GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL GENERAL JAEN

GRC GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA

Resolución Directoral

Nº 134-2022-GR.CAJ-DRS-HGJ/DE

Jaén, 11 de abril del 2022

VISTO:

El informe Nº 013-2022-GRCAJ-DRS-HGJ/UGC-FJGA, La Carta Nª 114-2022-GR.CAJ-HGJ/UGC, relacionados con la aprobación del Plan Anual de Autoevaluación para la Acreditación – año 2022, en el Hospital General de Jaén, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, en los artículos I, II y VI del Título Preliminar, disponen que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; así mismo, establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea; y, es responsabilidad del Estado; promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por el Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 456-2007/MINSA, se aprobó la NTS Nº 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica en Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, asimismo, la citada Norma establece que, el proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa, definiendo a la primera como: "Fase inicial obligatoria de evaluación proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos, previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento";

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 727-2009-MINSA, se aprobó el documento técnico "Política Nacional de la Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional, y su objetivo el de establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Tecnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer los principios,

Resolución Directoral

Nº 134-2022-GR.CAJ-DRS-HGJ/DE

Jaén, 11 de abril del 2022

normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de Salud; así mismo, señala que la acreditación es un proceso de evaluación periódica con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud, y la finalidad es garantizar a los usuarios, que los establecimientos acreditados cuentan con recursos y la capacidad para optimizar la calidad de atención, mitigando las fallas atribuibles a los servicios de salud;

Que, mediante la Resolución Ministerial Nº 826-2021/MINSA, de fecha 05 de julio del 2021, se aprobó la Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, la cual tiene como objetivo establecer disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos Normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras; así como, Establecer la aplicación de etapas estandarizadas, transparentes y explicitas para la emisión de documentos normativos del Ministerio de Salud;

Que, el "Plan Anual de Autoevaluación para la Acreditación – Año 2022", del Hospital General de Jaén, propuesto, tiene como objetivo general: "desarrollar el proceso de Autoevaluación aplicando los estándares para Hospitales II-1, que permitan identificar y reducir las brechas en los servicios y la organización, logrando un resultado óptimo de Acreditación;

Por las consideraciones expuestas, contando con el visto correspondiente y la aprobación de la Dirección del Hospital General de Jaén, facultado mediante Resolución Ejecutiva Regional Nº D000057-2019-GRC-GR;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. – APROBAR el "Plan Anual de Autoevaluación para la Acreditación – Año 2022", en el Hospital General de Jaén, el mismo que consta de cincuenta y un (51) folios, y forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO. – ENCARGAR a la jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, la implementación, difusión y supervisión a fin de dar cumplimiento al Plan Anual de Autoevaluación para la Acreditación – Año 2022", en el Hospital General de Jaén, aprobada en el artículo precedente.

ARTÍCULO TERCERO. - DISPONER que el responsable de la administración y actualización del Portal de Transparencia para que publique la presente Resolución en el portal web Institucional del Hospital General de Jaén, www.hospitaljaen.gob.pe.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN
Diana Mercedes Bolívar Joo
PATÓLOGO CLÍNICO / CMP 19404
DIRECTORA EJECUTIVA

HOSPITAL GENERAL DE JAÉN

PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL GENERAL DE JAEN V°B° LIC. R. HIDALGO Q. UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD

JAÉN, MARZO 2022

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS PARA LA AUTOEVALUACIÓN

RD N° 060-2022-GR.CAJ-DRS-HGJ/DE

www.hospitaljaen.gob.pe
Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén – Cajamarca
Perú

Directora Ejecutiva
M.C. BOLÍVAR JOO, Diana Mercedes

Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad
Lic. HIDALGO QUISPE, Reina Zoraida

Equipo Técnico de la Unidad de Gestión de la Calidad
Ing. CÓRDOVA BRIONES, Ennid
Lic. GARRIDO ASENJO, Franz Jhon
Lic. SANGAY HERNÁNDEZ, Rut Noemí

Equipo de Evaluadores Internos para la Autoevaluación
Ing. CÓRDOVA BRIONES, Ennid
Lic. CARRASCO TINEO, Marbin Lenin
Lic. DIAZ VASQUEZ, Segundo Manuel
Lic. GARRIDO ASENJO, Franz Jhon
Lic. HERNANDEZ DOMADOR, Hoolly Inés
Lic. HIDALGO QUISPE, Reina Zoraida
Lic. LIZARZABURU PAZ, Diana Carolina
T.M. PASTOR PORTALES, Dennis Eduardo
Obt. RODRIGUEZ BERNALES, Mariel del Milagro
Lic. SANGAY HERNANDEZ, Rut Noemi
M.C. SAYAGO GRANDA, Luis Alberto
Lic. TANTALEAN TROYES, Carmela
Nut. VASQUEZ PINEDO, Cheine Berenis
M.C. VERONA BALCÁZAR, Segundo Mauricio

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL GENERAL DE JAÉN V°B° LIC. R. HIDALGO Q. UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD

INDICE

I. INTRODUCCIÓN 4
II. JUSTIFICACIÓN 4
III. FINALIDAD 5
IV. OBJETIVO 5
4.1. OBJETIVO GENERAL 5
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 5
V. ALCANCE 5
VI. BASE LEGAL 5
VII. CONTENIDO 6
7.1. DEFINICIONES OPERACIONALES 6
7.2. METODOLOGÍA 8
7.3. ACTIVIDADES 8
7.3.1. Conformar el equipo de acreditación 9
7.3.2. Conformar el equipo de evaluadores internos 9
7.3.3. Brindar capacitación al equipo de evaluadores internos 9
7.3.4. Elaborar y presentar el plan anual de autoevaluación para la acreditación 9
7.3.5. Aprobar el plan anual de autoevaluación para la acreditación 10
7.3.6. Desarrollar reunión de trabajo con el equipo de evaluadores internos 10
7.3.7. Comunicar el inicio de la autoevaluación 12
7.3.8. Desarrollar reunión de apertura 12
7.3.9. Presentar el listado de estándares de acreditación 13
7.3.10. Ejecutar la Autoevaluación 13
7.3.11. Elaborar y presentar el informe preliminar de autoevaluación 14
7.3.12. Reunión de cierre 14
7.3.13. Implementar las recomendaciones para las acciones de mejora 15
7.3.14. Elaborar el informe técnico de autoevaluación 15
7.4. COMPETENCIAS DEL EVALUADOR INTERNO 15
7.5. PRESUPUESTO 15
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 17
IX. ANEXOS 17
Anexo N° 01: Diagrama de Gantt Plan de actividades autoevaluación HGJ. Cronograma A 18
Anexo N° 02: Cronograma de actividades para la autoevaluación HGJ. Cronograma B 19
Anexo N° 03: Hoja de registro de datos para autoevaluación 20
Anexo N° 04: Hoja de recomendaciones 21
Anexo N° 05: Hoja de mejora continua 22
Anexo N° 06: Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categoría II-1 23

I. INTRODUCCIÓN

Para hablar de la calidad de la atención en los servicios de salud, es necesario enfocarnos previamente al concepto de "calidad", concepto por demás complejo, que según el ámbito del que se aborde pueden atribuirse propiedades o atributos factibles de evaluar. En el contexto actual de valores y objetivos en el sistema de salud y en la sociedad en general, los criterios y dimensiones en una evaluación de calidad son múltiples y están influenciados por los indicadores elegidos para estudiarla.

El Hospital General de Jaén necesita de herramientas que le permitan fortalecer, institucionalizar y garantizar la sostenibilidad de los procesos de gestión de la calidad, siendo la acreditación una de las herramientas que permiten obtener un compromiso claro de la organización para mejorar la calidad de atención al usuario garantizando un entorno seguro y trabajando sistemáticamente en la reducción de riesgos de salud con un enfoque humano y social.

La Acreditación es un proceso por el cual la entidad es evaluada respecto a la organización de su atención sanitaria para determinar si cumple con una serie de requisitos diseñados para mejorar la calidad de la atención, consideran macroprocesos de orden gerencial, prestacional y de apoyo, dentro de los cuales se establecen estándares y atributos de calidad los que permiten evaluar el desempeño institucional y promover acciones de mejoramiento continuo en la atención de salud. La acreditación está definida como una metodología de evaluación periódica, que tiene el propósito de garantizar la calidad, así como promover acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud. El primer paso dentro del proceso de acreditación es realizar la Autoevaluación, ésta se realiza comparando el desempeño de la atención de salud, con diversos estándares óptimos, factibles de alcanzar, además de la evaluación de elementos de estructura, proceso y resultado, que partir de ella realizar las acciones y proyectos de mejora correspondientes.

El Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital General de Jaén, se elabora en forma conjunta con los integrantes del Equipo de Evaluadores Internos, quienes apoyan a identificar las brechas en cada uno de los criterios evaluados de los macroprocesos, para promover acciones de mejora continua de la calidad de servicios de salud.

II. JUSTIFICACIÓN

La calidad en la atención de los usuarios de los servicios de salud, comprende tanto 1) la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice los beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos; como 2) el cuidado que la organización debe tener sobre los procesos involucrados en la prestación y gestión de servicios de salud que permita hacer un uso adecuado de los recursos, evitando incurrir en costos de la no calidad.

La acreditación es un proceso de evaluación periódica, con el propósito de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención, basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar.

La fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, es la autoevaluación, proceso que se realiza con los Listados de Estándares de Acreditación, instrumentos aprobados y validados por el Ministerio de Salud (MINSA).

Con Resolución Ejecutiva Regional N° D000007-2019-GRC, el Gobierno Regional de Cajamarca, aprueba la Extensión del Horizonte del Tiempo del Plan Estratégico Institucional - PEI del pliego Gobierno Regional de Cajamarca hasta el año 2022, con la finalidad de dar sustento al registro del POI Multianual 2020 - 2022 y con el Objetivo Estratégico Institucional (OEI.06) "Mejorar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad dela población de Cajamarca".

Según el Reglamento de Organización y Funciones es función de la Dirección Ejecutiva "Dirigir y promover la mejora continua de los procesos organizacionales enfocados en los objetivos de los usuarios y conducir las actividades de implementación y/o mejoramiento continuo" y "Asegurar la implementación y mantenimiento de un Sistema de Gestión de la Calidad eficaz y eficiente".

Bajo este contexto, el Hospital General de Jaén cuenta con personal capacitado para realizar la evaluación interna, y así determinar el nivel de cumplimiento e identificar nuestras fortalezas y oportunidades de mejora.

El presente documento, Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital General de Jaén correspondiente al año 2022 como primer paso de la mejora continua, a fin de lograr ubicar a la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) entre las que brindan atención de calidad a los usuarios internos y externos.

III. FINALIDAD

Contribuir a la atención con altos niveles de calidad a través del cumplimiento progresivamente con el proceso de autoevaluación correspondiente en los diferentes macroprocesos y lograr la Acreditación.

IV. OBJETIVO

4.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar el proceso de Autoevaluación aplicando los estándares para Hospitales II-1 que permitan identificar y reducir las brechas en los servicios y la organización, logrando un resultado óptimo de Acreditación.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.2.1. Organizar el proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital General de Jaén.

4.2.2. Fortalecer las competencias de los evaluadores internos para la acreditación del Hospital General Jaén según las normas técnicas del MINSA.

4.2.3. Establecer las acciones de mejora según los resultados de la autoevaluación para el cumplimiento de los estándares de acreditación.

V. ALCANCE

El presente Plan es de aplicación en todas las áreas, servicios, Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) asistenciales, administrativos y gestión de cumplimiento obligatorio por todo el personal que labora en el Hospital General de Jaén.

VI. BASE LEGAL

a. Ley N° 26642 – Ley General de Salud.
b. Decreto Supremo Nº 026-2020-SA, que aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable".
c. Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico del "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
d. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
e. Resolución Ministerial N° 914-2010/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSO-V.02 "Categoría de los Establecimientos del Sector Salud"

f. Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
g. Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA, que aprueba el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categorías II-1.
h. Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
i. Resolución Ejecutiva Regional N° D000007-2019-GRC, el Gobierno Regional de Cajamarca, aprueba la extensión del horizonte del tiempo del Plan Estratégico Institucional - PEI del pliego Gobierno Regional de Cajamarca hasta el año 2022.
j. Ordenanza Regional N° 001-2015-GR.CAJ-CR, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones - ROF del Hospital General de Jaén.
k. Resolución Directoral N° 110-2009-GR-CAJ-HGJ/UP que aprueba en Manual de Organización y Funciones - MOF de la Unidad Ejecutora 495, Hospital General de Jaén.
l. Resolución Directoral N° 229-2021-GR.CAJ-DRS-HGJ/DE, que oficializa la conformación del Equipo de Acreditación del Hospital General Jaén.
m. Resolución Directoral N° 060-2022-GR.CAJ-DRS-HGJ/DE que aprueba la conformación del Equipo de Evaluadores Internos para la Autoevaluación del Hospital General Jaén 2022.

VII. CONTENIDO

7.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

Acreditación: Es un proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño de prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las UPS y UPSS de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

Atención de salud: Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Atributos de calidad: Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.

Autoevaluación: Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud, cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, quienes hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categorías I-1 hasta el III-2 y Servicios Médicos de Apoyo, se realiza una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

Calidad de la atención de salud: Provisión de servicios de salud a usuarios individual y colectivo de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional optimo, considerando beneficios, riesgo y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Criterios de evaluación: Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

Encuestas: Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.

Entrevistas: Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.

Establecimiento de salud: Aquellos que realizan en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o reestablecer el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad.

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

Evaluador externo: Es la persona que desarrolla la fase de evaluación externa del proceso de acreditación. Tiene competencias para llevarla a cabo en los tres niveles de atención.

Evaluador interno: Es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación. Tiene competencias para desarrollar su labor únicamente en su propia institución u organización de similar nivel y categoría.

Gestión de la calidad: Es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.

Guía del evaluador: Documento técnico que describe la metodología a seguir en las diferentes fases de la acreditación. Con especial énfasis en la verificación de los criterios de evaluación del estándar para su correcta calificación, con la finalidad de garantizar la total objetividad del proceso.

Informe técnico de la autoevaluación: Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo de proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.

Listado de estándares de acreditación: Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macroprocesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.

Macroproceso: Es un proceso de mayor complejidad en una organización el cual a su vez, agrupa a varios procesos.

Mejora continua: Consiste en incrementar la satisfacción de usuarios. La mejora continua de los servicios, procesos y sistemas debe ser un objetivo para cada persona de la organización a fin de mantener lo correcto y corregir las inconformidades, asegurando el mayor beneficio para el usuario y se reduciendo riesgo durante su atención.

Mejoramiento continuo de la calidad: Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia.

Muestras: Técnica que permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.

Observación: Permite seguir la manera cómo se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas. Así también, se trata de observar el entorno.

Planificación de la calidad: Es la acción que permite definir las políticas generales y objetivos de calidad, a partir de los cuales se articularán los esfuerzos posteriores de

compromiso y participación en el proceso de desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

Proceso: Es el conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.

Sistema de gestión de la calidad en salud: Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del Sector y a sus dependencias públicas y privadas del nivel nacional, regional y local, en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión.

Sistema de gestión de la calidad: Conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del sector y a sus dependencias públicas y privadas del nivel nacional, regional y local, en calidad de la atención y la gestión.

Trazabilidad: Es el conjunto de acciones y procedimientos que permiten identificar y registrar cada una de las evaluaciones desde el inicio hasta el final.

Verificación/Revisión de documentos: Una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.

7.2. METODOLOGÍA

Conforme a la Guía técnica del evaluador, la metodología para la autoevaluación realiza la verificación conjunta y objetiva de la implementación de políticas nacionales y sectoriales en salud; en los procesos desarrollados del Hospital General de Jaén. Durante la etapa de evaluación, el equipo de acreditación brindará la asesoría y asistencia técnica al equipo de evaluadores internos, el cual deberá estar comprometido para el proceso de autoevaluación y el debido cumplimiento de las metas y actividades según el Plan Operativo Institucional. El equipo de evaluadores internos utilizará diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de verificadores, las técnicas que se utilizarán son:

a. **Verificación documentaria:** Constituye una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes de la IPRESS, el estudio de mapa de procesos, etc.
b. **Observación:** Permite seguir la manera cómo el personal se desenvuelve en la práctica. Se observa a las personas y al entorno.
c. **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de calidad.
d. **Muestreo:** Permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.
e. **Encuesta:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
f. **Auditoría:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiende a las normas o criterios prestablecidos.

Los estándares se basan en normas legales sectoriales, normas internas del Hospital General de Jaén y estándares internacionales de buenas prácticas.

7.3. ACTIVIDADES

Las actividades del presente plan se describen de manera ordenada y secuencial, de tal manera que una actividad conlleva a otra y así sucesivamente.

7.3.1. Conformar el equipo de acreditación

La Dirección Ejecutiva del Hospital General de Jaén designa mediante acto resolutivo a cada uno de los jefes de los departamentos, servicios y/o unidades orgánicas para la conformación del equipo de acreditación, conforme a lo dispuesto en el capítulo VI, numeral 6.1, inciso b), de la "Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo", aprobada por RM N° 270-2009/MINSA. El equipo de acreditación contará con un coordinador elegido por sus miembros y designado oficialmente. La función principal del equipo de acreditación es promover la difusión del listado de estándares y coordina las acciones del proceso de acreditación a ser realizado por el personal del hospital.

7.3.2. Conformar el equipo de evaluadores internos

La Dirección del Hospital General de Jaén designa mediante acto resolutivo al equipo de evaluadores internos conforme a lo dispuesto en el capítulo VI, numeral 6.1, inciso c), de la "Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo", aprobada por RM N° 270-2009/MINSA, aplicando los criterios de selección, considerando que hayan recibido el entrenamiento para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar, despliegue de técnicas de evaluación e instrumentalización para la evaluación de los criterios de evaluación y reciben todas las facilidades para cumplir con sus funciones en los tiempos establecidos. Los miembros del equipo eligen a su líder por consenso, antes de aplicar la evaluación el equipo debe asegurarse de haber recorrido las instalaciones del establecimiento de salud en su totalidad.

