

ANEXO 8 VERIFICADORES, TECNICAS Y FUENTES AUDITABLES DE LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Macroproceso 1: Direccionamiento (DIR)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización despliega con eficacia los planes estratégico, operativo y de contingencia contribuyendo al desarrollo armónico de los servicios que la componen y al mejoramiento continuo, con la finalidad de brindar mejores servicios a los pacientes según prioridades sanitarias identificadas						
Código	Estandar	Criterios de Evaluación		Verificadores por Opciones de Calificación	Técnica de Evaluación a Utilizar	Fuentes Auditables
		Código Criterio	Criterio			
DIR-1	El establecimiento de salud define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y éstos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	DIR1-1	El establecimiento ha formulado participativamente y difundido su plan estratégico (misión, visión, políticas institucionales, objetivos y metas). 0: No ha formulado participativamente; 1: Ha formulado participativamente y no lo ha difundido; 2: Ha formulado participativamente y difundido.	0: Documento oficial del Plan Estratégico Institucional - PEI, elaborado solamente por el Equipo de Gestión 1: Actas de reunión de formulación del PEI participativamente 2: Actas de reuniones y/o talleres de difusión del PEI	Verificación/ Revisión de documentos	RD de aprobación del PEI. Actas de formulación del PEI Actas de reuniones y/o talleres de difusión del PEI ó cargos de difusión del plan.
		DIR1-2	La Dirección del establecimiento de salud asegura que las unidades de atención/servicios/departamentos formulen, implementen y evalúen actividades concordantes con el plan operativo institucional. 0: Asegura que formulen 1: Asegura que formulen e implementen, pero no evalúa; 2: Asegura que formulen, implementen y evalúen.	0: Planes de trabajo de las unidades elaborados en base a criterios de programación del Plan Operativo Institucional - POI 1: Muestra aleatoria del 50% de planes de trabajo de las unidades elaboradas e implementadas 2: Informes de monitoreo de avance de planes para los 2 últimos trimestres	Verificación/ Revisión de documentos	POI aprobado Hojas de trabajo oficiales mensual por unidad Informe de evaluación de avance trimestral por unidad (dos últimos trimestres)
		DIR1-3	Los planes estratégico, operativo y de contingencia se elaboran, conservan y actualizan según un procedimiento documentado. 0: No se elaboran o se elaboran según procedimiento documentado 1: Se elaboran, conservan de acuerdo a procedimiento documentado y no se actualizan; 2: Cumple con lo establecido.	0: PEI, POI y Plan de Contingencia. Procedimiento oficial documentado para elaboración, conservación y actualización de Planes 1: Se observa que los planes se conservan según procedimiento oficial 2: Se observa los planes Institucionales actualizados oficialmente.	Verificación/ Revisión de documentos	PEI, POI y Plan de Contingencia Procedimiento documentado oficializado para la elaboración, conservación y actualización de los planes formulados según normas vigentes
		DIR1-4	Se han identificado las principales necesidades de salud de los usuarios del establecimiento por etapas de vida. 0: No han identificado; 1: Sólo han identificado algunas necesidades de salud 2: Tiene identificadas las necesidades para todas las etapas de vida que atiende.	0: No cuenta con documentación oficial de identificación de necesidades de salud de usuarios por etapas de vida 1: Documentación oficial de identificación de necesidades de salud para algunas etapas de vida 2: Documentación oficial de identificación de necesidades de salud para todas las etapas de vida	Verificación/ Revisión de documentos	ASIS oficializado y actualizado (sección necesidades por etapas de vida)
		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 sido formulado; 1: Ha sido formulado pero no participativamente; 2: Ha sido formulado participativamente.	0: No hay documento oficial de Análisis de la Situación de Salud - ASIS 1: Documento oficial de Análisis de la Situación de Salud elaborado solamente por el equipo de gestión 2: Actas de reunión para formulación participativa del ASIS con listado de Participantes en su elaboración	Verificación/ Revisión de documentos	ASIS oficializado y actualizado según norma vigente Actas de reuniones para formulación del ASIS
		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.	0: Resultados del software de evaluación de las funciones obstétricas neonatales menor o igual al 50%. 1: Resultados del software de evaluación entre el 51% y el 80% reformular. 2: Resultados del software de evaluación igual o mayor al 80% según lo esperado.	Verificación/ Revisión de documentos	Informe de Evaluación Semestral de las FON con el porcentaje de avance (últimos dos semestres)
		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: La adhesión del personal es menor al 50%; 1: La adhesión del personal está entre el 50% y el 80%; 2: Logra adhesión mayor al 80%.	0: Guías de Práctica Clínica para atención de prioridades sanitarias oficializadas. Muestra aleatoria de diez (10) personas, de las cuales menos de 5 aplican las Guías. 1: Entre 5 a 8 personas aplican las Guías. 2: Más de 8 personas aplican las Guías (colocar porcentaje).	Muestreo Verificación/ Revisión documentaria	R.D. de aprobación de Guías de Práctica Clínica Las Guías de Práctica Clínica Historias clínicas seleccionadas (de patologías que cuentan con GPC)
		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: Define sus metas para menos del 50% de las estrategias 1: Define sus metas para el 50 y 80% de las estrategias; 2: Define para más del 80% de las estrategias.	0: Plan Operativo Anual – POA oficial incluye criterios de programación para 50% o menos de las Estrategias Sanitarias Nacionales - ESN 1: Incluye criterios de programación del 51% al 80% de ESN 2: Incluye criterios de programación para más del 80% de ESN.	Verificación/ Revisión de documentos	Plan Operativo Anual (con criterios de programación para las ESN)

DIR-2	Las actividades del plan son asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han mejorado la atención de los usuarios externos.	DIR2-1	Las actividades de los planes estratégico, operativo y de contingencias son asignadas formalmente a los responsables de cada unidad/área/servicio del establecimiento de salud. 0: No son asignadas formalmente; 1: Asignadas formalmente en forma parcial; 2: Asignadas en su totalidad.	0: No hay documentos oficiales que muestren la asignación de actividades a responsables de unidades/área/servicio 1: Documento(s) oficial(es) de asignación de actividades a algunos responsables 2: Documento(s) oficial(es) de asignación de actividades a todos los responsables.	Verificación/ Revisión de documentos	Documento de asignación a responsables de las actividades del PEI, POA y Plan de Contingencia
		DIR2-2	Los responsables dan cuenta de los resultados de las actividades contenidas en los planes estratégico, operativo y de contingencia en espacios de participación según lo establecido. 0: No dan cuenta; 1: Dan cuenta parcialmente o solo institucionalmente; 2: Dan cuenta en los espacios de participación establecidos.	0: No se tiene informes de resultados de actividades contenidas en los planes 1: Informes de resultados de algunos responsables o de todos al titular de la institución 2: Acta de reunión de presentación de informes de resultados de la organización en espacios de participación de la comunidad, para el último año.	Verificación/ Revisión de documentos	Informe de responsables de los resultados de las actividades contenidas en los planes a la autoridad institucional. Acta de reunión de presentación de informes a la comunidad.
		DIR2-3	El establecimiento de salud cumple con los resultados esperados en el Plan Operativo Anual a la fecha de evaluación. 0: Cumple menos del 60% del nivel esperado; 1: Cumple entre el 60% y 80%; 2: Cumple más del 80% del nivel esperado.	0: Informe de Evaluación con promedio ponderado de avance igual o menor a 60% de la meta correspondiente del POA. 1: Informe de avance entre el 61% y el 80% 2: Informe de avance mayor al 80%	Verificación/ Revisión de documentos	Informe de Evaluación Trimestral del POA

Macroproceso 2: Gestión de Recursos Humanos (GRH)

