



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

| INICIATIVA DE POLÍTICAS
EN SALUD

ESTÁNDARES DE CALIDAD INSTITUTOS

Octubre 2009

Este informe ha sido producido para revisión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Fue elaborado por Alfonso Villacorta Bazán como parte de las actividades de Iniciativa de Políticas en Salud-Perú.

USAID|Iniciativa de Políticas en Salud, Perú, es un proyecto de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional bajo Contrato N° GPO-I-03-05-00040-00, la Orden de Trabajo N°3 inició sus actividades el 02 de noviembre del 2007 y es implementada por Futures Group International, LLC

ESTÁNDARES DE CALIDAD INSTITUTOS

Alfonso Villacorta Bazán
Octubre, 2009

Estas actividades han sido posibles gracias al generoso apoyo del Pueblo de los Estados Unidos a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. El contenido de este informe son de responsabilidad de Futures Group International, LLC Orden de Trabajo N°3 y no refleja necesariamente los puntos de vista de USAID o los del Gobierno de los Estados Unidos.

USAID no es responsable del contenido parcial o total de este documento.

CONTENIDO

| | |
|--|-----|
| CONTENIDO | 4 |
| LISTADO DE ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CATEGORÍA III | 6 |
| 1. MACROPROCESOS..... | 7 |
| 2. ESTÁNDARES III-2..... | 12 |
| Macroproceso 1: Direccionamiento (DIR)..... | 12 |
| Macroproceso 2: Gestión de Recursos Humanos (GRH)..... | 15 |
| Macroproceso 3: Gestión de la Calidad (GCA)..... | 18 |
| Macroproceso 4: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)..... | 23 |
| Macroproceso 5: Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)..... | 31 |
| Macroproceso 6: Control de la Gestión y Prestación (CGP)..... | 37 |
| Macroproceso 7: Atención Ambulatoria (ATA)..... | 40 |
| Macroproceso 8: Atención de Hospitalización (ATH)..... | 42 |
| Macroproceso 9: Atención de Emergencia (EMG)..... | 47 |
| Macroproceso 10: Atención Quirúrgica (ATQ)..... | 51 |
| Macroproceso 11: Investigación (INV)..... | 57 |
| Macroproceso 12: Enseñanza (ENS)..... | 61 |
| Macroproceso 13: Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento en la Atención Especializada (ADT)..... | 65 |
| Macroproceso 14: Admisión y Alta (ADA)..... | 69 |
| Macroproceso 15: Desarrollo de Servicios (DES)..... | 73 |
| Macroproceso 16: Gestión de Medicamentos (GMD)..... | 77 |
| Macroproceso 17: Gestión de la información (GIN)..... | 81 |
| Macroproceso 18: Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)..... | 85 |
| Macroproceso 19: Manejo del Riesgo Social (MRS)..... | 90 |
| Macroproceso 20: Manejo de nutrición de pacientes (MNP)..... | 92 |
| Macroproceso 21: Gestión de Insumos y Materiales (GIM)..... | 95 |
| Macroproceso 22: Gestión de Equipos e Infraestructura (GEIF)..... | 98 |
| 3. RESUMEN FINAL | 101 |

Listado de Estándares de Calidad para Establecimientos de Salud Categoría III

I. MACROPROCESOS

| Nº | Cod. Macroproceso | Macroproceso | Objetivos y Alcances | Nº Estándares | Nº Criterios |
|----|-------------------|-------------------------------------|---|---------------|--------------|
| 1 | DIR | Direccionamiento | <p>Macroproceso 1: Direccionamiento (DIR)</p> <p>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</p> | 2 | 11 |
| 2 | GRH | Gestión de recursos humanos | <p>Macroproceso 2: Gestión de Recursos Humanos (GRH)</p> <p>Objetivo y alcance: Evaluar si la organización está orientada a gestionar al recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales</p> | 4 | 11 |
| 3 | GCA | Gestión de la calidad | <p>Macroproceso 3: Gestión de la calidad (GCA)</p> <p>Objetivo y alcance: Evaluar si la organización impulsa y evidencia el mejoramiento continuo de la calidad de sus servicios de salud, recursos y tecnología mediante el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos.</p> | 3 | 20 |
| 4 | MRA | Manejo del riesgo de atención | <p>Macroproceso 4: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)</p> <p>Objetivo y alcance: Evaluar si el establecimiento realiza acciones para disminuir la ocurrencia de eventos adversos; manejo de residuos sólidos y la incidencia de enfermedades ocupacionales del personal de salud.</p> | 8 | 41 |
| 5 | GSD | Gestión de seguridad ante desastres | <p>Macroproceso 5: Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)</p> <p>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</p> | 3 | 18 |

| N° | Cod. Macroproceso | Macroproceso | Objetivos y Alcances | N° Estándares | N° Criterios |
|----|-------------------|------------------------------------|--|---------------|--------------|
| 6 | CGP | Control de la gestión y prestación | 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 | 2 | 11 |
| 7 | ATA | Atención ambulatoria | 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 | 3 | 11 |
| 8 | ATH | Atención de hospitalización | Macroproceso 8: Atención de Hospitalización (ATH) Objetivo y alcance: Evaluar si la atención en los servicios de internamiento altamente especializado que brinda la organización cumplen con los atributos de disponibilidad, seguridad, oportunidad, eficacia, aceptabilidad e información completa | 7 | 21 |
| 9 | EMG | Atención de emergencias | Macroproceso 9: 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 | 3 | 14 |
| 10 | ATQ | Atención quirúrgica | Macroproceso 10: 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 | 4 | 24 |
| 11 | INV | Investigación | Macroproceso 11: Investigación(INV) Objetivo y alcance: Evaluar si la institución desarrolla actividades de | 3 | 17 |

| N° | Cod. Macroproceso | Macroproceso | Objetivos y Alcances | N° Estándares | N° Criterios |
|----|-------------------|--|--|---------------|--------------|
| | | | investigación de acuerdo con las prioridades sanitarias nacionales establecidas por el organismo regulador, buscando mejorar la competencia de los recursos humanos | | |
| 12 | ENS | Enseñanza | Macroproceso 12: Enseñanza(ENS) Objetivo y alcance: Evaluar si la institución desarrolla actividades de enseñanza de acuerdo con las normas y procedimientos establecidos por los organismos reguladores e institucionales, buscando mejorar la competencia de los recursos humanos. | 1 | 10 |
| 13 | ADT | Atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento especializado | Macroproceso 13: Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento Especializado (ADT) Objetivo y alcance: Evaluar si la organización se orienta a lograr la innovación, actualización, difusión y capacitación de los conocimientos, métodos y técnicas en investigación, docencia y atención especializada en apoyo al diagnóstico y tratamiento | 3 | 14 |
| 14 | ADA | Admisión y alta | 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 | 3 | 15 |
| 15 | DES | Desarrollo de Servicios | Macroproceso 15: Desarrollo de Servicios (DES) Objetivo y alcance: Evaluar si la organización garantiza la continuidad de la atención de salud en una red de servicios, realiza la transferencia tecnológica a su red y propone la normatividad que le compete en el campo de su especialidad | 5 | 16 |

| N° | Cod. Macroproceso | Macroproceso | Objetivos y Alcances | N° Estándares | N° Criterios |
|----|-------------------|---|--|---------------|--------------|
| 16 | GMD | Gestión de medicamentos | <p>Macroproceso 16: Gestión de Medicamentos (GMD)</p> <p>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.</p> | 3 | 15 |
| 17 | GIN | Gestión de la información | <p>Macroproceso 17: Gestión de la información (GIN)</p> <p>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.</p> | 3 | 15 |
| 18 | DLDE | Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización | <p>Macroproceso 18: Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)</p> <p>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</p> | 4 | 20 |
| 19 | MRS | Manejo del riesgo social | <p>Macroproceso 19: Manejo del Riesgo Social (MRS)</p> <p>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.</p> | 2 | 6 |
| 20 | MNP | Manejo de nutrición de pacientes | <p>Macroproceso 20: Manejo de nutrición de pacientes (MNP)</p> <p>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.</p> | 2 | 10 |

| N° | Cod. Macroproceso | Macroproceso | Objetivos y Alcances | N° Estándares | N° Criterios |
|-------|-------------------|--------------------------------------|---|---------------|--------------|
| 21 | GIM | Gestión de insumos y materiales | <p>Macroproceso 21: Gestión de Insumos y Materiales (GIM)</p> <p>Objetivo y alcance: Evaluar si Lel instituto orienta el compromiso laboral de su personal (administrativo y asistencial) para el uso racional y la conservación adecuada de insumos y materiales)</p> | 2 | 8 |
| 22 | GEIF | Gestión de equipos e infraestructura | <p>Macroproceso 22: Gestión de Equipos e Infraestructura (GEIF)</p> <p>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</p> | 2 | 13 |
| TOTAL | | | | 72 | 341 |

2. ESTÁNDARES III-2

Macroproceso I: Direccionamiento (DIR)

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

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|---|--------------------------------|---|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| DIR-1 | El instituto 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° SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los institutos | DIR 1-1 | El instituto ha formulado participativamente y difundido su plan estratégico (misión, visión, políticas institucionales, objetivos y metas). (0: No ha formulado participativamente; 1: Ha formulado participativamente pero no ha difundido; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| | | | | DIR 1-2 | La Dirección del instituto promueve y asegura que las unidades de atención/ servicios/departamentos formulen, implementen y evalúen sus actividades concordantes con el plan operativo institucional. (0: Asegura que formulen; 1: Asegura que formulen e implementen, pero no evalúa; 2: Asegura que formulen, implementen y evalúen) |
| | | | | DIR 1-3 | Los planes estratégico, operativo y de contingencia se elaboran, conservan y actualizan según un procedimiento documentado. (0: No se elaboran, conservan o actualizan, según procedimiento documentado; 1: Se elaboran, conservan de acuerdo a procedimiento documentado y no se actualizan; 2: Se elaboran, conservan o actualizan, según procedimiento documentado) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|------------------------|----------------------|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | | DIR 1-4 | Se han identificado las principales necesidades de salud de los usuarios del instituto de acuerdo a las prioridades nacionales por etapas de vida. (0: No han identificado; 1: Sólo han identificado algunas necesidades de salud; 2: Tiene identificadas las necesidades de acuerdo a las prioridades nacionales para todas las etapas de vida que atiende) |
| | | | | DIR 1-5 | El instituto ha formulado el análisis de la situación de salud participativamente para definir el direccionamiento de la atención sanitaria y el desarrollo de sus actividades de salud. (0: No ha sido formulado; 1: Ha sido formulado pero no participativamente; 2: Ha sido formulado participativamente) |
| | | | | DIR 1-6 | Los resultados de los indicadores de gestión realizadas en los últimos dos semestres están dentro de los niveles esperados para el instituto.(0: Todas los indicadores están por debajo o son igual al 70%; 1: Todos los indicadores están entre 71 y 84%; 2: Todos los indicadores son igual o >80%. |
| | | | | DIR 1-7 | La Dirección del instituto asegura la adhesión del personal a las guías de práctica clínica para la atención de las prioridades sanitarias del Plan Nacional en el ámbito nacional y/o regional. (0: La adhesión del personal es menor al 50%; 1: La adhesión del personal está entre el 50% y el 80%; 2: Logra adhesión mayor al 80%) |
| | | | | DIR 1-8 | La Dirección del instituto define sus metas respecto a las estrategias nacionales y/o regionales de su competencia y las incluye en el POA (Plan Operativo Anual). 0: No define; 1: Define y no lo incluye en el POA; 2: Define, incluye y participa en la evaluación del POA) |

| Código | Estándar | 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 a resolver los problemas relacionados con la salud de la población. | Eficacia Eficiencia | LEY N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General R.M. N° SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los institutos | DIR 2-1 | Las actividades de los planes estratégico, operativo y de contingencias son asignadas formalmente a los responsables de cada unidad/área/servicio del instituto establecimiento de salud. (0: No son asignadas formalmente; 1: Asignadas formalmente en forma parcial; 2: Asignadas en su totalidad) |
| | | | | DIR 2-2 | Los responsables informan los resultados del avance y metas alcanzadas en los planes estratégico, operativo y de contingencia en espacios de participación según lo establecido. 0: No informan; 1: Informan parcialmente o sólo institucionalmente; 2: Informan en los espacios de participación establecidos) |
| | | | | DIR 2-3 | El instituto cumple con los resultados esperados en el Plan Operativo Anual a la fecha de evaluación. (0: Cumple menos del 60% del nivel esperado; 1: Cumple entre el 60% y 80%; 2: Cumple más del 80% del nivel esperado) |

Macroproceso 2: Gestión de Recursos Humanos (GRH)

