternativo en caso falle el sistema telefónico del establecimiento de salud. (0: No se cuenta; 1: Sí cuenta, pero se cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GSD3-4	El establecimiento cuenta con sistema alternativo que asegure la provisión de energía eléctrica a las áreas críticas, por 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública. (0: No se cuenta; 1: Sí cuenta, pero se cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GSD3-5	El establecimiento cuenta con un sistema de almacenamiento de agua potable que asegure como mínimo 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública. (0: No se cuenta; 1: Sí cuenta, pero se cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GSD3-6	Se dispone de un stock de reserva de medicamentos, materiales e insumos médicos para la atención de emergencias y desastres de acuerdo a la población asignada o a demanda. (0: No se cuenta; 1: Sí cuenta, pero se cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)

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

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
CGP-1	El establecimiento de salud tiene definido mecanismos establecidos de auditoría, supervisión y evaluación.	Eficacia	R.M. N°474-2005/ MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 R.M. N° 669-2005/ MINSA Norma Técnica de Supervisión Integral.	CGP1-1	Se cuenta con plan e instrumentos para realizar la auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación. (0: No cuenta con ninguno; 1: Cuenta con plan e instrumentos sólo para gestión o prestación; 2: Cumple con todo lo establecido)
				CGP1-2	Se han establecido de manera consensuada con los responsables de las áreas o servicios los indicadores de control de la gestión y prestación, y se han fijado los niveles esperados para la institución. (0: No cuenta con ninguno; 1: Cuenta con plan e instrumentos para menos del 70% de procesos identificados; 2: Cuenta con plan e instrumentos para más del 70% de los procesos identificados)
CGP-2	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	Eficacia Efectividad Eficiencia Mejora continua	R.M. N°474-2005/ MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 R.M. N° 669-2005/ MINSA Norma Técnica de Supervisión Integral.	CGP2-1	El personal responsable de áreas y servicios está capacitado para realizar el proceso de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito de acción. (0: Ninguno entrenado; 1: Entrenado menos del 80% de personal; 2: Entrenado más del 80% de personal)
				CGP2-10	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan supervisiones de los procesos de prestación y los resultados son los esperados para la organización. (0: Nunca se realizan; 1: Se realizan y los niveles están por debajo de lo esperado; 2: Se realizan y los niveles están acordes o superiores a lo esperado)
				CGP2-11	Los resultados de los procesos de auditoría, supervisión y evaluación se hacen de conocimiento a los responsables para la toma de decisiones. (0: Nunca se realizan; 1: Se realizan y los niveles están por debajo de lo esperado; 2: Se realizan y los niveles están acordes o superiores a lo esperado)

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

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				CGP2-12	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias nacionales y éstos se encuentran en los niveles esperados. (0: No es incorporada; 1: Sólo está incorporada la del monitoreo y evaluación; 2: Cumple con todo lo establecido)
				CGP2-13	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias regionales y éstos se encuentran en los niveles esperados. (0: Resultado < 60%; 1: Resultado entre 60 y 80%; 2: Resultado > 80%)
				CGP2-2	Se cuenta con un comité de auditoría capacitado y que realiza, auditoría de caso, en fallecidos y en casos de muerte materna. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero no está capacitado; 2:
				CGP2-3	Se cuenta con información actualizada de los indicadores de la gestión y prestación, y sus valores están dentro de los estándares establecidos para la organización. (0: Ninguno entrenado; 1: Entrenado menos del 80% de personal; 2: Entrenado más del 80% de personal)
				CGP2-4	El establecimiento de salud realiza acciones de evaluación de los procesos de gestión y prestación de acuerdo al plan establecido. (0: No se cuenta; 1: Los indicadores no están en el nivel establecido por la institución; 2: Los niveles están dentro de lo establecido por la institución)
				CGP2-5	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de la práctica clínica en las atenciones realizadas en emergencia. (0: Nunca se realiza; 1: Se realiza a solicitud o demanda (no

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

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				CGP2-6	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de práctica clínica en las atenciones obstétricas y neonatales de emergencia. (0: No realiza; 1: Sí realiza, pero a solicitud o demanda; 2: Cumple con todo lo establecido)
				CGP2-7	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan procesos de monitoreo y evaluación de la calidad y cumple con los estándares establecidos para la organización. (0: No realiza; 1: Sí realiza, pero a solicitud o demanda; 2: Cumple con todo lo establecido)
				CGP2-8	El establecimiento tiene identificados aspectos críticos de la prestación y gestión y se han establecido procesos de mejora. (0: Nunca se realiza; 1: Se realiza y el nivel está por debajo de lo esperado; 2: Se realiza y el nivel está acorde a superior a lo esperado)
				CGP2-9	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan auditorías de los procesos de atención y estos cumplen con los estándares establecidos para la organización. (0: No ha establecido; 1: Sólo ha identificado aspectos críticos; 2: Cumple con todo lo establecido)

Macroproceso 7: Atención Ambulatoria (ATA)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ATA-1	El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	Oportunidad Disponibilidad Información completa	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales Ley N° 27403 modificada por Ley N° 28683 "Ley de Atención Preferente"	ATA1-1	El establecimiento de salud cuenta con señalización y mecanismos de información para la atención del usuario, visibles en áreas de primer contacto. (0: No cuenta/no está actualizado; 1: Está actualizado, pero no disponible en todas las áreas de primer contacto; 2: Actualizado, cumplido y en todas las áreas de primer
				ATA1-2	La cartera de servicios de consulta externa está publicada y los mensajes relacionados son comprensibles para los usuarios. (0: No tiene publicado; 1: Publica y no coincide con la
				ATA1-3	El establecimiento de salud dispone de un área de triaje a cargo de personal capacitado para brindar este servicio según normas institucionales. (0: No dispone; 1: Dispone pero no está asumido por personal formado; 2: Dispone y está a cargo de personal formado que lo asume constantemente)
				ATA1-4	El establecimiento de salud cuenta con una política para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria en los días solicitados y los resultados están dentro de lo establecido para la institución. (0: > a 5%; 1: >0% y <5%; 2: 0%)
				ATA1-5	El establecimiento de salud ha desarrollado mecanismos para la atención preferente de las mujeres embarazadas, de los niños, de las personas adultas mayores y con discapacidad en todas las áreas de la atención ambulatoria. (0: No ha desarrollado mecanismos; 1: Ha desarrollado mecanismos pero no, en todas las áreas; 2: Cumple con todo lo establecido.)

Macroproceso 7: Atención Ambulatoria (ATA)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ATA-2	La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica	Eficacia Seguridad Competencia técnica	R.M. N° 616-2003/SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales R.M. N° 422-2005, que aprueba la NT N° 027-MINSA/DGSP-V.01:"Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica"	ATA2-1	El establecimiento de salud formula, adopta o adapta guías de práctica clínica (GPC) según el perfil epidemiológico de la atención ambulatoria y diferenciado por etapas de vida. (0: No ha planificado; 1: Ha planificado y cumple parcialmente con cronograma; 2: Ha planificado y cumple plenamente con cronograma)
				ATA2-2	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de las guías de práctica clínica (GPC) para la atención de los pacientes ambulatorios. (0: No cuenta con ninguna; 1: Sólo tiene de algunas etapas de vida; 2: Cuenta para todas las etapas)
				ATA2-3	El plan de trabajo contenido en la Historias Clínicas (HC) sigue los lineamientos de las Guías de Práctica Clínica (GPC). (0: No cuenta con equipo; 1: Tiene equipo, pero no es operativo; 2: Cuenta con equipo y cumple con actividades previamente establecidas)
				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: Menos de 70% de planes de tratamiento cumplen con GPC; 1: Cumplen entre 70,1% y 90%; 2: Más del 90,1% cumplen con GPC)

Macroproceso 7: Atención Ambulatoria (ATA)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ATA-3	El establecimiento desarrolla programas de prevención y promoción de la salud para la atención de los principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes.	Eficacia Información completa	R.M. N° 616-2003/SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales R.M. N° 111-2005/MINSA, que aprueba los "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud"	ATA3-1	El establecimiento brinda información a los usuarios según mecanismos establecidos por la institución. (0: No disponible; 1: Disponible para algunos/lo conocen; 2: Está definido/impreso/y el personal lo conoce)
				ATA3-2	El establecimiento de salud implementa estrategias educativo comunicacionales para mejorar en la mujer, la familia y la comunidad la capacidad de reconocer signos de alarma y complicaciones obstétricas con el fin de buscar ayuda. (0: No implementa; 1: Implementa estrategias educativo-comunicacionales, pero no de forma sostenida ni periódica; 2: Efectúa charlas, sistemática y periódicamente, según lo planificado)
				ATA3-6	El establecimiento desarrolla e implementa programas de prevención de las patologías más frecuentes. (0: No tiene programas activos; 1: Tiene programas activos para algunas patologías; 2: Tiene programas para todas las patologías)
ATA-4	Se fomenta y se dan facilidades para que el usuario consigne sugerencias o quejas de la consulta ambulatoria en los ambientes destinados a ésta.	Disponibilidad Aceptabilidad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de Hospitales	ATA4-1	El establecimiento cuenta con mecanismos operativos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de los usuarios y son conocidos por el personal. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no están operativos; 2: Cuenta y son conocidos por el personal y se recogen quejas, sugerencias a diario)
				ATA4-2	El establecimiento de salud cumple con implementar mecanismos que incentivan y facilitan a los pacientes a consignar sugerencias o quejas por la atención ambulatoria. (0: No implementa; 1: Implementa, pero no de manera sostenida ni periódica; 2: Cumple con todo lo establecido)