7.3.3. Brindar capacitación al equipo de evaluadores internos

Esta actividad está orientada a contar con la dotación necesaria de evaluadores internos formalizados para desarrollar el plan de autoevaluación, comprende las acciones de entrega de la resolución que reconoce al equipo de evaluadores internos del Hospital General de Jaén y el fortalecimiento de capacidades de los mismos, respecto al Proceso de Acreditación de los Establecimientos de Salud (PAES).

7.3.4. Elaborar y presentar el plan anual de autoevaluación para la acreditación

El equipo de evaluadores internos elabora y presenta a la Dirección Ejecutiva a través de la Unidad de Gestión de la Calidad el Plan Anual de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital General de Jaén 2022; lo que incluye elaborar el programa, cronograma de actividades y la secuencia de la autoevaluación, así como, gestionar la dotación de materiales necesarios, establecer el plazo de presentación del informe final de los resultados de autoevaluación y elevar a la Dirección para su aprobación.

Establecido el cronograma de actividades, el equipo de evaluadores internos, procederá a la revisión de la normativa a ser aplicada en el PAES, de forma complementaria se realizará la organización de las tareas y metas por los responsables de los equipos, para proceder al desarrollo de la autoevaluación acorde al cronograma establecido.

El plan de autoevaluación para la acreditación del Hospital General de Jaén debe garantizar lo siguiente:

a. Que se haya asignado un tiempo adecuado para la reunión de trabajo entre los evaluadores y evaluados.
b. Que haya quórum de los equipos gerenciales, prestacionales y de apoyo para las reuniones con el equipo de autoevaluación.

c. Que los horarios sean flexibles para permitir que el equipo de evaluación prepare de forma participativa y en consenso los instrumentos necesarios y los más idóneos para realizar la evaluación de los criterios. Así también se revise y discuta los temas a medida que van surgiendo, para revisar los documentos y hacer seguimiento de las visitas, si es necesario.
d. Que se disponga de tiempo al final de cada día para que los evaluadores coordinen con el personal acerca del progreso de la evaluación.
e. Que se disponga de tiempo para la reunión de apertura y para el análisis de resultados en la reunión de cierre.
f. Que las actividades diarias relacionadas con la atención de salud no se interrumpan durante el tiempo previsto para la ejecución de la autoevaluación, la cual tendrá una duración mínima de cuatro (04) semanas.

7.3.5. Aprobar el plan anual de autoevaluación para la acreditación

La Dirección Ejecutiva aprueba mediante acto resolutivo el Plan Anual de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital General de Jaén correspondiente al año fiscal 2022. Una vez aprobado, este deberá difundirse a los responsables de los departamentos/servicios/áreas que interactuarán con los evaluadores internos.

7.3.6. Desarrollar reunión de trabajo con el equipo de evaluadores internos

El equipo de evaluadores internos a través de la Unidad de Gestión de la Calidad organiza y participa de la reunión de trabajo a fin de revisar los pasos de la evaluación interna, los macroprocesos de la autoevaluación, el listado de estándares de acreditación y sus instrumentos, referencias normativas y fuentes auditables, formatos y calificación de la evaluación.

a. Fases de la autoevaluación

El proceso de autoevaluación consta de cuatro (04) fases:

- Fase I: Información
- Fase II: Definición de tareas
- Fase III: Análisis del listado de estándares
- Fase IV: Ejecución de la autoevaluación

b. Instrumentos para la evaluación

Listado de estándares de acreditación, el cual está dividido en: 1) macroproceso, el objetivo y alcance de la evaluación; 2) el código del estándar, 3) el estándar; 4) los atributos relacionados al estándar, 5) la referencia normativa nacional sectorial; 6) los criterios de evaluación.

c. Referencias normativas y fuentes auditables

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

- Normas legales que regulan los procesos establecidos por el Ministerio de Salud.
- Normas legales que regulan los procesos y procedimientos establecidos por la Dirección Regional de Salud Cajamarca.
- Directivas institucionales emitidas por la Dirección de Salud Jaén y el Hospital General de Jaén.

d. Formatos para la evaluación

d.1. Hoja de registro de datos: Incluye los siguientes datos:

- Nombre de la IPRESS.
- El macroproceso evaluado.
- Nombre de los evaluadores.
- La fecha de la evaluación.
- Los servicios o áreas evaluadas.
- La identificación de los participantes/evaluados.
- El código del estándar.
- El código del criterio evaluado.
- El puntaje obtenido.
- Las fuentes auditables.
- La técnica utilizada.
- El sustento de evaluación y/o comentarios.

d.2. Hoja de recomendaciones: Incluye los siguientes datos:

- El nombre del evaluador líder.
- La fecha de las recomendaciones.
- Los servicios evaluados.
- El macroproceso intervenido.
- Las observaciones.
- Las recomendaciones.

e. Calificación de la evaluación

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

- El valor final global en el cual se ubique la calificación de la institución, es lo que determina si está será "aprobada" o "no aprobada".
- La calificación especifica del cumplimiento de cada uno de los estándares individuales, permite a la institución identificar los aspectos críticos en los cuales es necesario implementar acciones de mejora, y su corrección es importante como medida de gestión de la calidad por lo equipos acreditación y de la institución en general.
- El cumplimiento de los estándares de acreditación, tiene una utilidad de carácter diagnóstico estratégica para la institución durante la evaluación interna en el ciclo de mejora continua y para el sistema en general, al ayudar a identificar con precisión donde están las fallas de calidad y permitiendo focalizar los procesos de mejoramiento.

f. Macroprocesos a evaluar

Se ha contemplado evaluar veintiún (21) macroprocesos que representan todas las funciones que realiza el Hospital General de Jaén, cuyo nivel y categoría actual es II-1, a excepción de los macroprocesos y criterios siguientes:

- **Macroproceso 07 "Atención ambulatoria":** no corresponde evaluar para el nivel los criterios ATA 3-3, ATA 3-4 y ATA 3-5.
- **Macroproceso 08 "Atención extramural":** no corresponde evaluar para el nivel todos los criterios.
- **Macroproceso 09 "Atención de hospitalización":** no corresponde evaluar para el nivel los criterios ATH 6-1 y ATH 6-2.
- **Macroproceso 15 "Referencia y Contrarreferencia":** no corresponde evaluar para el nivel los criterios RCR 4-1, RCR 4-2 y RCR 4-3.

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL GENERAL DE JAÉN V°B° L.C. R. HIDALGO Q. UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD

MACROPROCESOS	ESTANDARES	CRITERIOS
1. DIRECCIONAMIENTO	2	11
2. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	4	11
3. GESTIÓN DE LA CALIDAD	3	22
4. MANEJO DE RIESGO DE ATENCIÓN	8	50
5. GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	3	21
6. CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	2	15
7. ATENCIÓN AMBULATORIA	4	14
9. ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	6	24
10. ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	3	14
11. ATENCIÓN QUIRÚRGICA	4	24
12. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	2	15
13. ATENCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	3	11
14. ADMISIÓN Y ALTA	4	16
15. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	3	10
16. GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	3	15
17. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3	14
18. DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN	4	17
19. MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	2	6
20. NUTRICIÓN DIETÉTICA	2	10
21. GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES	2	8
22. GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	2	12
TOTAL	69	340

Fuente: NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02

7.3.7. Comunicar el inicio de la autoevaluación

El equipo de evaluadores internos a través de la Unidad de Gestión de la Calidad debe comunicar a la Dirección Ejecutiva del Hospital General de Jaén el inicio del Proceso de Autoevaluación para la Acreditación; la cual a su vez deberá comunicar a la Oficina de Calidad de la Dirección Regional de Salud Cajamarca conforme lo establece la NTS N° 050-MINSA-DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

7.3.8. Desarrollar reunión de apertura

El propósito de este espacio es la coordinación con la Dirección Ejecutiva y las jefaturas de todos los departamentos, servicios o áreas de trabajo, para presentar los objetivos de la autoevaluación, presentar al equipo evaluador, confirmar el plan de la evaluación, establecer la fecha y hora de la reunión de cierre, definir el proceso de presentación del informe técnico de evaluación, precisar los lineamientos de la Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo; identificar a los responsables para interactuar con los evaluadores durante la visita de evaluación y facilitar un espacio físico para el equipo evaluador.

Es de suma importancia generar un acta de esta reunión, en la cual se debe consignar todos los aspectos descritos arriba. Luego de haber concluido con esta actividad el equipo evaluador verificará que la Dirección Ejecutiva haya dispuesto la entrega de las normas que el subsector o el mismo hospital haya desarrollado con relación a los macroprocesos a ser evaluados.

7.3.9. Presentar el listado de estándares de acreditación

Para el proceso de evaluación de los estándares se procederá de la siguiente manera:

- Los equipos de trabajo que van a interactuar con los evaluadores internos, analizan y discuten conjuntamente que tan efectivamente están trabajando y comparan el quehacer diario con los estándares y criterios de evaluación contemplados en el listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud II-1.
- Es recomendable leer el estándar y el criterio que se quiere calificar, a renglón seguido preguntar si todos los participantes entendieron el estándar y el criterio de la misma forma.
- Tener presente el enunciado del estándar y su despliegue en los criterios para luego relacionarlos con los objetivos y alcance del macroproceso, con los atributos de calidad y con las referencias normativas no sólo las emitidas por el Ministerio de Salud y de la Dirección Regional de Salud Cajamarca que se presentan en el listado, sino con las institucionales que regulan diversos aspectos de la atención.
- Es importante que el equipo identifique cuales son las posibles fuentes auditables y como desarrollar soportes que puedan encontrarse en la organización. Así como la preparación de instrumentos diversos y sencillos que faciliten el recojo de la información que se señala en los criterios que se van a evaluar.
- Seleccionar responsables al interior del equipo de evaluadores internos para sistematizar todas las fuentes auditables por cada macroproceso. Aquí es donde el líder previamente seleccionado para recabar todos estos soportes juega un papel determinante. Debe relacionar todos los procesos que se mencionen, recopilarlos y ordenarlos. Posteriormente serán motivo de revisión por parte de los evaluadores internos y externos.
- Se calificará cada criterio del estándar por consenso del equipo evaluador. Para esta calificación se utilizará la escala de calificación considerada en el listado de estándares, del 0, 1 o 2.

7.3.10. Ejecutar la Autoevaluación

a. Revisión de la documentación del cumplimiento del estándar

- La revisión de las referencias normativas nacionales, sectoriales e institucionales tiene el propósito de evaluar las condiciones para la sostenibilidad técnica de las acciones de mejoramiento continuo para los criterios, estándares y macroprocesos evaluados.
- El equipo evaluador procede a revisar el vínculo de la norma sectorial y/o institucional con el macroproceso y referencia normativa nacional.
- En esta etapa es preciso la interacción con los responsables de áreas o servicios evaluados por cada macroproceso.
- El equipo evaluador consigna los hallazgos en la hoja de registro de datos, que servirá de insumo para el informe técnico de evaluación según corresponda.
- Los principales hallazgos luego de la revisión normativa sectorial y/o institucional debe consignarse en actas, de acuerdo con la Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Si es necesario se pedirá permiso para fotografiar los documentos que avalen cada indicador. No es necesario sacar fotocopias.

MINISTERIO DE SALUD GRC HOSPITAL GENERAL DE JAÉN V°B° Lic. R. HIDALGO G. UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

b. Visita a las instalaciones del Hospital General de Jaén

- Cada equipo evaluador debe asegurarse que ha recorrido las instalaciones del Hospital General de Jaén en su totalidad.
- El equipo debe ir acompañado de un miembro del personal del servicio o Unidad Productora de Servicios (UPS) que será evaluado, quien explica cómo se prestan los servicios en cada área, describiendo una atención en un día regular.
- El recorrido les proporciona la oportunidad a los evaluadores de observar el ambiente físico, y de verificar la privacidad y los aspectos de calidad de atención, los patrones del flujo del trabajo y los componentes de seguridad y salud.
- Los evaluadores también pueden observar la interacción del personal con los pacientes para determinar si se está bridando la atención y servicio al paciente de acuerdo con la misión y los valores de la organización. Los evaluadores pueden interactuar de manera informal con los usuarios, sus familiares y con el personal de salud e ir revisando material específico de la institución.

7.3.11. Elaborar y presentar el informe preliminar de autoevaluación

El equipo de evaluadores internos a través de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital General de Jaén deberá elaborar y presentar el informe preliminar de autoevaluación a la Dirección Ejecutiva, conteniendo las recomendaciones para las acciones de mejora continua, el cual servirá de referencia para el desarrollo de planes de acción respectivos que se deban implementar. El informe de autoevaluación deberá seguir el siguiente esquema:

a. Presentación
b. Objetivos
c. Alcance
d. Metodología de evaluación
e. Equipo de evaluadores
f. Cumplimiento del plan
g. Observaciones
h. Puntaje alcanzado
i. Recomendaciones
j. Anexos

7.3.12. Reunión de cierre

a. Deben asistir a esta reunión los jefes de todos los departamentos, servicios o áreas, el equipo evaluador, algunos representantes del personal de la organización (según lo considere la organización), puede incluir a aquellos que estuvieron involucrados en las entrevistas de evaluación.
b. El evaluador líder tiene la responsabilidad de dar inicio a la reunión, luego cada evaluador se turna para comentar sobre áreas específicas.
c. Los evaluadores en esta reunión deben dar retroalimentación a cada equipo que fue entrevistado y comentar el grado en que los criterios de evaluación se han cumplido.
d. Durante el procesamiento de resultados los evaluadores propiciarán una oportunidad para que el personal de la organización intercambie puntos de vista o de explicaciones y presente sustentos.
e. Los evaluadores reforzarán que este análisis de resultados es un informe preliminar.

f. El equipo de evaluadores internos debe acordar la fecha de entrega del informe técnico de evaluación según lo establecido en la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02.

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

7.3.13. Implementar las recomendaciones para las acciones de mejora

Una vez presentado y socializado el informe preliminar de autoevaluación a los jefes de departamento, unidades, áreas y/o servicios que conforman el equipo de acreditación, estos deberán implementar las recomendaciones descritas en los plazos sugeridos, debiendo presentar al término del plazo un informe del estado de implementación de las mismas.

7.3.14. Elaborar el informe técnico de autoevaluación

Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la Dirección Ejecutiva, y esta a su vez informe a la Dirección Regional de Cajamarca.

7.4. COMPETENCIAS DEL EVALUADOR INTERNO

RESPONSABILIDAD Y COMPETENCIAS DEL EVALUADOR INTERNO		
RESPONSABILIDADES	**COMPETENCIAS ESPECIFICAS**	**CAPACIDADES**
Realiza acciones de evaluación	Aplica técnicas de evaluación y auditoria en instituciones hospitalarias y del primer nivel de atención	• Interpreta el objetivo y el alcance de la evaluación de los macroprocesos. • Relaciona los estándares con los criterios de evaluación y las referencias normativas. • Identifica posibles fuentes auditables según criterios y objetivos.
Identifica acciones de mejora continua	Maneja metodologías de mejora continua con enfoque de procesos.	• Define las acciones de mejora de acuerdo con la evaluación (sólo evaluadores internos).
Sistematiza y precisa los hallazgos, las recomendaciones y la opinión de la calificación	Maneja sistemas informáticos, aplica conocimientos y maneja temas de gestión hospitalaria y del primer nivel de atención.	• Identifica problemas • Tiene un sentido ético alto y cuenta con habilidades para la sistematización y síntesis.
Emite un informe técnico de carácter institucional	Recopila, clasifica y ordena la información obtenida	• Resume hallazgos en base a evidencias objetivas • Sustenta las observaciones formuladas. • Elaborada informes cualitativos y/o cuantitativos.

Fuente: Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo – MINSA

7.5. PRESUPUESTO

El presupuesto de las actividades programadas en el Plan Anual de Autoevaluación para la Acreditación 2022 del Hospital General de Jaén, ha considerado los bienes y servicios necesarios para su desarrollo. Cabe resaltar que el presente presupuesto está considerado en el Plan Anual de Gestión de la Calidad 2022.

Objetivo Específico N° 04: Fortalecer la garantía de calidad, promoviendo el proceso de acreditación hospitalaria y el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en la Norma Técnica de Acreditación en el Hospital General de Jaén.