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

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|--|---|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| GRH-1 | El instituto 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°..... - SA/DM , que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de Institutos. R.M. N° 453-86-SA/DM Reglamento General de Provisión de Plazas para organismos y dependencias del MINSA | GRH 1-1 | El instituto cumple con los procedimientos de incorporación del recurso humano y se orienta a cubrir las competencias requeridas en el manual de organización y funciones (MOF). (0: No cumple; 1: Cumple, pero no siempre está sustentado en el manual de organización y funciones; 2:Cumple con lo establecido) |
| | | | | GRH 1-2 | El instituto tiene definido el procedimiento de inducción del personal y se cumple con todos los trabajadores nuevos independientemente de su régimen laboral. (0: No ha definido; 1: Define pero no cumple al 100%; 2: Define y cumple al 100%) |
| | | | | GRH 1-3 | El instituto ha definido y comunica formalmente las funciones de todos los trabajadores y lo comunica de acuerdo al cargo que ocupa. (0: No ha definido; 1: Define, pero no para todos los puestos de trabajo, y no comunica; 2: Define para todos los puestos de trabajo y comunica formalmente) |
| | | | | GRH 1-4 | Las jefaturas de servicios/ departamentos/ áreas/ unidades informan los resultados de productividad individual de acuerdo a los estándares establecidos por la autoridad del instituto. (0: No informan; 1: Algunos informan; 2: Todos informan) |
| GRH-2 | Los equipos del instituto participan en las decisiones y análisis de la situación | Trabajo en equipo Transparencia | R.M. N°..... - SA/DM , que aprueba el Modelo de Reglamento de | GRH 2-1 | 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. |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|-------------------------------------|--|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | institucional. | Eficacia | Organización y Funciones de Institutos | | (0: No se organizan; 1: Se organizan y no se reúnen; 2: Cumplen con todo lo establecido) |
| | | | | GRH 2-2 | Los equipos de trabajo del instituto identifican problemas, proponen soluciones y participan en las decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos. (0: Sólo identifican; 1: Identifican y proponen; 2: Identifican, proponen y participan en las decisiones) |
| GRH-3 | El instituto dispone de medidas de seguridad para la salud de los trabajadores de áreas de riesgo. | Seguridad | Ley General de Salud N°26842 N T N° 015 - MINSА / DGSP - V.01 Manual de Bioseguridad R.M. N° 179-2005/MINSА Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias. | GRH 3-1 | El instituto facilita medidas de bioseguridad para el manejo del paciente con enfermedades transmisibles, así como otras acciones para cautelar la salud de los trabajadores de áreas de riesgo.. (0: No facilita; 1: Facilita pero no cubre a todos los trabajadores de áreas de riesgo; 2: Facilita y cubre a los trabajadores de áreas de riesgo) |
| | | | | GRH 3-2 | Todo recurso humano del instituto debe estar protegido con algún tipo de seguro de salud básico independientemente de su régimen laboral. (0: El personal no está protegido; 1: El 80% del personal está protegido; 2: El 100% está protegido) |
| GRH-4 | El instituto garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario. | Competencia técnica Eficacia | R.M. N° 453-86-SA/DM Reglamento General de Provisión de Plazas para organismos y dependencias del | GRH 4-1 | El instituto cuenta con un plan para fortalecer las competencias del recurso humano para que brinde servicios de acuerdo al nivel de su competencia y lo implementa. 0: No cuenta con un plan; 1: Cuenta con un plan pero no implementa; 2:Cuenta con un plan y lo implementa) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|------------------------|----------------------|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | MINSA | GRH 4-2 | El instituto implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano, orientado a lograr los objetivos institucionales. (0: No cuenta con un plan; 1: Cuenta con un plan pero no ejecuta; 2:Cuenta con un plan y lo ejecuta) |
| | | | | GRH 4-3 | El instituto garantiza que su personal ha sido capacitado en deberes y derechos de los usuarios y ha desarrollado una o más herramientas para evaluar su comprensión y cumplimiento. (0: El personal no ha sido capacitado; 1: El personal ha sido capacitado pero el instituto no ha desarrollado herramientas para evaluar su comprensión y cumplimiento; 2: Cumple con todo lo establecido) |

Macroproceso 3: Gestión de la Calidad (GCA)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización impulsa y evidencia el mejoramiento continuo de la calidad de sus servicios de salud, recursos y tecnología mediante el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos.

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|---|--|--|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| GCA-1 | La organización dirige y conduce la implementación del sistema de gestión de la calidad en el marco de las políticas, normatividad y estándares de calidad formalmente reconocidos. | Efectividad Eficacia Eficiencia | Ley N° 26842 - Ley General de Salud, artículo VI del Título Preliminar. D. S. N° 013-2006-SA , aprueba Reglamento de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo R.M. N° 519-2006/MINSA , aprueba documento técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud R.M. N° 235-2003-SA/DM , aprueba Modelo General de ROF de los Institutos Especializados. R.M. N° 730-2004/MINSA , aprueba la inclusión de Oficina de Gestión de la Calidad en los Institutos Especializados. R.M. N° , aprueba el ROF del Instituto | GCA 1-1 | El instituto cuenta con el Plan de Gestión de Calidad, según normativa vigente y lo implementa, según cronograma. (0: No cuenta con Plan de gestión de Calidad; 1: Cuenta con Plan y no lo implementa; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | GCA 1-2 | El instituto cuenta con los Comités/equipos necesarios para el desarrollo del plan formulado. (0: Cumple con menos del 70% de la lista de chequeo; 1: Cumple entre el 70 y 84% de la lista de chequeo; 2: Cumple con mas del 84% de la lista de chequeo) Lista de chequeo GCA 1-2 |
| | | | | GCA 1-3 | La oficina de gestión de la calidad se encuentra debidamente implementada para su adecuado funcionamiento. (0: Cumple con menos del 70% de la lista de chequeo; 1: Cumple entre el 70 y 84% de la lista de chequeo; 2: Cumple con mas del 84% de la lista de chequeo) Lista de chequeo GCA 1-3 |
| GCA-2 | La organización despliega, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de la calidad a través de la | Efectividad Eficacia Eficiencia Seguridad | Ley N° 26842 - Ley General de Salud, establece en su artículo VI del Título Preliminar. D. S. N° 013-2006-SA , que | GCA 2-1 | El instituto cuenta con un sistema implementado y en ejecución de identificación, registro, notificación, procesamiento y análisis de eventos adversos. (0: No evidencia implementación y ejecución del sistema; 1: Sistema en |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|------------------------|---|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | aplicación de los instrumentos y procesos de garantía de la calidad e información para la calidad. | Oportunidad | 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° 235-2003-SA/DM , que aprueba el Modelo General de ROF de los Institutos Especializados. R.M. N° 730-2004/MINSA , que aprueba la inclusión de la Oficina de Gestión de la Calidad en los Institutos Especializados. R.M. N° , que aprueba el ROF del Instituto R.M. N° 676-2006/MINSA , que aprueba el Documento Técnico "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 - 2008". R.M. N° 474-2005/MINSA , | | fase de implementación inicial; 2: Evidencia sistema implementado y en ejecución) |
| | | | | GCA 2-2 | El instituto cuenta con procedimientos oficiales de vigilancia y control de Infecciones Intrahospitalarias y lo cumple. (0:Cuenta con procedimientos pero no están oficializados, 1: Cuenta con procedimientos oficializados y no cumple; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | GCA 2-3 | El Instituto cumple con la ejecución de auditorias según norma vigente (NT 029-2005 RM474 (0: Cumple con <50% de la ejecución de auditorias programadas; 1: Cumple con la ejecución entre el 50 y 80% de las auditorias de registro programadas; 2: Cumple con el >80% de las auditorias programadas) |
| | | | | GCA 2-4 | El Instituto tiene documentado el proceso para la recepción y análisis de las quejas y reclamos de los usuarios (metodologías, instrumentos y periodicidad)- (0: No se cuenta; 1: Cuenta con procedimiento pero no está documentado; 2: Cumple con todo lo establecido) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|------------------------|--|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | que aprueba la NT N° 029 "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud". R.M. N° 623-2008/MINSA , que aprueba los Documentos Técnicos " Plan para el Estudio del Clima Organizacional 2008-2011 y Metodología para el Estudio del Clima Organizacional" | GCA 2-5 | Se evalúa el porcentaje de quejas y reclamos resueltos o reclamos atendidos oportunamente y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (0: Cumple con <30% de quejas resueltas; 1: Cumple con la ejecución entre el 30 y 60% de quejas resueltas; 2: Cumple con el >60% de quejas resueltas) |
| | | | | GCA 2-6 | El Instituto difunde la información del proceso de atención que brindará a sus usuarios y es adecuado culturalmente según realidades locales. (0: Cumple con menos del 70% de la lista de chequeo; 1: Cumple entre el 70 y 84% de la lista de chequeo; 2: Cumple con mas del 84% de la lista de chequeo) Lista de chequeo 2-12 |
| | | | | GCA 2-7 | El Instituto evidencia la aplicación de las encuestas de satisfacción de usuarios externos según plan aprobado. (0: No aplica encuestas de satisfacción; 1: Se encuentra en proceso de aplicación; 2: Cuenta con informe final) |
| | | | | GCA 2-8 | El Instituto desarrolla el estudio de clima organizacional según norma vigente. (0: No desarrolla el estudio; 1: Se encuentra en proceso de aplicación; 2: Cuenta con informe final) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|--|---|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | | GCA 2-9 | El Instituto implementa mejoras en base a los resultados obtenidos del estudio de clima organizacional. (0: Cumple con <50% de la implementación de mejoras; 1: Cumple con la ejecución entre el 50 y 80% de la implementación de mejoras; 2: Cumple con el >80% de la implementación de mejoras) |
| | | | | GCA 2-10 | El Instituto ha formulado y aprobado oficialmente sus indicadores trazadores de gestión de la calidad. (0: No cuenta con indicadores trazadores; 1: Evidencia que se encuentran en fase de formulación o aprobación oficial; 2: Cuenta con indicadores trazadores oficialmente aprobados) |
| | | | | GCA 2-11 | El Instituto monitorea sus indicadores trazadores de gestión de la calidad según programación aprobada. (0: Monitorea <30% de los indicadores; 1: Monitorea entre el 30 y 60%; 2: Monitorea >60%) |
| GCA-3 | La organización fomenta el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad así como de la investigación y desarrollo de tecnología sanitaria. | Eficacia Eficiencia Efectividad Oportunidad Seguridad Trabajo en Equipo | 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 R.M. 640-2006/MINSA , que aprueba el "Manual para la Mejora Continua de la Calidad" | GCA 3-1 | El Instituto tiene identificados y seleccionados sus PMCC basado en un análisis de la estrategia de la organización y de oportunidades de mejora. (0: No se identifican los PMCC; 1: Cuentan con PMCC pero no están basados en el análisis de la estrategia de la organización y de oportunidades de mejora; 2: Los PMCC están basados con los lineamientos estratégicos de la organización y de oportunidades de mejora) |
| | | | | GCA 3-2 | El Instituto ejecuta los PMCC con soporte administrativo y presupuestal. (0: No ejecuta; 1: Ejecuta parcialmente con soporte administrativo ó presupuestalmente; 2: Ejecuta según lo programado) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|------------------------|---|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | R.M. N° 676-2006/MINSA , que aprueba el Documento Técnico "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 - 2008". R.M. N° 474-2005/MINSA , que aprueba la NT N° 029 "Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud". | GCA 3-3 | El Instituto institucionaliza los resultados de los PMCC exitosos. (0: No institucionaliza, 1: Institucionaliza parcialmente; 2: Institucionaliza todos los PMCC con resultados exitosos) |
| | | | | GCA 3-4 | El Instituto evalúa y valida la calidad de las guías de práctica clínica formuladas (AGREE) (0: Evalúa y valida <30%; 1: Evalúa y valida entre el 30 y 60%; 2: Evalúa y valida >60%) |
| | | | | GCA 3-5 | El Instituto evalúa y valida las guías de procedimientos médicos, quirúrgicos y de enfermería formulados. (0: Evalúa y valida <30%; 1: Evalúa y valida entre el 30 y 60%; 2: Evalúa y valida >60%) |
| | | | | GCA 3-6 | El Instituto desarrolla proyectos de investigación para la incorporación de tecnología sanitaria acorde a su especialidad. (0: No cuenta con cartera de proyectos de investigación para incorporación de tecnología sanitaria de la especialidad; 1: Cuenta con cartera de proyectos pero no los ejecuta según programación; 2: Cuenta con cartera de proyectos y los ejecuta según programación). |

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

Objetivo y alcance: Evaluar si el establecimiento realiza acciones para disminuir la ocurrencia de eventos adversos; manejo de residuos sólidos y la incidencia de enfermedades ocupacionales del personal de salud.