Macroproceso 9: Atención de Hospitalización (ATH)

Objetivo y alcance: Evaluar si la atención en los servicios de internamiento que brinda la organización cumplen con los atributos de disponibilidad, seguridad, oportunidad, eficacia, aceptabilidad e información completa

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ATH-1	El establecimiento que cuenta con internamiento, planifica y diseña sus servicios para satisfacer las necesidades de la población a la que atiende.	Disponibilidad Eficacia Oportunidad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	ATH1-1	El establecimiento identifica anualmente las diez causas más frecuentes de internamiento institucional y por cada uno de los servicios. (0: Nunca identifican; 1: Identifican esporádicamente; 2: Identifican continuamente)
				ATH1-2	Los servicios identifican necesidades de mejora del proceso de atención, formulan propuestas y las comunican a la Alta Dirección para su aprobación y ejecución. (0: No consideran; 1: Consideran pero no de manera completa; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ATH1-3	Se permite el acompañamiento de la gestante por la pareja o la familia en los casos de atención de parto. (0: Nunca formulan, no identifican, ni comunican; 1: Realizan algunas de las acciones; 2: Realizan sistemáticamente todas las acciones)
ATH-2	El establecimiento de salud provee las condiciones apropiadas para brindar servicios de internamiento a los pacientes, asegurando su oportunidad y calidad	Eficacia Seguridad Disponibilidad Comodidad Oportunidad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	ATH2-1	La Alta Dirección cumple con atender los cuadros de necesidades sustentadas de los servicios de internamiento según priorización aprobada. (0: Nunca cumple; 1: A veces cumple; 2: Siempre cumple)
				ATH2-2	Las jefaturas de los servicios de internamiento promueven la adopción, adecuación o elaboración de las guías de práctica clínica para las atenciones de salud según el perfil epidemiológico de las áreas de hospitalización. (0: Las jefaturas nunca incentivan; 1: A veces incentivan y aprueban; 2: Incentivas y aprueban las planificadas)
				ATH2-3	La organización ha establecido mecanismos para medir el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente y realiza acciones para su disminución. (0: No cuenta con normas relacionadas; 1: Cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)

Macroproceso 9: Atención de Hospitalización (ATH)

Objetivo y alcance: Evaluar si la atención en los servicios de internamiento que brinda la organización cumplen con los atributos de disponibilidad, seguridad, oportunidad, eficacia, aceptabilidad e información completa

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ATH-3	El establecimiento garantiza las condiciones necesarias para que el equipo interdisciplinario de salud brinde una atención segura al usuario	Seguridad	R.M. N° 753-2004/MINSA, que aprueban NT N° 020-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias R.M. N° 616-2003-SA/DM: Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	ATH3-1	El personal de salud que realiza procedimientos a los pacientes, cumple las medidas de bioseguridad. (0: Conocen, 1: Conocen y a veces cumplen; 2: Conocen y siempre cumplen)
				ATH3-2	Las infecciones intrahospitalarias u otros eventos adversos ocurridos en el internamiento son registrados, analizados y evaluados según normas vigentes. (0: Están por encima; 1: Están a la par; 2: Están por debajo)
				ATH3-3	Los casos de mortalidad por enfermedades transmisibles, ocurridas en hospitalización son auditados con la finalidad de tomar de decisiones de corresponder. (0: Están por encima; 1: Están a la par; 2: Están por debajo)
				ATH3-4	Los casos de mortalidad materna ocurridas en el establecimiento de salud son auditados con la finalidad de tomar decisiones para superar las condiciones asociadas al evento. (0: No registrados; 1: Eventualmente registrados y/o evaluados; 2: Registrados, analizados y evaluados)

Macroproceso 9: Atención de Hospitalización (ATH)

Objetivo y alcance: Evaluar si la atención en los servicios de internamiento que brinda la organización cumplen con los atributos de disponibilidad, seguridad, oportunidad, eficacia, aceptabilidad e información completa

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ATH-4	Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y aprobados	Eficacia	D.S. N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo	ATH4-1	Los servicios de internamiento cuentan con guías de práctica clínica de atención de las diez patologías más frecuentes atendidas por cada servicio. (0: No cuenta; 1: Cuenta para algunos, pero menor a diez; 2: Cuenta para los diez)
				ATH4-2	Se alcanzan permanentemente los niveles esperados en los estándares e indicadores para la atención de partos según normas vigentes. (0: No se alcanzan; 1: Se alcanzan, pero no continuamente; 2: Se alcanzan sistemáticamente y los rangos están dentro de lo esperado)
				ATH4-3	Las guías de práctica clínica son implementadas por los miembros de cada equipo de trabajo y se evidencian en la historia clínica. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado, 2: El nivel está en los rangos esperados)
				ATH4-4	Se monitoriza la adherencia a las guías de práctica clínica para la atención de las complicaciones obstétricas (hipertensión inducida por el embarazo y hemorragias obstétricas). (0: Nunca son implementadas; 1: A veces son implementadas; 2: Siempre son implementadas)
				ATH4-5	Se auditan las historias clínicas y se toman acciones para mejorar los procesos. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no se conoce; 2: Siempre se evalúa y se comunica el informe)

Macroproceso 9: Atención de Hospitalización (ATH)

Objetivo y alcance: Evaluar si la atención en los servicios de internamiento que brinda la organización cumplen con los atributos de disponibilidad, seguridad, oportunidad, eficacia, aceptabilidad e información completa

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ATH-5	El paciente y su familia reciben la educación e información pertinentes durante la ejecución del tratamiento	Información completa	R.M. N° 597-2006/MINSA, que aprueba la “NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”	ATH5-1	El usuario comprende la información que se le brinda acerca de los procedimientos, diagnósticos y tratamientos referidos a su caso. (0: <50% recibe y comprende la información; 1: >50,1% y <80% recibe y comprende; 2: >80,1% recibe y comprende la información)
				ATH5-2	Las historias clínicas contienen el consentimiento informado del paciente para su atención en el internamiento. (0: No contienen; 1: Contienen pero no en toda la muestra 2: Sí contiene en toda la muestra)
ATH-6	El establecimiento de salud garantiza la continuidad de los procedimientos para interconsultas así como acciones de apoyo diagnóstico y tratamiento (intrainstitucionales y interinstitucionales,)	Disponibilidad Continuidad Oportunidad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	ATH6-1	Se tiene documentados, se aplican y se mejoran los procedimientos de interconsultas a otras especialidades para los pacientes internados. (0: No tiene; 1: Tiene documentado y no se aplica; 2: Tiene documentado, se aplica y se mejora)
				ATH6-2	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento indispensables aseguran atención continua de 24 horas para los pacientes internados y de emergencias. (0: No se cumple; 1: Se cumple menos del 90%; 2: Se cumple en el 100%)

Macroproceso 9: Atención de Hospitalización (ATH)

Objetivo y alcance: Evaluar si la atención en los servicios de internamiento que brinda la organización cumplen con los atributos de disponibilidad, seguridad, oportunidad, eficacia, aceptabilidad e información completa

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ATH-7	El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento	Disponibilidad Eficacia Seguridad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales R.M. N° 676-2006/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Seguridad del Paciente 2006-2008 R.M. N° 474-2005/ MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01	ATH7-1	El establecimiento de salud cuenta con un mecanismo de evaluación periódica de historias clínicas por pares para efectos de monitoreo y mejoramiento de los procesos de atención de acuerdo a plazos establecidos por la institución. (0: No cuenta con el sistema; 1: Cuenta pero no se realiza periódicamente; 2: Cuenta y se realiza periódicamente)
				ATH7-2	El establecimiento cuenta con un mecanismo para la gestión (recepción, análisis y respuesta) de sugerencias o quejas sobre la atención en internamiento en los ambientes destinados a ésta. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta con el sistema de sugerencias y quejas y se ejecuta parcialmente, 2: Se cumple con todo lo establecido)
				ATH7-3	El establecimiento de salud cuenta con horarios definidos para brindar información al usuario y familiares acerca de la evolución de los pacientes internados. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no garantiza su cumplimiento; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ATH7-4	Los planes de trabajo contenidos en las historias clínicas están de acuerdo con las guías de práctica clínica. (0: Menos de 70% de planes de tratamiento cumplen con GPC; 1: Entre 70,1% y 90% lo cumplen; 2: Más de 90,1% cumplen con GPC)
				ATH7-5	Se registra, analiza y evalúa el manejo de complicaciones obstétricas y el manejo es de acuerdo a las guías de práctica clínica. (0: No se registra; 1: Se registra, pero no se analiza y evalúa; 2: Se cumple con todas las fases)
				ATH7-6	Se realiza auditoría interna a eventos adversos según norma y se implementan recomendaciones. (0: No se registra; 1: Se registra, pero el manejo no es el consensado en las GPC; 2: Se registra, analiza y evalúa y el manejo es el consensado en las GPC)
				ATH7-7	Se registra y evalúa la satisfacción del usuario en la atención del parto y el nivel es el esperado por la institución. (0: Nunca se realizan; 1: A veces se realizan; 2: Siempre se realizan)