Código de la especifica de gasto	Descripción de la específica de gasto	Monto requerido (S/ Soles)
2.3.2 7.115	Servicio de preparación de alimentos	800.00
2.3.1 5.1 2	Papelería en general, útiles y materiales de oficina	400.00

Fuente: Plan Anual de Gestión de la Calidad 2022 del Hospital General de Jaén

Presupuesto para el Plan Anual de Autoevaluación 2022 del Hospital General de Jaén

Específica de gasto	Cantidad	Unidad de medida	Descripción	Precio Unitario	Subtotal	Total
	I. BIENES					**S/ 400.00**
2.3.1 5.1 2	1	Caja	Fasters	7.00	7.00	
	50	Unidad	Folders A4	0.50	25.00	
	25	Unidad	Lapiceros azul	1.00	25.00	
	4	Millar	Papel bond A4	30.00	120.00	
	13	Unidad	Lápices 2B	1.00	13.00	
	15	Unidad	Tableros	8.00	120.00	
	1	Unidad	Engrapador	10.00	10.00	
	2	Paquete x 500 Und	Notas Adhesivas	25.00	50.00	
	1	Unidad	Perforador	30.00	30.00	
	II. SERVICIOS					**S/ 800.00**
2.3.2 7.115	100	Unidad	Refrigerios	8.00	800.00	
						S/ 1200.00

Fuente: Elaboración propia

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL GENERAL DE JAÉN V°B° LIC. R. HIDALGO G. UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud. (2007). NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, de http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_normaacreditacion.pdf?__cf_chl_captcha_tk__=pmd_djGEh26jX43_YgXTRPUwkepbI06M5JqMkZob4_MyX8I-1630430590-0-gqNtZGzNAuWjcnBszQOI
2. Ministerio de Salud. (2009). Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo volumen II, de http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/816_MS-DGSP245.pdf?__cf_chl_captcha_tk__=pmd__i6OiRPKYtwAAzN3mlrV4q_hPkxXNvjX8u40qs8jeks-1630435354-0-gqNtZGzNAtCjcnBszQPR

IX. ANEXOS

Anexo 01: Diagrama de Gantt Plan de actividades autoevaluación HGJ. Cronograma A

Anexo 02: Cronograma de actividades para autoevaluación HGJ. Cronograma B

Anexo 03: Hoja de registro de datos para autoevaluación

Anexo 04: Hoja de recomendaciones

Anexo 05: Hoja de mejora continua

Anexo 06: Listado de estándares de acreditación

Anexo N° 01: Diagrama de Gantt Plan de actividades autoevaluación HGJ. Cronograma A

Actividades	Responsables	Unidad de Medida	Año 2022											
			I Trimestre			II Trimestre			III Trimestre			IV Trimestre		
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
1. Conformar el equipo de acreditación	Dirección Ejecutiva	Resolución		X										
2. Conformar el equipo de evaluadores internos	Dirección Ejecutiva	Resolución		X										
3. Brindar capacitación al equipo de evaluadores internos para la acreditación	Unidad de Gestión de la Calidad	Acta / Informe			X									
4. Elaborar y presentar el plan anual de autoevaluación	Equipo de Evaluadores Internos / Unidad de Gestión de la Calidad	Informe / Carta			X									
5. Aprobar el plan anual de autoevaluación	Dirección Ejecutiva	Resolución			X									
6. Desarrollar reunión de trabajo con el equipo de evaluadores internos	Equipo de evaluadores internos / Unidad de Gestión de la Calidad	Acta				X								
7. Comunicar el inicio de la autoevaluación	Dirección Ejecutiva	Oficio					X							
8. Desarrollar reunión de apertura	Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos	Acta					X							
9. Presentar el listado de estándares de acreditación	Equipo de Evaluadores Internos	Acta					X							
10. Ejecutar la autoevaluación	Equipo de Evaluadores Internos	Hoja de registro de datos						X						
11. Elaborar y presentar el informe preliminar de autoevaluación	Equipo de Evaluadores Internos / Unidad de Gestión de la Calidad	Informe							X					
12. Implementar las recomendaciones para las acciones de mejora	Equipo de Acreditación	Informe								X	X			
13. Reunión de cierre	Unidad de Gestión de la Calidad	Acta										X		
14. Elaborar el informe técnico de autoevaluación	Equipo de Evaluadores Internos / Unidad de Gestión de la Calidad	Informe											X	

Fuente: Elaboración propia

Anexo N° 02: Cronograma de actividades para la autoevaluación HGJ. Cronograma B

Responsable Sub-equipo	Macroprocesos		Criterios de Evaluación	Equipos de Evaluadores Internos	Junio 2022			
					Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
1 Nut. Berenis	MRA	Manejo del Riesgo de Atención	50	Nut. Cheine Berenis Vasquez Pinedo Ing. Ennid Cordova Briones	X	X	X	
	MRS	Manejo del Riesgo Social	6					X
2 Lic. Franz	GSD	Gestión de Seguridad ante Desastres	21	Lic. Franz Jhon Garrido Asenjo Lic. Segundo Manuel Díaz Vásquez	X	X		
	DIR	Direccionamiento	11				X	
	GRH	Gestión de Recursos Humanos	11				X	
	NYD	Manejo de Nutrición y Dietética	10					X
	GIM	Gestión de Insumos y Materiales	8					X
3 M.C. Mauricio	GCA	Gestión de la Calidad	22	M.C. Segundo Mauricio Verona Balcázar T.M. Dennis Eduardo Pastor Portales	X	X		
	CGP	Control de la gestión y prestación	15				X	
	GIN	Gestión de la Información	14					X
4 Lic. Rut	ATQ	Atención Quirúrgica	24	M.C. Luis Alberto Sayago Granda Lic. Rut Noemi Sangay Hernández	X	X		
	DIV	Docencia e Investigación	15				X	
	ADT	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	11					X
5 Lic. Reina	ATA	Atención Ambulatoria	14	Lic. Diana Carolina Lizarzaburu Paz Lic. Reina Zoraida Hidalgo Quispe Lic. Marbin Lenin Carrasco Tineo	X			
	ATH	Atención de Hospitalización	24			X	X	
	EMG	Atención de Emergencias	14					X
6 Lic. Hoolly	RCR	Referencia y Contrarreferencia	10	Lic. Hoolly Inés Hernández Domador Lic. Carmela Tantaleán Troyes Obta. Mariel del Milagro Rodríguez Bernales	X			
	GMD	Gestión de Medicamentos	15		X			
	ADA	Admisión y Alta	16			X		
	DLDE	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17				X	
	EIF	Gestión de equipos e Infraestructura	12					X

Fuente: Elaboración propia

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL GENERAL DE JAÉN UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD V°B° LIC. R. HIDALGO O.

Anexo N° 03: Hoja de registro de datos para autoevaluación

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	
MACROPROCESO:	
EVALUADOR(ES):	
FECHA:	
SERVICIO EVALUADO:	
PARTICIPANTES DE LA EVALUACION:	
CÓDIGO DEL ESTANDAR:	

CÓDIGO DE CRITERIO	PUNTAJE DE AUTOEVALUACION	FUENTE AUDITABLE	TÉCNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE

Fuente: Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo - MINSA

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL GENERAL DE JAÉN V°B° LIC. A. HIDALGO O. UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Anexo N° 04: Hoja de recomendaciones

EVALUADOR(ES)	
FECHA:	
SERVICIO EVALUADO:	

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES

Fuente: Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo - MINSA

Anexo N° 05: Hoja de mejora continua

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
MACROPROCESO	
EVALUADOR(ES)	
FECHA:	
SERVICIO EVALUADO:	
PARTICIPANTES DE LA EVALUACION:	
CÓDIGO DEL ESTANDAR:	

CÓDIGO DE CRITERIO	PROBLEMA ESPECIFICO	SOLUCIONES PROPUESTAS	RESPONSABLE		FECHA DE CUMPLIMIENTO	FUENTE DE VERIFICACIÓN
			UNIDAD ORGANICA	JEFE		

Fuente: Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo - MINSA

MINISTERIO DE SALUD DIRESA HOSPITAL GENERAL DE JAÉN V°B° LIC. R. HIDALGO Q. UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD

Anexo N° 06: Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categoría II-1

Macroproceso 1: Direccionamiento (DIR)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización despliega con eficiencia los planes estratégicos, 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	Criterios de evaluación	
			Código Criterio	Criterio
DIR.1	El establecimiento de salud define y comunica su plan estratégico operativo y de contingencia; y estos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	Disponibilidad Eficacia	DIR1-1	El establecimiento ha formulado participativamente y difundido su plan estratégico (misión, visión, políticas institucionales, objetivos y metas). (**0**: Ha definido y no ha comunicado; **1**: Ha definido y comunica con material visible; **2**: Definió, comunica con material visible, y el personal conoce e identifica compromisos)
			DIR1-2	La Dirección del establecimiento de salud asegura que las unidades de atención/servicios/departamentos formulen, implementen y evalúen actividades concordantes con el plan operativo institucional. (**0**: No promueve; **1**: Promueve pero no logra; **2**: Promueve, logra y participa en la evaluación)
			DIR1-3	Los planes estratégico, operativo y de contingencia se elaboran, conservan y actualizan según un procedimiento documentado. (**0**: No ha determinado/no conoce; **1**: Sólo conoce de algunas etapas de vida que atiende; **2**: Tiene identificadas para todas las etapas de vida que atiende)
			DIR1-4	Se han identificado las principales necesidades de salud de los usuarios del establecimiento por etapas de vida. (**0**: No ha determinado/no conoce; **1**: Sólo conoce de algunas etapas de vida que atiende; **2**: Tiene identificadas para todas las etapas de vida que atiende)
			DIR1-5	El establecimiento ha formulado el análisis de la situación de salud con la participación de las autoridades regionales/locales para definir el direccionamiento de la atención sanitaria y el desarrollo de sus servicios. (**0**: No ha participado; **1**: Participa pero no continuamente; **2**: Participa continuamente y consta en actas)
			DIR1-6	Los resultados de las mediciones de las funciones obstétricas neonatales realizadas en los últimos dos semestre están dentro de los niveles esperados para el establecimiento de salud. (**0**: Todas las mediciones están por debajo de lo esperado; **1**: Algunas mediciones están en el nivel esperado; **2**: Todas las mediciones del período están en los niveles esperados)
			DIR1-7	La Dirección del establecimiento de salud asegura la adhesión del personal a las guías de práctica clínica para la atención de las prioridades sanitarias en el ámbito nacional y/o regional. (**0**: No cumple; **1**: Establece y no logra; **2**: Establece, logra y participa en la evaluación)
			DIR1-8	La Dirección del establecimiento de salud define sus metas respecto a las estrategias nacionales y regionales y las incluye en el POA(Plan Operativo Anual).(**0**: No establece; **1**: Establece y no logra; **2**: Establece, logra y participa en la evaluación)
DIR.2	Las actividades del plan son asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han mejorado la atención de los usuarios externos	Eficacia Eficiencia	DIR2-1	Las actividades de los planes estratégico, operativo y de contingencias son asignadas formalmente a los responsables de cada unidad/área/servicio del establecimiento de salud.(**0**: No cumple; **1**: Cumple parcialmente; **2**: Cumple el procedimiento documentado en su totalidad)
			DIR2-2	Los responsables dan cuenta de los resultados de las actividades contenidas en los planes estratégico, operativo y de contingencia en espacios de participación según lo establecido. (**0**: No cumple; **1**: Cumple parcialmente; **2**: Cumple el procedimiento documentado en su totalidad)
			DIR2-3	El establecimiento de salud cumple con los resultados esperados en el Plan Operativo Anual a la fecha de evaluación. (**0**: No establece; **1**: Establece y no logra; **2**: Establece, logra y participa en la evaluación)

Fuente: NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

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	Criterios de evaluación	
			Código Criterio	Criterio
GRH.1	El establecimiento está organizado para incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	Disponibilidad Eficacia	GRH1-1	El establecimiento de salud cumple con los procedimientos de incorporación del recurso humano y se orienta a cubrir las competencias requeridas en el manual de organización y funciones. (**0**: No ha definido para ninguna modalidad; **1**: Ha definido para algunas; **2**: Define para todas las modalidades de contratación)
			GRH1-2	El establecimiento de salud cumple con los procedimientos de incorporación del recurso humano y se orienta a cubrir las competencias requeridas en el manual de organización y funciones. (**0**: No ha definido para ninguna modalidad; **1**: Ha definido para algunas; **2**: Define para todas las modalidades de contratación)
			GRH1-3	El establecimiento de salud ha definido formalmente las funciones de todos los trabajadores y lo comunica de acuerdo al cargo que ocupa. (**0**: No ha definido; **1**: Define pero no cumple al 100%; **2**: Define y cumple al 100%)
			GRH1-4	Las jefaturas de servicios/ departamentos/ áreas/ unidades analizan los resultados de productividad individual de acuerdo a los estándares establecidos por la autoridad del establecimiento. (**0**: No ha definido; **1**: Define, pero no para todos los puestos de trabajo, y no comunica; **2**: Define para todos los puestos de trabajo y comunica formalmente)
GRH.2	El(los) equipo(s) del establecimiento de salud participan en las decisiones, análisis de la situación institucional	Trabajo en equipo Transparencia Eficacia	GRH2-1	Los trabajadores de salud se organizan en equipos multidisciplinarios, por servicios, unidades o procesos, para reunirse periódicamente y realizar una reflexión de su práctica relacionada con la situación institucional. (**0**: No ejecuta; **1**: Ejecuta en forma esporádica; **2**: Realiza reuniones de decisión con equipo de gestión según plan)
			GRH2-2	Los equipos de trabajo del establecimiento de salud identifican problemas, proponen soluciones y participan en las decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos. (**0**: No ejecuta; **1**: Ejecuta pero no sistemáticamente; **2**: Ejecuta sistemáticamente)
GRH.3	El establecimiento de salud dispone de medidas de seguridad para la salud del personal	Seguridad	GRH3-1	El establecimiento de salud facilita medidas de bioseguridad para el manejo del paciente con enfermedades transmisibles, así como otras acciones para cautelar la salud del personal asistencial. (**0**: No facilita; **1**: Facilita pero no cubre a todos; **2**: Facilita y cubre a todos)
			GRH3-2	Todo recurso humano del establecimiento debe estar protegido con algún tipo de seguro de salud básico. (**0**: No facilita; **1**: Facilita pero no cubre a todos a los trabajadores de áreas de riesgo; **2**: Facilita y cubre a todos)
GRH.4	El establecimiento de salud garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario	Competencia técnicaEficacia	GRH4-1	El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano para que brinde servicios según el MAIS, priorizando el enfoque de promoción de la salud.(**0**: No dispone; **1**: Dispone pero no cumple; **2**: Dispone y cumple sistemáticamente)
			GRH4-2	El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano, orientado a lograr los objetivos institucionales. (**0**: No desarrolla; **1**: Desarrolla, pero no para todos los programas; **2**: Desarrolla para todos los programas identificados)
			GRH4-3	El establecimiento de salud garantiza que su personal ha sido capacitado en deberes y derechos de los usuarios y ha desarrollado una o más herramientas para evaluar su comprensión y cumplimiento. (**0**: No implementa; **1**: Implementa pero no sistemáticamente; **2**: Cumple con todo lo establecido)

uente: NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL GENERAL DE JAÉN V°B° UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Macroproceso 3: Gestión de la Calidad (GCA)

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

Código	Estándar	Atributos relacionados	Criterios de evaluación	
			Código Criterio	Criterio
GCA.1	El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones sistemáticas de gestión de la calidad en salud.	Eficacia Trabajo en equipo	GCA1-1	El establecimiento cuenta con un responsable de la calidad formalmente designado y capacitado para cumplir sus funciones. (**0**: No se cuenta; **1**: Cuenta pero no está capacitado; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			GCA1-2	Los diversos servicios o unidades funcionales cuentan con personal capacitado para realizar procesos de mejoramiento continuo de la calidad. (**0**: No cuenta; **1**: Cuenta pero no están activos; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			GCA1-3	El establecimiento cuenta con equipos de mejoramiento continuo de la calidad constituidos y cumplen actividades según planificación. (**0**: No cuenta; **1**: Personal que ejecuta estos procesos no está entrenado; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			GCA1-4	El establecimiento tiene procedimientos documentados de los procesos asistenciales y administrativos priorizados con la finalidad de realizar un seguimiento continuo y establecer ciclos de mejora continua de la calidad. (**0**: No se cuenta; **1**: Se cuenta pero sólo asistenciales o administrativos; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			GCA1-5	Existe un programa de gestión o mejora de la calidad para la organización que responde a las necesidades de usuarios internos y externos. (**0**: No se cuenta; **1**: Se cuenta pero orientado sólo a usuarios externos o internos; **2**: Cumple con todo lo establecido)
GCA.2	El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios	Eficacia Oportunidad Transparencia Información	GCA2-1	El establecimiento ha definido e implementa uno o varios mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de sus usuarios (buzón, encuestas, grupos focales, etc.) (**0**: No ha definido o no implementa; **1**: Ha definido pero no están implementados sistemáticamente; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			GCA2-2	El establecimiento de salud tiene documentado el proceso para analizar y responder a las quejas y reclamos de los usuarios (metodologías, instrumentos y periodicidad), para lo cual cumple con los pasos requeridos. (**0**: No se cuenta; **1**: No está documentado; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			GCA2-3	El establecimiento tiene definido y difunde el paquete de información del proceso de atención que brindará a sus usuarios y es adecuado culturalmente según realidades locales.(**0**: No se cuenta; **1**: Se cuenta pero no ha sido difundida; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			GCA2-4	Se han establecido e implementan mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios en los diversos servicios o áreas de atención. (**0**: No se cuenta; **1**: Se cuenta (documentado) pero no se aplica; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			GCA2-5	Se identifican periódicamente principales barreras de acceso de usuarios a servicios (pueden ser de tipo geográfico, arquitectónico, económico, cultural u organizacional), se documenta su análisis y se identifican acciones factibles de implementar desde la institución. (**0**: No se han identificado; **1**: Se han identificado pero no se han establecido acciones para implementarlas; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			GCA2-6	Se desarrollan acciones para disminuir las barreras de acceso de los usuarios que dependen del establecimiento de salud de acuerdo con lo identificado. (**0**: No se ha implementado ninguna; **1**: Se ha implementado menos del 80% de acciones identificadas; **2**: Se ha implementado más del 80% de lo identificado)
			GCA2-7	El establecimiento de salud muestra en un lugar visible su cartera de servicios y el cronograma de atención con responsables. (**0**: No muestra; **1**: Muestra pero no está adecuado culturalmente a sus usuarios; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			GCA2-8	El establecimiento tiene flujogramas de atención general, por servicios y señalización. (**0**: No tiene de ninguno; **1**: Tiene pero no está adecuado culturalmente a sus usuarios; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			GCA2-9	El establecimiento tiene publicado los derechos de los pacientes en las zonas de contacto (emergencia, consulta externa, hospitalización). (**0**: No tiene publicado en ninguna parte; **1**: Tiene publicado sólo en emergencia; **2**: Cumple con todo lo establecido)
GCA.3	El establecimiento evalúa la satisfacción del usuario interno y	Efectividad Información completa Respeto al	GCA3-1	El establecimiento evalúa la satisfacción del usuario interno y externo por lo menos semestralmente. (**0**: No cuenta; **1**: Cuenta pero se mide a solicitud o demanda (no planificado); **2**: Cumple con todo lo establecido)
			GCA3-2	Se cuantifica el porcentaje de quejas o reclamos atendidos oportunamente y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (**0**: No se cuantifica; **1**: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; **2**: El nivel está en los rangos esperados)

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL GENERAL DE JAÉN UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD V°B° LIC. R. HIDALGO Q.

	externo y desarrolla acciones de mejora.	usuario Comodidad	GCA3-3	Se cuantifica el porcentaje de usuarios que recibieron buen trato durante la atención y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (**0**: No se cuantifica; **1**: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; **2**: El nivel está en los rangos esperados)
			GCA3-4	Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron que la información recibida en la atención es entendible y completa y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.(**0**: No se cuantifica; **1**: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; **2**: El nivel está en los rangos esperados)
			GCA3-5	Se cuantifica el porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (**0**: No se cuantifica; **1**: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; **2**: El nivel está en los rangos esperados)
			GCA3-6	Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (**0**: No se cuantifica; **1**: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; **2**: El nivel está en los rangos esperados)
			GCA3-7	Se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (**0**: No se cuantifica; **1**: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; **2**: El nivel está en los rangos esperados)
			GCA3-8	El establecimiento mantiene por lo menos un proceso de atención priorizado producto de la implementación de los proyectos de mejora. (**0**: No tiene institucionalizado ninguno; **1**: Está documentado pero no es verificable; **2**: El proceso está documentado y es verificable)

Fuente: NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL GENERAL DE JAÉN UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD V°B° MC. R. HIDALGO O.