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

Código	Estandar	Criterios de Evaluación		Verificadores por Opciones de Calificación	Técnica de Evaluación a Utilizar	Fuentes Auditables
		Código Criterio	Criterio			
GRH-1	El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	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 cumple; 1: Cumple, pero no siempre está sustentado en el manual de organización y funciones; 2: Cumple con lo establecido.	0: El establecimiento no tiene documentado un proceso de selección del personal o no se cumple en la contratación de nuevo personal. 1: Existe documento del proceso de selección de personal, pero no cumple las Competencias requeridas en el Manual de Organización y Funciones. 2: El documento del proceso de selección de personal cubre los requerimientos del Manual de Organización y Funciones y se aplica en toda nueva contratación de personal.	Verificación/ Revisión de documentos	MOF aprobado con RD Reglamento del proceso de selección del personal según norma vigente
		GRH1-2	El establecimiento de salud tiene definido el procedimiento de inducción del personal y se cumple con todos los trabajadores nuevos. 0: No ha definido; 1: Define pero no cumple al 100%; 2: Define y cumple al 100%.	0: El establecimiento no cuenta con proceso de inducción de personal. 1: Se cuenta con proceso de inducción de personal definido y está documentado pero no se cumple en el 100% de nuevos procesos de contratación. 2: El proceso de inducción documentado se cumple en la contratación de todo personal nuevo.	Verificación/ Revisión documentaria	Procedimiento documentado oficializado de inducción del personal. Informe de inducción del personal del último semestre.
		GRH1-3	El establecimiento de salud ha definido formalmente las funciones de todos los trabajadores y lo comunica de acuerdo al cargo que ocupa. 0: Define para algunos puestos y no comunica; 1: Define formalmente para todos los puestos de trabajo, y no comunica; 2: Define para todos los puestos de trabajo y comunica formalmente.	0: El manual de organización y funciones no abarca todos los puestos de trabajo o éstas funciones no han sido comunicadas. 1: El manual de organización y funciones abarca todos los puestos de trabajo pero éstas funciones no han sido comunicadas. 2: El manual de organización y funciones abarca todos los puestos de trabajo y éstas funciones han sido comunicadas oficialmente a las respectivas instancias.	Verificación/ Revisión de documentos	Manual de Organización y Funciones aprobado Documentos de asignación de funciones después de aprobado el MOF y/o acta de reuniones de difusión del MOF
		GRH1-4	Las jefaturas de servicios/ departamentos/ áreas/ unidades analizan los resultados de productividad individual de acuerdo a los estándares establecidos por la autoridad del establecimiento. 0: No analizan 1: Algunos analizan 2: Todos analizan.	0: No se realiza análisis de los resultados de productividad por servicios/ departamentos/ áreas/ unidades. 1: Se verifica los reportes e informes de análisis de los resultados de productividad solamente de algunos servicios/ departamentos/ áreas/ unidades. 2: Se verifican reportes e informes de análisis de los resultados de productividad para todos servicios/ departamentos/ áreas/ unidades.	Verificación/ Revisión de documentos	Estándares de productividad individual establecidos por la institución Informes de los análisis de productividad individual

GRH-2	El(los) equipo(s) del establecimiento de salud participan en las decisiones y análisis de la situación institucional.	GRH2-1	Los trabajadores de salud se organizan en equipos multidisciplinarios, por servicios, unidades o procesos, para reunirse periódicamente y realizar una reflexión de su práctica relacionada con la situación institucional. 0: No se organizan 1: Se organizan y no se reúnen; 2: Cumplen con todo lo establecido.	0: No se cuenta con registros que evidencien la organización de los trabajadores en equipos multidisciplinarios para la reflexión de la práctica institucional. 1: Solamente se tiene documento oficial de conformación de equipos multidisciplinarios para la reflexión de su práctica relacionada con su situación institucional. 2: Se cuenta con documento oficial de conformación de equipos multidisciplinarios y actas de reunión en el último semestre para la reflexión de la práctica institucional en todos los servicios, unidades o procesos.	Verificación/ Revisión de documentos	Documentos de conformación de equipos todos los servicios, unidades o procesos Libro de actas de reuniones
		GRH2-2	Los equipos de trabajo del establecimiento de salud identifican problemas, proponen soluciones y participan en las decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos. 0: Sólo identifican; 1: Identifican y proponen; 2: Identifican, proponen y participan en las decisiones.	0: Se tiene evidencia oficial de que los equipos de trabajo del establecimiento identifican problemas en el desempeño de los recursos humanos. 1: Se tiene evidencia oficial de que los equipos del establecimiento identifican y proponen soluciones para mejorar el desempeño de los recursos humanos. 2: Se dispone de evidencia de la participación de los equipos de trabajo en la toma de decisiones sobre las alternativas de solución a los problemas priorizados del desempeño de los recursos humanos.	Verificación/ Revisión de documentaria	Actas de reuniones para el análisis, propuestas y toma de decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos Informe de propuestas al área respectiva
GRH-3	El establecimiento de salud dispone de medidas de seguridad para la salud del personal.	GRH3-1	El establecimiento de salud facilita medidas de bioseguridad para el manejo del paciente con enfermedades transmisibles, así como otras acciones para cautelar la salud del personal asistencial. 0: No facilita; 1: Facilita pero no cubre a todos a los trabajadores de áreas de riesgo; 2: Facilita y cubre a todos.	0: No hay evidencia de que el establecimiento implementa medidas de bioseguridad para la protección del paciente y el trabajador. 1: La evidencia (barreras primarias y/o secundarias) de implementación de medidas de bioseguridad se da en algunas áreas de riesgo. 2: Existe evidencia (barreras primarias y secundarias) de implementación de medidas de bioseguridad en todas las áreas de riesgo.	Verificación/ revisión de documentos Observación con lista de chequeo	Manual de bioseguridad. Informe de cumplimiento de medidas de aislamiento hospitalario
		GRH3-2	Todo recurso humano del establecimiento debe estar protegido con algún tipo de seguro de salud básico. 0: El personal no está protegido 1: El 80% del personal está protegido 2: El 100% está protegido.	0: No se evidencia documentación de aseguramiento básico de salud al personal del establecimiento. 1: Documentación oficial de aseguramiento básico de salud al personal entre un 80% a 99% (pago efectuado a EsSalud del trimestre anterior a la evaluación). 2: Documentación oficial de aseguramiento básico de salud al 100% de personal.	Verificación/ Revisión de documentos	Relación oficial de personal con N° de Autogenerado de ESSALUD o póliza de seguro individual
GRH-4	El establecimiento de salud garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.	GRH4-1 ESPECÍFICO PARA SECTOR PÚBLICO	El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano para que brinde servicios según el MAIS, priorizando el enfoque de promoción de la salud. 0: No cuenta con un plan 1: Cuenta con un plan pero no ejecuta 2: Cuenta con un plan y lo ejecuta.	0: No se cuenta con el plan de fortalecimiento de competencias en el MAIS para el recurso humano. 1: Tiene un plan oficial para el fortalecimiento de competencias en el MAIS. 2: Cuenta con evaluaciones trimestrales del plan de fortalecimiento de competencias en el MAIS durante el último año.	Verificación/ Revisión de documentos	Plan anual de capacitación Informe de evaluaciones trimestrales del plan
		GRH4-2	El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano, orientado a lograr los objetivos institucionales. 0: No cuenta con un plan 1: Cuenta con un plan pero no ejecuta 2: Cuenta con un plan y lo ejecuta.	0: No se cuenta con un plan de capacitación para el fortalecimiento de competencias genéricas y específicas en el recurso humano. 1: Tiene un plan oficializado para el fortalecimiento de competencias entre el recurso humano. 2: Cuenta con evaluación trimestral del plan de fortalecimiento de competencias durante el transcurso del año.	Verificación/ Revisión de documentos	Plan Operativo Anual Plan anual de capacitación de los recursos humanos Informe de evaluaciones trimestrales del plan

		GRH4-3	El establecimiento de salud garantiza que su personal ha sido capacitado en deberes y derechos de los usuarios y ha desarrollado una o más herramientas para evaluar su comprensión y cumplimiento. 0: El personal no ha sido capacitado 1: El personal ha sido capacitado pero el establecimiento no ha desarrollado herramientas para evaluar su comprensión y cumplimiento 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No hay evidencia de la capacitación al personal del establecimiento en deberes y derechos de los usuarios externos. 1: Solamente hay evidencia de la capacitación al personal del establecimiento sobre deberes y derechos de los usuarios externos. 2: Evidencia documentaria de la aplicación de herramientas que evalúan la comprensión y cumplimiento del personal del establecimiento en sus cuatro dimensiones (de reacción, aprendizaje, comportamiento y resultados)	Verificación / Revisión de documentos	Plan anual de capacitación que incluye el tema deberes y derechos de los usuarios externos Herramienta para evaluar comprensión Herramienta para evaluar cumplimiento
--	--	--------	--	--	---------------------------------------	---