Macroproceso 10: Atención de Emergencia (EMG)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
EMG-1	El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	Oportunidad Eficacia Información Disponibilidad Competencia Técnica	D. S. N° 016-2002-SA. Reglamento de Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos. D. S. N013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo R.M. N° 516-2005/MINSA. Guías de práctica clínica en emergencia del adulto. R. M. N° 386-2006/MINSA, Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia	EMG1-1	El establecimiento de salud cuenta con un mecanismo de información general al usuario operativo en el servicio. (0: No está señalado; 1: Está señalado, pero no permite orientar a los usuarios ni respeta el enfoque de interculturalidad; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EMG1-2	Se hace público el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia y se ubica el cartel respectivo en un lugar visible de las áreas correspondientes y está adaptado con respeto de la interculturalidad según realidades locales. (0: No se hace público; 1: Se hace público, pero no en lugares visibles de las áreas de emergencia, ni respeta el enfoque de interculturalidad; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				EMG1-3	Se cuenta con programación diaria de los recursos humanos del servicio de emergencia (médicos, enfermeras, técnicos, etc.) y del responsable de la guardia, en un lugar visible para los usuarios. (0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no está en un lugar visible para los usuarios; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EMG1-4	El establecimiento aplica las guías de práctica clínica para la atención de las diez causas más frecuentes en emergencia en cada una de las etapas del ciclo de vida. (0: No cuenta; 1: Cuenta sólo del adulto y niño; 2: Cuenta de todas la etapas: niño-adolescente-adulto y adulto mayor)
				EMG1-5	El personal que labora en emergencia ha sido capacitado en los últimos 12 meses en temas propios de emergencia según competencias. (0: No implementa; 1: Implementa parcialmente; 2: Implementa en todas las muestras)
				EMG1-6	El establecimiento ha definido medidas para la atención de emergencia sin condicionamientos que vulneren los derechos de los usuarios (restricciones por pagos de atenciones, solicitud de compra de insumos, etc.). (0: No ha definido; 1: Define pero no se cumple; 2: Cumple con todo lo establecido.)

Macroproceso 10: Atención de Emergencia (EMG)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
EMG-2	El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	Eficacia Continuidad Trabajo en equipo Disponibilidad Oportunidad	R.M. N° 516-2005/MINSA. Guías de Práctica Clínica en Emergencias del Adulto R.M. N° 1001-2005 MINSA. Directiva Sanitaria N° 001 MINSA/DGSPV.01 "Directiva para la evaluación de las funciones obstétricas y neonatales (FON) en los establecimientos de salud R.M. N° 695-2006. Guías de Práctica Clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive	EMG2-1	El servicio de emergencia cuenta con equipamiento, medicamentos e insumos para la atención de las emergencias y son de inmediata disponibilidad. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está disponible para atención inmediata/ o está incompleto; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EMG2-2	El servicio de emergencia cuenta con el equipamiento (silla de ruedas, camillas, etc.) para la recepción y traslado interno de los pacientes, está disponible y en lugar accesible. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está disponible para atención inmediata/ o está incompleto; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EMG2-3	Los equipos de telecomunicaciones están operativos las 24 horas del día y los 365 días del año. (0: No cuenta, 1: Sí cuenta, pero no es accesible, 2: Cumple con todo lo establecido)
				EMG2-4	El establecimiento dispone de ambulancia operativa para trasladar pacientes las 24 horas del día y los 365 días al año. (0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no se puede establecer su disponibilidad las 24 horas y 365 días del año, 2: Cumple con todo lo establecido)
				EMG2-5	El establecimiento cuenta con el personal profesional y no profesional para la atención del usuario las 24 horas del día y los 365 días al año, de acuerdo al nivel de complejidad. (0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no se puede establecer su disponibilidad las 24 horas y 365 días del año; 2: Cumple con todo lo establecido)

Macroproceso 10: Atención de Emergencia (EMG)

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

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

Macroproceso 11: Atención Quirúrgica (ATQ)

Objetivo y alcance: Evaluar si el centro quirúrgico está organizado para la prestación segura y eficaz de los cuidados preoperatorios, anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios a los pacientes

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ATQ-1	El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías según funciones básicas	Disponibilidad Eficacia Oportunidad	R.M. N° 486-2005/MINSA, que aprueba la la N.T. N° 030-MINSA/DGSP-V.O.1: "Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología".	ATQ1-1	Se cuenta y se evalúa la programación de actividades del centro quirúrgico. (0: No se cuenta con POA; 1: En proceso de aprobación; 2: Se cumple con lo establecido)
				ATQ1-2	Se cuenta con un manual de procedimientos del centro quirúrgico, está a disposición del personal que labora en el área el cual lo conoce y lo aplica. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta, pero no está disponible; 2: Se cumple con lo establecido)
				ATQ1-3	Se aplica guías de manejo quirúrgico y anestésico para las diez intervenciones más frecuentes que se realizan (atención de anestesia-clínico-quirúrgica, terapia del dolor, anestesia fuera de quirófano, recuperación postoperatoria y consulta de anestesiología) (0: No se cuenta; 1: En proceso de aprobación; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				ATQ1-4	El establecimiento tiene un rol diario de asignación de salas y garantiza la disponibilidad de ellas para casos de urgencia. (0: No se cuenta; 1: En proceso de aprobación; 2: Cumple con lo establecido)
				ATQ1-5	Se cuenta con rol de programación de personal cuya aplicación garantiza la disponibilidad de anestesiólogos, personal profesional y de apoyo en áreas críticas (salas de cirugía de urgencia, salas de recuperación). (0: No tiene; 1: Tiene un rol diario, pero no garantiza la disponibilidad de la sala para casos de urgencia; 2: Cumple con lo establecido)

Macroproceso 11: Atención Quirúrgica (ATQ)

Objetivo y alcance: Evaluar si el centro quirúrgico está organizado para la prestación segura y eficaz de los cuidados preoperatorios, anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios a los pacientes

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ATQ-2	El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario	Seguridad Continuidad	R.M. N° 486-2005/MINSA, que aprueba la la N.T. N° 030-MINSA/DGSP-V.0.1: "Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología".	ATQ2-1	Antes de una cirugía, el personal de enfermería responsable verifica la disponibilidad de equipos, insumos e instrumental según el tipo de cirugía y lo registra. (0: No lo realiza; 1: Lo realiza pero no sistemáticamente; 2: Cumple con lo establecido)
				ATQ2-2	En el intraoperatorio el personal de enfermería circulante e instrumentista, que asiste la cirugía verifica y controla la existencia de los insumos e instrumental según listas de chequeo preelaboradas y es registrado en la historia clínica. (0: No lo realiza; 1: Lo realiza, pero no se registra en la historia; 2: Cumple con lo establecido)
				ATQ2-3	El personal de enfermería registra en la historia clínica la hora exacta de la coordinación para el traslado del paciente a las áreas de hospitalización previa autorización del anesthesiólogo de recuperación. (0: No lo realiza; 1: Lo realiza, pero no sistemáticamente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ATQ2-4	Se cuantifica y se cumple con los tiempos preestablecidos para el traslado de pacientes del centro quirúrgico y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud. (0: No lo realiza; 1: Lo realiza, pero no sistemáticamente; 2: Cumple con lo todo establecido)

Macroproceso 11: Atención Quirúrgica (ATQ)

Objetivo y alcance: Evaluar si el centro quirúrgico está organizado para la prestación segura y eficaz de los cuidados preoperatorios, anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios a los pacientes

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ATQ-3	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	Eficacia Eficiencia Competencia Técnica Confidencialidad	R.M. N° 486-2005/MINSA, que aprueba la la N.T. N° 030-MINSA/DGSP-V.0.1: "Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología".	ATQ3-1	La historia clínica contiene los formatos oficiales para el control el acto quirúrgico. (0: No contiene ninguna; 1: Los contiene, pero no en toda la muestra, 2: Los contiene en toda la muestra)
				ATQ3-10	Se registran las tasas de reintervenciones inmediatas y/o tardías, se analizan las causas y se toman las medidas correctivas. (0: No se realiza; 1: Se identifican las reintervenciones, pero no se analizan las causas; 2: Se cumple lo establecido)
				ATQ3-11	Se evalúa la satisfacción del paciente (sala de recuperacion) por la atención recibida en el centro quirúrgico y está en el nivel esperado por la institución. (0: No se realiza; 1: Se realiza y los niveles no son los esperados; 2: Se realiza y los niveles son los esperados)
				ATQ3-2	La evaluación preanestésica es registrada en la historia clínica en el formato correspondiente. (0:No es registrada; 1: Es registrada, pero no en toda la muestra; 2: Cumple con lo establecido en toda la muestra)
				ATQ3-3	Los formatos de la atención anestésica contienen la información del acto anestésico y las complicaciones. (0: No la contienen; 1: La contienen, pero no en toda la muestra; 2: Cumple con lo establecido en toda la muestra)