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

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

Código	Estándar	Atributos relacionados	Criterios de evaluación	
			Código Criterio	Criterio
MRA.1	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	Disponibilidad Eficacia Seguridad	MRA1-1	El establecimiento de salud ha definido responsables por servicios/áreas para el manejo de los riesgos de la atención, realiza acciones y las documenta. (**0**: No tiene definido; **1**: Tiene definido pero no está operativo; **2**: Está operativo y documenta sus acciones)
			MRA1-2	El establecimiento de salud cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica operativa de acuerdo con normas vigentes. (**0**: No cumple; **1**: Cuenta, aunque no siempre está operativa; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			MRA1-3	El establecimiento de salud realiza reuniones de análisis de la gestión de riesgos de los procesos de atención y propone mecanismos para disminuir su ocurrencia. (**0**: No se dan los espacios; **1**: Se dan los espacios de análisis pero no se documenta; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			MRA1-4	Se cuenta con un sistema operativo de vigilancia y respuesta frente a los eventos adversos de acuerdo con normas institucionales. (**0**: No existe; **1**: Se da el espacio, se realiza la información y no se muestran los cambios por efectuar; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			MRA1-5	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para hacer pública la información relevante de la gestión de riesgos de la atención y los cambios por efectuar. (**0**: No realiza; **1**: Se realiza, aunque no periódicamente; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			MRA1-6	Se realiza periódicamente el análisis de cuán efectiva es la atención materna mediante indicadores propuestos para la organización según normas. (**0**: No ha logrado; **1**: Ha logrado pero de forma errática; **2**: Ha logrado una reducción sostenida)
			MRA1-7	El establecimiento de salud ha logrado una reducción sostenida de los casos de muertes maternas en los últimos cinco años (para casos de referencia, se considerará los casos de muerte materna en un periodo de atención mayor a 48 horas). (**0**: No se cuenta; **1**: Se cuenta y se realiza en ocasiones; **2**: Se cumple con lo establecido)
			MRA1-8	El establecimiento de salud tiene definido el proceso de obtención del consentimiento informado para todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, los cuales se realizan previa información al paciente acerca de riesgos y beneficios de procedimientos planeados, así como los riesgos de no recibir tratamiento. (**0**: No se cuenta; **1**: Se cuenta y se realiza en ocasiones; **2**: Se cumple con lo establecido)
			MRA1-9	El consentimiento informado es diferenciado para niños, ancianos y adultos, así como personas con incapacidad temporal o permanente para dar por sí misma su consentimiento o cuando se trate de pacientes comatosos, con retardo mental, con estado psíquico alterado a través de la persona llamada legalmente a hacerlo.(**0**: No se realiza; **1**: Se aplica parcialmente; **2**: Siempre se aplica)
			MRA1-10	Se cuenta con un documento firmado por el paciente o por aquel llamado legalmente a hacerlo, cuando decide no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante. (**0**: No se cuenta; **1**: Se cuenta pero no es operativo; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			MRA1-11	Se implementa una metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización. (**0**: No cuenta; **1**: Cuenta pero no se mide periódicamente; **2**: Cumple con todo lo establecido)
MRA.2	El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con atención en sus distintas fases	Información Seguridad	MRA2-1	Se realiza el análisis de la situación de la seguridad transfusional mediante indicadores acordes a las normas sectoriales. (**0**: No se realiza; **1**: Se realiza pero no periódicamente; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			MRA2-2	El establecimiento de salud garantiza la utilización de sangre certificada y de donantes voluntarios según las normas. (**0**: No utiliza; **1**: Utiliza pero no sistemáticamente; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			MRA2-3	Se indican y aplican las medidas de seguridad para el manejo de medicamentos o insumos que pueden ser causantes de eventos adversos en la atención de urgencia, en hospitalización y salas de cirugía. (**0**: No se cuenta; **1**: Se cuenta pero no se implementan mecanismos; **2**: Cumple de acuerdo a lo establecido)
			MRA2-4	Se emplea un mecanismo para identificar las placas radiográficas a fin de prevenir errores o confusiones por etiquetado. (**0**: No se establece; **1**: En proceso; **2**: Se cumple con lo establecido)
			MRA2-5	Se han establecido y aplican medidas dirigidas a prevenir errores o confusiones en procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos debidas a mala identificación de la persona o zona anatómica. (**0**: No se realiza; **1**: En proceso; **2**: Se cumple con lo establecido de manera sistemática)

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL GENERAL DE JAÉN UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD V°B° LIC. R. HIDALGO O.

			MRA2-6	Se evalúa en el paciente hospitalizado el riesgo de desarrollar úlceras de presión y se llevan a cabo medidas preventivas. (**0**: No se realiza; **1**: Se evalúa el riesgo, pero no se efectúan medidas preventivas; **2**: Cumple con lo establecido)
			MRA2-7	Se evalúa en cada paciente hospitalizado, al ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar y se utilizan las medidas apropiados para evitarlos. (**0**: No se realiza; **1**: Se evalúa el riesgo de desarrollar TVP, pero no se emplean métodos para evitarlas; **2**: Cumple con lo establecido)
			MRA2-8	En el momento de la admisión, y posteriormente según indicación, se evalúa en el paciente susceptible el riesgo de aspiración y se aplican medidas preventivas. (**0**: No se realiza; **1**: Se realiza esporádicamente; **2**: Cumple con lo establecido)
			MRA2-9	Se evalúa en cada paciente susceptible, al ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar desnutrición y se utilizan medidas clínicas para evitarla.(**0**: No se realiza; **1**: Se evalúa el riesgo de desarrollar desnutrición, pero no se emplean estrategias para evitarla; **2**: Cumple con lo establecido)
MRA.3	El establecimiento cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de infecciones	Seguridad Eficacia	MRA3-1	Se emplean institucionalmente métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres. (**0**: No se realiza; **1**: En proceso; **2**: Se cumple con lo establecido)
			MRA3-2	Durante el preoperatorio, se evalúa el riesgo de infección del sitio quirúrgico en función de la intervención prevista y se aplica la profilaxis antibiótica correspondiente de acuerdo a las guías de prácticas clínicas (GPC) establecidas. (**0**: No se cumple; **1**: Se evalúa el riesgo de infección, pero no se da profilaxis antibiótica; **2**: Se cumple con lo establecido)
			MRA3-3	Se cuenta con dispensadores de soluciones antisépticas y papel toalla en todas las áreas de manejo de pacientes según normatividad. (**0**: Existen en menos del 50% de áreas; **1**: Existen en menos del 90% de áreas; **2**: Existen en el 100% de áreas)
			MRA3-4	Se cuenta con mecanismos de control y se evalúa el cumplimiento de las medidas de bioseguridad: lavado de manos, manejo de antisépticos y desinfectantes, manejo de la higiene hospitalaria, manejo de las precauciones universales con sangre y fluidos corporales. (**0**: No realiza; **1**: Se realiza, pero no está de acuerdo con lo establecido; **2**: Se cumple con lo establecido)
MRA.4	El establecimiento de salud cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión: recolección, análisis y reporte.	Disponibilidad Información completa	MRA4-1	El establecimiento dispone de un procedimiento para la vigilancia, seguimiento y manejo de los casos de infección intrahospitalaria. (**0**: No se conoce; **1**: Se conoce una parte; **2**: Se cumple con todo lo establecido)
			MRA4-2	El establecimiento de salud cuenta con información sobre la tasa de incidencia de infecciones intrahospitalarias y la vía de infección y reporta a los niveles correspondientes según norma. (**0**: No se conoce; **1**: Se conoce parcialmente; **2**: Se cumple con lo establecido)
			MRA4-3	Se evalúa según normatividad el registro de infecciones, la identificación de las cepas prevalentes y la implementación de las normas de antibioticoterapia. (**0**: No se evalúa; **1**: Se evalúa, pero no periódicamente; **2**: Siempre se evalúa según lo establecido por las normas)
			MRA4-4	El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan estratégico de la institución y los objetivos son claros y medibles. (**0**: Nunca; **1**: Está incorporado, pero los objetivos no están claros y/o no son medibles; **2**: Está incorporado y los objetivos son claros y medibles)
MRA.5	El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos	Competencia técnica Seguridad Eficacia Información Mejora continua	MRA5-1	El personal profesional de enfermería cuenta y aplica las guías de atención de enfermería por servicios y están actualizadas. (**0**: No cuenta, no conoce; **1**: Cuenta, conocen algunos; **2**: Cuenta y conocen)
			MRA5-2	El personal profesional de enfermería elabora, aplica un plan de atención de enfermería y registra los procedimientos realizados.(**0**: No realiza; **1**: Realiza pero no sistemáticamente; **2**: Evalúan según lo planificado en el año)
			MRA5-3	El personal profesional de enfermería asegura la administración correcta de medicamentos (vía, dosis, paciente, hora y medicamento). (**0**: No efectúa; **1**: Efectúa, no documenta; **2**: Efectúa y documenta sistemáticamente)
			MRA5-4	El personal profesional de enfermería identifica, reporta y registra todos los eventos adversos ocurridos en los pacientes. (**0**: No registra; **1**: Registra parcialmente; **2**: Cumple con lo indicado)
			MRA5-5	El personal de enfermería realiza acciones de mejora para aquellas condiciones causantes de eventos adversos que dependen de su personal. (**0**: Nunca realiza; **1**: A veces realiza según casos de reacciones no deseables; **2**: Siempre realiza según casos de reacciones no deseables)
MRA.6	El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional	Seguridad Eficacia Oportunidad	MRA6-1	El personal usa indumentaria de protección que cumple las normas de bioseguridad para sus labores acorde a los riesgos existentes en su área de trabajo según normas. (**0**: Emplean menos de 60% del personal; **1**: Emplean del 60 al 80%; **2**: Emplean el 100%)
			MRA6-2	Existen cartillas visibles de bioseguridad en todos los ambientes de atención . (**0**: No existen; **1**: Existen pero no están visibles; **2**: Cumple con lo establecido)
			MRA6-3	La provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación y lavado, se realiza según procedimientos documentados. (**0**: No se cumple; **1**: Se realiza sin que esté de acuerdo con lo establecido; **2**: Se cumple con lo establecido)

			MRA6-4	La provisión de materiales e insumos de bioseguridad se realiza de acuerdo a la normatividad. (**0**: No se cumple; **1**: Se realiza sin que esté de acuerdo con lo establecido; **2**: Se cumple con lo establecido)
			MRA6-5	Se reportan, registran y toman acciones inmediatas con el personal frente a un accidente punzocortante según la evaluación del riesgo. (**0**: No se reporta; **1**: Se realiza ocasionalmente el reporte, **2**: Se cumple con lo establecido)
			MRA6-6	En el establecimiento existen instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las precauciones por adoptarse, las cuales están disponibles en los respectivos servicios. (**0**: No existen; **1**: Existen pero no están disponibles; **2**: Se cumple con lo establecido)
			MRA6-7	El establecimiento de salud, en base al mapa de riesgos, implementa programas preventivos contra hepatitis B, tuberculosis, otras patologías infecciosas, VIH/SIDA, radioactividad, explosiones e incendios. (**0**: No se realiza; **1**: Con base en el mapa de riesgos, sólo se implementan 1 o 2 programas de preventivos; **2**: Se implementan todos los programas preventivos según el mapa de riesgos)
			MRA6-8	Los trabajadores de las áreas de riesgo cumplen con procesos y procedimientos para realizar la descontaminación al finalizar su jornada laboral.(**0**: No cuenta; **1**: En proceso; **2**: Cumple con lo establecido)
			MRA6-9	Los trabajadores de las áreas de riesgo cumplen con procesos y procedimientos para realizar la descontaminación al finalizar su jornada laboral. (**0**: No cuenta; **1**: En proceso; **2**: Cumple con lo establecido)
			MRA6-10	El establecimiento de salud garantiza la realización oportuna de los exámenes correspondientes y el tratamiento específico para el personal que sufre un accidente punzocortante. (**0**: No son implementados; **1**: A veces son implementados; **2**: Cumple con lo establecido)
MRA.7	El establecimiento de salud garantiza el control de desechos, residuos y disponibilidad de agua segura.	Disponibilidad Eficacia Seguridad	**MRA7-1**	Se cuenta con el manual de procedimientos para la eliminación de residuos sólidos y éstos son conocidos por el personal. (**0**: No cuenta; **1**: Cuenta pero no son conocidos; **2**: Cumple con lo establecido)
			MRA7-2	La recolección de residuos sólidos se realiza de acuerdo con la norma. (**0**: No realiza; **1**: Se realiza pero no está de acuerdo con la norma; **2**: Se cumple lo establecido)
			MRA7-3	El retiro, eliminación y disposición final de residuos se realiza de acuerdo con la norma vigente. (**0**: No realiza; **1**: Realiza pero no está de acuerdo con la norma; **2**: Se cumple lo establecido)
			MRA7-4	El establecimiento garantiza la disponibilidad de agua segura en los procesos de atención. (**0**: No cuenta; **1**: Tiene un sistema parcial de tratamiento de residuos hospitalarios; **2**: Cumple con lo establecido)
MRA.8	El establecimiento de salud y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura.	Disponibilidad Eficacia Seguridad	**MRA8-1**	El establecimiento de salud coordina acciones con el gobierno local para realizar los procedimientos de saneamiento básico y el derecho a suministro de agua segura a los usuarios internos y externo, garantizando el acceso a este servicio. (**0**: No coordina; **1**: Coordina pero no se realizan los procedimientos; **2**: Coordina y se realizan los procedimientos.)
			MRA8-2	El establecimiento de salud en coordinación con el gobierno local participa en los procesos de edificación y mantenimiento de los pozos elevados. (**0**: No coordina; **1**: Coordina pero no participa; **2**: Coordina y participa.)
			MRA8-3	El establecimiento de salud coordina con el gobierno local para informar y capacitar a la población sobre las medidas de saneamiento básico y agua segura. (**0**: No coordina; **1**: Coordina, informa pero no capacita; **2**: Coordina, informa y capacita.)

Fuente: NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

MINISTERIO DE SALUD GVD. HOSPITAL GENERAL DE JAÉN UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD V°B° LIC. R. HID. LGO G.