Macroproceso 3: Gestión de la calidad (GCA)

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

Código	Estandar	Criterios de Evaluación		Verificadores por Opciones de Calificación	Técnica de Evaluación a Utilizar	Fuentes Auditables
		Código Criterio	Criterio			
GCA-1	El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.	GCA1-1	El establecimiento cuenta con un responsable de la calidad formalmente designado y capacitado para cumplir sus funciones. 0: No se cuenta; 1: Está formalmente designado pero no está capacitado; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: El establecimiento no tiene documento oficial de designación del responsable de calidad. 1: Existe documento oficial de designación del responsable de calidad. 2: Hay evidencia documentaria de capacitación al responsable de calidad designado oficialmente.	Verificación/ Revisión de documentos	Documento oficial de designación del Responsable de Calidad Legajo de responsable designado para verificar capacitación
		GCA1-2	Los diversos servicios o unidades funcionales cuentan con personal capacitado para realizar procesos de mejoramiento continuo de la calidad. 0: No cuenta con personal; 1: El personal que ejecuta estos procesos no está capacitado; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No hay personal capacitado en el diseño e implementación de procesos de mejora continua o estos procesos no se realizan. 1: Evidencia de la implementación de procesos de mejora continua a cargo de personal no capacitado. 2: Evidencia de la implementación de procesos de mejora continua a cargo de personal capacitado durante el último año.	Verificación/ Revisión de documentos	Proyectos de mejora implementados Constancias de capacitación
		GCA1-3	El establecimiento cuenta con equipos de mejoramiento continuo de la calidad constituidos y cumplen actividades según planificación. 0: No cuenta; 1: Cuenta pero no cumplen actividades según lo planificado 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No hay evidencia documentaria de conformación de equipos para el mejoramiento continuo de la calidad. 1: Documento oficial de conformación de equipos para la mejora continua. 2: Informes mensuales de actividades de los equipos para la mejora continua conformados oficialmente.	Verificación/ Revisión de documentos	Documento oficial de conformación de los equipos de mejoramiento continuo Actas de reuniones de las actividades de los equipos de mejora continua Informes de avance de los proyectos de mejora continua
		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 para procesos asistenciales o administrativos; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No hay manual de procedimientos documentados para los procesos asistenciales y administrativos. 1: Existe manual de procedimientos solamente para procesos asistenciales o solamente para procesos administrativos. 2: Existe manual de procedimientos para procesos asistenciales y administrativos en general o para aquellos que han sido priorizados en ambas áreas.	Verificación/ Revisión documentaria	Documentos con procedimientos asistenciales y administrativos priorizados
		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 y está orientado a un solo tipo de usuario ; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No cuenta con un programa de gestión o mejora de la calidad en el establecimiento. 1: Cuenta con documento oficial de un programa de mejora de la calidad orientado al usuario externo o al usuario interno. 2: Cuenta con documento oficial de un programa de mejora de la calidad orientado al usuario externo e interno.	Verificación/ Revisión documentaria	Programa/plan de gestión o mejora de la calidad orientado al usuario interno y externo aprobado con R.D.
GCA-2	El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.	GCA2-1	El establecimiento ha definido e implementa uno o varios mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de sus usuarios (buzón, encuestas, grupos focales, etc.) 0: No ha definido; 1: Ha definido pero no están implementados; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: El establecimiento no cuenta con mecanismos definidos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de los usuarios. 1: Cuenta con evidencia de que hay al menos un mecanismo definido para la atención de sugerencias, quejas o reclamos. 2: Se observa la implementación de un mecanismo para la atención de sugerencias, quejas o reclamos en los casos del último mes.	Verificación/ Revisión documentaria Observación con lista de chequeo de mecanismos	R.D. de formalización de los mecanismos para el recojo de sugerencias, quejas o reclamos Informe según período establecido de las sugerencias, quejas o reclamos

GCA2-2	El establecimiento de salud tiene documentado el proceso para analizar y responder a las quejas y reclamos de los usuarios (metodologías, instrumentos y periodicidad), para lo cual cumple con los pasos requeridos. 0: No está documentado; 1: Cuenta con el procedimiento documentado pero cumple parcialmente con los pasos; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No tiene mecanismo documentado para analizar y responder a la quejas y reclamos de los usuarios. 1: Documento oficial que registra la secuencia de pasos del mecanismo de análisis y respuesta a quejas y reclamos. 2: Se verifica el cumplimiento de la secuencia completa de pasos del mecanismo documentado para la atención de quejas y reclamos en el último mes.	Verificación/ Revisión de documentos	Documento oficial de formalización de los procesos para analizar y responder las quejas y reclamos Informe de cumplimiento de los procesos
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 ha definido; 1: Ha definido pero no ha sido difundida o no está adecuado culturalmente; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No cuenta con paquete definido de información sobre el proceso de atención a los usuarios. 1: Se dispone de documentación oficial sobre el paquete de información a los usuarios. 2: Evidencia documentaria que el paquete de información a usuarios oficial se difundió y está adecuado culturalmente.	Revisión documentaria Observación	Documento oficial que ha definido y difunde el paquete de información al usuario Tripticos, paneles, spots, etc.
GCA2-4	Se han establecido e implementan mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios en los diversos servicios o áreas de atención. 0: No se ha establecido; 1: Se ha establecido (documentado) pero no se implementan; 2: Cumple con todo lo establecido	0: Se observa que el establecimiento no garantiza la privacidad de la atención a los usuarios. 1: Existe disposiciones oficiales documentadas dirigidas a garantizar la privacidad de la atención. 2: Se observa el cumplimiento de las disposiciones oficiales documentadas para garantizar la privacidad en el 50% de las áreas.	Revisión documentaria Observación con lista de chequeo	Documento oficial que garanticen la privacidad de la atención del usuario (aprobadas con RD).
GCA2-5	Se identifican periódicamente las principales barreras de acceso de los usuarios a los servicios (pueden ser de tipo geográfico, arquitectónico, económico, cultural u organizacional), se documenta su análisis y se identifican acciones factibles de implementar desde la institución. 0: No se han identificado; 1: Se han identificado pero no se han establecido acciones para superarlas 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No hay evidencia de identificación de barreras de acceso de los usuarios a los servicios. 1: Informe ó Reporte de identificación de barreras de acceso que no contiene propuesta de acciones factibles de implementar. 2: Informe ó Reporte de identificación de barreras de acceso que contiene propuesta de acciones factibles de implementar.	Verificación/ Revisión de documentos	Informe de identificación y análisis de barreras de acceso de los usuarios, con propuesta de acciones factibles de implementar.
GCA2-6	Se desarrollan acciones para disminuir las barreras de acceso de los usuarios que dependen del establecimiento de salud de acuerdo con lo identificado. 0: No se ha desarrollado; 1: Se ha desarrollado menos del 80% de acciones identificadas; 2: Se ha desarrollado más del 80% de lo identificado.	0: No hay evidencia de la implementación de mejoras para la mejora del acceso de los usuarios a los servicios. 1: Tiene listado de barreras de acceso identificadas, tiene evidencia oficial de la implementación de mejoras para superar menos del 80% de las barreras. 2: Documentos oficiales de la implementación de mejoras para superar más del 80% de las barreras.	Observación Revisión de documentos	Informe oficial de implementación de mejoras para disminuir las barreras identificadas
GCA2-7	El establecimiento de salud muestra en un lugar visible su cartera de servicios y el cronograma de atención con responsables. 0: No muestra; 1: No válido; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se observa la cartera de servicios ni el cronograma de responsables de la Atención o no es visible al usuario externo. 1: No validado. 2: Muestra publicación oficial de la cartera de servicios y cronograma de responsables de la atención, visible al usuario externo.	Observación	Panel, letrero u otro medio oficial para la publicación de la cartera de servicios y responsables de la atención
GCA2-8	El establecimiento tiene fluxogramas de atención general, por servicios y señalización. 0: No tiene fluxograma ni señalización; 1: Tiene parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No cuenta con fluxograma de atención general o por servicios. 1: Cuenta con fluxograma oficial de atención general o en algunos servicios. 2: Cuenta con fluxograma oficial de atención en todos los servicios y con señalización.	Verificación Observación	Fluxogramas oficiales general, por servicio. Elementos de señalización.
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.	0: No se observa publicación de derechos de los pacientes en zonas de contacto (emergencia, consulta externa, hospitalización). 1: Se observa publicación de los derechos de los pacientes solamente en emergencia. 2: Se observa publicación de los derechos de los pacientes en emergencia, consulta externa y hospitalización.	Observación	Paneles o letreros con información sobre derecho de los pacientes