Macroproceso 11: Atención Quirúrgica (ATQ)

Objetivo y alcance: Evaluar si el centro quirúrgico está organizado para la prestación segura y eficaz de los cuidados preoperatorios, anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios a los pacientes

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				ATQ3-4	El formato de informe quirúrgico contiene la información del acto de acuerdo con lo establecido. (0: No la contiene; 1: La contiene, pero no en toda la muestra, 2: Cumple con lo establecido en toda la muestra)
				ATQ3-5	El formato de monitoreo postoperatorio contiene toda la información de acuerdo con lo establecido. (0: No la contiene; 1: La contiene, pero no en toda la muestra, 2: Cumple con lo establecido en toda la muestra)
				ATQ3-6	Se cuantifican las tasas de cirugías suspendidas, se analizan las razones y se toman acciones correctivas para alcanzar los estándares definidos por la institución. (0: No se realiza; 1: Se identifican las tasas, pero no son analizadas; 2: Se cumple lo establecido)
				ATQ3-7	Se cuantifican las tasas de los casos de mortalidad intraoperatoria y postoperatoria, se analizan las causas que dependen de la organización y se toman las medidas correctivas. (0: No se realiza; 1: Se identifican las tasas, pero no se analizan las causas; 2: Se cumple lo establecido)
				ATQ3-8	Se registra y analiza las tasas de complicaciones y eventos adversos intra y postoperatorios, y se toman las acciones correctivas. (0: No se realiza; 1: Se identifican las tasas, pero no se analizan; 2: Se cumple lo establecido)
				ATQ3-9	El médico cirujano y el profesional de enfermería verifica la identidad del paciente, la naturaleza y la zona de la operación y registra los datos en la historia clínica antes de iniciar la preparación quirúrgica. (0: No se realiza; 1: Se identifican las discrepancias, pero no se analizan las causas; 2: Se cumple lo establecido)

Macroproceso 11: Atención Quirúrgica (ATQ)

Objetivo y alcance: Evaluar si el centro quirúrgico está organizado para la prestación segura y eficaz de los cuidados preoperatorios, anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios a los pacientes

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ATQ-4	El establecimiento de salud realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	Eficiencia Eficacia	R.M. N° 486-2005/MINSA, que aprueba la N.T. N° 030-MINSA/DGSP-V.0.1: "Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología".	ATQ4-1	El establecimiento de salud realiza evaluaciones periódicas preventivas de las cirugías más frecuentes verificando el cumplimiento de los parámetros definidos por guías de atención quirúrgica, a partir de las cuales se toman medidas correctivas. (0: No realiza; 1: Realiza pero no periódicamente; 2: Cumple con lo establecido)
				ATQ4-2	El establecimiento de salud implementa permanentemente proyectos de mejora continua de los aspectos críticos detectados en las auditorías preventivas y de casos. (0: No realiza; 1: Realiza pero no periódicamente; 2: Cumple con lo establecido)
				ATQ4-3	El establecimiento de salud aplica una política de confidencialidad respecto a la información del paciente. (0: No realiza; 1: Realiza esporádicamente; 2: Cumple con lo establecido)
				ATQ4-4	Se tiene un registro del acto quirúrgico en la historia clínica del paciente y está firmado por el cirujano responsable. (0: No asegura la confidencialidad; 1: No aplica; 2: Cumple con lo establecido)

Macroproceso 12: Docencia e Investigación (DIV)

Objetivo y alcance: Evaluar si la institución desarrolla actividades de docencia e investigación de acuerdo con las normas y procedimientos establecidos por los organismos reguladores e institucionales, buscando mejorar la competencia de los recursos humanos

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
DIV-1	El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	Eficacia Efectividad Seguridad Etica	<p>LEY N° 27154. Ley que institucionaliza la acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina</p> <p>DS 017-2006-SA: Reglamento de ensayos clínicos en el Perú.</p> <p>DS N° 021-2005-SA. Sistema Nacional de Articulación de docencia-servicio e investigación en pregrado de salud.</p> <p>R.S. N° 032-2005-SA. Bases para la Celebración de Convenios de Cooperación Docente Asistencial entre el Ministerio de Salud, los Gobiernos Regionales y las Universidades con Facultades y Escuelas de Ciencias de la Salud.</p> <p>DS N° 021-2005-SA. Sistema Nacional de Articulación de docencia-servicio e investigación en pregrado de salud</p> <p>R.M. N° 945-2005. Modelo de Convenio Marco de Cooperación Docente Asistencial.</p> <p>R.S. N° 002-2006-SA. Reglamento del Sistema Nacional de Residencia Médico.</p> <p>R.M. N° 616-2003-SA/DM. Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales</p>	DIV1-1	El establecimiento ha cumplido con los requisitos establecidos en el Sistema Nacional de Pregrado en Salud - SINAPRES para constituirse en hospital docente. (0: Resultado <60%; 1: Resultado entre 60 y 80%; 2: Resultado >80%)
				DIV1-2	El establecimiento cuenta con un Comité Docente Asistencial Hospitalario operativo formado de manera multidisciplinaria. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cumple con todo lo establecido)
				DIV1-3	El establecimiento ha definido políticas específicas de investigación y las aplica. (0: No ha definido; 1: En proceso; 2: Cumple con lo
				DIV1-4	El establecimiento cuenta con formatos de consentimiento informado para investigación humana y los aplica. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cumple con todo lo establecido)
				DIV1-5	El establecimiento cuenta con un comité de investigación formado de manera multidisciplinaria y está operativo. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cumple con todo lo establecido)
				DIV1-6	El establecimiento cuenta con un comité de ética/bioética en investigación y está operativo. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cumple con todo lo establecido)
				DIV1-7	El establecimiento cuenta con un reglamento de docencia de pregrado y postgrado, y se cumple. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cumple con todo lo establecido)
				DIV1-8	El establecimiento cuenta con plan anual de actividades académicas de pregrado y posgrado. (0: No cuenta con ninguna; 1: Cuenta sólo con plan de una de ellas; 2: Cumple con todo lo establecido)
				DIV1-9	El establecimiento cuenta con programa de tutorías y asesorías a los alumnos del pregrado y postgrado y se cumple. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cumple con todo lo establecido)

Macroproceso 12: Docencia e Investigación (DIV)

Objetivo y alcance: Evaluar si la institución desarrolla actividades de docencia e investigación de acuerdo con las normas y procedimientos establecidos por los organismos reguladores e institucionales, buscando mejorar la competencia de los recursos humanos

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
DIV-2	Se desarrollan actividades académicas y de investigación de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo	Eficacia Efectividad Seguridad Etica	LEY N° 27154. Ley que institucionaliza la acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina DS 017-2006-SA. Reglamento de ensayos clínicos en el Perú DS N° 021-2005-SA. Sistema Nacional de Articulación R.S. N° 032-2005-SA. Bases para la Celebración de Convenios de Cooperación Docente Asistencial entre el Ministerio de Salud, los Gobiernos Regionales y las Universidades con Facultades y Escuelas de Ciencias de la Salud.	DIV2-1	Los comités de docencia, investigación y ética/bioética se reúnen mensualmente para evaluar sus actividades . (0: No se reúnen; 1: Se reúnen a solicitud o demanda; 2: Se reúnen de acuerdo con lo planificado)
				DIV2-2	El personal profesional responsable del establecimiento supervisa a los alumnos del pregrado y/o posgrado en el desarrollo de sus prácticas en función al convenio establecido. (0: No se tiene plan de supervisión; 1: Se realiza pero no está documentado; 2: Cumple con todo lo establecido)
				DIV2-3	El establecimiento desarrolla actividades académicas como parte del plan anual de docencia de pregrado y postgrado. (0: No se realizan actividades; 1: Se realizan actividades, pero no concuerdan con el plan; 2: Cumple con todo lo
				DIV2-4	Se realiza investigación de patologías acorde con las políticas establecidas por el comité de investigación y de ética/bioética. (0: No se cuenta en el año con ninguna investigación; 1: Se tienen investigaciones, pero ninguna respecto a patologías
				DIV2-5	Se cuenta con inventario de los materiales de capacitación y de investigación y éstos son incorporados a la biblioteca del establecimiento tanto en medio físico como virtual. (0: No cuenta con biblioteca; 1: Se cuenta con biblioteca, pero no se tiene inventario de materiales ni investigaciones; 2: Cumple con todo lo establecido)
				DIV2-6	El personal y los alumnos tienen acceso a los servicios bibliográficos, físicos y virtuales, dentro del establecimiento acorde a horarios estipulados. (0: No cuenta; 1: Se tiene, pero no se atiende de acuerdo con horarios establecidos; 2: Cumple con todo lo establecido)