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	Criterios de evaluación	
			Código Criterio	**Criterio**
GSD.1	Se adoptan acciones para la reducción de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	Seguridad Oportunidad Eficacia	**GSD1-1**	El establecimiento de salud cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil, solicitado al gobierno local. (**0**: No cuenta; **1**: En proceso; **2**: Sí cuenta según todo lo establecido)
			GSD1-2	El establecimiento de salud somete a evaluación de seguridad todas las obras de ampliación, rehabilitación, remodelación y reducción de riesgos y éstas cumplen con los estándares mínimos. (**0**: Ninguna obra cumple; **1**: Más del 50% de las obras cumplen; **2**: Todas las obras cumplen)
			GSD1-3	El establecimiento de salud cuenta con señales de seguridad en todas las áreas según los criterios y estándares establecidos en la norma. (**0**: No cuenta; **1**: Cuenta pero en áreas mayores al 50% de lo establecido; **2**: Cuentas en todas las áreas según lo establecido)
			GSD1-4	El establecimiento de salud cuenta con señales de seguridad en todas las áreas según los criterios y estándares establecidos en la norma. (**0**: No cuenta; **1**: Cuenta pero en áreas mayores al 50% de lo establecido; **2**: Cuentas en todas las áreas según lo establecido)
			GSD1-5	El establecimiento de salud cuenta con señales de seguridad en todas las áreas según los criterios y estándares establecidos en la norma. (**0**: No cuenta; **1**: Cuenta pero en áreas mayores al 50% de lo establecido; **2**: Cuentas en todas las áreas según lo establecido)
			GSD1-6	El establecimiento ha identificado sus riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en todas sus áreas. (**0**: No cumple; **1**: En proceso; **2**: Cumple en todas las vías)
			GSD1-7	El establecimiento ha identificado sus riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en todas sus áreas. (**0**: No cumple; **1**: En proceso; **2**: Cumple en todas las vías)
GSD.2	Se adoptan acciones ante situaciones de emergencia y desastres	Eficacia Efectividad Trabajo en equipo	**GSD2-1**	El Comité Hospitalario de Defensa Civil está implementado y desarrolla su plan anual de actividades. (**0**: No está implementado; **1**: Está implementado pero no desarrolla plan; **2**; Cumple con todo lo establecido)
			GSD2-2	El establecimiento de salud cuenta con brigadas equipadas de lucha contra incendios, para evacuación y evaluación de daños. (**0**: No cuenta; **1**: En proceso; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			GSD2-3	El establecimiento cuenta con un plan actualizado de emergencias y desastres que incluye un programa de respuesta (emergencia y contingencia) difundido entre el personal.(**0**: No cuenta; **1**: Sí cuenta, pero no está actualizado ni difundido; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			GSD2-4	El establecimiento de salud cumple con implementar las acciones que le corresponden de acuerdo a lo establecido en los planes de contingencia y respuesta regional o local ante situaciones de emergencias y desastres. (**0**: No participa; **1**: Sí participa pero no de manera sostenida; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			GSD2-5	El establecimiento de salud participa en la implementación de los planes de respuesta regionales o locales ante situaciones de emergencias y desastres. (**0**: No participa; **1**: Sí participa pero no de manera sostenida; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			GSD2-6	Se revisa y actualiza el plan de respuesta ante las emergencias en forma periódica con las autoridades de Defensa Civil. (**0**: No es revisado; **1**: Es revisado pero no de forma periódica; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			GSD2-7	El establecimiento de salud ha realizado al menos dos simulacros por año, durante los últimos 24 meses, para prevenir situaciones de emergencias y desastres basado en su plan de respuesta. (**0**: No realiza; **1**: Realiza pero no en los periodos establecidos; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			GSD2-8	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 es de conocimiento del personal; **2**: Cumple con todo lo establecido)
GSD.3	Se disponen de estrategias y medios y medios para responder ante situaciones de	Seguridad Oportunidad	**GSD3-1**	Se adoptan las acciones pertinentes y se comunica a todo el personal la declaración de alertas por situaciones de emergencias y desastres. (**0**: No cumple; **1**: Cumple pero parcialmente; **2**: Cumple todo lo establecido)
			GSD3-2	El establecimiento de salud cuenta con el servicio de ambulancias y cumplen con los estándares mínimos de operación según normatividad. (**0**: No cuenta; **1**: Cuenta, pero cumple con menos del 80% de lo establecido; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			GSD3-3	Se cuenta con sistema de comunicación alterno en caso falle el sistema telefónico del establecimiento de salud. (**0**: No se cuenta; **1**: Sí cuenta, pero se cumple parcialmente; **2**: Cumple con todo lo establecido)

	emergencia y desastres		**GSD3-4**	El establecimiento cuenta con sistema alterno que asegure la provisión de energía eléctrica a las áreas críticas, por 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública. (**0**: No se cuenta; **1**: Sí cuenta, pero se cumple parcialmente; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			GSD3-5	El establecimiento cuenta con sistema alterno que asegure la provisión de energía eléctrica a las áreas críticas, por 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública. (**0**: No se cuenta; **1**: Sí cuenta, pero se cumple parcialmente; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			GSD3-6	Se dispone de un stock de reserva de medicamentos, materiales e insumos médicos para la atención de emergencias y desastres de acuerdo a la población asignada o a demanda. (**0**: No se cuenta; **1**: Sí cuenta, pero se cumple parcialmente; **2**: Cumple con todo lo establecido)

uente: NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL GENERAL DE JAÉN V°B° DC. R. HIDALGO O.

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

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

Código	Estándar	Atributos relacionados	Criterios de evaluación	
			Código Criterio	Criterio
CGP.1	El establecimiento de salud tiene definido mecanismos establecido de auditoría, supervisión y evaluación.	Eficacia	CGP1-1	Se cuenta con plan e instrumentos para realizar la auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación. (**0**: No cuenta con ninguno; **1**: Cuenta con plan e instrumentos sólo para gestión o prestación; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			CGP1-2	Se han establecido de manera consensuada con los responsables de las áreas o servicios los indicadores de control de la gestión y prestación, y se han fijado los niveles esperados para la institución. (**0**: No cuenta con ninguno; **1**: Cuenta con plan e instrumentos para menos del 70% de procesos identificados; **2**: Cuenta con plan e instrumentos para más del 70% de los procesos identificados)
CGP.2	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoria, supervisión y evaluación de acuerdo a lo establecido	Eficacia Efectividad Eficiencia Trabajo en equipo	CGP2-1	El personal responsable de áreas y servicios está capacitado para realizar el proceso de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito de acción. (**0**: Ninguno entrenado; **1**: Entrenado menos del 80% de personal; **2**: Entrenado más del 80% de personal)
			CGP2-2	Se cuenta con un comité de auditoría capacitado y que realiza, auditoría de caso, en fallecidos y en casos de muerte materna. (**0**: No se cuenta; **1**: Se cuenta pero no está capacitado; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			CGP2-3	Se cuenta con información actualizada de los indicadores de la gestión y prestación, y sus valores están dentro de los estándares establecidos para la organización. (**0**: Ninguno entrenado; **1**: Entrenado menos del 80% de personal; **2**: Entrenado más del 80% de personal)
			CGP2-4	El establecimiento de salud realiza acciones de evaluación de los procesos de gestión y prestación de acuerdo al plan establecido. (**0**: No se cuenta; **1**: Los indicadores no están en el nivel establecido por la institución; **2**: Los niveles están dentro de lo establecido por la institución)
			CGP2-5	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de la práctica clínica en las atenciones realizadas en emergencia. (**0**: Nunca se realiza; **1**: Se realiza a solicitud o demanda (no programado); **2**: Se realiza dentro del plan establecido)
			CGP2-6	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de práctica clínica en las atenciones obstétricas y neonatales de emergencia. (**0**: No realiza; **1**: Sí realiza, pero a solicitud o demanda; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			CGP2-7	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan procesos de monitoreo y evaluación de la calidad y cumple con los estándares establecidos para la organización. (**0**: No realiza; **1**: Sí realiza, pero a solicitud o demanda; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			CGP2-8	El establecimiento tiene identificados aspectos críticos de la prestación y gestión y se han establecido procesos de mejora.(**0**: Nunca se realiza; **1**: Se realiza y el nivel está por debajo de lo esperado; **2**: Se realiza y el nivel está acorde a superior a lo esperado)
			CGP2-9	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan auditorías de los procesos de atención y estos cumplen con los estándares establecidos para la organización. (**0**: No ha establecido; **1**: Sólo ha identificado aspectos críticos; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			CGP2-10	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan supervisiones de los procesos de prestación y los resultados son los esperados para la organización. (**0**: Nunca se realizan; **1**: Se realizan y los niveles están por debajo de lo esperado; **2**: Se realizan y los niveles están acordes o superiores a lo esperado)
CGP.2	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoria, supervisión y evaluación de acuerdo a lo establecido	Eficacia Efectividad Eficiencia Trabajo en equipo	CGP2-11	Los resultados de los procesos de auditoría, supervisión y evaluación se hacen de conocimiento a los responsables para la toma de decisiones. (**0**: Nunca se realizan; **1**: Se realizan y los niveles están por debajo de lo esperado; **2**: Se realizan y los niveles están acordes o superiores a lo esperado)
			CGP2-12	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias nacionales y éstos se encuentran en los niveles esperados. (**0**: No es incorporada; **1**: Sólo está incorporada la del monitoreo y evaluación; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			CGP2-13	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias regionales y éstos se encuentran en los niveles esperados. (0: Resultado < 60%; 1: Resultado entre 60 y 80%; 2: Resultado > 80%)

Fuente: NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL GENERAL DE JAÉN V°B° C. R. HIDALGO G. UNIDAD DE LA CALIDAD

Macroproceso 7: Atención Ambulatoria (ATA)

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

Código	Estándar	Atributos relacionados	Criterios de evaluación	
			Código Criterio	Criterio
ATA.1	El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria	Oportunidad Disponibilidad Información completa	ATA1-1	El establecimiento de salud cuenta con señalización y mecanismos de información para la atención del usuario, visibles en áreas de primer contacto. (**0**: No cuenta/no está actualizado; **1**: Está actualizado, pero no disponible en todas las áreas de primer contacto; **2**: Actualizado, cumplido y en todas las áreas de primer contacto)
			ATA1-2	La cartera de servicios de consulta externa está publicada y los mensajes relacionados son comprensibles para los usuarios. (**0**: No tiene publicado; **1**: Publica y no coincide con la realidad; **2**: Está publicado y coincide con la realidad)
			ATA1-3	El establecimiento de salud dispone de un área de triaje a cargo de personal capacitado para brindar este servicio según normas institucionales. (**0**: No dispone; **1**: Dispone pero no está asumido por personal formado; **2**: Dispone y está a cargo de personal formado que lo asume constantemente)
			ATA1-4	El establecimiento de salud cuenta con una política para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria en los días solicitados y los resultados están dentro de lo establecido para la institución. (**0**: > a 5%; **1**: >0% y <5%; **2**: 0%)
			ATA1-5	El establecimiento de salud ha desarrollado mecanismos para la atención preferente de las mujeres embarazadas, de los niños, de las personas adultas mayores y con discapacidad en todas las áreas de la atención ambulatoria. (**0**: No ha desarrollado mecanismos; **1**: Ha desarrollado mecanismos pero no, en todas las áreas; **2**: Cumple con todo lo establecido.)
ATA.2	La evaluación de los pacientes afectados por los principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica.	Eficacia Seguridad Competencia técnica	ATA2-1	El establecimiento de salud formula, adopta o adapta guías de práctica clínica (GPC) según el perfil epidemiológico de la atención ambulatoria y diferenciado por etapas de vida. (**0**: No ha planificado; **1**: Ha planificado y cumple parcialmente con cronograma; **2**: Ha planificado y cumple plenamente con cronograma)
			ATA2-2	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de las guías de práctica clínica (GPC) para la atención de los pacientes ambulatorios. (**0**: No cuenta con ninguna; **1**: Sólo tiene de algunas etapas de vida; **2**: Cuenta para todas las etapas)
			ATA2-3	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de las guías de práctica clínica (GPC) para la atención de los pacientes ambulatorios. (**0**: No cuenta con ninguna; **1**: Sólo tiene de algunas etapas de vida; **2**: Cuenta para todas las etapas)
			ATA2-4	Se cuantifica el porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para la atención prenatal y los resultados están dentro de los rangos esperados. (**0**: Menos de 70% de planes de tratamiento cumplen con GPC; **1**: Cumplen entre 70,1% y 90%; **2**: Más del 90,1% cumplen con GPC)
ATA.3	El establecimiento de salud desarrolla programas de prevención y promoción de la salud para la atención de los principales daños crónicos-degenerativos, transmisibles y prevalentes	Eficacia Información completa	ATA3-1	El establecimiento brinda información a los usuarios según mecanismos establecidos por la institución.(**0**: No disponible; **1**: Disponible para algunos/lo conocen; **2**: Está definido/impreso/y el personal lo conoce)
			ATA3-2	El establecimiento brinda información a los usuarios según mecanismos establecidos por la institución. (**0**: No disponible; **1**: Disponible para algunos/lo conocen; **2**: Está definido/impreso/y el personal lo conoce)
			ATA3-6	El establecimiento desarrolla e implementa programas de prevención de las patologías más frecuentes. (**0**: No tiene programas activos; **1**: Tiene programas activos para algunas patologías; **2**: Tiene programas para todas las patologías)

ATA.4	Se fomenta y se dan facilidades para que el usuario consigne sugerencias o quejas de la consulta ambulatoria en los ambientes destinados a ésta.	Disponibilidad Aceptabilidad	ATA4-1	El establecimiento cuenta con mecanismos operativos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de los usuarios y son conocidos por el personal. (**0**: No cuenta; **1**: Cuenta pero no están operativos; **2**: Cuenta y son conocidos por el personal y se recogen quejas, sugerencias a diario)
			ATA4-2	El establecimiento de salud cumple con implementar mecanismos que incentivan y facilitan a los pacientes a consignar sugerencias o quejas por la atención ambulatoria. (**0**: No implementa; **1**: Implementa, pero no de manera sostenida ni periódica; **2**: Cumple con todo lo establecido)

Fuente: NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

Macroproceso 9: Atención de hospitalización (ATH)

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

Código	Estándar	Atributos relacionados	Criterios de evaluación	
			Código Criterio	Criterio
ATH.1	El establecimiento que cuenta con internamiento, planifica y diseña sus servicios para satisfacer las necesidades de la población.	Disponibilidad Eficacia Oportunidad	ATH1-1	El establecimiento identifica anualmente las diez causas más frecuentes de internamiento institucional y por cada uno de los servicios. (**0**: Nunca identifican; **1**: Identifican esporádicamente; **2**: Identifican continuamente)
			ATH1-2	Los servicios identifican necesidades de mejora del proceso de atención, formulan propuestas y las comunican a la Alta Dirección para su aprobación y ejecución. (**0**: No consideran; **1**: Consideran pero no de manera completa; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			ATH1-3	Se permite el acompañamiento de la gestante por la pareja o la familia en los casos de atención de parto. (0: Nunca formulan, no identifican, ni comunican; 1: Realizan algunas de las acciones; 2: Realizan sistemáticamente todas las acciones)
ATH.2	El establecimiento de salud provee las condiciones apropiadas para brindar servicios de internamiento a los pacientes, asegurando su oportunidad y calidad	Eficacia Seguridad Disponibilidad Comodidad Oportunidad	ATH2-1	La Alta Dirección cumple con atender los cuadros de necesidades sustentadas de los servicios de internamiento según priorización aprobada. (**0**: Nunca cumple; **1**: A veces cumple; **2**: Siempre cumple)
			ATH2-2	La Alta Dirección cumple con atender los cuadros de necesidades sustentadas de los servicios de internamiento según priorización aprobada. (**0**: Nunca cumple; **1**: A veces cumple; **2**: Siempre cumple)
			ATH2-3	La Alta Dirección cumple con atender los cuadros de necesidades sustentadas de los servicios de internamiento según priorización aprobada. (**0**: Nunca cumple; **1**: A veces cumple; **2**: Siempre cumple)
ATH.3	El establecimiento de salud garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica orientado a seguridad en la atención	Seguridad	ATH3-1	La Alta Dirección cumple con atender los cuadros de necesidades sustentadas de los servicios de internamiento según priorización aprobada. (**0**: Nunca cumple; **1**: A veces cumple; **2**: Siempre cumple)
			ATH3-2	Las infecciones intrahospitalarias u otros eventos adversos ocurridos en el internamiento son registrados, analizados y evaluados según normas vigentes. (**0**: Están por encima; **1**: Están a la par; **2**: Están por debajo)
			ATH3-3	Las infecciones intrahospitalarias u otros eventos adversos ocurridos en el internamiento son registrados, analizados y evaluados según normas vigentes. (**0**: Están por encima; **1**: Están a la par; **2**: Están por debajo)
			ATH3-4	Los casos de mortalidad materna ocurridas en el establecimiento de salud son auditados con la finalidad de tomar decisiones para superar las condiciones asociadas al evento. (**0**: No registrados; **1**: Eventualmente registrados y/o evaluados; **2**: Registrados, analizados y evaluados)
ATH.4	Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuado, documentados y aprobados	Disponibilidad	ATH4-1	Los servicios de internamiento cuentan con guías de práctica clínica de atención de las diez patologías más frecuentes atendidas por cada servicio.(**0**: No cuenta; **1**: Cuenta para algunos, pero menor a diez; **2**: Cuenta para los diez)
			ATH4-2	Se alcanzan permanentemente los niveles esperados en los estándares e indicadores para la atención de partos según normas vigentes. (**0**: No se alcanzan; **1**: Se alcanzan, pero no continuamente; **2**: Se alcanzan sistemáticamente y los rangos están dentro de lo esperado)
			ATH4-3	Las guías de práctica clínica son implementadas por los miembros de cada equipo de trabajo y se evidencian en la historia clínica. (**0**: No se cuantifica; **1**: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado, **2**: El nivel está en los rangos esperados)
			ATH4-4	Se monitoriza la adherencia a las guías de práctica clínica para la atención de las complicaciones obstétricas (hipertensión inducida por el embarazo y hemorragias obstétricas). (**0**: Nunca son implementadas; **1**: A veces son implementadas; **2**: Siempre son implementadas)
			ATH4-5	Se auditan las historias clínicas y se toman acciones para mejorar los procesos. (**0**: No cuenta; **1**: Cuenta pero no se conoce; **2**: Siempre se evalúa y se comunica el informe)
ATH.5	El paciente y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento	Información completa	ATH5-1	El usuario comprende la información que se le brinda acerca de los procedimientos, diagnósticos y tratamientos referidos a su caso. (**0**: <50% recibe y comprende la información; **1**: >50,1% y <80% recibe y comprende; **2**: >80,1% recibe y comprende la información)
			ATH5-2	Las historias clínicas contienen el consentimiento informado del paciente para su atención en el internamiento. (**0**: No contienen; **1**: Contienen pero no en toda la muestra **2**: Sí contiene en toda la muestra)

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL GENERAL DE JAÉN V°B° LIC. R. HIDALGO UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

ATH.7	El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento	Disponibilidad Eficacia Seguridad	ATH7-1	Se tiene documentados, se aplican y se mejoran los procedimientos de interconsultas a otras especialidades para los pacientes internados.(**0**: No tiene; **1**: Tiene documentado y no se aplica; **2**: Tiene documentado, se aplica y se mejora)
			ATH7-2	El establecimiento cuenta con un mecanismo para la gestión (recepción, análisis y respuesta) de sugerencias o quejas sobre la atención en internamiento en los ambientes destinados a ésta. (**0**: No se cuenta; **1**: Se cuenta con el sistema de sugerencias y quejas y se ejecuta parcialmente, **2**: Se cumple con todo lo establecido)
			ATH7-3	El establecimiento de salud cuenta con horarios definidos para brindar información al usuario y familiares acerca de la evolución de los pacientes internados. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no garantiza su cumplimiento; 2: Cumple con todo lo establecido)
			ATH7-4	Los planes de trabajo contenidos en las historias clínicas están de acuerdo con las guías de práctica clínica. (**0**: Menos de 70% de planes de tratamiento cumplen con GPC; **1**: Entre 70,1% y 90% lo cumplen; **2**: Más de 90,1% cumplen con GPC)
			ATH7-5	Se registra, analiza y evalúa el manejo de complicaciones obstétricas y el manejo es de acuerdo a las guías de práctica clínica. (**0**: No se registra; **1**: Se registra, pero no se analiza y evalúa; **2**: Se cumple con todas las fases)
ATH.7	El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento	Disponibilidad Eficacia Seguridad	ATH7-6	Se realiza auditoría interna a eventos adversos según norma y se implementan recomendaciones. (**0**: No se registra; **1**: Se registra, pero el manejo no es el consensuado en las GPC; **2**: Se registra, analiza y evalúa y el manejo es el consensuado en las GPC)
			ATH7-7	Se registra y evalúa la satisfacción del usuario en la atención del parto y el nivel es el esperado por la institución. (**0**: Nunca se realizan; **1**: A veces se realizan; **2**: Siempre se realizan)

Fuente: NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL GENERAL DE JAÉN UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD V°B° LIC. R. HIDALGO Q.