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|---|---|--|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| MRA-1 | El instituto 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 | MRA 1-1 | El instituto ha definido responsables por servicios/áreas para el manejo de los riesgos de la atención, realiza acciones y las documenta. (0: No ha definido responsables; 1: Tiene definido pero no está operativo; 2: Está operativo y documenta sus acciones) |
| | | | | MRA 1-2 | El instituto cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica de acuerdo con normas vigentes. (0: No cuenta; 1: Cuenta y no está operativa; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | MRA 1-3 | El instituto realiza reuniones de análisis de la gestión de riesgos de los procesos de atención y propone mecanismos para disminuir su ocurrencia. (0: No realiza; 1: Realiza reuniones, las documenta pero no propone mecanismos para disminuir su ocurrencia; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | MRA 1-4 | El instituto cuenta con un sistema operativo de vigilancia y respuesta frente a los eventos adversos de acuerdo con normas institucionales. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está operativo; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | MRA 1-5 | El instituto cuenta con mecanismos para hacer pública la información relevante de la gestión de riesgos de la atención y los cambios por efectuar. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no se realiza periódicamente; 2: Cumple con lo establecido) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|------------------------|----------------------|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | | MRA 1-6 | <p>El instituto ha logrado una reducción sostenida de los casos de muertes por atención según especialidad en los últimos cinco años (para casos de referencia, se considerará los casos de muerte en un periodo de atención mayor a 48 horas).</p> <p>(0: No ha logrado; 1: Ha logrado reducir , pero no es significativa ; 2: Se ha logrado una reducción)</p> |
| | | | | MRA 1-7 | <p>El instituto tiene definido el proceso de obtención del consentimiento informado para todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, los cuales se realizan previa información al paciente ó a la persona llamada legalmente a hacerlo, acerca de riesgos y beneficios de procedimientos planeados, así como los riesgos de no recibir tratamiento.</p> <p>(0: No tiene definido; 1: Tiene definido y se realiza sin previa información al paciente; 2: Se cumple con lo establecido)</p> |
| | | | | MRA 1-8 | <p>El Instituto cuenta formalmente con formato de consentimiento informado y lo aplica.</p> <p>(0: No cuenta con formato de consentimiento informado; 1: Cuenta con formato de consentimiento informado pero no esta aprobado oficialmente; 2: Cuenta con formato de consentimiento informado aprobado oficialmente)</p> |
| | | | | MRA 1-9 | <p>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.</p> <p>(0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero no es operativo; 2: Cumple con todo lo establecido)</p> |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|---|------------------------------|--|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | | MRA 1-10 | Se cuenta con 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 lo establecido) |
| MRA-2 | El instituto 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 | MRA 2-1 | 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 se ajusta a la norma; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | MRA 2-2 | El instituto garantiza la utilización de sangre certificada y de donantes voluntarios según las normas. (0: No garantiza 1: Utiliza pero no sistemáticamente; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | MRA 2-3 | 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 indican; 1: Se indican, pero no se aplican o se aplican parcialmente, 2. Cumple lo establecido) |
| | | | | MRA 2-4 | Se evalúa en el paciente hospitalizado el riesgo de desarrollar úlceras de presión y se llevan a cabo medidas preventivas. (0: No se evalúa; 1: Se evalúa el riesgo, pero no se efectúan medidas preventivas; 2: Cumple con lo establecido) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|---|------------------------|--|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre" R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 | MRA 2-5 | 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 apropiados para evitarlos. (0: No se evalúa; 1: Se evalúa el riesgo de desarrollar TVP, pero no se emplean métodos para evitarlas; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | MRA 2-6 | 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 evalúa; 1: Se evalúa pero no se aplican las medidas preventivas; 2: Cumple con lo establecido) |
| MRA-3 | El instituto 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 | MRA 3-1 | Se emplean institucionalmente métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres. (0: No se emplea; 1: En proceso; 2: Se cumple con lo establecido) |
| | | | | MRA 3-2 | 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 evalúa; 1: Se evalúa el riesgo de infección, pero no se da profilaxis antibiótica; 2: Se cumple con lo establecido) |
| | | | | MRA 3-3 | 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 cuenta con mecanismos de control; 1: Se cuenta con mecanismos de control pero no se evalúa el cumplimiento de las medidas; 2: Se cumple con lo establecido) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|---|--|---|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| MRA-4 | El instituto 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 | MRA 4-1 | El instituto dispone de procedimientos para la vigilancia, seguimiento y manejo de los casos de infección intrahospitalaria. (0: No dispone; 1: Dispone parcialmente; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | MRA 4-2 | El instituto 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 cuenta; 1: Tiene la información pero no reporta; 2: Se cumple con lo establecido) |
| | | | | MRA 4-3 | 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 según norma; 2: Siempre se evalúa según lo establecido por las normas) |
| | | | | MRA 4-4 | El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan operativo institucional y los objetivos son claros y medibles. (0: No está incorporado; 1: Está incorporado, pero los objetivos no están claros y/o no son medibles; 2: Está incorporado y los objetivos son claros y medibles) |
| MRA-5 | El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos. | Competencia técnica Seguridad | R.M. N° 179-2005/MINSA En la que aprueban Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las | MRA 5-1 | El personal profesional de enfermería cuenta y aplica las guías de procedimientos de enfermería por servicios y están actualizadas. (0: No cuenta; 1: Cuenta, pero no los aplica sistemáticamente; 2: Cumple con lo establecido) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|--|--|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | Eficacia Información Mejora continua | Infecciones Intrahospitalarias. R.M. N° , que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Institutos 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) | MRA 5-2 | El personal profesional de enfermería cuenta y aplica un plan de atención de enfermería y registra los procedimientos realizados. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no aplica o no registra; 2: Cumple lo establecido) |
| | | | | MRA 5-3 | El personal profesional de enfermería asegura la administración correcta de medicamentos (via, dosis, paciente, hora y medicamento). (0: No asegura; 1: Asegura pero no documenta; 2: Asegura y documenta sistemáticamente) |
| | | | | MRA 5-4 | El personal profesional de enfermería identifica, reporta y registra todos los eventos adversos ocurridos en los pacientes. (0: No identifica; 1: Identifica y no reporta o no registra; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | MRA 5-5 | 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 eventos adversos; 2: Siempre realiza según casos de eventos adversos) |
| MRA-6 | El instituto 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 | MRA 6-1 | El personal usa indumentaria de protección que cumple las normas de bioseguridad para sus labores acorde a los riesgos existentes en su área de trabajo según normas. (0: Usa menos de 60% del personal; 1: Usa del 60 al 80%; 2: Usa el 100%) |
| | | | | MRA 6-2 | 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) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|------------------------|---|--|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | RM1472- 2002 SA/DM Manual de Desinfección y esterilización Hospitalaria RM 452-2003 SA/DM Manual de Aislamiento Hospitalario | MRA 6-3 | La provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación y lavado, se realiza según procedimientos documentados. (0: No se cumple; 1: Se cumple parcialmente; 2: Se cumple con lo establecido) |
| | | MRA 6-4 | | La provisión de materiales e insumos de bioseguridad se realiza de acuerdo a la normatividad. (0: No se cumple; 1: Se cumple sin que esté de acuerdo con lo establecido; 2: Se cumple con lo establecido) | |
| | | MRA 6-5 | | Se reportan, registran y toman acciones inmediatas con el personal frente a un accidente punzo cortante según la evaluación del riesgo. (0: No se reportan; 1: Se reportan o registran parcialmente, pero no se toman acciones inmediatas 2: Se cumple con lo establecido) | |
| | | MRA 6-6 | | En el instituto 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) | |
| | | MRA 6-7 | | El instituto, en base al mapa de riesgos, implementa programas preventivos contra hepatitis B, tuberculosis, otras patologías infecciosas, VIH/Sida, radioactividad, explosiones e incendios (0: Se implementan programas para menos del 50% de los riesgos según mapa; 1: Se implementan para el 50 y 80% de riesgos; 2: Se implementan para más del 80% de riesgos) | |
| | | MRA 6-8 | | Los trabajadores de las áreas de riesgo cumplen con procesos y procedimientos para realizar la descontaminación al finalizar su jornada laboral. | |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|---|--|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | | | (0: No cumplen; 1: Cumplen parcialmente; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | MRA 6-9 | El personal del instituto aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos, relativos al tipo de trabajo que realizan. (0: Aplica menos del 50% del personal; 1: Aplica del 50 al 80%; 2: Aplica más del 80%) |
| | | | | MRA 6-10 | El instituto garantiza la realización oportuna de los exámenes correspondientes y el tratamiento específico para el personal que sufre un accidente punzo cortante. (0: No garantiza; 1: No válido; 2: Garantiza la realización oportuna de los exámenes y el tratamiento) |
| MRA-7 | El instituto 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. | MRA 7-1 | La recolección, eliminación y disposición final de los residuos sólidos se realiza de acuerdo con la norma vigente. (0: No se realiza de acuerdo con la norma; 1: Se realiza pero cumple parcialmente con la norma; 2: Se cumple con lo establecido) |
| | | | | MRA 7-2 | El instituto garantiza la disponibilidad de agua segura en los procesos de atención. (0: No garantiza; 1: No válido; 2: Cumple con lo establecido) |
| MRA-8 | El instituto y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura. | Disponibilidad Eficacia Seguridad | Decreto Ley N° 17752 , Ley General de Aguas. | MRA 8-1 | El instituto 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 externos, garantizando el acceso a este servicio. (0: No coordina; 1: Coordina pero no se realizan los procedimientos; 2: Coordina y se realizan los procedimientos) |

Macroproceso 5: Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)

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

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|---|--------------------------------------|--|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| GSD-1 | Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional. | Seguridad Oportunidad Eficacia | D. S. N° 013-2000-PCM: Aprueba el Reglamento de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Defensa Civil. D.S. N° 100-2003-PCM. Modifican el Reglamento de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Defensa Civil. D.S. N° 074-2005-PCM. Manual para la ejecución de Inspecciones Técnicas de | GSD 1-1 | El instituto cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil, solicitado al gobierno local. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está vigente; 2: Cuenta y está vigente) |
| | | | | GSD 1-2 | El instituto somete a evaluación de seguridad todas las obras de ampliación, rehabilitación, remodelación y reducción de riesgos y éstas cumplen con los estándares mínimos. (0: Menos del 50% cumple; 1: Entre el 50% y el 80% de obras cumplen; 2: Más del 80% de las obras cumplen) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|------------------------|--|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | Seguridad en Defensa Civil. 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. R.M. N° 897-2005/MINSA/SA. Aprueba la Norma Técnica de Salud 037-MINSA/OGDN-V.01 señalización de Seguridad de los EESS y SMA. R.M. N° 861-95-SA/DM. Identificación y | GSD 1-3 | El instituto cuenta con señales de seguridad en todas las áreas según los criterios y estándares establecidos en la norma. (0: Menos del 50% de la áreas cuentan; 1: Entre el 50% y el 80% de áreas cuentan; 2: Más del 80% de las áreas cuentan) |
| | | | | GSD 1-4 | Se cuenta con señalización en buen estado que facilita la ubicación del instituto 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) |
| | | | | GSD 1-5 | El instituto ha identificado sus riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en todas sus áreas. (0: No ha identificado; 1: Ha identificado sólo en las áreas críticas; 2: Ha identificado en todas las áreas del instituto) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|---|--|---|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | Señalización de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud” | GSD 1-6 | 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 lo establecido) |
| 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 | GSD 2-1 | 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) |
| | | | | GSD 2-2 | El instituto 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 lo establecido) |
| | | | | GSD 2-3 | El instituto cumple con implementar las acciones que le corresponden de acuerdo a lo establecido en los planes de contingencia y respuesta nacional , regional o local ante situaciones de emergencias y desastres. (0: No cumple; 1: Cumple pero no según lo planificado; 2: Cumple con todo lo establecido) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|---|------------------------------|--|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | | GSD 2-4 | 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; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| | | | | GSD 2-5 | El instituto ha realizado al menos dos simulacros por año, durante los últimos 24 meses, para prevenir situaciones de emergencias y desastres basados en su plan de respuesta. (0: No realiza; 1: Realiza pero no en los periodos establecidos; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| | | | | GSD 2-6 | Se cuenta con guías de manejo de emergencias masivas y desastres que son de conocimiento del personal. (0: No cuenta; 1: Se cuenta pero no son de conocimiento del personal; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| 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 | GSD 3-1 | Se adoptan las acciones pertinentes y se comunica a todo el personal la declaración de alertas por situaciones de emergencias y desastres. (0: No se adoptan acciones; 1: Se adoptan acciones pero no se comunican; 2: Cumple todo lo establecido) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|------------------------|----------------------|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | y Desastres. | GSD 3-2 | El instituto 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) |
| | | | | GSD 3-3 | El instituto cuenta con un sistema de comunicación alternativo en caso falle el sistema telefónico. (0: No se cuenta; 1: No válido; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| | | | | GSD 3-4 | El instituto 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 lo establecido) |
| | | | | GSD 3-5 | El instituto 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 lo establecido) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|------------------------|----------------------|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | | GSD 3-6 | <p>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.</p> <p>(0: No se dispone; 1: Sí cuenta, pero se cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)</p> |

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

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

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|---|---------------------------------------|--|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| CGP-1 | El instituto 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. R.M. N° 601-2007/MINSA Plan de Implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención de Salud. | CGP 1-1 | Se cuenta con plan e instrumentos para realizar la auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación. (0: No cuenta con plan ni instrumentos; 1: Cuenta con plan e instrumentos parcialmente; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | CGP 1-2 | Se han establecido de manera consensuada con los responsables de las áreas o servicios los indicadores de control de la gestión y prestación, y se han fijado los niveles esperados para la institución. (0: No se han establecido o se han establecido sin consenso; 1: Se han establecido de manera consensuada pero sólo para la gestión o prestación; 2: Cumple con lo establecido) |
| CGP-2 | El instituto realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo a lo planificado. | Eficacia Efectividad Eficiencia | R.M. N°474-2005/MINSA , que aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N° | CGP 2-1 | El personal responsable de áreas y servicios está capacitado para realizar el proceso de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito de acción. (0: Menos del 50% del personal está capacitado; 1: Del 50 al 80% del personal está capacitado; 2: Está capacitado más del 80% de personal) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|------------------------|---|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | Mejora continua | 029-MINSA/DGSP-V.01 R.M. N° 669-2005/ MINSA Norma Técnica de Supervisión Integral. | CGP 2-2 | <p>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.</p> <p>(0: No se cuenta o no está actualizada; 1: Los valores no están dentro del nivel establecido para la institución; 2: Los valores están dentro de lo establecido para la institución)</p> |
| | | | | CGP 2-3 | <p>El instituto realiza acciones de evaluación de los procesos de gestión y prestación de acuerdo al plan establecido.</p> <p>(0: No realiza; 1: Realiza a solicitud o demanda (no programado); 2: Se realiza de acuerdo al plan establecido)</p> |
| | | | | CGP2-4 | <p>El instituto evalúa la aplicación de las guías de la práctica clínica en las atenciones realizadas en emergencia.</p> <p>(0: No evalúa; 1: Evalúa parcialmente 2: Cumple con todo lo establecido)</p> |
| | | | | CGP 2-5 | <p>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.</p> <p>(0: No se realizan; 1: Se realizan y el nivel está por debajo de lo esperado; 2: Se realiza y el nivel está acorde o superior a lo esperado)</p> |
| | | | | CGP 2-6 | <p>El instituto tiene identificados aspectos críticos de la prestación y gestión y se han establecido procesos de mejora.</p> <p>(0: Se ha identificado aspectos críticos o los ha identificado parcialmente; 1: Los ha identificado pero no han establecido procesos de mejora; 2: Cumple con todo lo establecido)</p> |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|------------------------|----------------------|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | | CGP 2-7 | <p>En las áreas/servicios de atención clínica se realizan supervisiones de los procesos de prestación y los resultados son los esperados para la organización.</p> <p>(0: No se realizan; 1: Se realizan y los resultados están por debajo de lo esperado; 2: Se realizan y los niveles están acordes o superiores a lo esperado)</p> |
| | | | | CGP 2-8 | <p>Los resultados de los procesos de auditoría, supervisión y evaluación se hacen de conocimiento a los responsables para la toma de decisiones.</p> <p>(0: No se hacen de conocimiento o son de conocimiento parcial; 1: Se hacen de conocimiento pero no se toman decisiones; 2: Cumple con lo establecido)</p> |
| | | | | CGP 2-9 | <p>Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura por atención según especialidad y éstos se encuentran en los niveles esperados.</p> <p>(0: Resultado < 60%; 1: Resultado entre 60 y 80%; 2: Resultado > 80%)</p> |