GCA-3	El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora	GCA3-1	El establecimiento evalúa la satisfacción del usuario interno y externo por lo menos semestralmente. 0: No evalúa 1: Evalúa anualmente; 2: Cumple lo establecido	0: No cuenta con evaluaciones oficiales de la satisfacción del usuario externo e interno. 1: Existe reporte ó informe oficial de la evaluación anual de la satisfacción del usuario de los últimos dos años. 2: Existe reporte ó informe oficial de evaluación semestral de la satisfacción del usuario de los últimos dos años.	Verificación/ Revisión de documentos	Informe oficial de la evaluación de la satisfacción del usuario externo e interno en forma semestral
		GCA3-2	Se cuantifica el porcentaje de quejas o reclamos atendidos oportunamente y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. 0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por encima de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados.	0: No hay evidencia de la cuantificación del porcentaje de quejas o reclamos atendidos. 1: Informe ó reporte oficial de las quejas o reclamos atendidos oportunamente que están por debajo del nivel esperado. 2: Informe ó reporte oficial de las quejas o reclamos atendidos oportunamente que demuestran resultados en el nivel esperado.	Verificación	Documento que defina metas de atención de quejas. Informe mensual de atención de quejas o reclamos
		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.	0: No hay evidencia de la medición oficial del porcentaje de usuarios que recibieron buen trato. 1: Informe / reporte oficial de la medición oficial del porcentaje de usuarios que recibieron buen trato con resultados menores a lo esperado. 2: Informe / reporte oficial de la medición oficial del porcentaje de usuarios que recibieron buen trato con resultados en los niveles esperados.	Verificación/ Revisión de documentos	Documento que defina metas de atención con buen trato. Informe de Encuestas sobre buen trato
		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.	0: No se cuantifica el porcentaje de usuarios que entendieron la información recibida en la atención. 1: Informe ó Reporte oficial del porcentaje de usuarios que entendieron la información recibida durante la atención con resultados menores a lo esperado. 2: Informe ó Reporte oficial del porcentaje de usuarios que entendieron la información recibida durante la atención con resultados en los niveles esperados.	Verificación/ Revisión de documentos	Documento que defina el nivel de percepción sobre información recibida en la atención. Informe de medición del nivel de percepción sobre información recibida en la atención.
		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.	0: No se cuantifica el porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención. 1: Informe ó reporte oficial del porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención con resultados menores a lo esperado. 2: Informe ó reporte oficial del porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención con resultados en los niveles esperados.	Verificación/ Revisión de documentos	Documento que defina metas de atención con privacidad. Informe de porcentaje de usuarios atendidos con privacidad (encuesta)
		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.	0: No se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados. 1: Informe ó reporte oficial del porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el resultado es menor a lo esperado. 2: Informe ó reporte oficial del porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el resultado en los niveles esperados.	Verificación/ Revisión de documentos	Documento que defina metas de usuarios satisfechos por la atención recibida. Informe de encuestas de satisfacción
		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.	0: No se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral. 1: Informe ó reporte del porcentaje de trabajadores satisfechos con el clima organizacional y el resultado es menor a lo esperado. 2: Informe ó reporte del porcentaje de trabajadores satisfechos con el clima organizacional y los resultados en los niveles esperados.	Verificación/ Revisión de documentos	Documento que defina metas de trabajadores satisfechos en su centro laboral. Informe de Encuestas de Clima Organizacional

		GCA3-8	El establecimiento mantiene por lo menos un proceso de atención priorizado producto de la implementación de los proyectos de mejora. 0: No mantiene ninguno; 1: Mantiene pero no como producto de la implementación de los proyectos de mejora; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se cuenta con evidencia sobre procesos de atención priorizados para su mejora en el establecimiento. 1: Se cuenta con documentación oficial de un proceso de atención priorizado sin relación a la implementación de proyectos de mejora. 2: Se cuenta con documentación oficial de un proceso de atención priorizado para su mejora en relación a resultados exitosos de proyectos de mejora continua.	Verificación/ Revisión de documentos	Documentos con procedimientos asistenciales y administrativos priorizados Proyectos de mejora implementados Informes periódicos sobre el mantenimiento de procesos de atención en relación a un proyecto de mejora
--	--	--------	--	--	---	--

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

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

Código	Estandar	Criterios de Evaluación		Verificadores por Opciones de Calificación	Técnica de Evaluación a Utilizar	Fuentes Auditables
		Código Criterio	Criterio			
MRA-1	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	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 los tiene definidos; 1: Tiene definidos pero no realiza acciones o no las documenta; 2: Cumple con lo establecido.	0: No hay documentos de designación oficial a los responsables para el manejo de riesgos de la atención. 1: Documentación de designación oficial de los responsables. 2: Documentación que registra las acciones realizadas por los responsables designados oficialmente para el manejo de riesgos.	Verificación/ Revisión de documentos	Documento de designación de responsables por servicios/áreas para el manejo de riesgos Informes de acciones realizadas para el manejo de riesgos
		MRA1-2	El establecimiento de salud cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica operativa de acuerdo con normas vigentes 0: No cuenta; 1: Cuenta, aunque no siempre está operativo; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se cuenta con sistema de vigilancia epidemiológica operativo. 1: Documento oficial que describe el sistema de vigilancia epidemiológico. 2: Reportes del sistema de vigilancia epidemiológica del último semestre.	Verificación/ Revisión de documentos	Documento oficial que describe el sistema de vigilancia epidemiológica. Informe de operativización del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del último semestre
		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 realiza reuniones 1: Se dan reuniones, las documenta pero no propone mecanismos para disminuir su ocurrencia; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se realiza análisis de la gestión de riesgos en los procesos de atención. 1: Actas oficiales de reuniones en el establecimiento para análisis de la gestión de riesgos en la atención. 2: Informe oficial con propuestas para la disminución de los riesgos de la atención identificados en las reuniones.	Verificación/ Revisión de documentos	Actas de reuniones de análisis de gestión de riesgos en la atención Informe con propuestas para la disminución de riesgos de la atención
		MRA1-4	Se cuenta con un sistema operativo de vigilancia y respuesta frente a los eventos adversos de acuerdo con normas institucionales 0: No cuenta; 1: Se cuenta pero no está operativo; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se cuenta o se aplica el Plan para la Seguridad del Paciente del hospital/ Microrred. 1: Documento oficial del Plan para la Seguridad del Paciente del hospital/ Microrred. 2: Evaluación de los últimos semestre/trimestres de las actividades del Plan de Seguridad del Paciente.	Verificación/ Revisión de documentos	Documento oficial que describe el sistema de vigilancia y respuesta frente a eventos adversos. Informe de evaluación de la vigilancia de eventos adversos del último semestre.
		MRA1-5	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para hacer pública la información relevante de la gestión de riesgos de la atención y los cambios por efectuar 0: No cuenta 1: Cuenta con mecanismos pero no presentan los cambios a efectuar; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se cuenta con mecanismos para hacer pública la información referida a la gestión de riesgos y los cambios por efectuar. 1: Se tiene mecanismo documentado oficialmente para hacer pública la información referida a la gestión de riesgos. 2: Se observa la forma en que se hace pública la información sobre la gestión de riesgos y los cambios por efectuar.	Verificación/ Revisión de documentos Observación	Documento oficial que contenga los Mecanismos para hacer pública la información referida a la gestión de riesgos y los cambios por efectuar
		MRA1-6	Se realiza periódicamente el análisis de cuán efectiva es la atención materna mediante indicadores propuestos para la organización según normas 0: No realiza; 1: Se realiza pero no de acuerdo a normatividad; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se realiza el análisis de la efectividad de la atención materna de acuerdo a indicadores establecidos según normatividad. 1: Informe / Reporte de análisis de indicadores de la efectividad de la atención materna de forma paralela a la normatividad oficial. 2: Informe / Reporte de análisis de indicadores de la efectividad de la atención	Verificación/ Revisión de documentos	Tres últimos informes de análisis de indicadores de la efectividad de la atención materna. Indicadores de calidad materno neonatal.
		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 ha logrado; 1: NO VALIDO; 2: Ha logrado una reducción sostenida.	0: No cuenta con evidencia de la reducción de casos de muertes maternas en los últimos cinco años. 1: No válido 2: Reporte anual de casos de muertes maternas correspondiente a los últimos cinco años.	Verificación/ Revisión de documentos	Informe de tasa de mortalidad materna de los últimos cinco años