Macroproceso 10: Atención de emergencia (EMG)

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

Código	Estándar	Atributos relacionados	Criterios de evaluación	
			Código Criterio	Criterio
EMG.1	El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo	Oportunidad Eficacia Información Disponibilidad Competencia técnica	EMG1-1	El establecimiento de salud cuenta con un mecanismo de información general al usuario operativo en el servicio. (**0**: No está señalizado; **1**: Está señalizado, pero no permite orientar a los usuarios ni respeta el enfoque de interculturalidad; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			EMG1-2	Se hace público el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia y se ubica el cartel respectivo en un lugar visible de las áreas correspondientes y está adaptado con respeto de la interculturalidad según realidades locales. (**0**: No se hace público; **1**: Se hace público, pero no en lugares visibles de las áreas de emergencia, ni respeta el enfoque de interculturalidad; **2**: Se cumple con todo lo establecido)
			EMG1-3	Se cuenta con programación diaria de los recursos humanos del servicio de emergencia (médicos, enfermeras, técnicos, etc.) y del responsable de la guardia, en un lugar visible para los usuarios. (**0**: No cuenta; **1**: Sí cuenta, pero no está en un lugar visible para los usuarios; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			EMG1-4	El establecimiento aplica las guías de práctica clínica para la atención de las diez causas más frecuentes en emergencia en cada una de las etapas del ciclo de vida. (**0**: No cuenta; **1**: Cuenta sólo del adulto y niño; **2**: Cuenta de todas la etapas: niño-adolescente-adulto y adulto mayor)
			EMG1-5	El personal que labora en emergencia ha sido capacitado en los últimos 12 meses en temas propios de emergencia según competencias. (**0**: No implementa; **1**: Implementa parcialmente; **2**: Implementa en todas las muestras)
			EMG1-6	El establecimiento ha definido medidas para la atención de emergencia sin condicionamientos que vulneren los derechos de los usuarios (restricciones por pagos de atenciones, solicitud de compra de insumos, etc.). (**0**: No ha definido; **1**: Define pero no se cumple; **2**: Cumple con todo lo establecido.)
EMG.2	El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata	Eficacia Continuidad Trabajo en equipo Disponibilidad Oportunidad	EMG2-1	El servicio de emergencia cuenta con equipamiento, medicamentos e insumos para la atención de las emergencias y son de inmediata disponibilidad. (**0**: No cuenta; **1**: Cuenta pero no está disponible para atención inmediata/ o está incompleto; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			EMG2-2	El servicio de emergencia cuenta con el equipamiento (silla de ruedas, camillas, etc.) para la recepción y traslado interno de los pacientes, está disponible y en lugar accesible. (**0**: No cuenta; **1**: Cuenta pero no está disponible para atención inmediata/ o está incompleto; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			EMG2-3	Los equipos de telecomunicaciones están operativos las 24 horas del día y los 365 días del año. (**0**: No cuenta, **1**: Sí cuenta, pero no es accesible, **2**: Cumple con todo lo establecido)
			EMG2-4	El establecimiento dispone de ambulancia operativa para trasladar pacientes las 24 horas del día y los 365 días al año.(**0**: No cuenta; **1**: Sí cuenta, pero no se puede establecer su disponibilidad las 24 horas y 365 días del año, **2**: Cumple con todo lo establecido)
			EMG2-5	El establecimiento cuenta con el personal profesional y no profesional para la atención del usuario las 24 horas del día y los 365 días al año, de acuerdo al nivel de complejidad. (**0**: No cuenta; **1**: Sí cuenta, pero no se puede establecer su disponibilidad las 24 horas y 365 días del año; **2**: Cumple con todo lo establecido)
EMG.3	El personal de emergencia realiza los procesos de atención que garantizan la continuidad del cuidado del paciente.	Eficacia Continuidad Integralidad Oportunidad Competencia técnica	EMG3-1	Se realiza el triaje de los pacientes a cargo de un profesional de salud capacitado para realizar el proceso según normas vigentes (**0**: No se realiza triaje; **1**: Se realiza, pero no siempre por un profesional; **2**: Se cumple con todo lo establecido)
			EMG3-2	Las atenciones, procedimientos y diagnósticos se registran en el formato de atención de emergencias de la historia clínica. (**0**: Resultado <60%; **1**: Resultado entre 60 y 80%; **2**: Resultado >80%)
			EMG3-3	El servicio de emergencia tiene mecanismos operativos que garanticen al usuario la continuidad de la atención en los cambios de guardia. (**0**: Resultado <60%; **1**: Resultado entre 60 y 80%; **2**: Resultado >80%)

Fuente: NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL GENERAL DE JAÉN V°B° LIC. R. HIDALGO G. UNIDAD DE LA CALIDAD

Macroproceso 11: Atención quirúrgica (ATQ)

Objetivo y alcance: Evaluar si el centro quirúrgico está organizado para la prestación segura y eficaz de los cuidados pre-operatorios, anestésicos, quirúrgicos y post-operatorios a los pacientes.

Código	Estándar	Atributos relacionados	Criterios de evaluación	
			Código Criterio	Criterio
ATQ.1	El centro quirúrgico está organizado para brindar atención quirúrgica según funciones básicas	Disponibilidad Eficacia Oportunidad	ATQ1-1	Se cuenta y se evalúa la programación de actividades del centro quirúrgico. (**0**: No se cuenta con POA; **1**: En proceso de aprobación; **2**: Se cumple con lo establecido)
			ATQ1-2	Se cuenta con un manual de procedimientos del centro quirúrgico, está a disposición del personal que labora en el área el cual lo conoce y lo aplica. (**0**: No se cuenta; **1**: Se cuenta, pero no está disponible; **2**: Se cumple con lo establecido)
			ATQ1-3	Se aplica guías de manejo quirúrgico y anestésico para las diez intervenciones más frecuentes que se realizan (atención de anestesio clínico-quirúrgica, terapia del dolor, anestesia fuera de quirófano, recuperación postoperatoria y consulta de anestesiología) (**0**: No se cuenta; **1**: En proceso de aprobación; **2**: Se cumple con todo lo establecido)
			ATQ1-4	El establecimiento tiene un rol diario de asignación de salas y garantiza la disponibilidad de ellas para casos de urgencia. (**0**: No se cuenta; **1**: En proceso de aprobación; **2**: Cumple con lo establecido)
			ATQ1-5	Se cuenta con rol de programación de personal cuya aplicación garantiza la disponibilidad de anestesiólogos, personal profesional y de apoyo en áreas críticas (salas de cirugía de urgencia, salas de recuperación). (**0**: No tiene; **1**: Tiene un rol diario, pero no garantiza la disponibilidad de la sala para casos de urgencia; **2**: Cumple con lo establecido)
ATQ.2	El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario	Seguridad Continuidad	ATQ2-1	Antes de una cirugía, el personal de enfermería responsable verifica la disponibilidad de equipos, insumos e instrumental según el tipo de cirugía y lo registra. (**0**: No lo realiza; **1**: Lo realiza pero no sistemáticamente; **2**: Cumple con lo establecido)
			ATQ2-2	En el intraoperatorio el personal de enfermería circulante e instrumentista, que asiste la cirugía verifica y controla la existencia de los insumos e instrumental según listas de chequeo pre elaboradas y es registrado en la historia clínica. (**0**: No lo realiza; **1**: Lo realiza, pero no se registra en la historia; **2**: Cumple con lo establecido)
			ATQ2-3	El personal de enfermería registra en la historia clínica la hora exacta de la coordinación para el traslado del paciente a las áreas de hospitalización previa autorización del anestesiólogo de recuperación. (**0**: No lo realiza; **1**: Lo realiza, pero no sistemáticamente; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			ATQ2-4	Se cuantifica y se cumple con los tiempos preestablecidos para el traslado de pacientes del centro quirúrgico y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud. (**0**: No lo realiza; **1**: Lo realiza, pero no sistemáticamente; **2**: Cumple con lo todo establecido)
ATQ.3	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos.	Eficacia Eficiencia Competencia Técnica Confidencialidad	ATQ3-1	La historia clínica contiene los formatos oficiales para el control el acto quirúrgico.(**0**: No contiene ninguna; **1**: Los contiene, pero no en toda la muestra, **2**: Los contiene en toda la muestra)
			ATQ3-2	La evaluación pre anestésica es registrada en la historia clínica en el formato correspondiente. (**0**:No es registrada; **1**: Es registrada, pero no en toda la muestra; **2**: Cumple con lo establecido en toda la muestra)
			ATQ3-3	Los formatos de la atención anestésica contienen la información del acto anestésico y las complicaciones. (**0**: No la contienen; **1**: La contienen, pero no en toda la muestra; **2**: Cumple con lo establecido en toda la muestra)
			ATQ3-4	El formato de informe quirúrgico contiene la información del acto de acuerdo con lo establecido. (**0**: No la contiene; **1**: La contiene, pero no en toda la muestra, **2**: Cumple con lo establecido en toda la muestra)
			ATQ3-5	El formato de monitoreo postoperatorio contiene toda la información de acuerdo con lo establecido. (**0**: No la contiene; **1**: La contiene, pero no en toda la muestra, **2**: Cumple con lo establecido en toda la muestra)
			ATQ3-6	Se cuantifican las tasas de cirugías suspendidas, se analizan las razones y se toman acciones correctivas para alcanzar los estándares definidos por la institución. (**0**: No se realiza; **1**: Se identifican las tasas, pero no son analizadas; **2**: Se cumple lo establecido)
			ATQ3-7	Se cuantifican las tasas de cirugías suspendidas, se analizan las razones y se toman acciones correctivas para alcanzar los estándares definidos por la institución. (**0**: No se realiza; **1**: Se identifican las tasas, pero no son analizadas; **2**: Se cumple lo establecido)
			ATQ3-8	Se registra y analiza las tasas de complicaciones y eventos adversos intra y postoperatorias, y se toman las acciones correctivas. (**0**: No se realiza; **1**: Se identifican las tasas, pero no se analizan; **2**: Se cumple lo establecido)

			ATQ3-9	El médico cirujano y el profesional de enfermería verifica la identidad del paciente, la naturaleza y la zona de la operación y registra los datos en la historia clínica antes de iniciar la preparación quirúrgica. (**0**: No se realiza; **1**: Se identifican las discrepancias, pero no se analizan las causas; **2**: Se cumple lo establecido)
			ATQ3-10	El médico cirujano y el profesional de enfermería verifica la identidad del paciente, la naturaleza y la zona de la operación y registra los datos en la historia clínica antes de iniciar la preparación quirúrgica. (**0**: No se realiza; **1**: Se identifican las discrepancias, pero no se analizan las causas; **2**: Se cumple lo establecido)
			ATQ3-11	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 realiza; **1**: Se realiza y los niveles no son los esperados; **2**: Se realiza y los niveles son los esperados)
ATQ.4	El establecimiento de salud realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	Eficiencia Eficacia	**ATQ4-1**	El establecimiento de salud realiza evaluaciones periódicas preventivas de las cirugías más frecuentes verificando el cumplimiento de los parámetros definidos por guías de atención quirúrgica, a partir de las cuales se toman medidas correctivas.(**0**: No realiza; **1**: Realiza pero no periódicamente; **2**: Cumple con lo establecido)
			ATQ4-2	El establecimiento de salud implementa permanentemente proyectos de mejora continua de los aspectos críticos detectados en las auditorías preventivas y de casos. (**0**: No realiza; **1**: Realiza pero no periódicamente; **2**: Cumple con lo establecido)
			ATQ4-3	El establecimiento de salud aplica una política de confidencialidad respecto a la información del paciente. (**0**: No realiza; **1**: Realiza esporádicamente; **2**: Cumple con lo establecido)
			ATQ4-4	Se tiene un registro del acto quirúrgico en la historia clínica del paciente y está firmado por el cirujano responsable. (**0**: No asegura la confidencialidad; **1**: No aplica; **2**: Cumple con lo establecido)

Fuente: NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

Macroproceso 12: Docencia e Investigación (DIV)

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

Código	Estándar	Atributos relacionados	Criterios de evaluación	
			Código Criterio	Criterio
DIV-1	El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	Eficacia Efectividad Seguridad Ética	DIV1-1	El establecimiento ha cumplido con los requisitos establecidos en el Sistema Nacional de Pregrado en Salud - SINAPRES para constituirse en hospital docente. (**0:** Resultado <60%; **1:** Resultado entre 60 y 80%; **2:** Resultado >80%).
			DIV1-2	El establecimiento cuenta con un Comité Docente Asistencial Hospitalario operativo formado de manera multidisciplinaria. (**0:** No cuenta; **1:** En proceso; **2:** Cumple con lo establecido).
			DIV1-3	El establecimiento ha definido políticas específicas de investigación y las aplica. (**0:** No ha definido; **1:** En proceso; **2:** Cumple con lo establecido).
			DIV1-4	El establecimiento cuenta con formatos de consentimiento informado para investigación humana y los aplica (**0:** No cuenta; **1:** En proceso; **2:** Cumple con todo lo establecido).
			DIV1-5	El establecimiento cuenta con un comité de investigación formado de manera multidisciplinaria y está operativo (**0:** No cuenta; **1:** En proceso; **2:** Cumple con todo lo establecido).
			DIV1-6	El establecimiento cuenta con un comité de ética/bioética en investigación y está operativo (**0:** No cuenta; **1:** En proceso; **2:** Cumple con todo lo establecido).
			DIV1-7	El establecimiento cuenta con un reglamento de docencia de pregrado y postgrado, y se cumple (**0:** No cuenta; **1:** En proceso; **2:** Cumple con todo lo establecido).
			DIV1-8	El establecimiento cuenta con plan anual de actividades académicas de pregrado y posgrado (**0:** No cuenta con ninguna; **1:** Cuenta sólo con plan de una de ellas; **2:** Cumple con todo lo establecido).
			DIV1-9	El establecimiento cuenta con programa de tutorías y asesorías a los alumnos del pregrado y postgrado y se cumple (**0:** No cuenta; **1:** En proceso; **2:** Cumple con todo lo establecido).
DIV-2	Se desarrollan actividades académicas y de investigación de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo	Eficacia Efectividad Seguridad	DIV2-1	Los comités de docencia, investigación y ética/bioética se reúnen mensualmente para evaluar sus actividades (**0:** No se reúnen; **1:** Se reúnen a solicitud o demanda; **2:** Se reúnen de acuerdo con lo planificado).
			DIV2-2	El personal profesional responsable del establecimiento supervisa a los alumnos del pregrado y/o posgrado en el desarrollo de sus prácticas en función al convenio establecido. (**0:** No se tiene plan de supervisión; **1:** Se realiza pero no está documentado; **2:** Cumple con todo lo establecido).
			DIV2-3	El establecimiento desarrolla actividades académicas como parte del plan anual de docencia de pregrado y postgrado. (**0:** No se realizan actividades; **1:** Se realizan actividades, pero no concuerdan con el plan; **2:** Cumple con todo lo establecido).
			DIV2-4	Se realiza investigación de patologías acorde con las políticas establecidas por el comité de investigación y de ética/bioética (**0:** No se cuenta en el año con ninguna investigación; **1:** Se tienen investigaciones, pero ninguna respecto a patologías prevalentes; **2:** Cumple con todo lo establecido).
			DIV2-5	Se cuenta con inventario de los materiales de capacitación y de investigación y éstos son incorporados a la biblioteca del establecimiento tanto en medio físico como virtual (**0:** No cuenta con biblioteca; **1:** Se cuenta con biblioteca, pero no se tiene inventario de materiales ni investigaciones; **2:** Cumple con lo establecido).
			DIV2-6	El personal y los alumnos tienen acceso a los servicios bibliográficos, físicos y virtuales, dentro del establecimiento acorde a horarios estipulados (**0:** No cuenta; **1:** Se tiene, pero no se atiende de acuerdo con horarios establecidos; **2:** Cumple con todo lo establecido).

uente: NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

MINISTERIO DE SALUD DIGEMID HOSPITAL GENERAL DE JAÉN V°B° LIC. R. HIDALGO O.