Macroproceso 7: Atención Ambulatoria (ATA)

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

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|---|--|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| ATA-1 | El instituto tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria. | Oportunidad Disponibilidad Información completa | R.M. N°.....-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Institutos Ley N° 27403 modificada por Ley N° 28683 "Ley de Atención Preferente" | ATA 1-1 | El instituto cuenta con señalización y mecanismos de información para la atención del usuario, visibles en áreas de primer contacto. (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no están disponibles en todas las áreas de primer contacto; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | ATA 1-2 | La cartera de servicios de consulta externa está publicada y los mensajes relacionados son comprensibles para los usuarios. (0: No tiene publicada; 1: Tiene publicada y los mensajes no son comprensibles por los usuarios; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | ATA 1-3 | El instituto 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 capacitado; 2: Dispone y está a cargo de personal capacitado) |
| | | | | ATA 1-4 | 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: No ha establecido una política; 1: Existe una política pero no se cumplen los resultados esperados; 2: Ha establecido una política y se cumplen los resultados esperados) |
| | | | | ATA 1-5 | El instituto 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) |

| Código | Estándar | 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°.....-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Institutos 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" | ATA 2-1 | El instituto 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 formulado, adoptado o adaptado; 1: Lo ha hecho parcialmente; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | ATA 2-2 | El instituto 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 mecanismos; 1: Tiene mecanismos pero no son operativos; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | ATA 2-3 | El plan de trabajo contenido en la Historias Clínicas (HC) sigue los lineamientos de las Guías de Práctica Clínica (GPC). (0: Menos del 50% de plan de trabajo de las HC cumplen con GPC; 1: Cumplen entre el 50 y 80%; 2: Cumplen más del 80%) |
| | | | | ATA 2-4 | Se cuantifica el porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para la atención altamente especializada y los resultados están dentro de los rangos esperados. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero los resultados están por debajo de lo esperado; 2: Los resultados son los esperados) |
| ATA-3 | 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°-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de Institutos | ATA 3-1 | El instituto cuenta con mecanismos operativos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de los usuarios y son conocidos por el personal. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no están operativos; 2: Cuenta, están operativos y son conocidos por el personal) |
| | | | | ATA 3-2 | El instituto cumple con implementar mecanismos que incentivan y facilitan a los pacientes a consignar sugerencias o quejas por la atención ambulatoria. (0: No implementa; 1: Parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido) |

Macroproceso 8: Atención de Hospitalización (ATH)

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

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|---|---|--|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| ATH-1 | El instituto que cuenta con internamiento altamente especializado, planifica y diseña sus servicios para satisfacer las necesidades de la población a la que atiende. | Disponibilidad | R.M. N°-SA/DM , que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Institutos | ATH 1-1 | El instituto identifica anualmente las diez causas más frecuentes de internamiento altamente especializado y por cada uno de los servicios. (0: Identifican en menos del 50% de los servicios; 1: Identifican en el 50 al 80%; 2: Identifican en más del 80% de los servicios) |
| | | Eficacia Oportunidad | | ATH 1-2 | 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 identifican necesidades; 1: Identifican pero no formulan propuestas o no las comunican; 2: Cumplen con lo establecido) |
| ATH-2 | El instituto provee las condiciones apropiadas para brindar servicios de internamiento altamente especializado a los pacientes, asegurando su | Eficacia Seguridad Disponibilidad | R.M. N°-SA/DM , que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los institutos | ATH 2-1 | La Alta Dirección cumple con atender los cuadros de necesidades sustentadas de los servicios de internamiento altamente especializado según priorización aprobada. (0: Cumple con atender menos del 50% de lo priorizado; 1: Cumple con atender del 50 al 80%; 2: Cumple con atender más del 80%) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|------------------------------|---|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | oportunidad y calidad | Comodidad Oportunidad | | ATH 2-2 | Las jefaturas de los servicios de internamiento altamente especializado 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 promueven; 1: Promueven pero no cuentan con Guías o no están de acuerdo con el perfil epidemiológico; 2: Cuentan con Guías de Práctica Clínica acordes al perfil epidemiológico) |
| | | | | ATH 2-3 | El instituto ha establecido mecanismos para medir el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento altamente especializado del paciente y realiza acciones para su disminución. (0: No ha establecido mecanismos o no realiza mediciones; 1: Realiza mediciones pero no acciones para su medición; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| ATH-3 | El instituto 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°-SA/DM: Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Institutos | ATH 3-1 | El personal de salud que realiza procedimientos a los pacientes, cumple las medidas de bioseguridad. (0: Menos del 70% del personal cumple, 1: Entre el 70 y 90% del personal cumple; 2: Más del 90% del personal cumple) |
| | | | | ATH 3-2 | Las infecciones intrahospitalarias u otros eventos adversos ocurridos en el internamiento altamente especializado son registrados, analizados y evaluados según normas vigentes. (0: No registrados; 1: Eventualmente registrados, analizados y/o evaluados; 2: Registrados, analizados y evaluados) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|---|------------------------|---|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| ATH-4 | Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento altamente especializado, 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 | ATH 4-1 | Los servicios de internamiento altamente especializado cuentan con guías de práctica clínica de atención de las diez patologías más frecuentes atendidas por cada servicio. (0: No cuenta; 1: Cuenta para algunas; 2: Cuenta para las diez) |
| | | | | ATH 4-2 | Se alcanzan permanentemente los niveles esperados en los estándares e indicadores para la atención altamente especializada según normas vigentes. (0: No se alcanzan; 1: Se alcanzan, parcialmente o no permanentemente; 2: Cumple con lo establecido en la norma vigente) |
| | | | | ATH 4-3 | Las guías de práctica clínica son implementadas por los miembros de cada equipo de trabajo y se evidencian en la historia clínica. (0: Nunca son implementadas; 1: A veces son implementadas o son implementadas por alguno de los miembros, 2: Siempre son implementadas por todos los miembros) |
| 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” | ATH 5-1 | El usuario comprende la información que se le brinda acerca de los procedimientos, diagnósticos y tratamientos referidos a su caso. (0: Menos del 50% comprende la información; 1: Del 50% al 80% comprende; 2: Más del 80% comprende la información) |
| | | | | ATH 5-2 | Las historias clínicas contienen el consentimiento informado del paciente para su atención en el internamiento altamente especializado. (0: Contienen menos del 50%; 1: Contienen entre el 50% al 80% 2: Más del 80% contienen) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|--|--|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| ATH-6 | El instituto garantiza la continuidad de los procedimientos para interconsultas así como acciones de apoyo diagnóstico y tratamiento (intra-institucionales y interinstitucionales.) | Disponibilidad Continuidad Oportunidad | R.M. N°-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Institutos | ATH 6-1 | Se tiene documentados, se aplican y se mejoran los procedimientos de interconsultas a otras especialidades para los pacientes internados. (0: No los tiene documentados o no se aplican; 1: Tiene documentados, se aplican parcialmente o no se mejoran; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | ATH 6-2 | 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 cumplen o cumplen menos del 70% de ellos; 1: Cumple del 70% al 90% de ellos; 2: Cumple más del 90% de ellos) |
| ATH-7 | El instituto evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento altamente especializado | 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 | ATH 7-1 | El instituto 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 mecanismo; 1: Cuenta con mecanismo pero no se realiza de acuerdo a lo establecido; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | ATH 7-2 | El instituto cuenta con un mecanismo para la gestión (recepción, análisis y respuesta) de sugerencias o quejas sobre la atención en internamiento altamente especializado en los ambientes destinados a ésta. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta con el mecanismo pero este opera parcialmente o sólo funciona en algunos servicios, 2: Se cumple con todo lo establecido) |
| | | | | ATH 7-3 | El instituto 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 se cumple; 2: Cumple con todo lo establecido) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|------------------------|----------------------|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | | ATH 7-4 | Los planes de trabajo contenidos en las historias clínicas están de acuerdo con las guías de práctica clínica. (0: Menos de 50% de planes de trabajo están de acuerdo con GPC; 1: Entre 50% y 80% de los planes están de acuerdo; 2: Más de 80% cumplen con GPC) |
| | | | | ATH 7-5 | 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 o no se evalúa o el manejo no está de acuerdo a las GPC; 2: Se registra, analiza y evalúa y el manejo es según las GPC) |
| | | | | ATH 7-6 | Se realiza auditoría interna a eventos adversos según norma y se implementan recomendaciones. (0: No se realiza; 1: Se realiza pero no se implementan recomendaciones o se realiza parcialmente; 2: Se realiza y se implementan las recomendaciones) |
| | | | | ATH 7-7 | Se registra y evalúa la satisfacción del usuario de hospitalización y el nivel es el esperado por la institución. (0: No se registra; 1: Se registra, pero no se evalúa o se evalúa y el nivel no es el esperado; 2: Cumple con lo establecido) |

Macroproceso 9: Atención de Emergencia (EMG)

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

| Código | Estándar | Atributo relacionado | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|----------------------|--|-------------------------|--|
| | | | | Código criterio | Criterio |
| EMG.1 | El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo. | Oportunidad | 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. N° 013-2006-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 | EMG 1-1 | El instituto cuenta con un mecanismo de información general al usuario operativo en el servicio (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está operativo o está parcialmente operativo; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | Eficacia | | EMG 1-2 | 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 o no respeta el enfoque de interculturalidad; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| | | Información | | EMG 1-3 | 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 o la programación es parcial; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| | | Disponibilidad | | EMG 1-4 | El instituto cuenta con 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 con GPC; 1: Cuenta con GPC para menos de diez causas o no están aprobadas; 2: Cumple con lo establecido. |
| | | Competencia Técnica | | | |

| Código | Estándar | Atributo relacionado | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|---|--|-------------------------|--|
| | | | | Código criterio | Criterio |
| | | | Servicios de Emergencia | EMG 1-5 | El personal que labora en emergencia ha sido capacitado en los últimos 12 meses en temas propios de emergencia según competencias (0: Menos del 50% del personal ha sido capacitado; 1: Del 50% a 80% ha sido capacitado; 2: Más del 80% ha sido capacitado) |
| | | | | EMG 1-6 | El instituto 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) |
| 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 | EMG 2-1 | 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) |
| | | | | EMG 2-2 | 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: Sí cuenta, pero no está disponible o no está accesible o cuenta parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido) |

| Código | Estándar | Atributo relacionado | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|---|---|-------------------------|--|
| | | | | Código criterio | Criterio |
| | | | salud R.M. N° 695-2006. Guías de Práctica Clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive R.M. N° 343-2005/MINSA. Reglamento para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre R. M. N° 953-2006/MINSA, Norma Técnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre | EMG 2-3 | Los equipos de telecomunicaciones están operativos las 24 horas del día y los 365 días del año. (0: No están operativos; 1: Están operativos pero no las 24 horas del día y los 365 días del año, 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | EMG 2-4 | El instituto dispone de ambulancia operativa para trasladar pacientes las 24 horas del día y los 365 días al año. (0: No dispone; 1: Dispone, pero no está operativa o no está accesible las 24 horas del día y los 365 días del año; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| | | | | EMG 2-5 | El instituto 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 es insuficiente; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| EMG.3 | El personal de emergencia realiza los procesos de atención que garantizan la continuidad del cuidado del paciente. | Eficacia Continuidad Integralidad | R.M. N° 474-2005/MINSA. Norma técnica de auditoria en salud R.M. N° 516-2005/MINSA. Guías | EMG 3-1 | 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 o lo realiza un profesional no capacitado; 1: Se realiza por un profesional capacitado pero no a todos los pacientes; 2: Se cumple con todo lo establecido) |

| Código | Estándar | Atributo relacionado | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|---------------------------------------|--|-------------------------|--|
| | | | | Código criterio | Criterio |
| | | Oportunidad Competencia Técnica | de Práctica Clínica en Emergencia del Adulto | EMG 3-2 | Las atenciones, procedimientos y diagnósticos se registran en el formato de atención de emergencias de la historia clínica (0: Menos del 60% de las atenciones, procedimientos y diagnósticos se registran en el formato de emergencia; 1: Entre el 60% y 80% de las atenciones, procedimientos y diagnósticos se registran; 2: Más del 80% se registran) |
| | | | | EMG 3-3 | El servicio de emergencia tiene mecanismos operativos que garanticen al usuario la continuidad de la atención en los cambios de guardia. (0: No existen mecanismos o no están operativos; 1: Existen pero no siempre están operativos; 2: Cumplen con lo establecido) |