		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 los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, así como los riesgos de no recibir tratamiento. 0: No tiene definido o tiene definido para algunos procedimientos; 1: Tiene definido y se realiza sin previa información al paciente; 2: Se cumple con lo establecido.	0: Ausencia de evidencia de proceso de obtención del consentimiento informado o existe evidencia para algunos procedimientos diagnósticos o terapéuticos. 1: Presencia del formato de consentimiento informado en una muestra aleatoria de historias clínicas del último mes pero que no evidencian la información previa al paciente o familiares. 2: Presencia del formato de consentimiento informado en una muestra aleatoria de historias clínicas en el último mes en las que el paciente o sus familiares corroboran la recepción de información previa.	Verificación/ Revisión de documentos Entrevista a una muestra de 10 pacientes informados sobre consentimiento informado	Documento que contiene el Mapa Global de procesos o fluxograma del consentimiento informado Resultados de entrevista a diez pacientes informados sobre consentimiento informado
		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 cuenta; 1: NO VALIDO; 2: Cumple con lo establecido.	0: No hay evidencia de un procedimiento diferenciado para la obtención del consentimiento informado, no cuenta con formato diferenciado de consentimiento informado. 1: No válido 2: Documento oficial del procedimiento diferenciado para la obtención del consentimiento informado o formatos de consentimiento informado diferenciado.	Verificación/ Revisión de documentos	Formato/s de consentimiento informado
		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 cumple con lo establecido.	0: No hay un formato oficial para la firma del paciente que decide no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional de salud. 1: No válido 2: Existe un documento/formato oficial para la firma del paciente que rehúsa un procedimiento o tratamiento.	Verificación/ Revisión de documentos	documento/formato oficial de rechazo al procedimiento o tratamiento
		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 se implementa 1: Se implementa parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.	0: No cuenta con metodología oficial para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de riesgos en la atención. 1: Informes de evaluación del conocimiento del usuario interno con metodología oficial en algunas áreas / unidades del establecimiento. 2: Informes de evaluación del conocimiento del usuario interno con metodología oficial en todas áreas / unidades del establecimiento.	Verificación/ Revisión de documentos	Documento oficial que contiene la metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre manejos de riesgo de la atención Informes de evaluación del conocimiento del usuario interno
MRA-2	El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases.	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 se ajusta a la norma 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No cuenta con análisis oficial de la situación de la seguridad transfusional. 1: Documento/informe oficial del análisis/evaluación de la seguridad transfusional con procedimiento paralelo a la normatividad. 2: Documento oficial de análisis de la seguridad transfusional con procedimientos de acuerdo a la normatividad.	Verificación/ Revisión de documentos	Informe de análisis de indicadores de seguridad transfusional, según norma
		MRA2-2	El establecimiento de salud garantiza la utilización de sangre certificada y de donantes voluntarios según las normas 0: No garantiza 1: NO VALIDO; 2: Garantiza.	0: No evidencia cumplimiento de normas para garantizar la utilización de sangre certificada. 1: No válido 2: Se observa el cumplimiento de normatividad de PRONAHEBAS para la utilización de sangre certificada.	Verificación/ Revisión de documentos Observación con lista de chequeo	Sellos de seguridad de la sangre en bolsas de sangre Numero de unidades transfundidas Registro de Donantes Voluntarios
		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 indican 1: Se indican, pero no se aplican o se aplican parcialmente; 2: Cumple con todo.	0: No se observan medidas de seguridad para el manejo de medicamentos o insumos que pueden originar eventos adversos. 1: Documento oficial de implementación de medidas de seguridad en el manejo de medicamentos presente en muestra aleatoria del 50% de áreas / unidades. 2: Se observa en muestra aleatoria de cinco áreas / unidades la implementación de medidas de seguridad documentadas oficialmente en el manejo de medicamentos e insumos.	Revisión de documentos Observación con Lista de chequeo según medidas de seguridad	Manual de seguridad para el manejo de medicamentos e insumos Documento que contiene las medidas de seguridad para el manejo de medicamentos e insumos
		MRA2-4	Se emplea un mecanismo para identificar las placas radiográficas a fin de prevenir errores o confusiones por etiquetado 0: No se emplea 1: NO VALIDO; 2: Se emplea con lo establecido.	0: No cuenta con mecanismo para identificación de placas radiográficas. 1: No válido 2: Se observa utilización de mecanismo para la identificación de placas radiográficas en muestra aleatoria de placas del último mes.	Verificación/ revisión de documentos Observación Muestreo	Documento que indica un mecanismo para realizar el etiquetado de placas radiográficas

		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 han establecido 1: Han establecido y no aplican medidas; 2: Han establecido y aplican.	0: No cuenta con medidas oficiales dirigidas a prevenir errores o confusiones debidas a la mala identificación de la persona o zona anatómica. 1: Existe documento oficial de mecanismos dirigidos a prevenir errores por mala identificación de la persona o zona anatómica. 2: Se observa en muestra aleatoria del 50% de pacientes internados en áreas / unidades para procedimientos quirúrgicos los mecanismos utilizados para la identificación según disposiciones oficiales.	Verificación/ revisión de documentos Observación Lista de chequeo en función del procedimiento	Documento que contiene las medidas para prevenir errores de identificación
		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 evalúa; 1: Se evalúa el riesgo, pero no se efectúan medidas preventivas; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se evalúa el riesgo de los pacientes a desarrollar úlceras de presión. 1: Se observa en el 50% de pacientes internados la evaluación del riesgo de desarrollo de úlceras de presión según formato oficial. 2: Se observa en muestra similar de pacientes la implementación de medidas preventivas luego de la evaluación del riesgo de desarrollo de úlceras de presión según formato oficial.	Verificación/ revisión de documentos Observación	Manual de procedimientos de enfermería en pacientes postrados Historias Clínicas de pacientes en riesgo
		MRA2-7	Se evalúa en cada paciente hospitalizado, al ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar y se utilizan las medidas apropiadas para evitarlos 0: No se evalúa o se evalúa parcialmente; 1: Se evalúa el riesgo pero no se emplean medidas para evitarlas; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se evalúa el riesgo a desarrollar trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar en pacientes hospitalizados. 1: Se observa en el 50% de pacientes internados la evaluación del riesgo de desarrollo de trombosis venosa profunda y tromboembolismo según formato oficial. 2: Se observa en muestra similar de internados la implementación de medidas preventivas luego de la evaluación del riesgo de desarrollo de trombosis venosa profunda y tromboembolismo según formato oficial.	Verificación/ revisión de documentos Observación con lista de chequeo	Guía práctica clínica de TVP y TEP Historias Clínicas de pacientes en riesgo
		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 evalúa; 1: Se evalúa pero no según lo indicado o no se aplican las medidas preventivas; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se evalúa el riesgo de aspiración en pacientes internados. 1: Se observa en el 50% de pacientes internados la evaluación del riesgo de aspiración con formato oficial. 2: Se observa en muestra similar de internados la implementación de medidas preventivas luego de la evaluación del riesgo de aspiración con formato oficial.	Verificación/ revisión de documentos Observación con Lista de chequeo	Manual de procedimientos de enfermería Historias Clínicas de pacientes en riesgo
		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 evalúa; 1: Se evalúa el riesgo de desarrollar desnutrición, pero no se emplean medidas para evitarla; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se evalúa el riesgo de desarrollo de desnutrición en pacientes internados. 1: Se observa en el 50% de internados la evaluación del riesgo de desarrollo de desnutrición con formato oficial. 2: Se observa en muestra similar de internados la implementación de medidas preventivas luego de la evaluación del riesgo de desarrollo de desnutrición con formato oficial.	Verificación/ revisión de documentos Auditorías de Historias Clínicas Muestra	Guías de práctica clínica que contiene medidas de prevención de la desnutrición Historias Clínicas de pacientes en riesgo Formato oficial para evaluación de desnutrición
MRA-3	El establecimiento cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de infecciones	MRA3-1	Se emplean institucionalmente métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres 0: No se emplea 1: NO VALIDO 2: Se cumple con lo establecido.	0: No se emplean métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres. 1: No válido 2: Se observa en 10 pacientes la implementación de métodos documentados oficialmente para la prevención de infección por uso de catéteres.	Verificación/ revisión de documentos Observación con lista de chequeo	Documento estableciendo métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres
		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 evalúa; 1: Se evalúa el riesgo de infección, pero no se da profilaxis antibiótica o esta profilaxis no corresponde a la GPC; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se evalúa el riesgo de infección del sitio quirúrgico en función de la intervención prevista. 1: Se cumple evaluación del riesgo de infección del sitio quirúrgico y la administración de profilaxis antibiótica. 2: Se cumple evaluación del riesgo de infección del sitio quirúrgico en además de la administración de profilaxis antibiótica es conforme a la Guía de Práctica Clínica.	Verificación/ revisión de documentos Observación con lista de chequeo para verificar en una muestra de 10 historias	Guías de práctica clínica Historias Clínicas