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

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

Código	Estándar	Atributos relacionados	Criterios de evaluación	
			Código Criterio	Criterio
ADT.1	Los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos	Disponibilidad Accesibilidad	ADT1-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento del establecimiento de salud tienen y aplican normas y guías de procedimientos para la atención. (**0:** No dispone; **1:** Dispone, pero no está actualizada; **2:** Cumple con todo lo establecido).
			ADT1-2	Los servicios de apoyo al diagnóstico tienen y aplican programas de control de calidad (**0:** No tienen plan operativo; **1:** No todos los servicios cuentan con plan operativo; **2:** Todos tiene plan operativo)
ADT.2	El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica, cuando la patología lo hace necesario	Eficacia Oportunidad Disponibilidad	ADT2-1	Los resultados de los exámenes se entregan oportunamente a los profesionales de la atención clínica y a los usuarios según estándares de tiempo previamente definidos por el establecimiento de salud. (**0:** No cumple; **1:** A veces cumple o está encima del estándar; **2:** Se cumple según estándares internos previamente definidos)
			ADT2-2	Los resultados de los exámenes se registran en medios manuales o en sistema informático y se incluye los tiempos transcurridos entre la solicitud, la recepción de la muestra y la entrega del resultado. (**0:** No se registra; **1:** Se registra parcialmente **2:** Se registra siempre)
ADT.3	Se controla la calidad de las actividades de diagnóstico y apoyo según normatividad nacional, subsectorial, o institucional	Disponibilidad Accesibilidad Seguridad Eficacia	ADT3-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento desarrollan indicadores de calidad relacionados con la entrega oportuna de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes. (**0:** No cuenta con indicadores; **1:** Cuenta pero no todos los servicios de apoyo diagnóstico; **2:** Cumple con todo lo establecido).
			ADT3-2	La calidad de los resultados de los exámenes y/o tratamientos se garantiza por medio de calibración de equipos y el control de calidad de los procedimientos. (**0:** No se realizan calibraciones; **1:** Se realizan calibraciones pero no sistemáticamente; **2:** Se realizan sistemáticamente y según planificación)
			ADT3-3	Los procedimientos que implican riesgo para los pacientes se realizan de acuerdo a las normas de seguridad (exámenes con medios de contraste, exámenes endoscópicos). (**0:** No se cumplen normas de seguridad; **1:** Se cumplen parcialmente; **2:** Se cumplen en su totalidad)
			ADT3-4	El establecimiento de salud tiene y aplica un programa de control y garantía de calidad para la producción de insumos, medicamentos y otros productos que se elaboran dentro del establecimiento. (**0:** No se realizan acciones de control; **1:** Se realizan, pero no sistemáticamente; **2:** Se realizan acciones control y se registran resultados)
			ADT3-5	Se cuantifica, se analiza y se toman medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida de los procedimientos de apoyo diagnóstico y tratamiento. (**0:** No se cuantifica; **1:** Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; **2:** El nivel está en los rangos esperados)
			ADT3-6	Se capacita al personal del servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento sobre las condiciones que debe cumplir el usuario para la toma de muestra o preparación para los procedimientos y éstos las cumplen.(**0:** No se efectúan; **1:** Se efectúan y no se aplican; **2:**Se efectúan y se aplican)
			ADT3-7	El establecimiento cuantifica, analiza y toma medidas correctivas respecto a las complicaciones y/o reacciones adversas derivadas de la atención en los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento. (**0:** No se monitorea los casos de eventos adversos; **1:** Se monitorea ocasionalmente; **2:** Se monitorea permanentemente)

Fuente: NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL GENERAL DE JAÉN V°B° LIC. R. HIDALGO O.

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	Criterios de evaluación	
			Código Criterio	Criterio
ADA.1	El establecimiento está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales	Eficacia Integralidad Oportunidad Continuidad	ADA1-1	El establecimiento tiene un sistema de registro de los usuarios por historias clínicas individuales/ fichas familiares y estandariza los formatos de acuerdo con la normatividad vigente. (**0:** No define; **1:** Lo define, pero no está acorde a la normatividad vigente; **2:** Cumple con todo lo establecido).
			ADA1-2	Se garantiza la conservación y custodia del sistema de registro (historias clínicas/fichas familiares) y está contemplado en el manual de procedimientos del establecimiento y acorde a lo dispuesto por la normatividad vigente. (**0:** No está contemplado; **1:** Está contemplado, pero no está acorde a normatividad; **2:** Cumple con todo lo establecido).
			ADA1-3	El proceso diario de recojo/ archivamiento de las fichas familiares/historias clínicas está documentado e identifica aspectos críticos que podrían alterar su conservación/ tenencia. (**0:** No se cumple lo establecido; **1:** Está documentado, pero no se identifican aspectos críticos; **2:** Cumple con todo lo establecido).
			ADA1-4	El procedimiento para la obtención y entrega de citas que contiene los tiempos de espera máximos, costos, horarios, el número regular de ingresos esperados, lo cual es de conocimiento del personal responsable y es difundido al usuario. (**0:** No se cumple lo establecido; **1:** Se ha establecido, pero no cuentan con mecanismos de difusión a los usuarios externos; **2:** Cumple con todo lo establecido).
			ADA1-5	Se cuenta con personal capacitado en el último año, para realizar las actividades en el área de admisión del establecimiento. (**0:**Nunca fue entrenado **1:** Ha sido entrenado más de un año; **2:** Ha sido entrenado hace menos de un año).
ADA.2	El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario	Integralidad Oportunidad Continuidad Información Eficacia Efectividad	ADA2-1	El personal de admisión/citas informa a los usuarios (en forma verbal y/o escrita) sobre el proceso de atención en el establecimiento e identifica necesidades con enfoque intercultural. (**0:** No se tienen evidencias de informar e identificar necesidades; **1:** Sólo informa; **2:** Cumple con todo lo establecido)
			ADA2-2	Se realiza la entrega de citas de acuerdo con la programación establecida por los servicios. (**0:** Sólo las tres primeras horas; **1:** Sólo hasta la cuarta hora; **2:** Cumple con todo lo establecido)
			ADA2-3	Se registra y monitorea el tiempo de espera del usuario en admisión y está acorde a lo esperado por la institución. (**0:** No se realiza; **1:** Se realiza, pero no está acorde con la programación; **2:** Se cumple con todo lo establecido)
			ADA2-4	Se registra y monitorea el tiempo de espera del usuario en admisión y está acorde a lo esperado por la institución.(**0:** No se realiza; **1:** Se realiza, pero no está acorde con la programación; **2:** Se cumple con todo lo establecido)
			ADA2-5	Se registra y monitorea el porcentaje de citas atendidas de acuerdo con la programación establecida. (**0:** No se realiza; **1:** Se realiza, pero no está acorde a establecido; **2:** Se cumple con todo lo establecido)
			ADA2-6	Se registra y monitorea el porcentaje de reprogramación de citas y los niveles están de acuerdo a lo establecido por la institución. (**0:** No se realiza; **1:** Se realiza, pero no está acorde a la programación; **2:** Se cumple con todo lo establecido)
			ADA2-7	Se registra y monitorea el porcentaje de reprogramación de citas y los niveles están de acuerdo a lo establecido por la institución. (**0:** No se realiza; **1:** Se realiza, pero no está acorde a la programación; **2:** Se cumple con todo lo establecido)
			ADA2-8	Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta. (**0:** No se realiza; **1:** Se realiza; pero no está acorde a lo establecido; **2:** Se cumple con todo lo establecido)
ADA.3	El establecimiento de salud realiza el proceso de alta según los atributos de oportunidad,	Eficacia Información Efectividad	ADA3-1	Se tiene documentado el proceso de alta en el establecimiento y se cumple. (**0:** No está documentado; **1:** Está documentado, pero no se cumple; **2:** Se cumple con todo lo establecido)
			ADA3-2	Se registran las estancias hospitalarias prolongadas, se analizan y se toman medidas correctivas. (**0:** No se realiza; **1:** Se realiza, pero no está acorde a lo establecido; **2:** Se cumple con todo lo establecido)

	continuidad, integralidad			
ADA-4	El establecimiento de salud garantiza que el paciente reciba atención continuada después del alta.	Eficacia Información Efectividad	**ADA4-1**	Se fomenta y se dan facilidades para que el usuario consigne sugerencias o quejas de la consulta ambulatoria en los ambientes destinados a ésta. (**0**: No tiene; **1**: Tiene documentado y no se aplica; **2**: Tiene documentado, se aplica, se registra y se mejora)

Fuente: NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

Macroproceso 15: Referencia y contrarreferencia (RCR)

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

Código	Estándar	Atributos relacionados	Criterios de evaluación	
			Código Criterio	Criterio
RCR.1	El establecimiento de salud está organizado para referir pacientes y recepcionar contrarreferencias	Continuidad Oportunidad Eficacia	RCR1-1	El establecimiento de salud tiene documentado el proceso de referencias y contrarreferencias que realiza/recibe de acuerdo a la normatividad vigente. (**0**: No define; **1**: Define pero no está acorde con la normatividad vigente; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			RCR1-2	El establecimiento de salud ha establecido coordinaciones con otros servicios de atención ambulatoria, con servicios extrainstitucionales locales, regionales y nacionales para garantizar la atención posterior al alta. (**0**: No tiene; **1**: Tiene pero no las 24 horas del día; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			RCR1-3	El establecimiento de salud ha establecido un mecanismo de seguimiento de pacientes referidos las 24 horas, en caso no se haya producido la contrarreferencia efectiva. (**0**: No cuenta; **1**: Sí cuenta, pero no están disponibles en los lugares necesarios; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			RCR1-4	El establecimiento de salud cuenta con formatos impresos para las referencias y contrarreferencias disponibles durante el horario de atención en todos los lugares necesarios. (**0**: No cuenta con formatos impresos para las referencias y contrarreferencias; **1**: Sí cuenta, pero no están disponibles en los lugares necesarios; **2**: Cumple con lo establecido).
RCR.2	El establecimiento de salud está organizado para asegurar un traslado oportuno, seguro de los usuarios	Oportunidad Disponibilidad eficacia Trabajo en equipo	RCR2-1	Se tiene un rol de personal a cargo del traslado de los pacientes y es de pleno conocimiento de los responsables. (**0**: No se tiene; **1**: Se tiene, pero no es conocido por los responsables; **2**: Se cumple todo lo establecido)
			RCR2-2	Se dispone de servicio de transporte operativo, equipado y disponible durante las 24 horas. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta, pero no está equipado o disponible las 24 horas; 2: Se cumple todo lo establecido)
RCR.3	Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de pacientes	Oportunidad Continuidad Trabajo en equipo Efectividad	RCR3-1	El personal de salud responsable de la tarea de referencia y contrarreferencia conoce, implementa y controla todos los aspectos críticos del proceso y establece las acciones para mejorarlos. (0: No ejecuta ninguna acción; 1: El personal conoce, pero no implementa ninguna acción; 2: Cumple con todo lo establecido)
			RCR3-2	Se cuantifica el porcentaje de casos referidos en que se aplicaron los criterios y procedimientos establecidos y el nivel es el esperado por la organización.(0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
			RCR3-3	Se cuantifica el porcentaje de referencias de gestantes, puérperas y neonatos a un establecimiento de mayor nivel de complejidad de acuerdo a las necesidades del usuario y en relación con la cartera de servicios del establecimiento de salud. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado, 2: El nivel está en los rangos esperados)
			RCR3-4	Se cuantifica la relación porcentual entre referencias y contrarreferencias realizadas y el nivel es el esperado por la organización. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)

Fuente: NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

Macroproceso 16: Gestión de Medicamentos (GMD)

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

Código	Estándar	Atributos relacionados	Criterios de evaluación	
			Código Criterio	Criterio
GMD.1	El establecimiento está organizado para un manejo adecuado de los medicamentos e insumos antes de su dispensación al usuario	Disponibilidad Eficiencia Seguridad	GMD1-1	Las compras se programan sobre la base del petitorio nacional acorde al cuadro de necesidades de los servicios y son autorizadas por el comité de compras de la institución. (**0**:No existe; **1**: En proceso de conformación; **2**: Cumple con lo establecido)
			GMD1-2	La farmacia cuenta con sistemas (SISMED 20 u otro) e información para la gestión (Kardex, informes de consumo en unidades y valores, según fuente de financiamiento, para medicamentos y dispositivos médicos fungibles). (**0**: No se realiza; **1**: Se realiza esporádicamente; **2**: Cumple con lo establecido)
			GMD1-3	El establecimiento realiza informe de consolidados diarios de despacho e informe mensual de consumo de medicamentos e insumos. (**0**: No se realiza; **1**: Se programan sobre la base del cuadro de necesidades; **2**: Cumple con lo establecido.)
			GMD1-4	Los medicamentos son almacenados y conservados de acuerdo a las buenas prácticas de almacenamiento. (**0**: No cuenta; **1**: Cuenta con sistema manual informático o Kardex, pero no se efectúa el informe diario de recetas; **2**: Cumple con lo establecido)
			GMD1-5	Se cuenta con el Libro de Registro de Prescripción de Narcóticos y sustancias controladas. (**0**: No realiza; **1**: Realiza el informe, diario, pero no el informe mensual; **2**: Cumple con lo establecido)
GMD.2	El establecimiento realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable.	Disponibilidad Eficiencia Eficacia	GMD2-1	El establecimiento de salud aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de prescripción. (**0**: No realiza; **1**: Realiza pero no sistemáticamente; **2**: Cumple con lo establecido)
			GMD2-2	El establecimiento de salud aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de dispensación. (**0**: No realiza; **1**: En proceso; **2**: Cumple con lo establecido)
			GMD2-3	Los errores en la dispensación de medicamentos son vigilados, registrados y corregidos por la autoridad competente del establecimiento. (**0**: No realiza; **1**: Registra, pero no son gestionados por las unidades de atención al usuario; **2**: Cumple con lo establecido)
			GMD2-4	El servicio de farmacia cuenta y aplica mecanismos de información al paciente en el marco de su competencia al momento de la dispensación.(**0**: No realiza; **1**: Realiza, sin que se efectúe previo acto de información adecuada; **2**: Cumple con lo establecido)
			GMD2-5	Los errores de prescripción de medicamentos son registrados y corregidos por la autoridad competente del establecimiento. (**0**: No realiza; **1**: El nivel está por debajo de lo esperado; **2**: El nivel está en los rangos esperados)
GMD.3	El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos.	Accesibilidad Eficacia Seguridad	GMD3-1	Se evalúa el porcentaje de coincidencias entre los ítems prescritos, dispensados, reportados, stock registrado y stock real y es el esperado; El margen de consistencia es mayor al 99%. (**0**: No realiza; **1**: Realiza parcialmente; **2**: Cumple con lo establecido)
			GMD3-2	Se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas y la adopción de medidas correctivas. (**0**: No realiza; **1**: Realiza parcialmente; **2**: Cumple con lo establecido)
			GMD3-3	El establecimiento realiza el monitoreo de las existencias para cautelar el normostock y prevenir el vencimiento de medicamentos e insumos. (**0**: No realiza el monitoreo de las existencias; **1**: Realiza el monitoreo pero no establece medidas de prevención del vencimiento; **2**: Cumple con lo establecido)
			GMD3-4	El establecimiento de salud garantiza la capacitación del personal de farmacia acerca de los procedimientos de farmacia en relación con los medicamentos. (**0**: Menos del 50% del personal de farmacia está capacitado; **1**: Entre el 50% y 80% del personal está capacitado; **2**: Más del 80% del personal está capacitado)
			GMD3-5	El establecimiento ha organizado la provisión para mantener el normostock de ítems necesarios para el funcionamiento de servicios críticos (ej. emergencia, centro obstétrico). (**0**: El establecimientos no ha organizado la provisión; **1**: Ha organizado la provisión pero no de todos los servicios críticos; **2**: Cumple con lo establecido)

Fuente: NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

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 basados en la integración de la información clínica y administrativa originada por los procesos.