Macroproceso I0: 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 | Estándar | Atributo relacionado | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|---|---|--|-------------------------|---|
| | | | | Código criterio | Criterio |
| ATQ.1 | El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías especializadas y altamente especializadas | Disponibilidad Eficacia Oportunidad | 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". | ATQ 1-1 | Se cuenta y se evalúa la programación de actividades del centro quirúrgico (0: No se cuenta con programación; 1: Se cuenta con programación pero no se evalúa; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | ATQ 1-2 | 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 o no se conoce; 1: Se cuenta, se conoce pero no se aplica; 2: Se cuenta, se conoce y se aplica) |
| | | | | ATQ 1-3 | Se aplican guías de manejo quirúrgico y anestésico para las diez intervenciones más frecuentes que se realizan (atención de anestesioclínico-quirúrgica, terapia del dolor, anestesia fuera de quirófano, recuperación postoperatoria y consulta de anestesiología) (0: Menos del 60% del personal aplican las guías; 1: Del 60% al 90% las aplican; 2: Más del 90% las aplican) |
| | | | | ATQ 1-4 | El instituto tiene un rol diario de asignación de salas y garantiza la disponibilidad de ellas para casos de urgencia (0: No tiene rol diario; 1: Tiene rol diario, pero no garantiza su disponibilidad para casos de urgencia; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | ATQ 1-5 | 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 |

| Código | Estándar | Atributo relacionado | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|--|---|-------------------------|---|
| | | | | Código criterio | Criterio |
| | | | | | recuperación) (0: No se cuenta con rol de programación; 1: Se cuenta con rol pero no se cumple; 2: Se cuenta con rol y se aplica) |
| ATQ.2 | El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario | Seguridad Continuidad Competencia Técnica Oportunidad | 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". R.M. N° 676-2006/MINSA , que aprueba el Plan Nacional de Seguridad del Paciente. | ATQ 2-1 | <p>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</p> <p>(0: No verifica la disponibilidad de equipos, insumos e instrumental; 1: Verifica la disponibilidad pero no lo registra; 2: Cumple con lo establecido)</p> |
| | | | | ATQ 2-2 | <p>Se tienen listas de chequeo preelaboradas para verificar y controlar la existencia de los insumos e instrumental durante el intraoperatorio de todas las cirugías, son usados por el personal de enfermería circulante e instrumentista que asiste la cirugía y los registra en la historia clínica.</p> <p>(0: No se tienen lista de chequeo; 1: Tiene lista de chequeo, pero no lo usa en todas las cirugías o no los registra; 2: Cumple con todo lo establecido)</p> |
| | | | | ATQ 2-3 | <p>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 anestesiólogo de recuperación</p> <p>(0: No se registra la hora de la coordinación; 1: Se registra pero no siempre; 2: Cumple con lo todo establecido)</p> |

| Código | Estándar | Atributo relacionado | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|---|--|-------------------------|---|
| | | | | Código criterio | Criterio |
| | | | | ATQ 2-4 | Se ha preestablecidos los tiempo para el traslado de pacientes del centro quirúrgico, se cuantifican y se cumplen. (0: No se han preestablecido los tiempos; 1: Se han preestablecido los tiempos, se cuantifican, pero se cumplen los tiempos en menos del 80%; 2: Se han preestablecido los tiempos, se cuantifica el tiempo y se cumplen en un 80% a más) |
| 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 N.T. N° 030-MINSA/DGSP-V.0.1: "Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología". | ATQ 3-1 | La historia clínica contiene los formatos oficiales para el control el acto quirúrgico. (0: Menos del 60% de las historias clínicas tienen el formato; 1: Del 60% al 90% tienen el formato, 2: Más del 90% lo tienen) |
| | | | | ATQ 3-2 | La evaluación preanestésica es registrada en la historia clínica en el formato correspondiente. (0: Se registra menos del 60% de evaluaciones; 1: Se registra del 60% al 90%, 2: Se registra en más del 90%) |
| | | | | ATQ 3-3 | Los formatos de la atención anestésica contienen la información del acto anestésico y las complicaciones. (0: Los formatos no contienen la información del acto anestésico; 1: Los formatos contienen la información del acto anestésico, pero no refiere las complicaciones; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | ATQ 3-4 | El formato de informe quirúrgico contiene la información del acto de acuerdo con lo establecido. (0: El formato no contiene la información o solo parcialmente; 1: El formato contiene la información pero no en todas las historias, 2: Cumple con lo establecido) |

| Código | Estándar | Atributo relacionado | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|----------------------|----------------------|-------------------------|--|
| | | | | Código criterio | Criterio |
| | | | | ATQ 3-5 | El formato de monitoreo postoperatorio contiene toda la información de acuerdo con lo establecido (0: El formato no contiene la información; 1: La contiene, pero no en todas las historias, 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | ATQ 3-6 | 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 cuantifica las tasas o no se analizan 1: Se cuantifica, se analiza, pero no se toman acciones correctivas; 2: Se cuantifica, analiza y se toman las medidas correctivas) |
| | | | | ATQ 3-7 | 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 cuantifica las tasas de mortalidad; 1: Se cuantifican, pero no se analizan las causas; 2: Se cumple lo establecido) |
| | | | | ATQ 3-8 | Se registra y analiza las tasas de complicaciones y eventos adversos intra y postoperatorias, y se toman las acciones correctivas. (0: No se registra las tasas de complicaciones y eventos adversos 1: Se registra, se analiza, pero no se toman acciones correctivas; 2: Se registra, analiza y se toman las medidas correctivas) |
| | | | | ATQ 3-9 | 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 verifica la identidad del paciente; 1: Verifica su identidad, la |

| Código | Estándar | Atributo relacionado | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|---|------------------------|--|-------------------------|---|
| | | | | Código criterio | Criterio |
| ATQ.4 | El instituto 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". | | naturaleza y la zona de la operación, pero no se registra en la historia; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | ATQ 3-10 | Se registran las tasas de reintervenciones inmediatas y/o tardías, se analizan las causas y se toman las medidas correctivas. (0: No se registra 1: Se registran las reintervenciones, pero no se toman las medidas correctivas; 2: Se cumple lo establecido) |
| | | | | ATQ 3-11 | Se evalúa la satisfacción del paciente (sala de recuperación) por la atención recibida en el centro quirúrgico y está en el nivel esperado por la institución. (0: No se evalúa la satisfacción del paciente; 1: Se evalúa pero el nivel no es el esperado; 2: Se realiza y el nivel es el esperado) |
| | | | | ATQ 4-1 | El instituto 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 evaluaciones periódicas o no verifica el cumplimiento de parámetros; 1: Evalúa, verifica pero no se toman medidas correctivas; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | ATQ 4-2 | El instituto implementa permanentemente proyectos de mejora continua de los aspectos críticos detectados en las auditorías preventivas y de casos. (0: No implementa proyectos de mejora; 1: Implementa proyectos esporádicamente; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | ATQ 4-3 | El instituto aplica una política de confidencialidad respecto a la información del paciente. |

| Código | Estándar | Atributo relacionado | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|----------------------|----------------------|-------------------------|--|
| | | | | Código criterio | Criterio |
| | | | | | (0: No hay política de confidencialidad; 1: Hay política pero no se aplica; 2: Hay política y se aplica) |
| | | | | ATQ 4-4 | Se tiene un registro del acto quirúrgico en la historia clínica del paciente y está firmado por el cirujano responsable. (0: No se registra el acto quirúrgico; 1: Se registra, pero no está firmado; 2: Cumple con lo establecido) |

Macroproceso II: Investigación (INV)

Objetivo y alcance: Evaluar si la institución desarrolla actividades de investigación de acuerdo con las prioridades sanitarias nacionales establecidas por el organismo regulador, buscando mejorar la competencia de los recursos humanos.

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|---|------------------------|--|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| INV-1 | La institución dirige y conduce la implementación del sistema de gestión de investigación en el marco de las políticas, normatividad y estándares de calidad formalmente reconocidos. | Eficacia | R.M. N°-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Institutos | INV 1-1 | El instituto cuenta con Plan de investigación que incluye las políticas y líneas de investigación en su especialidad, en concordancia con las necesidades de salud pública y competencias de acuerdo a su nivel de complejidad. (0: No cuenta; 1: Cuenta con Plan pero no está en concordancia con las necesidades de salud pública; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | INV 1-2 | El Instituto ejecuta el Plan de Investigación de acuerdo a lo programado. (0: Cumple con <50% de lo programado; 1: Cumple entre el 50 y 80% de lo programado; 2: Cumple con >80% de lo programado) |
| | | | | INV 1-3 | El instituto cuenta con un Comité de Investigación y está operativo. (0: No cuenta; 1: Cuenta con comité pero no está operativo; 2: Cuenta con Comité de Investigación y está operativo) |
| | | | | INV 1-4 | El instituto cuenta con un Registro de investigadores en la Oficina de Investigación y CONCYTEC y está actualizado. (0: No cuenta; 1: Cuenta con registro oficial institucional actualizado; 2: cuenta con registro oficial actualizado y en CONCYTEC) |
| | | | | INV 1-5 | El Instituto desarrolla acciones para perfeccionamiento de los investigadores. (0: No desarrolla; 1: No válido; 2: Desarrolla acciones de perfeccionamiento) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|------------------------|--|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | | INV 1-6 | El instituto cuenta con un Comité de Ética en Investigación (CEI), registrado en el Instituto Nacional de Salud (INS) y la Office for Human Research Protections(OHRP) -Oficina de Protección de los Sujetos de Investigación- (0: No cuenta con CEI ó cuenta y no está registrado; 1: Cuenta con CEI y está registrado en INS ó OHRP; 2: Cuenta con CEI registrado en INS y OHRP) |
| | | | | INV 1-7 | El instituto ha establecido convenios de investigación con Universidades y otras instituciones a nivel nacional e internacional. (0: No ha establecido convenios; 1: Ha establecido sólo a nivel nacional; 2: Ha establecido convenios a nivel nacional e internacional) |
| | | | | INV 1-8 | El instituto cuenta con infraestructura y equipamiento que facilita el desarrollo de las investigaciones. (0: Cuenta con <50% de la lista de chequeo; 1: Cumple entre el 50 y 80%; 2: Cuenta con >80%) |
| | | | | INV 1-9 | Se desarrollan investigaciones de acuerdo al Plan aprobado. (0: Cuenta con <50% de investigaciones; 1: Cumple entre el 50 y 80%; 2: Cuenta con >80%) |
| INV-2 | La institución despliega, ejecuta y controla el desarrollo del sistema de gestión de investigación a | Eficiencia | R.M. N°-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y | INV 2-1 | El instituto cuenta con Reglamento y Manual de Procedimientos para la aprobación y monitoreo de proyectos de investigación. (0: No cuenta con Reglamento y Manual; 1: Cuenta con Reglamento; 2: Cuenta con Reglamento y Manual) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|--------------------------------|--|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | través de la aplicación de los instrumentos y procesos de investigación. | | Funciones de los Institutos | INV 2-2 | El instituto cumple con las actividades de Monitoreo, supervisión y evaluación de las Investigaciones aprobadas. (0: Cumple con <50% de las actividades programadas; 1: Cumple entre el 50 y 80%; 2: Cumple con >80%) |
| | | | | INV 2-3 | Cuenta con mecanismos de estímulos para el desarrollo de las investigaciones. (0: No cuenta; 1: Cuenta y no aplica; 2: Cuenta y aplica) |
| | | | | INV 2-4 | Asigna recursos financieros para el desarrollo de las investigaciones de acuerdo al Plan. (0: Asigna de <50%; 1: asigna entre el 50 y 80%; 2: Asigna >80%) |
| | | | | INV 2-5 | Asigna Investigadores/as ú horas exclusivas para el desarrollo de las investigaciones. (0: No asigna; 1: Asigna horas exclusivas; 2: Asigna investigadores a tiempo completo) |
| INV-3 | El Instituto publica los resultados de sus investigaciones y da recomendaciones para la implementación de normas y políticas de salud, al órgano Rector. | Información Oportunidad | R.M. N°-SA/DM , que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Institutos | INV 3-1 | El instituto emite el informe de los resultados de la investigación, a la autoridad sanitaria. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | INV 3-2 | El instituto publica los resultados de la investigación, a través de los medios establecidos. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cumple con lo establecido) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|------------------------|----------------------|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | | INV 3-3 | El instituto emite recomendaciones en base a sus investigaciones para el desarrollo de NTS. (0: No recomienda; 1: Emite recomendaciones; 2:) Al menos una recomendación contribuye a una norma. |

Macroproceso 12: Enseñanza (ENS)

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

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|--|---|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| ENS-1 | El instituto está organizado para desarrollar actividades de Enseñanza (formación, capacitación, docencia y perfeccionamiento) según normatividad vigente. | Efectividad Eficacia Eficiencia Seguridad | Ley N° 27154 , Ley que institucionaliza la Acreditación de Facultades y Escuelas de Medicina. Resolución Suprema 002-2006 SA Reglamento General de Residentado Médico Norma Básica del Sistema de Residentado Médico Decreto Supremo 008-88 SA Ley N° 23733 , Ley Universitaria. Estándares mínimos Institucionales para la acreditación programada según especialización Ley N° 26842 , Ley General de Salud. Ley N° 27154 , Ley que | ENS 1-1 | El instituto cuenta con convenios que contemplan actividades de docencia en post-grado. 0:No cuenta; 1: No válido; 2: Cuenta con Convenios) |
| | | | | ENS 1-2 | El instituto tiene definido su campo clínico por especialidades y subespecialidades para ejercer la docencia, en el ámbito de su competencia, según la norma vigente. (0: No ha definido; 1: No válido; 2: Ha definido) |
| | | | | ENS 1-3 | El Instituto cuenta con Comités de de Docencia de post-grado. (0: No cuenta; 1: Cuenta con un Comité; 2: Cuenta con 2 o más Comités) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|------------------------|---|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | institucionaliza la Acreditación de Facultades y Escuelas de Medicina. Ley N° 27657 , Ley del Ministerio de Salud. Ley N° 27783 , Ley de Bases de la Descentralización. Ley N° 27813 , Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. Ley N° 27867 , Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales. Ley N° 23536 – Ley de Trabajo y Carrera de los Profesionales de la Salud. Decreto Supremo N° 005-2000-SA , que aprueba el Reglamento de la Ley que institucionaliza la Acreditación de Facultades o Escuelas de | ENS 1-4 | El instituto cuenta con Reglamentos de Docencia en Post-grado y se implementan. (0: No cuenta; 1: Cuenta con Reglamento aprobado por RD pero no lo ha implementado; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | ENS 1-5 | El instituto cuenta con plan oficial de tutorías y asesorías a los alumnos del Post-grado y se cumplen (0: No cuenta con Plan; 1: Cuenta con Plan de tutorías y asesorías oficial ; 2: Cuenta con Plan de tutorías y asesorías oficial y lo evalúan) |
| | | | | ENS 1-6 | El Comité de Docencia de Post-grado, supervisa a los alumnos de acuerdo al Plan de Tutorías y Asesorías. (0: No supervisa; 1: Supervisa pero no en función al Plan; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | ENS 1-7 | El instituto cuenta con el Plan Anual de Docencia de Post-grado y lo ejecuta. (0: No cuenta con Plan; 1: Cuenta con Plan y no lo ejecuta; 2: Cuenta con Plan y se evidencia ejecución) |
| | | | | ENS 1-8 | El instituto cuenta con un centro de documentación adecuado y es accesible a los usuarios del sector (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no es accesible a los usuarios del sector; 2: Cuenta y es accesible) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|------------------------|--|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | Medicina. Decreto Supremo N° 013-2002-SA, Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud. Decreto Supremo N° 004-2003-SA, Reglamento de la Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. Decreto Supremo N° 002-2005-SA, que modifica artículos del Reglamento de la Ley que institucionalizó la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina. Decreto Supremo N° 021-2005-SA, que aprueba la creación del Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud (SINAPRES). Decreto Supremo N° | ENS 1-9 | Cuenta con Programa de Cooperación y/o Asistencia Técnica Nacional y /o Internacional y se ejecuta (Pasantías, Intercambios) (0: No cuenta con Programa; 1: Cuenta con Programa aprobado y no lo ejecuta; 2: Cuenta y ejecuta el Programa de Cooperación y Asistencia Técnica) |
| | | | | ENS 1-10 | Cuenta con programas de Sub-especialización y lo ejecuta (0: No cuenta con programas de sub-especialización; 1: Cuenta con programas de sub-especialización aprobado y no lo ejecuta; 2: Cuenta con programas de sub-especialización y lo ejecuta) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|------------------------|---|-------------------------|----------|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | 023-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. | | |