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

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ADT-1	Los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos.	Disponibilidad Accesibilidad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.	ADT1-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento del establecimiento de salud tienen y aplican normas y guías de procedimientos para la atención. (0: No dispone; 1: Dispone, pero no está actualizada; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ADT1-2	Los servicios de apoyo al diagnóstico tienen y aplican programas de control de calidad. (0: No tienen plan operativo; 1: No todos los servicios cuentan con plan operativo; 2: Todos tienen plan operativo)
ADT-2	El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario.	Eficacia Oportunidad Disponibilidad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.	ADT2-1	Los resultados de los exámenes se entregan oportunamente a los profesionales de la atención clínica y a los usuarios según estándares de tiempo previamente definidos por el establecimiento de salud. (0: No cumple; 1: A veces cumple o está encima del estándar; 2: Se cumple según estándares internos previamente definidos)
				ADT2-2	Los resultados de los exámenes se registran en medios manuales o en sistema informático y se incluye los tiempos transcurridos entre la solicitud, la recepción de la muestra y la entrega del resultado. (0: No se registra; 1: Se registra parcialmente; 2: Se registra siempre)

Macroproceso 13: Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)**Objetivo y alcance:** Evaluar si la organización brinda servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento bajo los atributos de eficiencia, eficacia, seguridad y accesibilidad

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ADT-3	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	Disponibilidad Accesibilidad Seguridad Eficacia	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.	ADT3-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento desarrollan indicadores de calidad relacionados con la entrega oportuna de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes. (0: No cuenta con indicadores; 1: Cuenta pero no para todos los servicios de apoyo diagnóstico; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ADT3-2	La calidad de los resultados de los exámenes y/o tratamientos se garantiza por medio de calibración de equipos y el control de calidad de los procedimientos. (0: No se realizan calibraciones; 1: Se realizan pero no sistemáticamente; 2: Se realizan sistemáticamente y según planificación)
				ADT3-3	Los procedimientos que implican riesgo para los pacientes se realizan de acuerdo a las normas de seguridad (exámenes con medios de contraste, exámenes endoscópicos). (0: No se cumplen normas de seguridad; 1: Se cumplen parcialmente; 2: Se cumplen en su totalidad)
				ADT3-4	El establecimiento de salud tiene y aplica un programa de control y garantía de calidad para la producción de insumos, medicamentos y otros productos que se elaboran dentro del establecimiento. (0: No se realizan acciones de control; 1: Se realizan, pero no sistemáticamente; 2: Se realizan acciones control y se registran resultados)
				ADT3-5	Se cuantifica, se analiza y se toman medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida de los procedimientos de apoyo diagnóstico y tratamiento. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos)
				ADT3-6	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 o preparación para los procedimientos y éstos las cumplen. (0: No se efectúan; 1: Se efectúan y no se aplican; 2: Se efectúan y se aplican)
				ADT3-7	El establecimiento cuantifica, analiza y toma medidas correctivas respecto a las complicaciones y/o reacciones adversas derivadas de la atención en los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento.

Macroproceso 14: Admisión y Alta (ADA)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ADA-1	El establecimiento está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	Eficacia Integralidad Oportunidad Continuidad	R.M. N° 597-2006/MINSA, que aprueba la “NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica” R.M.N° 423-2001-SA/DM. Manual de procedimientos de admisión integral en establecimientos del primer nivel de atención	ADA1-1	El establecimiento tiene un sistema de registro de los usuarios por historias clínicas individuales/ fichas familiares y estandariza los formatos de acuerdo con la normatividad vigente. (0: No define; 1: Lo define, pero no está acorde a la normatividad vigente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ADA1-2	Se garantiza la conservación y custodia del sistema de registro (historias clínicas/fichas familiares) y está contemplado en el manual de procedimientos del establecimiento y acorde a lo dispuesto por la normatividad vigente. (0: No está contemplado; 1: Está contemplado, pero no está acorde a normatividad; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ADA1-3	El proceso diario de recojo/ archivamiento de las fichas familiares/historias clínicas está documentado e identifica aspectos críticos que podrían alterar su conservación/ tenencia. (0: No se cumple lo establecido; 1: Está documentado, pero no se identifican aspectos críticos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ADA1-4	El procedimiento para la obtención y entrega de citas que contiene los tiempos de espera máximos, costos, horarios, el número regular de ingresos esperados, lo cual es de conocimiento del personal responsable y es difundido al usuario. (0: No se cumple lo establecido; 1: Se ha establecido, pero no cuentan con mecanismos de difusión a los usuarios externos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ADA1-5	Se cuenta con personal capacitado en el último año, para realizar las actividades en el área de admisión del establecimiento. (0: Nunca fue entrenado; 1: Ha sido entrenado hace más de un año; 2: Ha sido entrenado hace menos de un año)

Macroproceso 14: Admisión y Alta (ADA)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ADA-2	El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	Integralidad Oportunidad Continuidad Información Eficacia Efectividad	R.M. N° 597-2006/MINSA, que aprueba la “NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica” R.M. N° 423-2001-SA/DM. Manual de procedimientos de admisión integral en establecimientos del primer nivel de atención	ADA2-1	El personal de admisión/citas informa a los usuarios (en forma verbal y/o escrita) sobre el proceso de atención en el establecimiento e identifica necesidades con enfoque intercultural. (0: No se tienen evidencias de informar e identificar necesidades; 1: Sólo informa; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ADA2-2	Se realiza la entrega de citas de acuerdo con la programación establecida por los servicios. (0: Sólo las tres primeras horas; 1: Sólo hasta la cuarta hora; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ADA2-3	Se registra y monitorea el tiempo de espera del usuario en admisión y está acorde a lo esperado por la institución. (0: No se realiza; 1: Se realiza, pero no está acorde con la programación; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				ADA2-4	Se registra y monitorea el porcentaje de usuarios no atendidos en el establecimiento luego de haber obtenido cita y los niveles están acordes a lo establecido por la institución. (0: No se registra; 1: Se registra y monitorea, pero el nivel está por debajo del nivel esperado; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				ADA2-5	Se registra y monitorea el porcentaje de citas atendidas de acuerdo con la programación establecida. (0: No se realiza; 1: Se realiza, pero no está acorde a establecido; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				ADA2-6	Se registra y monitorea el porcentaje de reprogramación de citas y los niveles están de acuerdo a lo establecido por la institución. (0: No se realiza; 1: Se realiza, pero no está acorde a la programación; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				ADA2-7	Se realiza el control de calidad de las historias clínicas acorde a lo estipulado en la normatividad vigente y los resultados son los esperados. (0: No se realiza; 1: Se realiza, pero no está acorde a los establecido; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				ADA2-8	Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta. (0: No se realiza; 1: Se realiza; pero no está acorde a lo establecido; 2: Se cumple con todo lo establecido)

Macroproceso 14: Admisión y Alta (ADA)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ADA-3	El establecimiento de salud realiza el proceso de alta según los atributos de oportunidad, continuidad, integralidad.	Eficacia Información Efectividad	R.M. N° 597-2006/MINSA, que aprueba la "NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica	ADA3-1	Se tiene documentado el proceso de alta en el establecimiento y se cumple. (0: No está documentado; 1: Está documentado, pero no se cumple; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				ADA3-2	Se registran las estancias hospitalarias prolongadas, se analizan y se toman medidas correctivas. (0: No se realiza; 1: Se realiza, pero no está acorde a lo establecido; 2: Se cumple con todo lo establecido)
ADA-4	El establecimiento de salud garantiza que el paciente reciba atención continuada después del alta.	Eficiencia Continuidad Aceptabilidad	R. M. N° 519-2006 Sistema de Gestión de la Calidad en Salud	ADA4-1	Se fomenta y se dan facilidades para que el usuario consigne sugerencias o quejas de la consulta ambulatoria en los ambientes destinados a ésta. (0: No tiene; 1: Tiene documentado y no se aplica; 2: Tiene documentado, se aplica, se registra y se mejora)

Macroproceso 15: Referencia y contrareferencia (RCR)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
RCR-1	El establecimiento de salud está organizado para referir pacientes y recibir contrareferencias.	Continuidad Oportunidad Eficacia	R.M. N° 721-2004/MINSA. Norma técnica del sistema de referencia y contrareferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud. R.M. N° 516-2005/MINSA. "Guías de prácticas clínicas en emergencia para el adulto".	RCR1-1	El establecimiento de salud tiene documentado el proceso de referencias y contrareferencias que realiza/recibe de acuerdo a la normatividad vigente. (0: No define; 1: Define pero no está acorde con la normatividad vigente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				RCR1-2	El establecimiento de salud ha establecido coordinaciones con otros servicios de atención ambulatoria, con servicios extrainstitucionales locales, regionales y nacionales para garantizar la atención posterior al alta. (0: No tiene; 1: Tiene pero no las 24 horas del día; 2: Cumple con todo lo establecido)
				RCR1-3	El establecimiento de salud ha establecido un mecanismo de seguimiento de pacientes referidos las 24 horas, en caso no se haya producido la contrareferencia efectiva. (0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no están disponibles en los lugares necesarios; 2: Cumple con todo lo establecido)
				RCR1-4	El establecimiento de salud cuenta con formatos impresos para las referencias y contrareferencias disponibles durante el horario de atención en todos los lugares necesarios. (0: No cuenta con formatos impresos para las referencias y contrareferencias; 1: Sí cuenta, pero no están disponibles en los lugares necesarios; 2: Cumple con lo establecido.)