		MRA3-3	Se cuenta con dispensadores de soluciones antisépticas y papel toalla en todas las áreas de manejo de pacientes según normatividad 0: Se cuentan en menos del 50% de áreas; 1: Existen en menos del 90% de áreas; 2: Existen en el 90% o más de áreas.	0: Presencia de dispensadores de soluciones antisépticas y papel toalla en menos del 50% de ambientes del total de áreas / unidades. 1: Presencia de estos insumos en menos del 90% del total de ambientes. 2: Presencia de estos insumos en más del 90% del total de ambientes.	Observación con lista de chequeo de servicios	soluciones antisépticas y papel toalla en áreas de manejo de pacientes
		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 se cuenta con mecanismos de control 1: Se cuenta con mecanismos de control pero no se evalúa el cumplimiento de las medidas; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con mecanismos de control del cumplimiento de las medidas de bioseguridad. 1: Documento oficial que registra los mecanismos de control del cumplimiento de las medidas de bioseguridad. 2: Informe de evaluación del cumplimiento de las medidas de bioseguridad según documento oficial del último trimestre o semestre.	Verificación/ revisión de documentos	Manual de bioseguridad Plan de Implementación de las medidas de bioseguridad Informe trimestral del cumplimiento de las medidas de bioseguridad
MRA-4	El establecimiento de salud cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión: recolección, análisis y reporte.	MRA4-1	El establecimiento dispone de un procedimiento para la vigilancia, seguimiento y manejo de los casos de infección intrahospitalaria. 0: No dispone de procedimiento; 1: Dispone pero no realiza vigilancia, seguimiento y manejo o los realiza parcialmente; 2: Se cumple con todo lo establecido.	0: No se dispone de un procedimiento para la vigilancia, seguimiento y manejo de los casos de infección intrahospitalaria. 1: Documento oficial que contiene el procedimiento señalado. 2: Informes ó Reportes de vigilancia, seguimiento y manejo de las infecciones intrahospitalarias para el último año.	Verificación/ revisión de documentaria	Documento que establece procedimiento para la vigilancia seguimiento y manejo de casos de IHH, Reportes de vigilancia de IHH, Ficha de seguimiento mensual de pacientes
		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 cuenta con la informacion o la tiene incompleta 1: Tienen la informacion pero no reporta; 2: Se cumple con lo establecido.	0: No se dispone de información sobre la tasa de infecciones intrahospitalarias y las vías de infección. 1: Documentos oficiales con información sobre las tasas de infecciones y vías de infección para el último año. 2: Informe oficial dirigido al nivel inmediato superior sobre conteniendo los resultados de la información señalada.	Verificación/ revisión de documentos	Informe mensual de la tasa de incidencia de Infecciones Intra Hospitalarias
		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 según norma; 2: Siempre se evalúa según lo establecido en la norma.	0: No se evalúa el registro de infecciones. 1: Registro de las infecciones e identificación de la cepa y antibioticoterapia no acorde a normas. 2: Registro de las infecciones, identificando la cepa prevalente con implementación de normas de antibioticoterapia de acuerdo a disposiciones oficiales.	Verificación/ revisión de documentos	Informe mensual del registro de Infecciones Intra Hospitalarias Informe sobre la identificación de cepas prevalentes Informe de evaluación de la implementación de normas de antibioticoterapia
		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: No está incorporado; 1: Está incorporado, pero los objetivos no están claros y/o no son medibles; 2: Está incorporado y los objetivos son claros y medibles.	0: El plan estratégico no incorpora objetivos de prevención y control de infecciones. 1: El plan estratégico incorpora objetivos de prevención y control de infecciones, pero no dispone de indicadores. 2: El plan estratégico dispone de indicadores para medir los objetivos señalados.	Verificación/ revisión de documentos	Plan oficial de prevención y control de Infecciones Intra Hospitalarias Plan Estratégico Institucional
MRA-5	El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.	MRA5-1	El personal profesional de enfermería cuenta y aplica las guías de atención de enfermería por servicios y están actualizadas. 0: No cuenta 1: Cuenta, pero no aplica o aplica parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.	0: El personal profesional de enfermería no cuenta con guías de atención. 1: Guías de atención de enfermería oficializadas y están actualizadas. 2: Guías de atención de enfermería oficializadas y se verifica su implementación en historias clínicas del último mes.	auditoria de 10 historias clínicas	Guías de atención de enfermería actualizadas y aprobadas con R.D Historias clínicas
		MRA5-2	El personal profesional de enfermería elabora, aplica un plan de atención de enfermería y registra los procedimientos realizados. 0: No elabora; 1: Elabora, pero no aplica o no registra; 2: Elabora, aplica y registra.	0: El personal de enfermería no elabora un plan de atención. 1: El personal de enfermería elabora un plan de atención pero no aplica o no registra, evidenciado en 10 historias clínicas. 2: Se verifica la elaboración, registro y aplicación de un plan de atención de enfermería en 10 historias clínicas del último mes.	auditoria	Plan de intervencion de enfermería Historias Clínicas
		MRA5-3	El personal profesional de enfermería asegura la administración correcta de medicamentos (vía, dosis, paciente, hora y medicamento). 0: No asegura; 1: NO VALIDO; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: El personal de enfermería no asegura la administración correcta de Medicamentos. 1: No válido. 2: Se verifica la administración correcta de medicamentos (vía, dosis, paciente, hora y medicamento)	Verificación/ revisión de documentos Observación con lista de chequeo en 10 historias clínicas.	MAPRO de administración de medicamentos Historia Clínica kardex de enfermería