Macroproceso 13: Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento en la Atención Especializada (ADT)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización se orienta a lograr la innovación, actualización, difusión y capacitación de los conocimientos, métodos y técnicas en investigación, docencia y atención especializada en apoyo al diagnóstico y tratamiento

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|---|--------------------------------------|---|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| ADT-1 | El instituto desarrolla investigación e innovación permanente de las tecnologías y los procedimientos de apoyo al diagnóstico y tratamiento en el campo de su especialidad. | Eficacia Seguridad Oportunidad | R.M.N° 235-2003 SA/DM , que aprueba el Modelo General de ROF de los Institutos Especializados. D. S. N° 013-2006-SA , que aprueba el Reglamento de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo | ADT-1-1 | Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento tienen incorporados proyectos de investigación a la cartera de proyectos aprobada por el instituto. (0: No desarrollan proyectos de investigación; 1: Desarrollan proyectos de investigación pero no los incorpora a la cartera de proyectos del instituto; 2: Cumple con lo establecido) |
| ADT-2 | El instituto difunde las investigaciones efectuadas y capacita a los profesionales y técnicos de la salud del sector, en los | Eficacia Seguridad Oportunidad | R.M.N° 235-2003 SA/DM , que aprueba el Modelo General de ROF de los Institutos Especializados. D. S. N° 013-2006- | ADT-2-1 | El Instituto publica y difunde las investigaciones efectuadas de su especialidad referidos al apoyo al diagnóstico y tratamiento. (0: No publica ni difunde; 1: Publica, pero no difunde; 2: Publica y difunde) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|------------------------------|--|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | nuevos conocimientos científicos y tecnológicos de su especialidad que sean requeridos para el apoyo al diagnóstico y tratamiento. | | SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo | ADT-2-2 | Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento incorporan la socialización de los nuevos conocimientos científicos y tecnológicos producto de sus investigaciones al plan de mejoramiento de competencias con alcance sectorial. (0: No lo incorporan; 1: Lo incorporan, pero no los ejecuta según programación; 2: Lo incorporan y los ejecuta según programación) |
| ADT-3 | El instituto proporciona atención especializada en apoyo al diagnóstico y tratamiento a los pacientes ambulatorios y hospitalizados mediante el cumplimiento de sus protocolos y procedimientos establecidos y autorizados y el control de calidad de sus actividades. | Disponibilidad | R.M. Nº 235-2003 SA/DM , que aprueba el Modelo General de ROF de los Institutos Especializados. D. S. Nº 013-2006-SA , que aprueba el Reglamento de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo | ADT-3-1 | Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento tienen y aplican normas y guías de procedimientos para la atención. (0: No tienen; 1: Tienen, pero no la aplican; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| | | Oportunidad Accesibilidad | | ADT-3-2 | Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento tienen y aplican programas de control de calidad. (0: No tienen programa de control de calidad; 1: No todos los servicios cuentan con programas de control de calidad; 2: Todos los servicios tienen programas de control de calidad y lo aplican) |
| | | Seguridad Eficacia | | ADT-3-3 | 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 tiene estándares; 1: A veces cumple o no se entregan oportunamente; 2: Se entregan según estándares internos previamente definidos) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|------------------------|----------------------|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | | ADT-3-4 | Los resultados de los exámenes se registran en medios manuales o en sistema informático y se incluye los tiempos transcurridos entre la solicitud, la recepción de la muestra y la entrega del resultado. (0: No se registra; 1: Se registra parcialmente; 2: Se registra siempre) |
| | | | | ADT-3-5 | 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 han desarrollado indicadores; 1: Tienen indicadores pero no para todos los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| | | | | ADT-3-6 | 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 ni control de calidad; 1: Se realizan pero no sistemáticamente; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | ADT-3-7 | 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 realizan acorde con las normas de seguridad; 1: Se cumplen para algunos procedimientos; 2: Se cumple con lo establecido) |
| | | | | ADT-3-8 | El instituto 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 tienen programas de control y/o garantía de la calidad; 1: |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|------------------------|----------------------|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | | | Tiene programas pero no se aplican o se aplica uno de ellos 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | ADT-3-9 | 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, se analiza pero no se toman medidas correctivas; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | ADT-3-10 | 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 pero el personal no las cumple o cumple parcialmente; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | ADT-3-11 | El instituto 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. (0: No se cuantifica las reacciones adversas o no se analizan; 1: Se cuantifican, se analizan pero no se toman medidas correctivas; 2: Cumple con 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 | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|---|--|---|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| ADA-1 | El instituto 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. | ADA 1-1 | El establecimiento tiene un sistema de registro de los usuarios por historias clínicas individuales y estandariza los formatos de acuerdo con la normatividad vigente. (0: No tiene un sistema de registro; 1: Tiene, pero no está acorde a la normatividad vigente; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| | | | | ADA 1-2 | Se garantiza la conservación y custodia del sistema de registro de historias clínicas y está contemplado en el manual de procedimientos del instituto y acorde a lo dispuesto por la normatividad vigente. (0: No se garantiza la conservación del sistema o no está contemplado en el manual de procedimientos; 1: Se garantiza la conservación, está contemplado en el manual de procedimientos pero no está acorde a normatividad; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| | | | | ADA 1-3 | El proceso diario de recojo/ archivamiento de las historias clínicas está documentado e identifica aspectos críticos que podrían alterar su conservación/ tenencia. (0: El proceso no está documentado; 1: Está documentado, pero no se identifican los aspectos críticos; 2: Cumple con todo lo establecido) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|--|---|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | | ADA 1-4 | El procedimiento para la obtención y entrega de citas que contiene los tiempos de espera máximos, costos, horarios, el número regular de ingresos esperados, es de conocimiento del personal responsable y es difundido al usuario. (0: El procedimiento para las citas no es de conocimiento del personal; 1: El procedimiento es de conocimiento del personal responsable y es difundido al usuario; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| | | | | ADA 1-5 | Se cuenta con personal capacitado en el último año, para realizar las actividades en el área de admisión del instituto. (0: El personal capacitado es menor al 60%; 1: El personal capacitado está entre el 60% al 90%; 2: Más del 90% del personal está capacitado) |
| ADA-2 | El instituto 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. | ADA 2-1 | El personal de admisión/citas informa a los usuarios (en forma verbal y/o escrita) sobre el proceso de atención en el instituto e identifica necesidades con enfoque intercultural. (0: El personal de admisión no informa a los usuarios sobre la atención; 1: El personal informa pero no identifica las necesidades o las identifica pero sin enfoque intercultural; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| | | | | ADA 2-2 | Se realiza la entrega de citas de acuerdo con la programación establecida por los servicios. (0: No se realiza; 1: Se realiza pero no esta acorde con la programación; 2: Se cumple con todo lo establecido) |
| | | | | ADA 2-3 | Se registra y monitorea el tiempo de espera del usuario en admisión y está acorde a lo esperado por la institución. |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|------------------------|----------------------|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | | | (0: No se registra o no se monitorea; 1: Se registra y se monitorea, pero el tiempo de espera está por encima de lo esperado; 2: Se cumple con todo lo establecido) |
| | | | | ADA 2-4 | Se registra y monitorea el porcentaje de usuarios no atendidos en el instituto 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 encima del nivel esperado; 2: Se cumple con todo lo establecido) |
| | | | | ADA 2-5 | Se registra y monitorea el porcentaje de citas atendidas de acuerdo con la programación establecida. (0: No se registra o no se monitorea; 1: Se registra y monitorea, pero no está acorde a la programación; 2: Se cumple con todo lo establecido) |
| | | | | ADA 2-6 | 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 registra; 1: Se registra, pero no se monitorea o no está de acuerdo a lo establecido por la institución; 2: Se cumple con todo lo establecido) |
| | | | | ADA 2-7 | 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 la normatividad o los resultados no son los esperados; 2: Se cumple con todo lo establecido) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|------------------------|--|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | | ADA 2-8 | Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta. (0: El porcentaje de usuarios satisfechos con la información es menor a 60%; 1: El porcentaje está entre 60% y 80%; 2: El porcentaje es mayor al 80%) |
| ADA-3 | El instituto realiza el proceso de alta según los atributos de oportunidad, continuidad, integralidad. | Eficacia | 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 | ADA 3-1 | Se tiene documentado el proceso de alta en el instituto y se cumple. (0: No está documentado; 1: Está documentado, pero no se cumple; 2: Se cumple con todo lo establecido) |
| | | Información | | ADA 3-2 | Se registran las estancias hospitalarias prolongadas, se analizan y se implementan medidas correctivas. (0: No se registran; 1: Se registran y analizan, pero no se implementan medidas correctivas; 2: Se cumple con todo lo establecido) |
| | | Efectividad | | | |

Macroproceso 15: Desarrollo de Servicios (DES)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización garantiza la continuidad de la atención de salud en una red de servicios, realiza la transferencia tecnológica a su red y propone la normatividad que le compete en el campo de su especialidad

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|---------|--|--|---|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| DES - 1 | El instituto está organizado para referir pacientes y recibir contrarreferencias | Continuidad Oportunidad Eficacia | R.M. N° 721-2004/MINSA. Norma técnica del sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud. R.M. N° 516-2005/MINSA. "Guías de prácticas clínicas en emergencia para el adulto". | DES 1-1 | El instituto cuenta con una Unidad u oficina de Seguros y o referencias, de acuerdo a la norma vigente. (0: No tiene; 1: Tiene pero no está acorde a la norma vigente; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| | | | | DES 1-2 | El instituto tiene documentado el proceso de referencias y contrarreferencias que realiza/recibe de acuerdo a la normatividad vigente. (0: No tiene documentado; 1: Tiene documentado pero no está acorde con la normatividad vigente; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| | | | | DES 1-3 | El instituto ha establecido coordinaciones con otros servicios de atención ambulatoria, con servicios extrainstitucionales locales, regionales y nacionales para garantizar la contrarreferencia efectiva. (0: No ha establecido; 1: Ha establecido coordinaciones, pero no se cumplen; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| | | | | DES 1-4 | El instituto ha establecido mecanismos para la continuidad de la atención de los pacientes referidos, hasta que se haya producido la contrarreferencia efectiva. (0: No ha establecido; 1: Ha establecido mecanismo, pero no las 24 horas; 2: Cumple con todo lo establecido) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|---------|---|--|---|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| DES - 2 | El instituto está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios. | Oportunidad Disponibilidad Eficacia Trabajo en equipo | R.M. 751-2004 / MINSA. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud. | DES 2-1 | Se tiene implementado un sistema de traslado de pacientes de alta complejidad en condición crítica las 24 hrs., que incluye un sistema de comunicación y transporte con unidades que correspondan a su especialidad. (0: No tiene; 1: Se tiene parcialmente implementado; 2: Tiene el sistema implementado) |
| | | | | DES 2-2 | Cuenta con un conjunto de normas que rigen el sistema de comunicación y transporte las mismas que están difundidas dentro del instituto. (0: No cuenta 1: Aprobadas con RD; 2: Están aprobadas y difundidas) |
| | | | | DES 2-3 | Propone normatividad al MINSA para asegurar el traslado adecuado de los pacientes de su especialidad, según nivel de complejidad de origen. (0: No propone; 1: No Válido; 2: Propone normatividad) |
| DES - 3 | Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de pacientes. | Oportunidad Continuidad Trabajo en equipo Efectividad | R.M. N° 343-2005/MINSA. Reglamento para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre R.M. N° 953-2006/MINSA, Norma Técnica de Salud para el Transporte Asistido | DES 3-1 | El personal responsable de la tarea de referencia y contrarreferencia implementa y controla todos los aspectos críticos del proceso y propone acciones para mejorarlos. (0: No ejecuta ninguna acción; 1: El personal implementa parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| | | | | DES 3-2 | Se evalúa y analiza el porcentaje de casos referidos en los que aplicaron los criterios y procedimientos establecidos. (0: No se evalúa y ni analiza; 1: no válido; 2: Se evalúa y analiza) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|---------|---|--------------------------------|--|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | de Pacientes por Vía Terrestre R.M. N° 729-2003 SA/DM. La atención integral compromiso de todos-El modelo de atención integral (MAIS). | DES 3-3 | El instituto establece mecanismos y procedimientos para regular su demanda de pacientes que no corresponden a su nivel de complejidad. (0: No establece; 1: No válido; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | DES 3-4 | Se cuantifica la relación entre referencias y contrarreferencias realizadas y el nivel es óptimo. (0:Se cuantifica, pero el nivel no es óptimo; 1: No válido; 2: El nivel es óptimo) |
| DES - 4 | El instituto realiza acciones organizadas que permitan la transferencia tecnológica en el área de su especialidad | Efectividad Información | R.M. N°- SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Institutos | DES 4-1 | El instituto tiene implementado uno o más estrategias de telesalud y las utiliza en por lo menos una región. (0: No tiene implementado; 1: Tiene implementado pero no la utiliza; 2: Tiene implementado y la utiliza activamente en una o más regiones) |
| | | | | DES 4-2 | El instituto propone al MINSA normas técnicas sanitarias a aplicarse en el sistema nacional de salud en el ámbito de su especialidad. (0: No propone; 1: Propone una norma; 2: Propone dos o más normas al MINSA) |
| | | | | DES 4-3 | El instituto ha brindado asistencia técnica directa en las regiones para el mejoramiento de las capacidades de atención de los otros niveles de atención. (0: No ha brindado asistencia técnica; 1: Brinda asistencia técnica en por lo menos una región; 2: Brinda asistencia técnica en dos o más regiones) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|---------|---|--|---|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| DES - 5 | El instituto realiza acciones que permiten la formulación, revisión y actualización de políticas, lineamientos y normas en el campo del área de su especialidad | Trabajo en equipo Mejora continua | R.M. N°- SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Institutos | DES 5-1 | El instituto convoca a los actores relevantes en el campo de su especialidad para la formulación de propuestas de políticas de salud. (0: No convoca ni formula; 1: Formula o convoca; 2: Convoca y formula) |
| | | | | DES 5-2 | El instituto evalúa la implementación de políticas, lineamientos y normas según prioridades con participación de los actores relevantes. 0: No evalúa; 1: Evalúa pero no participativamente; 2: cumple con lo establecido) |