Macroproceso 15: Referencia y contrarreferencia (RCR)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
RCR-2	El establecimiento de salud está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios.	Oportunidad	R.M. 751-2004 / MINSA. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.	RCR2-1	Se tiene un rol de personal a cargo del traslado de los pacientes y es de pleno conocimiento de los responsables. (0: No se tiene; 1: Se tiene, pero no es conocido por los responsables; 2: Se cumple todo lo establecido)
		Disponibilidad		RCR2-2	Se dispone de servicio de transporte operativo, equipado y disponible durante las 24 horas. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta, pero no está equipado o disponible las 24 horas; 2: Se cumple todo lo establecido)
Eficacia					
Trabajo en equipo					
RCR-3	Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de pacientes.	Oportunidad	R.M. N° 343-2005/MINSA. Reglamento para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre	RCR3-1	El personal de salud responsable de la tarea de referencia y contrarreferencia conoce, implementa y controla todos los aspectos críticos del proceso y establece las acciones para mejorarlos. (0: No ejecuta ninguna acción; 1: El personal conoce, pero no implementa ninguna acción; 2: Cumple con todo lo establecido)
		Continuidad			
		Trabajo en equipo	R.M. N° 729-2003 SA/DM. La atención integral compromiso de todos-El modelo de atención integral (MAIS).	RCR3-2	Se cuantifica el porcentaje de casos referidos en que se aplicaron los criterios y procedimientos establecidos y el nivel es el esperado por la organización. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
		Efectividad			RCR3-3
				RCR3-4	Se cuantifica la relación porcentual entre referencias y contrarreferencias realizadas y el nivel es el esperado por la organización. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)

Macroproceso 16: Gestión de Medicamentos (GMD)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GMD-1	El establecimiento está organizado para un manejo adecuado de los medicamentos e insumos antes de su dispensación al usuario	Disponibilidad Eficiencia Seguridad	Decreto Supremo N° 018-2001-SA del Control de calidad y suministro de información sobre medicamentos R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales R.M. N° 414-2005/MINSA, que aprueba el "Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales R.M. N° 1753-2002-SA/DM. - Aprueba Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos - SISMED Resolución Jefatural N° 335-90-INAP/DNA "Manual Administración de Almacenes para el Sector Público Nacional".	GMD1-1	Las compras se programan sobre la base del petitorio nacional acorde al cuadro de necesidades de los servicios y son autorizadas por el comité de compras de la institución. (0:No existe; 1: En proceso de conformación; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD1-2	La farmacia cuenta con sistemas (SISMED 20 u otro) e información para la gestión (Kardex, informes de consumo en unidades y valores, según fuente de financiamiento, para medicamentos y dispositivos médicos fungibles). (0: No se realiza; 1: Se realiza esporádicamente; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD1-3	El establecimiento realiza informe de consolidados diarios de despacho e informe mensual de consumo de medicamentos e insumos. (0: No se realiza; 1: Se programan sobre la base del cuadro de necesidades; 2: Cumple con lo establecido.)
				GMD1-4	Los medicamentos son almacenados y conservados de acuerdo a las buenas prácticas de almacenamiento. (0: No cuenta; 1: Cuenta con sistema manual informático o Kardex, pero no se efectúa el informe diario de recetas; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD1-5	Se cuenta con el Libro de Registro de Prescripción de Narcóticos y sustancias controladas. (0: No realiza; 1: Realiza el informe, diario, pero no el informe mensual; 2: Cumple con lo establecido)

Macroproceso 16: Gestión de Medicamentos (GMD)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GMD-2	El establecimiento realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable	Disponibilidad Eficiencia Eficacia	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales R.M. N° 414-2005/MINSA, que aprueba el "Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales"	GMD2-1	El establecimiento de salud aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de prescripción. (0: No realiza; 1: Realiza pero no sistemáticamente; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD2-2	El establecimiento de salud aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de dispensación. (0: No realiza; 1: En proceso; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD2-3	Los errores en la dispensación de medicamentos son vigilados, registrados y corregidos por la autoridad competente del establecimiento. (0: No realiza; 1: Registra, pero no son gestionados por las unidades de atención al usuario; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD2-4	El servicio de farmacia cuenta y aplica mecanismos de información al paciente en el marco de su competencia al momento de la dispensación. (0: No realiza; 1: Realiza, sin que se efectúe previo acto de información adecuada; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD2-5	Los errores de prescripción de medicamentos son registrados y corregidos por la autoridad competente del establecimiento. (0: No realiza; 1: El nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)

Macroproceso 16: Gestión de Medicamentos (GMD)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GMD-3	El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	Accesibilidad Eficacia Seguridad	Decreto Supremo N° 018-2001-SA, del Control de calidad y suministro de información sobre medicamentos Resolución Ministerial N° 055-1999-SA/DM, Norma Técnica de Buenas Prácticas de Manufactura	GMD3-1	Se evalúa el porcentaje de coincidencias entre los ítems prescritos, dispensados, reportados, stock registrado y stock real y es el esperado; El margen de consistencia es mayor al 99%. (0: No realiza; 1: Realiza parcialmente; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD3-2	Se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas y la adopción de medidas correctivas. (0: No realiza; 1: Realiza parcialmente; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD3-3	El establecimiento realiza el monitoreo de las existencias para cautelar el normostock y prevenir el vencimiento de medicamentos e insumos. (0: No realiza el monitoreo de las existencias; 1: Realiza el monitoreo pero no establece medidas de prevención del vencimiento; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD3-4	El establecimiento de salud garantiza la capacitación del personal de farmacia acerca de los procedimientos de farmacia en relación con los medicamentos. (0: Menos del 50% del personal de farmacia está capacitado; 1: Entre el 50% y 80% del personal está capacitado; 2: Más del 80% del personal está capacitado)
				GMD3-5	El establecimiento ha organizado la provisión para mantener el normostock de ítems necesarios para el funcionamiento de servicios críticos (ej. emergencia, centro obstétrico). (0: El establecimientos no ha organizado la provisión; 1: Ha organizado la provisión pero no de todos los servicios críticos; 2: Cumple con lo establecido)

Macroproceso 17: Gestión de la información (GIN)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GIN-1	El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	Disponibilidad Oportunidad	Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública R. M. N° 825-2005/MINSA, Directiva que establece el procedimiento de atención de solicitudes sobre acceso a la información pública R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.	GIN1-1	El establecimiento de salud identifica las necesidades de información de todos los procesos asistenciales y administrativos con participación del personal de las áreas respectivas. (0: No se identifica; 1: En proceso; 2: Cumple con lo establecido)
				GIN1-2	El establecimiento de salud identifica anualmente las necesidades de equipamiento para el óptimo funcionamiento del sistema informático y esta incluido en el plan anual de adquisiciones. (0: No se identifica; 1: Se identifica las necesidades, pero no con participación del personal de las áreas fuente; 2: Cumple con lo establecido)
				GIN1-3	El establecimiento de salud cuenta con un sistema de acopio manual y/o automatizado de información el cual es conocido por el personal. (0: No se identifica; 1: En proceso; 2: Cumple con lo establecido)
				GIN1-4	El establecimiento de salud cuenta con sistemas de información que aplican los descriptores nacionales de medicamentos, codificación CIE X, CIP (procedimientos) y otras codificaciones oficiales para el sector salud. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cuenta con lo establecido)
				GIN1-5	El establecimiento de salud tiene personal capacitado durante el último año, para llevar a cabo las actividades de la gestión de la información. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cuenta con lo establecido)
				GIN1-6	El establecimiento de salud cuenta con procedimientos documentados que describe las fases de captura, el análisis, la transmisión, la difusión, el almacenamiento, la conservación y la depuración de la información. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está formado continuamente; 2: Cuenta con todo lo establecido)

Macroproceso 17: Gestión de la información (GIN)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				GIN1-7	Existe y se implementa un sistema de gestión de la información que considera todos los aspectos descritos en el procedimiento documentado. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no para todas las fases; 2: Cuenta con todo lo establecido)
				GIN1-8	La unidad responsable de la gestión de la información monitorea la información de todas las unidades orgánicas y funcionales de la organización. (0: No existe; 1: En proceso de aprobación; 2: Cuenta con lo establecido)