		MRA5-4	El personal profesional de enfermería identifica, reporta y registra todos los eventos adversos ocurridos en los pacientes 0: No identifica; 1: Identifica y no reporta o no registra; 2: Cumple con lo indicado.	0: El personal de enfermería no identifica los eventos adversos ocurridos. 1: Se verifica existencia de listado de eventos adversos identificados por parte del personal de enfermería. 2: Reportes oficiales de los eventos adversos ocurridos.	Verificación/revisión de documentos	Historia clínica Documento de reporte de eventos adversos Fichas de notificación de eventos adversos
		MRA5-5	El personal de enfermería realiza acciones de mejora para aquellas condiciones causantes de eventos adversos que dependen de su personal 0: No realiza; 1: A veces realiza según caso de eventos adversos; 2: Siempre realiza según caso de eventos adversos.	0: No se realizan acciones de mejora de las condiciones causantes de eventos adversos. 1: Documentos oficiales de la disposición ocasional de acciones para mejorar estas condiciones. 2: Documentos oficiales de la disposición permanente de acciones para mejorar las condiciones causantes.	Verificación/revisión de documentos	Actas de reuniones de análisis de eventos adversos Documento de acciones de mejora.
MRA-6	El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	MRA6-1	El personal usa indumentaria de protección que cumple las normas de bioseguridad para sus labores acorde a los riesgos existentes en su área de trabajo según normas 0: Usa menos de 60% del personal; 1: Usa del 60 al 80%; 2: Usa el 100%.	0: Se verifica que menos del 60% del personal usa indumentaria de protección según normas de bioseguridad en su área de trabajo para un turno aleatorio de labor. 1: Se verifica que entre el 60% al 80% del personal usa indumentaria. 2: Se verifica que el 100% del personal usa esta indumentaria en su área de trabajo para una muestra similar.	Observación con Lista de chequeo sobre una muestra de 10 trabajadores por áreas de riesgo	Manual de bioseguridad
		MRA6-2	Existen cartillas visibles de bioseguridad en todos los ambientes de atención 0: No existen o no están visibles; 1: Existen parcialmente y están visibles; 2: Cumple con lo establecido.	0: No existen cartillas visibles de bioseguridad. 1: Se observa en algunas áreas de trabajo la existencia de estas cartillas. 2: Se observa las cartillas en todas las áreas de trabajo.	Observación con Lista de chequeo	Cartillas visibles en servicios
		MRA6-3	La provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación y lavado, se realiza según procedimientos documentados 0: No se cumple procedimientos; 1: Se cumplen procedimientos parcialmente; 2: Se cumple con lo establecido.	0: No se cumplen procedimientos para la provisión de ropa, así como su descontaminación y lavado. 1: Se verifica que los procedimientos cumplen parcialmente la norma mediante lista de chequeo. 2: Se verifica que los procedimientos cumplen integralmente la norma según lista de chequeo.	Verificación Observación con lista de chequeo	Documento de procedimiento para la provisión, lavado y descontaminación de ropa del personal (SOP, emergencia, UCI u otras áreas de riesgo)
		MRA6-4	La provisión de materiales e insumos de bioseguridad se realiza de acuerdo a la normatividad. 0: No se realiza de acuerdo a normas; 1: Cumple parcialmente las normas; 2: Se cumple con lo establecido.	0: No se realiza provisión de materiales e insumos de bioseguridad. 1: La provisión de materiales e insumos cumple parcialmente la normatividad 2: La provisión de materiales e insumos cumple totalmente la normatividad.	Verificación/revisión de documentos Observación con lista de chequeo	Documentos de requerimientos de materiales e insumos de bioseguridad según norma Pecosas
		MRA6-5	Se reportan, registran y toman acciones inmediatas con el personal frente a un accidente punzocortante según la evaluación del riesgo. 0: No se reportan; 1: Se reportan o registran parcialmente, pero no se toman acciones inmediatas; 2: Se cumple con lo establecido.	0: No se toman acciones inmediatas con el personal frente a un accidente punzocortante. 1: Registros oficiales de los accidentes punzocortantes ocurridos al personal. 2: Documento oficial que dispone acciones inmediatas a realizar con el personal frente a un accidente punzocortante.	Verificación/revisión de documentos	Reporte de accidentes punzocortantes Informe de acciones realizadas según norma
		MRA6-6	En el establecimiento existen instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las precauciones por adoptarse, las cuales están disponibles en los respectivos servicios 0: No existen o existen parcialmente; 1: Existen pero no están disponibles; 2: Se cumple con lo establecido.	0: No existen instrucciones sobre el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las precauciones adoptarse. 1: Documento oficial que contiene las instrucciones señaladas anteriormente. 2: Documento oficial de difusión de las instrucciones señaladas y las precauciones a cumplirse entre el personal.	Verificación/revisión de documentos Observación	documento que contenga instrucciones sobre riesgo de transmisión
		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: Se implementan programas para menos del 50% de los riesgos según mapa; 1: Se implementan para el 50% y 80% de riesgos y/o procedimientos parcialmente; 2: Se implementan para más del 80% de riesgos.	0: Se verifica documentos oficiales que establecen medidas preventivas en menos del 50% de patologías según mapa de riesgos 1: Se verifica documentos oficiales que muestran la cobertura entre el 50% y el 80% de las patologías. 2: Se verifica documentación oficial que cobertura más del 80% de las patologías.	Verificación/revisión de documentos	Documento que contiene la identificación de riesgos Programas preventivos en base a identificación de riesgos Informe de evaluación de la implementación de los programas

		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 cumplen 1: Cumplen con los procesos parcialmente; 2: Cumplen con lo establecido.	0: Los trabajadores no cumplen con los procesos y procedimientos para realizar la descontaminación al finalizar su jornada. 1: Se verifica que cumplen parcialmente según lista de chequeo en una muestra del 50% de trabajadores. 2: Se verifica que cumplen totalmente según lista de chequeo en muestra similar.	Verificación/revisión de documentos Observación con Lista de chequeo según norma	Documento de procedimiento de descontaminación de las áreas de riesgo
		MRA6-9 El personal del establecimientos aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos, relativos al tipo de trabajo que realizan. 0: Aplica menos del 50% del personal; 1: Aplica del 50% al 80%; 2: Aplica más del 80%.	0: Se verifica que menos del 50% del personal aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos relativos al trabajo que realizan sobre una muestra del 50% de trabajadores en un turno laboral. 1: Se verifica que entre el 50% al 80% del personal aplica los manuales en muestra similar. 2: Se verifica que más del 80% de personal aplica los manuales en muestra similar.	Observación con Lista de chequeo Verificación/revisión de documentos	Manual de prevención y atención de riesgos
		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 garantiza 1: NO VÁLIDO; 2: Garantiza el tratamiento y la realización oportuna de exámenes.	0: No se realizan oportunamente los exámenes correspondientes y el tratamiento específico para el personal que sufre un accidente punzocortante. 1: No válido. 2: Documento oficial que establece disposiciones a seguir en estos casos.	Verificación/revisión de documentos	Reporte de manejo de casos de accidentes punzocortantes
MRA-7	El establecimiento de salud garantiza el control de desechos, residuos y disponibilidad de agua segura.	MRA7-1 Se cuenta con el manual de procedimientos para la eliminación de residuos sólidos y éstos son conocidos por el personal 0: No cuenta; 1: Cuenta pero no es conocido; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con el manual para eliminación de residuos sólidos. 1: Cuenta con manual de eliminación de residuos sólidos. 2: Cuenta con manual y existe evidencia de su difusión y de ser conocido por el personal.	Verificación/revisión de documentos Entrevista	Manual para la eliminación de residuos sólidos Documentos y Material de difusión de procedimientos para eliminación de residuos sólidos
		MRA7-2 La recolección de residuos sólidos se realiza de acuerdo con la norma. 0: No realiza de acuerdo a la norma; 1: Se realiza pero cumple parcialmente con la norma; 2: Se cumple lo establecido.	0: Se observa que la recolección de residuos sólidos no se realiza de acuerdo a normas vigentes. 1: Se observa que en la recolección de estos residuos se cumple parcialmente la norma. 2: Se observa que la recolección de residuos cumple todas las disposiciones normativas.	Observación con Lista de chequeo	Documento oficial de manejo de residuos sólidos hospitalarios
		MRA7-3 El retiro, eliminación y disposición final de residuos se realiza de acuerdo con la norma vigente. 0: No realiza de acuerdo a la norma; 1: NO VALIDO; 2: Se cumple lo establecido.	0: Se observa que el retiro, eliminación y disposición final de residuos no se realiza de acuerdo a la norma. 1: No válido. 2: Se observa el cumplimiento de las normatividad en el retiro, eliminación y disposición final de residuos.	Observación con Lista de chequeo	Documento oficial de manejo de residuos sólidos hospitalarios
		MRA7-4 El establecimiento garantiza la disponibilidad de agua segura en los procesos de atención. 0: No garantiza 1: NO VALIDO; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se garantiza la disposición de agua segura en los procesos de atención. 1: No válido. 2: Se observa el uso de agua segura en los procesos de atención.	Verificación/revisión de documentos	Documento oficial de control de calidad del agua
MRA-8	El establecimiento de salud y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura.	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.	0: No se coordina con el gobierno local para realizar los procedimientos de saneamiento básico y el derecho al suministro de agua segura a los usuarios. 1: Documento oficial de coordinación con el gobierno local para la realización de estos procedimientos. 2: Evidencia documentaria o fotográfica de la participación en estos procesos.	Verificación/revisión de documentos	Documentos de coordinación y/o fotografías
		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.	0: No se coordina con el gobierno local para participar en los procesos de edificación y mantenimiento de los pozos elevados. 1: Documento oficial de coordinación con el gobierno local sobre su participación en estos procesos. 2: Evidencia documentaria o fotográfica de la participación en estos procesos.	Verificación/revisión de documentos	Documentos de coordinación y/o fotografías