Macroproceso 16: Gestión de Medicamentos (GMD)

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

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|---|--|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| GMD-1 | El instituto 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°-SA/DM , que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Institutos 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 | GMD 1-1 | 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 considera el petitorio; 1: Considera el petitorio nacional pero no el cuadro de necesidades de los servicios; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | GMD 1-2 | La farmacia cuenta con sistemas (SISMED 2.0 u otro) e información para la gestión (Kardex, informes de consumo en unidades y valores, según fuente de financiamiento, para medicamentos y dispositivos médicos fungibles). (0: No cuenta; 1: Cuenta con sistema pero no con información para la gestión; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | GMD 1-3 | El Instituto realiza informe de consolidados diarios de despacho e informe mensual de consumo de medicamentos e insumos. (0: No realiza; 1: Realiza el informe diario, pero no el informe mensual; 2: Cumple con lo establecido.) |
| | | | | GMD 1-4 | Los medicamentos son almacenados y conservados de acuerdo a las buenas prácticas de almacenamiento y conservación (0: No cumple; 1: Cumple parcialmente; 2: Cumple con lo establecido) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|--|---|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | Insumos Médico-Quirúrgicos - SISMED Resolución Jefatural N° 335-90-INAP/DNA "Manual Administración de Almacenes para el Sector Público Nacional". | GMD 1-5 | Se cuenta con el Libro de Registro de Prescripción de Narcóticos y sustancias controladas. (0: No cuenta; 1:Cuenta con libro pero se registra inadecuadamente; 2: Cumple con lo establecido) |
| GMD-2 | El instituto 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°-SA/DM , que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Institutos R.M. N° 414-2005/MINSA , que aprueba el "Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales | GMD 2-1 | El Instituto aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de prescripción. (0: No aplica 1: Aplica las normas pero no evalúa su cumplimiento; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | GMD 2-2 | El Instituto aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de dispensación. (0: No aplica 1: Aplica las normas pero no evalúa su cumplimiento; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | GMD 2-3 | Los errores en la dispensación de medicamentos son vigilados, registrados y corregidos por la autoridad competente del Instituto. (0: No vigila la ocurrencia de errores de dispensación; 1: Vigila errores pero no los registra o no los corrige; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | GMD 2-4 | 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 cuenta con mecanismos de información al paciente; 1: Cuenta |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|--|---|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | | | con mecanismos pero no los aplica; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | GMD 2-5 | Los errores de prescripción de medicamentos son registrados y corregidos por la autoridad competente del Instituto (0: No registra; 1: Registra los errores pero no son corregidos; 2: Cumple con lo establecido) |
| GMD-3 | El instituto 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 | GMD 3-1 | 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 evalúa; 1: Evalúa el porcentaje pero está por debajo de lo esperado; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | GMD 3-2 | Se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas y la adopción de medidas correctivas. (0: No evalúa; 1: Evalúa pero no se toman medidas correctivas; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | GMD 3-3 | El instituto 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) |
| | | | | GMD 3-4 | El instituto 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 |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|------------------------|----------------------|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | | | personal está capacitado) |
| | | | | GMD 3-5 | El instituto ha organizado la provisión para mantener el normostock de ítems necesarios para el funcionamiento de servicios críticos (ej. emergencia, UCI, Centro quirúrgico). (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 | Estándar | Atributo relacionado | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|---|-----------------------------------|--|-------------------------|--|
| | | | | Código criterio | Criterio |
| GIN.1 | El instituto 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 | GIN 1-1 | El instituto identifica las necesidades de información de todos los procesos asistenciales y administrativos con participación del personal de las áreas respectivas. (0: El instituto no identifica las necesidades; 1: Identifica las necesidades, pero no con participación del personal de las áreas respectivas; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | GIN 1-2 | El Instituto realiza difusión de la información en forma adecuada (0: Cumple con menos del 50% de Lista de verificación; 1: Cumple entre el 50 al 80% de la Lista de Verificación; 2: Cumple con más del 80% de la Lista de verificación). |
| | | | | GIN 1-3 | El instituto 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 las necesidades de equipamiento; 1: Se identifica necesidades pero no está en el plan anual de adquisiciones; 2: Se identifica necesidades y están en el plan) |
| | | | | GIN 1-4 | El instituto cuenta con un sistema de acopio manual y/o automatizado de información el cual es conocido por el personal. (0: Menos del 50% del personal lo conoce; 1: Del 50% al 80% del personal lo conoce; 2: Más del 80% del personal lo conoce) |

| Código | Estándar | Atributo relacionado | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|----------------------|----------------------|-------------------------|--|
| | | | | Código criterio | Criterio |
| | | | | GIN 1-5 | <p>El instituto 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.</p> <p>(0: No cuenta con sistemas de información para medicamentos; 1: Cuenta con sistema de información pero no aplica descriptores o solamente para alguno de ellos; 2: Cumple con lo establecido)</p> |
| | | | | GIN 1-6 | <p>El instituto tiene personal capacitado durante el último año, para llevar a cabo las actividades de la gestión de la información.</p> <p>(0: Menos del 60% ha sido capacitado durante el último año; 1: Del 60% al 90% han sido capacitado; 2: Más del 90% del personal ha sido capacitado)</p> |
| | | | | GIN 1-7 | <p>El instituto 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.</p> <p>(0: No cuenta con procedimientos documentados; 1: Cuenta con procedimientos pero no para todas las fases; 2: Cumple con todo lo establecido)</p> |
| | | | | GIN 1-8 | <p>Existe y se implementa un sistema de gestión de la información que considera todos los aspectos descritos en el procedimiento documentado.</p> <p>(0: No existe un sistema de gestión de la información; 1: Existe el sistema pero no está implementado; 2: Existe el sistema y está implementado)</p> |

| Código | Estándar | Atributo relacionado | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|---|-----------------------------------|---|-------------------------|---|
| | | | | Código criterio | Criterio |
| | | | | GIN 1-9 | La unidad responsable de la gestión de la información monitorea la información de todas las unidades orgánicas y funcionales de la organización. (0: Monitorea la información de menos del 60% de las unidades orgánicas y funcionales; 1: Monitorea del 60% al 90% de las unidades; 2: Monitorea mas del 90% de las unidades) |
| GIN.2 | El instituto realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad del dato 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 | GIN 2-1 | El instituto 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: El instituto no tiene mecanismos para la identificación de aspectos críticos; 1: Tiene mecanismos definidos, pero no son fuente para la elaboración de proyectos de mejora; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | GIN 2-2 | El instituto cuenta y aplica un método formal y permanente de gestión de la información (recolección, procesamiento y análisis y evaluación de los resultados). (0: El instituto no cuenta con método para la gestión de la información; 1: Se cuenta con método, pero no se aplica o no es permanente; 2: Cumple con lo establecido) |
| GIN.3 | El instituto promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información. | Trabajo en equipo | Ley N° 27806 , Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública R. M. N° 825- | GIN 3-1 | 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) |

| Código | Estándar | Atributo relacionado | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|----------------------|---|-------------------------|--|
| | | | | Código criterio | Criterio |
| | | | 2005/MINSA, Directiva que establece el procedimiento de atención de solicitudes sobre acceso a la información pública | GIN 3-2 | Los servicios generan espacios participativos de análisis de información y son documentados. (0: Los servicios no generan espacios de análisis de información; 1: Generan espacios, pero no son participativos o no son documentados; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | GIN 3-3 | El instituto cuenta con un espacio donde se muestra la información relevante y actualizada de los proyectos de mejora continua de la información. (0: No existe; 1: Se cuenta con el espacio, pero la información no está actualizada; 2: Se cumple con lo todo establecido) |
| | | | | GIN 3-4 | Se identifican semestralmente las percepciones del usuario interno (en los niveles operativo, táctico y estratégico) acerca del manejo de la información. (0: No se identifica las percepciones del usuario interno; 1: Se identifican las percepciones pero no semestralmente; 2: Cumple con 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 | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|---|---------------------------------|---|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| DLDE-1 | El instituto 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. 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 | DLDE 1-1 | Se cuenta con un manual de desinfección y esterilización de materiales e instrumentos médicos acorde a su categoría y es conocido por el personal de todas las áreas responsables de este proceso. (0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no es conocido por todo el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| | | | | DLDE 1-2 | El instituto 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 con guía actualizada; 1: Sí cuenta, pero no es conocido por todo el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| | | | | DLDE 1-3 | El instituto tiene centralizado en unidades los procesos de limpieza, desinfección y esterilización de materiales y equipos de acuerdo a su complejidad y cuentan con documentos de gestión (0: No tiene centralizado los procesos; 1: No válido; 2: Cumple con todo lo establecido) |

| Código | Estándar | 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 | R.M.N° 510-2005. Manual de Salud Ocupacional R.M. N°-SA/DM , que aprueba el modelo de ROF de Institutos NORMA TÉCNICA N° 015 - MINSA / DGSP - V.01 Manual de Bioseguridad. R.M. N° 179-2005/MINSA Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias. | DLDE 2-1 | El personal que manipula equipos y material usado se encuentra protegido según medidas establecidas en el Manual de bioseguridad. (0: Está protegido menos del 50% del personal; 1: Entre el 50% al 90% del personal está protegido; 2: están protegidos más del 90%) |
| | | | | DLDE 2-2 | 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: El personal no clasifica o no realiza la descontaminación del material y/o equipo usado; 1: El personal clasifica y realiza la descontaminación pero no de acuerdo a lo establecido en el manual; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| | | | | DLDE 2-3 | Se empaca y esteriliza el material/equipo de acuerdo con los procedimientos establecidos oficialmente. (0: Sólo se empaca el material/equipo pero sin cumplir con los procedimientos establecidos; 1: Se empaca y esteriliza material/equipo sin cumplir totalmente con los procedimientos establecidos; 2: Se cumple con todo lo establecido) |
| | | | | DLDE 2-4 | El establecimiento aplica controles físicos, químicos y biológicos en la esterilización de materiales y equipos según guía de control de procesos. (0: Se aplica un tipo de control; 1: Se aplica dos tipos de controles; 2: Se cumple con todo lo establecido) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|--|---|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | | DLDE 2-5 | 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 ha establecido un sistema de control; 1: Existe, pero no registra los procedimientos; 2: Se cumple con todo lo establecido) |
| 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 | DLDE 3-1 | 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: Está protegido menos del 60% del personal; 1: Está protegido entre el 60% a 90%, 2: Está protegido más del 90% del personal) |
| | | | | DLDE 3-2 | Existe un procedimiento especial para el tratamiento de la ropa contaminada que es de conocimiento del personal de lavandería. (0: No existe procedimiento; 1: Existe procedimiento, pero no lo conoce todo el personal; 2: Se cumple con todo lo establecido) |
| | | | | DLDE 3-3 | 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 se cuantifica el porcentaje de reclamos; 1: Se cuantifica, pero no se toman acciones correctivas; 2: Se cumple con todo lo establecido) |
| | | | | DLDE 3-4 | Se realiza el almacenamiento de los enseres de cama y ropa de acuerdo con las normas vigentes. (0: No se conoce las normas; 1: Conoce las normas, pero no se realiza |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|---|--|--|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | | | el almacenamiento de acuerdo a estas; 2: Cumplen con todo lo establecido) |
| | | | | DLDE 3-5 | 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 ha establecido un sistema de control; 1: Hay sistema de control, pero no se aplica; 2: Se cumple con todo lo establecido) |
| DLDE-4 | Se realiza la limpieza de las instalaciones del instituto 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 | DLDE 4-1 DLDE 4-2 DLDE 4-3 | El personal de limpieza está debidamente vestido y protegido según las medidas de bioseguridad y la norma de residuos sólidos. (0: Está debidamente vestido y protegido menos del 60%; 1: Está debidamente vestido y protegido entre el 60 y el 90%; 2: Está debidamente vestido y protegido más del 90%) El instituto cuenta y aplica procedimientos establecidos de segregación, acopio y disposición final de residuos sólidos. (0: No cuenta con procedimientos para el manejo de residuos sólidos; 1: Cuenta con procedimientos pero no los aplica o los aplica parcialmente; 2: Se cumple con todo lo establecido) La unidad de epidemiología y saneamiento ambiental, el comité de infecciones intrahospitalarias y el personal de enfermería participan activamente en la elaboración y supervisión de aplicación de las normas de limpieza. (0: No participan; 1: Participan solamente en la elaboración; 2: Participan en la elaboración y supervisión) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|------------------------|----------------------|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | | DLDE 4-4 | Se cuantifica la percepción de los usuarios (interno y externo) respecto a la limpieza del instituto y se implementan las acciones para su mejora. (0: No se cuantifica la percepción de los usuarios; 1: Se cuantifica, pero no implementan acciones para su mejora; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| | | | | DLDE 4-5 | El Instituto maneja los residuos sólidos en forma apropiada. (0: Cumple con menos del 70% de la lista de chequeo; 1: Cumple entre el 70 y 84% de la lista de chequeo; 2: Cumple con mas del 84% de la lista de chequeo) Lista de chequeo GCA 2-4 |
| | | | | DLDE 4-6 | El Instituto realiza procedimientos de desinfección de acuerdo a norma. (0: Cumple con menos del 70% de la lista de chequeo; 1: Cumple entre el 70 y 84% de la lista de chequeo; 2: Cumple con mas del 84% de la lista de chequeo) Lista de chequeo GCA2-5 |
| | | | | DLDE 4-7 | El Instituto realiza procedimientos de esterilización de acuerdo a norma. (0: Cumple con menos del 70% de la lista de chequeo; 1: Cumple entre el 70 y 84% de la lista de chequeo; 2: Cumple con mas del 84% de la lista de chequeo) Lista de chequeo GCA2-6 |