Macroproceso 17: Gestión de la información (GIN)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GIN-2	El establecimiento de salud realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad y la oportunidad de la información.	Disponibilidad Oportunidad	Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública R. M. N° 825-2005/MINSA, Directiva que establece el procedimiento de atención de solicitudes sobre acceso a la información pública	GIN2-1	El establecimiento de salud tiene definido mecanismos para la identificación de los aspectos críticos de la gestión de la información y son fuente para la elaboración de proyectos de mejora continua de la información. (0: No existe; 1: Tiene definidos los mecanismos, pero no son fuente de proyectos de mejora; 2: Cumple con lo
				GIN2-2	El establecimiento cuenta y aplica un método formal y permanente de gestión de la información (recolección, procesamiento y análisis y evaluación de los resultados).
GIN-3	El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información	Trabajo en equipo	Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública	GIN3-1	Se implementan en la organización mecanismos de difusión de la información y retroalimentación. (0: No existen; 1: Existen mecanismos de difusión, mas no de retroalimentación; 2: Cumple con lo establecido)
				GIN3-2	Los servicios generan espacios participativos de análisis de información y son documentados. (0: No se generan; 1: Se generan, pero no son participativos o documentados; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GIN3-3	El establecimiento de salud cuenta con un espacio donde se muestra la información relevante y actualizada de los proyectos de mejora continua de la información. (0: No existe; 1: Se cuenta con el espacio, pero la información no está actualizada; 2: Se cumple con lo todo
				GIN3-4	Se identifican semestralmente las percepciones del usuario interno (en los niveles operativo, táctico y estratégico) acerca del manejo de la información. (0: Se identifican en menos del 30%; 1: Se identifican entre 30 a 80%; 2: Se identifican en menos del 80%)

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

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
DLDE-1	El establecimiento de salud se organiza para aplicar medidas de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres e instalaciones.	Seguridad Disponibilidad	R.M. N° 510-2005. Manual de Salud Ocupacional R.M. N° 179-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias. RM N° 217-2004/MINSA Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios R.M. N° 1472-2002-SA/DM Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria: Minsa/OGE/ Vigia	DLDE1-1	Se cuenta con un manual de desinfección y esterilización acorde a su categoría y es conocido por el personal de todas las áreas responsables de esta proceso. (0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no es conocido por todo el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido)
				DLDE1-2	El establecimiento cuenta con guía actualizada que describe los procedimientos de limpieza y desinfección de los ambientes físicos destinados al paciente, los enseres de cama, la ropa de pacientes y del personal de áreas de riesgo y es conocido por todo el personal. (0: No cuenta; 1: Sí describe, pero no es conocido por todo el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido)
				DLDE1-3	El establecimiento tiene centralizado los procesos de limpieza, desinfección y esterilización de materiales y equipos. (0: No cuenta; 1: Sí describe, pero no es conocido por todo el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido)

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

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
DLDE-2	Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	Eficacia Eficiencia Seguridad	R.M. Nº 510-2005. Manual de Salud Ocupacional R.M. Nº 616-2003-SA/DM, que aprueba el modelo de ROF de Hospitales NORMA TÉCNICA N° 015 MINSA / DGSP - V.01 Manual de Bioseguridad.	DLDE2-1	El personal que manipula equipos y material usado se encuentra protegido según medidas establecidas. (0: No está protegido; 1: Están protegidos menos del 90%; 2: Están protegidos y acorde con lo establecido el 100%)
				DLDE2-2	El personal en cada servicio clasifica y realiza la descontaminación y/o limpieza de los materiales, equipos usados de acuerdo con lo establecido en el manual de desinfección, esterilización y la norma de salud ocupacional. (0: No los clasifica; 1: Los clasifica, pero no cumple con lo establecido en manual; 2: Cumple con todo lo establecido)
				DLDE2-3	Se empaça y esteriliza el material/equipo de acuerdo con los procedimientos establecidos. (0: No se cumple; 1: Se realiza la limpieza y desinfección, pero no cumple con los procedimientos; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				DLDE2-4	El establecimiento aplica controles físicos, químicos y biológicos en la esterilización de materiales y equipos. (0: No se cumple; 1: Se empaça y esteriliza, pero no de acuerdo con los procedimientos; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				DLDE2-5	Se establece un sistema de control de daños, pérdidas de materiales y equipos en cada área de esterilización y se registra en cada procedimiento de esterilización. (0: No se cumple; 1: Se almacena, pero no se cumple con los procedimientos; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				DLDE2-6	Se establece un sistema de control de pérdidas y deterioros innecesarios de enseres de cama y ropa y se aplica en cada procedimiento. (0: No se cumple; 1: Se realiza, pero no cumple con todo lo establecido; 2: Se cumple con todo lo establecido)

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

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
DLDE-3	Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos.	Seguridad Eficacia Trabajo en equipo	Ley N° 26842, Ley General de Salud R.M.N° 510-2005. Manual de Salud Ocupacional	DLDE3-1	El personal que realiza la recolección y lavado de la ropa y enseres está debidamente protegido de acuerdo con la norma de salud ocupacional. (0: No está protegido; 1: Está protegido menos del 90%, 2: Está protegido y acorde con lo establecido el 100%)
				DLDE3-2	Existe un procedimiento especial para el tratamiento de la ropa contaminada que es de conocimiento del personal de lavandería. (0: No existe; 1: Existe, pero no lo conoce todo el personal; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				DLDE3-3	Se cuantifica el porcentaje de reclamos y quejas sobre el servicio de lavandería por problemas en la entrega, oportunidad (entre otros atributos) de los enseres de cama y ropa y se toman acciones correctivas. (0: No hay normas; 1: Sí existen, pero no son conocidas por todo el personal; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				DLDE3-4	Se realiza el almacenamiento de los enseres de cama y ropa de acuerdo con las normas vigentes. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)

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

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
DLDE-4	Se realiza la limpieza de las instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas específicas.	Comodidad Eficacia seguridad Efectividad Disponibilidad	R.M. N° 510-2005. Manual de Salud Ocupacional R.M. N° 217-2004/MINSA Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios NORMA TÉCNICA N° 015 - MINSA / DGSP - V.01 Manual de Bioseguridad	DLDE4-1	El personal de limpieza está debidamente vestido y protegido según las medidas de bioseguridad y la norma de residuos sólidos. (0: No está protegido; 1: Está protegido menos del 90%; 2: Está protegido y acorde con lo establecido el 100%)
				DLDE4-2	El establecimiento cuenta y aplica procedimientos establecidos de segregación, acopio y disposición final de residuos sólidos. (0: No se tiene nada disponible; 1: Se tiene, pero no están rotulados; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				DLDE4-3	La unidad de epidemiología y saneamiento ambiental y/o comité de infecciones intrahospitalarias y/o personal de enfermería participa(n) activamente en la elaboración y supervisión de aplicación de las normas de limpieza. (0: No participa(n); 1: Participa(n) a solicitud o demanda; 2: Participa(n) de acuerdo con la programación)
				DLDE4-4	Se cuantifica la percepción de los usuarios (interno y externo) respecto a la limpieza del establecimiento de salud y se implementan acciones para su mejora. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)

Macroproceso 19: Manejo del Riesgo Social (MRS)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
MRS-1	El establecimiento de salud está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	Disponibilidad Accesibilidad Continuidad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el modelo de ROF de Hospitales D.S. N° 016-2002-SA Reglamento de la Ley N° 27604 modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos R.M. N° 436-2006/MINSA, Reglamento para el pago de tarifa mixta del SIS	MRS1-1	El establecimiento de salud cuenta con un único sistema de evaluación socioeconómica de los usuarios que se implementa en todos los puntos de entrada de los usuarios las 24 horas del día. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está disponible las 24 horas; 2: Cumple con todo lo establecido)
				MRS1-2	El establecimiento de salud programa y realiza mensualmente controles de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica. (0: No realiza; 1: Realiza pero menor a lo planificado; 2: Realiza según lo planificado)
				MRS1-3	El servicio social cuenta con servicio de Internet para realizar cruces de información de los usuarios con ESSALUD y RENIEC. (0: No cuenta; 1: En proceso de implementación; 2: Cumple con todo lo establecido)
				MRS1-4	El establecimiento de salud realiza las evaluaciones socioeconómicas a los usuarios de consulta externa, emergencias, apoyo diagnóstico y hospitalización. (0: Sólo realiza en emergencias y hospitalización; 1: Realiza en todos menos en una; 2: Realiza en todos los servicios listados)

Macroproceso 19: Manejo del Riesgo Social (MRS)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
MRS-2	El establecimiento de salud destina recursos financieros para la atención de casos especiales y de extrema pobreza.	Eficacia Eficiencia Accesibilidad Oportunidad	D.S. N° 016-2002-SA Reglamento de la Ley N° 27604 modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos R.M. N° 246-2006/MINSA Lineamientos de política tarifaria en el Sector Salud	MRS2-1	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos de financiamiento para la atención de la población pobre y en extrema pobreza y éstos se aplican. (0: No destina; 1: Destina esporádicamente; 2: Destina por montos fijos y sostenibles)
				MRS2-2	Las tarifas del establecimiento de salud se adecúan a los lineamientos de política tarifaria del MINSA. (0: Exoneraciones a pacientes clasificados A; 1: Exoneración mayoritaria a pacientes clasificados B; 2: Sólo exonera a pacientes clasificados como C y que no acceden al SIS)

Macroproceso 20: Nutrición y Dietética (NYD)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización garantiza una atención de nutrición y dietética según las necesidades, las indicaciones clínicas y los requerimientos de los pacientes.