Código	Estándar	Atributos relacionados	Criterios de evaluación	
			Código Criterio	Criterio
GIN.1	El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información	Disponibilidad Oportunidad	GIN1-1	El establecimiento de salud identifica las necesidades de información de todos los procesos asistenciales y administrativos con participación del personal de las áreas respectivas. (**0**: No se identifica; **1**: En proceso; **2**: Cumple con lo establecido)
			GIN1-2	El establecimiento de salud identifica anualmente las necesidades de equipamiento para el óptimo funcionamiento del sistema informático y está incluido en el plan anual de adquisiciones. (**0**: No se identifica; **1**: Se identifica las necesidades, pero no con participación del personal de las áreas fuente; **2**: Cumple con lo establecido)
			GIN1-3	El establecimiento de salud cuenta con un sistema de acopio manual y/o automatizado de información el cual es conocido por el personal. (**0**: No se identifica; **1**: En proceso; **2**: Cumple con lo establecido)
			GIN1-4	El establecimiento de salud cuenta con sistemas de información que aplican los descriptores nacionales de medicamentos, codificación CIE X, CIP(procedimientos) y otras codificaciones oficiales para el sector salud. (**0**: No cuenta; **1**: En proceso; **2**: Cuenta con lo establecido)
			GIN1-5	El establecimiento de salud tiene personal capacitado durante el último año, para llevar a cabo las actividades de la gestión de la información. (**0**: No cuenta; **1**: En proceso; **2**: Cuenta con lo establecido)
			GIN1-6	El establecimiento de salud tiene personal capacitado durante el último año, para llevar a cabo las actividades de la gestión de la información. (**0**: No cuenta; **1**: En proceso; **2**: Cuenta con lo establecido)
			GIN1-7	Existe y se implementa un sistema de gestión de la información que considera todos los aspectos descritos en el procedimiento documentado. (**0**: No cuenta; **1**: Cuenta pero no para todas las fases; **2**: Cuenta con todo lo establecido)
			GIN1-8	La unidad responsable de la gestión de la información monitorea la información de todas las unidades orgánicas y funcionales de la organización. (**0**: No existe; **1**: En proceso de aprobación; **2**: Cuenta con lo establecido)
GIN.2	El establecimiento de salud realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad del dato y de la oportunidad de la información	DisponibilidadOportunidad	GIN2-1	El establecimiento de salud tiene definido mecanismos para la identificación de los aspectos críticos de la gestión de la información y son fuente para la elaboración de proyectos de mejora continua de la información.(**0**: No existe; **1**: Tiene definidos los mecanismos, pero no son fuente de proyectos de mejora; **2**: Cumple con lo establecido)
			GIN2-2	El establecimiento cuenta y aplica un método formal y permanente de gestión de la información (recolección, procesamiento y análisis y evaluación de los resultados). (**0**: No se cuenta con el método; **1**: Se cuenta, pero no es permanente; **2**: Cumple con lo establecido)
GIN.3	El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones basados en hechos	Trabajo en equipo	GIN3-1	Se implementan en la organización mecanismos de difusión de la información y retroalimentación. (**0**: No existen; **1**: Existen mecanismos de difusión, mas no de retroalimentación; **2**: Cumple con lo establecido)
			GIN3-2	Los servicios generan espacios participativos de análisis de información y son documentados. (**0**: No se generan; **1**: Se generan, pero no son participativos o documentados; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			GIN3-3	El establecimiento de salud cuenta con un espacio donde se muestra la información relevante y actualizada de los proyectos de mejora continua de la información. (**0**: No existe; **1**: Se cuenta con el espacio, pero la información no está actualizada; **2**: Se cumple con lo todo establecido)
			GIN3-4	Se identifican semestralmente las percepciones del usuario interno (en los niveles operativo, táctico y estratégico) acerca del manejo de la información. (**0**: Se identifican en menos del 30%; **1**: Se identifican entre 30 a 80%; **2**: Se identifican en menos del 80%)

Fuente: NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

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 estándar y de salud ocupacional en forma oportuna y eficaz

Código	Estándar	Atributos relacionados	Criterios de evaluación	
			Código Criterio	Criterio
DLDE-1	El establecimiento de salud se organiza para aplicar medidas de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres e instalaciones	Seguridad Disponibilidad	DLDE1-1	Se cuenta con un manual de desinfección y esterilización acorde a su categoría y es conocido por el personal de todas las áreas responsables de esta proceso. (**0**: No cuenta; **1**: SI cuenta, pero no es conocido por todo el personal responsable; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			DLDE1-2	El establecimiento cuenta con una guía actualizada que describe los procedimientos de limpieza y desinfección de los ambientes físicos destinados al paciente, los enseres de cama, la ropa de pacientes y del personal de áreas de riesgo y es conocido por todo el personal. (**0**: No cuenta; **1**: Sí describe, pero no es conocido por todo el personal responsable; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			DLDE1-3	El establecimiento tiene centralizado los procesos de limpieza, desinfección y esterilización de materiales y equipos. (**0**: No cuenta; **1**: Sí describe, pero no es conocido por todo el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido)
DLDE-2	Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo a lo establecido	Eficacia Eficiencia	DLDE2-1	El personal que manipula equipos y material usado se encuentra protegido según medidas establecidas. (**0**: No está protegido; **1**: Están protegidos menos del 90%; **2**: Están protegidos y acorde con lo establecido el 100%)
			DLDE2-2	El personal en cada servicio clasifica y realiza la descontaminación y/o limpieza de los materiales, equipos usados de acuerdo con lo establecido en el manual de desinfección, esterilización y la norma de salud ocupacional. (**0**: No los clasifica; **1**: Los clasifica, pero no cumple con lo establecido en manual; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			DLDE2-3	Se empaca y esteriliza el material/equipo de acuerdo con los procedimientos establecidos. (**0**: No se cumple; **1**: Se realiza la limpieza y desinfección, pero no cumple con los procedimientos; **2**: Se cumple con todo lo establecido)
			DLDE2-4	El establecimiento aplica controles físicos, químicos y biológicos en la esterilización de materiales y equipos. (**0**: No se cumple; **1**: Se empaca y esteriliza, pero no de acuerdo con los procedimientos; **2**: Se cumple con todo lo establecido)
			DLDE2-5	Se establece un sistema de control de daños, pérdidas de materiales y equipos en cada área de esterilización y se registra en cada procedimiento de esterilización.(**0**: No se cumple; **1**: Se almacena, pero no se cumple con los procedimientos; **2**: Se cumple con todo lo establecido)
			DLDE2-6	Se establece un sistema de control de pérdidas y deterioros innecesarios de enseres de cama y ropa y se aplica en cada procedimiento. (**0**: No se cumple; **1**: Se realiza, pero no cumple con todo lo establecido; **2**: Se cumple con todo lo establecido)
DLDE-3	Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo a procedimientos establecidos	Seguridad Eficacia Trabajo en equipo	DLDE3-1	El personal que realiza la recolección y lavado de la ropa y enseres está debidamente protegido de acuerdo con la norma de salud ocupacional. (**0**: No está protegido; **1**: Está protegido menos del 90%, **2**: Está protegido y acorde con lo establecido el 100%)
			DLDE3-2	Existe un procedimiento especial para el tratamiento de la ropa contaminada que es de conocimiento del personal de lavandería. (**0**: No existe; **1**: Existe, pero no lo conoce todo el personal; **2**: Se cumple con todo lo establecido)
			DLDE3-3	Se cuantifica el porcentaje de reclamos y quejas sobre el servicio de lavandería por problemas en la entrega, oportunidad (entre otros atributos) de los enseres de cama y ropa y se toman acciones correctivas. (**0**: No hay normas; **1**: Sí existen, pero no son conocidas por todo el personal; **2**: Se cumple con todo lo establecido)
			DLDE3-4	Se realiza el almacenamiento de los enseres de cama y ropa de acuerdo con las normas vigentes. (**0**: No se cuantifica; **1**: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; **2**: El nivel está en los rangos esperados)
DLDE-4	Se realiza la limpieza de las instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas específicas.	Comodidad Eficacia Seguridad Efectividad Disponibilidad	DLDE4-1	El personal de limpieza está debidamente vestido y protegido según las medidas de bioseguridad y la norma de residuos sólidos. (**0**: No está protegido; **1**: Está protegido menos del 90%; **2**: Está protegido y acorde con lo establecido el 100%)
			DLDE4-2	El establecimiento cuenta y aplica procedimientos establecidos de segregación, acopio y disposición final de residuos sólidos. (**0**: No se tiene nada disponible; **1**: Se tiene, pero no están rotulados; **2**: Se cumple con todo lo establecido)
			DLDE4-3	La unidad de epidemiología y saneamiento ambiental y/o comité de infecciones intrahospitalarias y/o personal de enfermería participa(n) activamente en la elaboración y supervisión de aplicación de las normas de limpieza. (**0**: No participa(n); **1**: Participa(n) a solicitud o demanda; **2**: Participa(n) de acuerdo con la programación)
			DLDE4-4	Se cuantifica la percepción de los usuarios (interno y externo) respecto a la limpieza del establecimiento de salud y se implementan acciones para su mejora. (**0**: No se cuantifica; **1**: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; **2**: El nivel está en los rangos esperados)

Fuente: NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

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	Criterios de evaluación	
			Código Criterio	Criterio
MRS.1	El establecimiento de salud está organizado para realizar la evaluación socioeconómica de los usuarios	Disponibilidad Accesibilidad	MRS1-1	El establecimiento de salud cuenta con un único sistema de evaluación socioeconómica de los usuarios que se implementa en todos los puntos de entrada de los usuarios las 24 horas del día. (**0**: No cuenta; **1**: Cuenta pero no está disponible las 24 horas; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			MRS1-2	El establecimiento de salud cuenta con un único sistema de evaluación socioeconómica de los usuarios que se implementa en todos los puntos de entrada de los usuarios las 24 horas del día. (**0**: No cuenta; **1**: Cuenta pero no está disponible las 24 horas; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			MRS1-3	El servicio social cuenta con servicio de Internet para realizar cruces de información de los usuarios con ESSALUD y RENIEC. (**0**: No cuenta; **1**: En proceso de implementación; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			MRS1-4	El establecimiento de salud realiza las evaluaciones socioeconómicas a los usuarios de consulta externa, emergencias, apoyo diagnóstico y hospitalización. (**0**: Sólo realiza en emergencias y hospitalización; **1**: Realiza en todos menos en una; **2**: Realiza en todos los servicios listados)
MRS.2	El establecimiento de salud destina recursos financieros para la atención de casos especiales y de extrema pobreza	Eficacia Eficiencia Accesibilidad Oportunidad	MRS2-1	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos de financiamiento para la atención de la población pobre y en extrema pobreza y éstos se aplican. (**0**: No destina; **1**: Destina esporádicamente; **2**: Destina por montos fijos y sostenibles)
			MRS2-2	Las tarifas del establecimiento de salud se adecúan a los lineamientos de política tarifaria del MINSA. (**0**: Exoneraciones a pacientes clasificados A; **1**: Exoneración mayoritaria a pacientes clasificados B; **2**: Sólo exonera a pacientes clasificados como C y que no acceden al SIS)

Fuente: NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL GENERAL DE JAÉN V°B° LIC. R. HIDALGO Q. UNIDAD DE LA CALIDAD

Macroproceso 20: Nutrición y Dietética (NYD)

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

Código	Estándar	Atributos relacionados	Criterios de evaluación	
			Código Criterio	Criterio
NYD.1	El establecimiento de salud está organizada para brindar servicio de nutrición y dietética, según normatividad vigente	Disponibilidad Oportunidad Eficiencia	NYD1-1	Se cuenta con un manual actualizado y disponible de normas y procedimientos técnico-administrativos de la atención nutricional y dietética. (**0**: No cuenta; **1**: Se cuenta, pero no está disponible ni actualizado; **2**:Cumple con lo establecido)
			NYD1-2	Se cuenta con un manual actualizado y disponible de normas y procedimientos técnico-administrativos de la atención nutricional y dietética. (**0**: No cuenta; **1**: Se cuenta, pero no está disponible ni actualizado; **2**:Cumple con lo establecido)
			NYD1-3	Se cuenta con un manual actualizado y disponible de normas y procedimientos técnico-administrativos de la atención nutricional y dietética. (**0**: No cuenta; **1**: Se cuenta, pero no está disponible ni actualizado; **2**:Cumple con lo establecido)
			NYD1-4	El establecimiento cuenta normas de manipulación de alimentos y éstas se aplican. (**0**: No se promueve; **1**: En proceso; **2**: Se cumple con lo establecido)
			NYD1-5	El establecimiento aplica buenas prácticas de almacenamiento de víveres perecibles y no perecibles. (**0**:No se realiza; **1**: En proceso; **2**: Se cumple con lo establecido).
			NYD1-6	El establecimiento aplica buenas prácticas de almacenamiento de víveres perecibles y no perecibles. (**0**:No se realiza; **1**: En proceso; **2**: Se cumple con lo establecido).
NYD.2	Los requerimientos de servicios nutricionales concuerdan con las necesidades de los pacientes y la prescripción médica	Disponibilidad Eficiencia	NYD2-1	El servicio de nutrición cuenta con un listado de regímenes estándar por patologías prevalentes que se encuentran detallados con composición de nutrientes, prescripciones dietéticas y menús diarios. (**0** :No cuenta; **1**: Cuenta con listados que no están detallados en su composición; **2**: Cumple con lo establecido)
			NYD2-2	El personal de enfermería/obstetricia verifica y registra la concordancia entre los menús del día y las distintas indicaciones dietéticas. (**0**: No se realiza; **1**: Se verifica, pero no sistemáticamente; **2**: Se cumple con lo establecido)
			NYD2-3	El personal de enfermería/obstetricia verifica y registra la concordancia entre los menús del día y las distintas indicaciones dietéticas.(**0**: No se realiza; **1**: Se verifica, pero no sistemáticamente; **2**: Se cumple con lo establecido)
			NYD2-4	Se lleva registro del porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios y se adoptan medidas correctivas. (**0**: No se cuantifica; **1**: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; **2**: El nivel está en los rangos esperados)

Fuente: NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

Macroproceso 21: Gestión de Insumos y Materiales (GIM)

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

Código	Estándar	Atributos relacionados	Criterios de evaluación	
			Código Criterio	Criterio
GIM.1	Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales	Eficacia Eficiencia	GIM1-1	Se cuenta con líneas de acción para planificar el requerimiento y la adquisición de insumos y materiales conforme a las normas vigentes. (**0**: No se han definido; **1**: Se tienen, pero no están acordes con la normatividad vigente; **2**: Se cumple con todo lo establecido)
			GIM1-2	El establecimiento de salud cuenta con plan anual de necesidades de bienes estratégicos por servicios inmerso en plan de adquisiciones que garantiza calidad de insumos y materiales requeridos (especificaciones técnicas, comité de evaluación de bienes estratégicos) (**0**: No cuenta con plan anual de necesidades; **1**: Tiene plan anual y los mecanismos para el control de calidad no se evidencia; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			GIM1-3	El establecimiento de salud cuenta con plan anual de necesidades de bienes estratégicos por servicios inmerso en plan de adquisiciones que garantiza calidad de insumos y materiales requeridos (especificaciones técnicas, comité de evaluación de bienes estratégicos) (**0**: No cuenta con plan anual de necesidades; **1**: Tiene plan anual y los mecanismos para el control de calidad no se evidencia; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			GIM1-4	Se tiene establecido y se aplican procedimientos para el control de insumos y materiales en el área de distribución (almacén). (**0**: No se han establecido; **1**: Se han establecido, pero no son de conocimiento del personal; **2**: Se cumple con todo lo establecido)
GIM.2	Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo a los procedimientos establecidos	Eficacia Efectividad	GIM2-1	Se tiene establecido y se aplican procedimientos para el control de insumos y materiales en el área de distribución (almacén). (**0**: No se han establecido; **1**: Se han establecido, pero no son de conocimiento del personal; **2**: Se cumple con todo lo establecido)
			GIM2-2	Se tiene establecido y se aplican procedimientos para el control de insumos y materiales en el área de distribución (almacén). (**0**: No se han establecido; **1**: Se han establecido, pero no son de conocimiento del personal; **2**: Se cumple con todo lo establecido)
			GIM2-3	Se tiene establecido y se aplican procedimientos para el control de insumos y materiales en el área de distribución (almacén).(**0**: No se han establecido; **1**: Se han establecido, pero no son de conocimiento del personal; **2**: Se cumple con todo lo establecido)
			GIM2-4	Se tiene establecido y se aplican procedimientos para el control de insumos y materiales en el área de distribución (almacén). (**0**: No se han establecido; **1**: Se han establecido, pero no son de conocimiento del personal; **2**: Se cumple con todo lo establecido)

Fuente: NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

MINISTERIO DE SALUD CIVIL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD V°B° C. R. HIDALGO O.

Macroproceso 22: Gestión de equipos e infraestructura (EIF)

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

Código	Estándar	Atributos relacionados	Criterios de evaluación	
			Código Criterio	Criterio
EIF. 1	El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica las normas para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operativa	Eficacia Eficiencia Disponibilidad	EIF1-1	Se tiene establecido y se aplican procedimientos para el control de insumos y materiales en el área de distribución (almacén). (**0**: No se han establecido; **1**: Se han establecido, pero no son de conocimiento del personal; **2**: Se cumple con todo lo establecido)
			EIF1-2	Se tiene establecido y se aplican procedimientos para el control de insumos y materiales en el área de distribución (almacén). (**0**: No se han establecido; **1**: Se han establecido, pero no son de conocimiento del personal; **2**: Se cumple con todo lo establecido)
			EIF1-3	Se tiene establecido y se aplican procedimientos para el control de insumos y materiales en el área de distribución (almacén). (**0**: No se han establecido; **1**: Se han establecido, pero no son de conocimiento del personal; **2**: Se cumple con todo lo establecido)
			EIF1-4	El personal que realiza el mantenimiento preventivo y de recuperación de la infraestructura y equipos está capacitado para ese fin durante el último año. (**0**: No tiene; **1**: Sí tiene, pero no cuenta con instrumentos; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			EIF1-5	El personal que realiza el mantenimiento preventivo y de recuperación de la infraestructura y equipos está capacitado para ese fin durante el último año. (**0**: No tiene; **1**: Sí tiene, pero no cuenta con instrumentos; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			EIF1-6	El establecimiento de salud cuenta con sistema de inventario y registro de operatividad de equipos e instrumentos. (**0**: No cuenta; **1**: Sí cuenta, pero no de los tres procesos; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			EIF1-7	El establecimiento de salud cuenta con sistema de inventario y registro de operatividad de equipos e instrumentos. (**0**: No cuenta; **1**: Sí cuenta, pero no de los tres procesos; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			EIF1-8	El establecimiento de salud cuenta con sistema de inventario y registro de operatividad de equipos e instrumentos. (**0**: No cuenta; **1**: Sí cuenta, pero no de los tres procesos; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			EIF1-9	El establecimiento de salud cuenta con sistema de inventario y registro de operatividad de equipos e instrumentos. (**0**: No cuenta; **1**: Sí cuenta, pero no de los tres procesos; **2**: Cumple con todo lo establecido)
EIF.2	El establecimiento de salud cuenta con información y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad	Eficacia Eficiencia Efectividad Disponibilidad	EIF2-1	El establecimiento de salud cuenta con sistema de inventario y registro de operatividad de equipos e instrumentos. (**0**: No cuenta; **1**: Sí cuenta, pero no de los tres procesos; **2**: Cumple con todo lo establecido)
			EIF2-2	Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a programación. (**0**: Lo aplica el 50% de las jefaturas de servicio; **1**: Lo aplica entre más del 50 y el 80%; **2**: Lo aplica más del 80%).
			EIF2-3	Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a programación. (**0**: Lo aplica el 50% de las jefaturas de servicio; **1**: Lo aplica entre más del 50 y el 80%; **2**: Lo aplica más del 80%).

uente: NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"