Macroproceso 19: Manejo del Riesgo Social (MRS)

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

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|---|------------------------|--|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| MRS-1 | El instituto está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios. | Disponibilidad | R.M. N°-SA/DM , que aprueba el modelo de ROF de Institutos 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 | MRS 1-1 | El instituto cuenta con un único sistema de evaluación socioeconómica de los usuarios que se implementa en todos los puntos de entrada de los usuarios durante el horario de atención o las 24 horas del día según corresponda. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está disponible las 24 horas; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| | | Accesibilidad | | MRS 1-2 | El instituto programa y realiza mensualmente controles de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica. (0: No realiza; 1: Realiza 80% menor a lo planificado; 2: Realiza el 80% o más, de lo planificado) |
| | | Continuidad | | MRS 1-3 | El servicio social cuenta con servicio de Internet para realizar cruces de información de los usuarios con ESSALUD y RENIEC. (0: No cuenta con internet; 1: Cuenta con internet pero no realiza el cruce de información de los usuarios con ESSALUD y RENIEC; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| | | | | MRS 1-4 | El instituto realiza las evaluaciones socioeconómicas a los usuarios de consulta externa, emergencias, apoyo diagnóstico y hospitalización. (0: No realiza; 1: Realiza en todos los servicios menos en uno; 2: Realiza evaluaciones en todos los servicios listados) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|--|---|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| MRS-2 | El instituto destina recursos financieros para la atención de casos especiales y de extrema pobreza. | Eficacia | 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 | MRS 2-1 | El instituto cuenta con financiamiento para la atención de la población pobre y en extrema pobreza. (0: No cuenta; 1: Cuenta parcialmente 2: Cuenta) |
| | | Eficiencia Accesibilidad Oportunidad | | MRS 2-2 | Las tarifas del establecimiento de salud se adecuan a los lineamientos de política tarifaria del MINSA. (0: No se adecuan; 1: Se adecua parcialmente; 2: Se adecua completamente) |

Macroproceso 20: Manejo de nutrición de pacientes (MNP)

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 | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|---|---|---|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| MNP-1 | El instituto está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente. | Disponibilidad Oportunidad Eficiencia | RM N° 235-2003-SA/DM , que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de los Institutos. 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- | MNP 1-1 | Se cuenta con un manual actualizado y disponible de normas y procedimientos técnico-administrativos de la atención nutricional y dietética. (0: No cuenta con manual o no está actualizado; 1: Cuenta con manual actualizado pero no está disponible; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | MNP 1-2 | Se cuenta con personal de nutrición capacitado durante el último año. (0: Menos del 50% se capacitó durante el último año; 1: Entre el 50% y 80% del personal se capacitó; 2: Se capacitó más del 80% del personal.) |
| | | | | MNP 1-3 | Se han determinado y se cumplen horarios para la distribución de las dietas a los servicios. (0: No se han determinado los horarios; 1: Se ha determinado horarios, pero no se cumplen; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | MNP 1-4 | El instituto cuenta normas de manipulación de alimentos y éstas se aplican. 0: El instituto no cuenta con normas; 1: Cuenta con normas pero no se aplican o se aplican parcialmente; 2: Cumple con lo establecido) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|---|----------------------------------|--|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | 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 | MNP 1-5 | El instituto aplica buenas prácticas de almacenamiento de víveres perecibles y no perecibles. (0:El instituto no aplica buenas prácticas; 1: Aplica buenas prácticas para uno de los dos tipos de víveres; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | MNP 1-6 | El instituto 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 cuenta con mecanismos o solamente para información o para educación; 1: Cuenta con mecanismos de información y educación pero no se aplican; 2: Cumple con lo establecido) |
| MNP-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. | MNP 2-1 | 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 :El establecimiento no cuenta con listado de regímenes; 1: Cuenta con listado pero no está detallados en su composición; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | MNP 2-2 | El personal de nutrición verifica y registra la concordancia entre los menús del día y las distintas indicaciones dietéticas. (0: El personal de nutrición no verifica la concordancia; 1: Se verifica la concordancia pero no la registra 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | MNP 2-3 | El profesional de nutrición efectúa la visita diaria a los pacientes con dietas especiales. (0: El personal de nutrición no efectúa visitas diarias; 1: Se efectúan visitas pero no diariamente 2: Cumple con lo establecido) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|------------------------|----------------------|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | | MNP 2-4 | Se lleva registro del porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios y se adoptan medidas correctivas. (0: No se lleva registro de las quejas y reclamos; 1: Se registra el porcentaje de quejas y reclamos, pero no se adoptan medidas correctivas; 2: Cumple con lo establecido) |

Macroproceso 21: Gestión de Insumos y Materiales (GIM)

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

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|------------------------|--|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| GIM-1 | Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales. | Eficacia Eficiencia | 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- | GIM 1-1 | Se cuenta con líneas de acción para planificar el requerimiento y la adquisición de insumos y materiales conforme a las normas vigentes. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta, pero no están acordes con la normatividad vigente; 2: Se cumple con todo lo establecido) |
| | | | | GIM 1-2 | El instituto 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 de necesidades incluido en el plan de adquisiciones pero no se garantiza la calidad de los insumos y materiales; 2: Cumple con todo lo establecido) |
| | | | | GIM 1-3 | Se tienen establecidas y se aplican medidas de protección de insumos y materiales por el personal de almacén central. (0: No se tienen establecidas ; 1: Se tienen establecidas medidas de protección pero no se aplican; 2: Cumple con lo establecido) |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|-----------------------------|---|-------------------------|--|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | 2002-SA. Lineamientos de la Política del Sector Salud 2002-2012 R.M. N°.....-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Institutos | GIM 1-4 | 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 procedimientos para el control; 1: Se han establecido procedimientos para el control, pero no se aplican; 2: Cumple con lo establecido) |
| GIM-2 | Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos. | Eficacia Efectividad | R.M. N°-SA/DM, que aprueba el modelo de ROF de Institutos | GIM 2-1 | Se realiza el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo al cronograma del plan anual de adquisiciones y se cumple los procedimientos. (0: No se realiza el requerimiento acorde al plan anual; 1: Se realiza acorde al plan pero no se cumplen los procedimientos; 2: Cumple todo lo establecido) |
| | | | | GIM 2-2 | En el instituto se llevan a cabo los procesos de adquisición según los procedimientos correspondientes. (0: El instituto no cumple con los procedimientos correspondientes; 1: El instituto cumple los procedimientos parcialmente; 2: El instituto cumple los procedimientos totalmente) |
| | | | | GIM 2-3 | 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 |

| Código | Estándar | Atributos relacionados | Referencia normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|----------|------------------------|----------------------|-------------------------|---|
| | | | | Código Criterio | Criterio |
| | | | | | 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) |
| | | | | GIM 2-4 | 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 (GEIF)

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

| Código | Estándar | Atributo Relacionado | Referencia Normativa | Criterios de Evaluación | |
|---------|---|--|--|-------------------------|--|
| | | | | Código criterio | Criterio |
| GEIF. 1 | El instituto cuenta con recurso humano capacitado y aplica las 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. No 016-98-SA/DM Normas Técnicas para el Mantenimiento Preventivo y Conservación de la Infraestructura en Hospitales. R.M. N° 335-2005 estándares Mínimos de seguridad para la construcción, ampliación, rehabilitación, remodelación y mitigación de riesgos | GEIF 1-1 | El instituto 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 con plan de mantenimiento; 1: Cuenta con plan, pero no está incorporado al POA; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | GEIF 1-2 | El instituto cuenta con un plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos incorporado al plan operativo de actividades (POA). (0: No cuenta con plan de mantenimiento de equipos; 1: Cuenta con plan, pero no está incorporado al POA; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | GEIF 1-3 | Se cuenta con personal capacitado para la elaboración de proyectos de inversión y se elaboran proyectos. (0: No cuenta con personal capacitado; 1: Se cuenta con personal capacitado pero no se elaboran proyectos; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | GEIF 1-4 | 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: El personal no ha sido capacitado 1: Ha sido capacitado hace más de un año; 2: Ha sido capacitado durante el último año) |

| Código | Estándar | Atributo Relacionado | Referencia Normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|--|---------------------------------------|---|-------------------------|--|
| | | | | Código criterio | Criterio |
| | | | en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo | GEIF 1-5 | Se cuenta con procedimientos documentados para la adquisición de equipos, mantenimiento; remodelación y/o ampliación de infraestructura física del instituto. (0: No cuenta con procedimientos documentados; 1: Cuenta con procedimientos documentados pero no de todos los procesos; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | GEIF 1-6 | El instituto cuenta con sistema de inventario y registro de operatividad de equipos e instrumentos y se utiliza. (0: El instituto no cuenta con sistema de inventario ni registro de operatividad; 1: Cuenta con sistema de inventario y registro de operatividad pero no se utiliza; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | GEIF 1-7 | Se cuenta y aplica los procedimientos del manual para el mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias. (0: No cuenta con manual de procedimientos para la actividad; 1: Cuenta con manual pero no se aplican los procedimientos; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | GEIF 1-8 | 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) |
| | | | | GEIF 1-9 | 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) |
| GEIF.2 | El instituto cuenta con información y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen | Eficacia Eficiencia Efectividad | R.M. No 016-98-SADM Normas Técnicas para el Mantenimiento Preventivo y | GEIF 2-1 | 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: No se tiene procedimiento; 1: Se tiene procedimiento pero no se realiza la verificación del inventario o éste no se remite a los niveles |

| Código | Estándar | Atributo Relacionado | Referencia Normativa | Criterios de Evaluación | |
|--------|------------------------|----------------------|---|-------------------------|---|
| | | | | Código criterio | Criterio |
| | estado y operatividad. | Disponibilidad | Conservación de la Infraestructura en Hospitales, | | directivos; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | GEIF 2-2 | Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a programación. (0: No realiza mantenimiento preventivo; 1: Se realiza mantenimiento preventivo pero no de acuerdo a la programación; 2: Cumple con lo establecido) |
| | | | | GEIF 2-3 | Se cuantifica el porcentaje de soluciones oportunas ante el llamado de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos. (0: Se cuantifica pero las soluciones oportunas son menores al 60%; 1: Se cuantifica pero el resultado está entre 60% y 80%; 2: El resultado es mayor al 80%) |
| | | | | GEIF 2-4 | El Instituto evalúa la calidad del equipamiento de la especialidad implementado (0: No evalúa; 1: Evalúa pero no presenta informe documentado; 2: Evalúa, presenta informe documentado y evidencia implementación de correctivas) |

3. RESUMEN FINAL

| Nº | Macroprocesos | Estándares | Criterios de evaluación |
|----|--|------------|-------------------------|
| 1 | Direccionamiento | 2 | 11 |
| 2 | Gestión de recursos humanos | 12 | 11 |
| 3 | Gestión de la calidad | 22 | 20 |
| 4 | Manejo del riesgo de la atención | 8 | 41 |
| 5 | Gestión de seguridad ante desastres | 20 | 18 |
| 6 | Control de la gestión y prestación | 19 | 11 |
| 7 | Atención ambulatoria | 3 | 11 |
| 8 | Atención de hospitalización | 7 | 21 |
| 9 | Atención de emergencia | 3 | 14 |
| 10 | Atención quirúrgica | 4 | 24 |
| 11 | Investigación | 3 | 17 |
| 12 | Enseñanza | 1 | 10 |
| 13 | Atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento especializado | 11 | 14 |
| 14 | Admisión y alta | 3 | 15 |
| 15 | Desarrollo de Servicios | 5 | 16 |
| 16 | Gestión de medicamentos | 3 | 15 |
| 17 | Gestión de la información | 15 | 15 |
| 18 | Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización | 4 | 20 |
| 19 | Manejo del riesgo social | 7 | 6 |
| 20 | Manejo de nutrición de pacientes | 2 | 10 |
| 21 | Gestión de insumos y materiales | 2 | 8 |
| 22 | Gestión de equipos e infraestructura | 2 | 13 |
| | Total | 158 | 341 |

Iniciativa de Políticas en Salud - Perú
Calle Carpaccio 296. Of. 302. San Borja
Lima 41, Perú
Tel: (511) 224-3434
Fax: (511) 225-4241
Email: policyinfo@healthpolicyinitiative.com
<http://ghiqc.usaid.gov>
<http://www.healthpolicyinitiative.com>