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
NYD-1	El establecimiento de salud está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.	Disponibilidad Oportunidad Eficiencia	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el modelo de ROF de Hospitales RM N° 615-2003 SA/DM Norma Sanitaria que establece los criterios microbiológicos de calidad sanitaria e inocuidad para los alimentos y bebidas de consumo humano. R.M. N° 1653-2002-SA/DM Reglamento Sanitario de Funcionamiento de Autoservicios de Alimentos y Bebidas. R.M. N° 449-2006/MINSA Norma Sanitaria para la Aplicación del Sistema HACCP en la Fabricación de Alimentos y Bebidas D.S. N° 007-98-SA. Reglamento de Vigilancia y Control Sanitario de alimentos y bebidas	NYD1-1	Se cuenta con un manual actualizado y disponible de normas y procedimientos técnico-administrativos de la atención nutricional y dietética. (0: No cuenta; 1: Se cuenta, pero no está disponible ni actualizado; 2:Cumple con lo establecido)
				NYD1-2	Se cuenta con personal de nutrición capacitado durante el último año. (0: El personal no está continuamente entrenado; 1: Sólo el personal responsable está continuamente entrenado y capacitado; 2: Se cumple con lo establecido)
				NYD1-3	Se han determinado y se cumplen horarios para la distribución de las dietas a los servicios. (0: No se han determinado; 1: Se han determinado, pero no se cumplen; 2: Se cumple con lo establecido)
				NYD1-4	El establecimiento cuenta normas de manipulación de alimentos y éstas se aplican. (0: No se promueve; 1: En proceso; 2: Se cumple con lo establecido)
				NYD1-5	El establecimiento aplica buenas prácticas de almacenamiento de víveres perecibles y no perecibles. (0:No se realiza; 1: En proceso; 2: Se cumple con lo
				NYD1-6	El establecimiento cuenta con mecanismos de información y educación a los usuarios y familiares sobre los requerimientos nutricionales de acuerdo con sus necesidades y éstos se aplican. (0: No se realiza; 1: Se informa sobre los requerimientos nutricionales sin que esté de acuerdo con sus necesidades; 2: Se cumple con todo lo establecido)

Macroproceso 20: Nutrición y Dietética (NYD)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización garantiza una atención de nutrición y dietética según las necesidades, las indicaciones clínicas y los requerimientos de los pacientes.

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
NYD-2	Los requerimientos de los servicios nutricionales concuerdan con las necesidades de los pacientes y la prescripción médica.	Disponibilidad Eficiencia	DECRETO SUPREMO N° 005-90-SA Reglamento General de Hospitales del Sector Salud R.M. N° 610-2004/MINSA Aprueban Norma Técnica N° 010-MINSA/INS-V.01, "Lineamientos de Nutrición Infantil".	NYD2-1	El servicio de nutrición cuenta con un listado de regímenes estándar por patologías prevalentes que se encuentran detallados con composición de nutrientes, prescripciones dietéticas y menús diarios. (0 :No cuenta; 1: Cuenta con listados que no están detallados en su composición; 2: Cumple con lo establecido)
				NYD2-2	El personal de enfermería/obstetricia verifica y registra la concordancia entre los menús del día y las distintas indicaciones dietéticas. (0: No se realiza; 1: Se verifica, pero no sistemáticamente; 2: Se cumple con lo establecido)
				NYD2-3	El profesional de nutrición efectúa la visita diaria a los pacientes con dietas especiales. (0: No se realiza; 1: Se realiza ocasionalmente; 2: Se realiza siempre)
				NYD2-4	Se lleva registro del porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios y se adoptan medidas correctivas. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)

Macroproceso 21: Gestión de Insumos y Materiales (GIM)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GIM-1	Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	Eficacia Eficiencia	Decreto Supremo N° 018-2001-SA del Control de calidad y suministro de información sobre medicamentos Resolución Ministerial N° 055-1999,-SA/DM. Norma Técnica de Buenas Prácticas de Manufactura Resolución Ministerial N° 585-1999 SA/DM. Norma Técnica de Buenas Prácticas de Almacenamiento Resolución Ministerial N° 014-2002-SA. Lineamientos de la Política del Sector Salud 2002-2012 R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	GIM1-1	Se cuenta con líneas de acción para planificar el requerimiento y la adquisición de insumos y materiales conforme a las normas vigentes. (0: No se han definido; 1: Se tienen, pero no están acordes con la normatividad vigente; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				GIM1-2	El establecimiento de salud cuenta con plan anual de necesidades de bienes estratégicos por servicios inmerso en plan de adquisiciones que garantiza calidad de insumos y materiales requeridos (especificaciones técnicas, comité de evaluación de bienes estratégicos) (0: No cuenta con plan anual de necesidades; 1: Tiene plan anual y los mecanismos para el control de calidad no se evidencia; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GIM1-3	Se tienen establecidas y se aplican medidas de protección de insumos y materiales por el personal de almacén central. (0: No se cuenta con programación; 1: Se tiene programación, pero no están contempladas todas las áreas o servicios; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				GIM1-4	Se tiene establecido y se aplican procedimientos para el control de insumos y materiales en el área de distribución (almacén). (0: No se han establecido; 1: Se han establecido, pero no son de conocimiento del personal; 2: Se cumple con todo lo establecido)

Macroproceso 21: Gestión de Insumos y Materiales (GIM)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GIM-2	Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	Eficacia Efectividad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el modelo de ROF de Hospitales	GIM2-1	Se realiza el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo al cronograma del plan anual de adquisiciones y se cumple los procedimientos. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				GIM2-2	En el establecimiento se llevan a cabo los procesos de adquisición según los procedimientos correspondientes. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				GIM2-3	Se cuantifica el porcentaje de entregas de insumos y materiales de acuerdo con una programación. (0: Menos del 50% de entregas están de acuerdo con una programación; 1: Entre 50% y 80% de las entregas están acordes a la programación; 2: Más del 80% de entregas están acordes a la programación.)
				GIM2-4	Se registra la opinión de los técnicos en el proceso de adquisición en insumos y materiales. (0: Se registra en menos del 60% de los procesos de adquisición; 1: Se registra para el 60% a 80% de los procesos; 2: Se registra para más del 80% de los procesos.)

Macroproceso 22: Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
EIF-1	El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	Eficacia Eficiencia Disponibilidad	R.M. No 016-98-SA/DM Normas Técnicas para el Mantenimiento Preventivo y Conservación de la Infraestructura en Hospitales. R.M. N° 970-2005/MINSA . Norma técnica de salud para proyectos de arquitectura, equipamiento y mobiliario de establecimientos de salud del primer nivel de atención.	EIF1-1	El establecimiento de salud cuenta con un plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos incorporado al plan operativo de actividades (POA). (0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no está incorporado al POA; 2: Cumple con todo lo establecido)
			R.M. No 016-98-SA/DM Normas Técnicas para el Mantenimiento Preventivo y Conservación de la Infraestructura en Hospitales. R.M. N° 335-2005 Estandares Mínimos de seguridad para la construcción, ampliación, rehabilitación, remodelación y mitigación de riesgos en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo	EIF1-2	El establecimiento de salud cuenta con un plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos incorporado al plan operativo de actividades (POA). (0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no está incorporado al POA; 2: Cumple con todo lo establecido)

Macroproceso 22: Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
				EIF1-3	Se cuenta con personal capacitado para la elaboración de proyectos de inversión y se elaboran proyectos. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no de todos los procesos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EIF1-4	El personal que realiza el mantenimiento preventivo y de recuperación de la infraestructura y equipos está capacitado para ese fin durante el último año. (0: No tiene; 1: Sí tiene, pero no cuenta con instrumentos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EIF1-5	Se cuenta con procedimientos documentados para la adquisición de equipos, mantenimiento; remodelación y/o ampliación de infraestructura física del establecimiento. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no de los tres procesos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EIF1-6	El establecimiento de salud cuenta con sistema de inventario y registro de operatividad de equipos e instrumentos. (0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no de los tres procesos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EIF1-7	Se cuenta y aplica los procedimientos del manual para el mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias. (0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no es conocido por el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EIF1-8	Cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras y éste es aplicado. (0: No cuenta con manual; 1: Cuenta con manual, pero no se aplica; 2: Cumple con lo establecido.)
				EIF1-9	Cuenta con manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica) y éste es aplicado. (0: No cuenta con manual; 1: Cuenta con manual, pero no se aplica; 2: Cumple con lo establecido.)

Macroproceso 22: Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)

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

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
EIF-2	El establecimiento de salud cuenta con información y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.	Eficacia Eficiencia Efectividad Disponibilidad	R.M. No 016-98-SADM Normas Técnicas para el Mantenimiento Preventivo y Conservación de la Infraestructura en Hospitales,	EIF2-1	Existe un procedimiento de verificación de inventarios actualizado (equipos con rótulos visibles) y el informe de resultados (no concordancias, faltantes, etc.) se remite a los niveles directivos. (0: Nunca fue entrenado; 1: Ha sido entrenado hace más de un año; 2: Ha sido entrenado hace menos de un año)
				EIF2-2	Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a programación. (0: Lo aplica el 50% de las jefaturas de servicio; 1: Lo aplica entre más del 50 y el 80%; 2: Lo aplica más del 80%).
				EIF2-3	Se cuantifica el porcentaje de soluciones oportunas ante el llamado de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos. (0: Lo conoce el 50% de las áreas; 1: Lo conoce entre más del 50 y el 80% de las áreas; 2: Lo conoce más del 80%).