		MRA8-3 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA	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.	0: No se coordina con el Gobierno local para informar y capacitar a la población sobre medidas de saneamiento básico y agua segura. 1: Documento oficial de coordinación e información sobre estas medidas. 2: Se capacita a la población sobre estas medidas según documento oficial de coordinación.	Verificación/visión de documentos	Documentos de coordinación y/o evidencias (fotografías, etc) Informe de capacitaciones realizadas a la comunidad
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	Estandar	Código Criterio	Criterio	Fuentes de Verificación según Guía del Evaluador	Técnica a utilizar	Fuentes de Verificación
GSD-1	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	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: Cuenta pero no está vigente; 2: Cuenta y está vigente	0: No se cuenta con el certificado de inspección técnica de seguridad en Defensa Civil. 1: Se verifica que el certificado de inspección no está vigente. 2: Se verifica existencia del certificado vigente.	Verificación/visión de documentos	Certificado de Inspección Técnica, vigente
		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: Menos del 50% de las obras cumplen con los estándares; 1: Entre el 50 a 80% de las obras cumplen con estándares; 2: Mas del 80% de las obras cumplen.	0: Se verifica en los informes oficiales que menos del 50% de las obras del establecimiento cumplen con los estándares de evaluación de seguridad. 1: Se verifica en los informes oficiales que entre el 50% y el 80% de las obras del establecimiento cumplen con los estándares de evaluación de seguridad. 2: Se verifica en los informes oficiales que más del 80% de las obras del establecimiento cumplen con los estándares de evaluación de seguridad.	Verificación/visión de documentos	Informes de evaluación de seguridad de obras realizado por la municipalidad, en las dos últimas obras (ampliación, rehabilitación y remodelación).
		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: Menos del 50% de las áreas cuentan; 1: Entre 50 a 80% de las áreas cuentan 2: Más del 80% cuentan.	0: Se verifica la existencia de señales de seguridad en menos del 50% de las áreas en una muestra aleatoria de 50% del total. 1: Se verifica la existencia de señales de seguridad entre el 50% y el 80% de las áreas en la misma muestra. 2: Se verifica la existencia de señales de seguridad en más del 80% de las áreas en la misma muestra.	Observación con Lista de chequeo	Norma de señalización de seguridad
		GSD1-4	Se cuenta con señalización en buen estado que facilita la ubicación del establecimiento de salud y de la unidad de emergencia desde las vías de comunicación cercanas a éste. 0: No cuenta; 1: Cuenta con señalización pero en mal estado; 2: Cuenta y cumple con todo lo establecido.	0: No se cuenta con señalización. 1: Se observa la señalización en mal estado, en especial la que orienta hacia la emergencia. 2: Se observa señalización adecuada y en buen estado en todo el establecimiento.	Observación	Letreros de señalización de ubicación del establecimiento y de la unidad de emergencia
		GSD1-5	Se ha señalado correctamente los conductos y tuberías de los fluidos peligrosos que existen. 0: No se ha señalado o se ha señalado parcialmente; 1: Se ha señalado pero no correctamente; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se ha señalado los conductos o tuberías de los fluidos peligrosos. 1: Se observa una señalización incorrecta de estos conductos o tuberías. 2: Se observa la correcta señalización de estos conductos y tuberías.	Observación con lista de chequeo de la norma con RM 897-2005	Conductos y tuberías de fluidos peligrosos (gases, oxígeno, óxido nítrico, aire comprimido) señalizadas.
		GSD1-6	El establecimiento ha identificado sus riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en todas sus áreas. 0: No ha identificado; 1: Solo ha identificado para las áreas críticas 2: Ha identificado para todas las áreas del establecimiento.	0: No se ha identificado los riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en las áreas del establecimiento. 1: Documentos oficiales que muestran la identificación de los riesgos señalados en las áreas críticas del establecimiento. 2: Documentos oficiales que muestran la identificación de los riesgos señalados en todas las áreas del establecimiento.	Verificación/visión de documentos	Informe de evaluación de riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional del último año.
		GSD1-7	Las vías de ingreso a la Unidad de Emergencia están libres de barreras arquitectónicas o elementos que impiden la entrada o la salida. 0: No están libres; 1: NO VÁLIDO; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: Se observa que las vías de ingreso a la unidad de emergencia no están libres de barreras arquitectónicas o elementos que impiden la entrada o salida. 1: No válido. 2: Se observa que las vías de ingreso a la unidad de emergencia están libres de barreras arquitectónicas o elementos que impiden la entrada o salida.	Observación	Vías de entrada o salida a Emergencia

GSD-2	Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD2-1	El Comité Hospitalario de Defensa Civil está implementado y desarrolla su plan anual de actividades 0: No está implementado; 1: Está implementado pero no desarrolla plan; 2: Cumple con todo lo establecido	0: No se cuenta con Comité hospitalario de Defensa Civil. 1: Documento oficial de conformación del Comité señalado. 2: Plan anual oficial de actividades del Comité e informes de actividades.	Verificación/revisión de documentos	R.D. de conformación del Comité Hospitalario de Defensa Civil RD de aprobación del Plan anual de actividades Informe de evaluación trimestral del plan
		GSD2-2	El establecimiento de salud cuenta con brigadas equipadas de lucha contra incendios, para evacuación y evaluación de daños 0: No cuenta; 1: Cuenta pero están parcialmente equipadas; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se cuenta con brigadas para lucha contra incendios, evacuación y evaluación de daños. 1: Documento oficial de conformación de las brigadas. 2: Documento de asignación de equipamiento a las brigadas.	Verificación/revisión de documentos Observación con Lista de chequeo	RD conformación de brigadas de lucha contra incendios, evacuación y evaluación de daños Documento de asignación de equipamiento a las brigadas, según norma.
		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.	0: No se cuenta con plan actualizado de emergencias y desastres que incluye un programa de respuesta. 1: Plan de respuesta oficial actualizado para emergencias y desastres. 2: Documento oficial de difusión del plan entre el personal.	Verificación/revisión de documentos	Documento oficial que aprueba plan anual de Emergencias y desastres Documento de difusión del plan
		GSD2-4	El establecimiento de salud cumple con implementar las acciones que le corresponden de acuerdo a lo establecido en los planes de contingencia y respuesta regional o local ante situaciones de emergencias y desastres 0: No cumple 1: Cumple pero no según lo planificado; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se cumple con implementar acciones que corresponden a los planes de contingencia y respuesta regional y local ante emergencias y desastres. 1: Registros oficiales de la implementación de acciones de respuesta ante emergencias y desastres. 2: Registro oficial de la implementación de las actividades del plan de contingencia y respuesta regional y local ante emergencias y desastres.	Verificación/revisión de documentos	Planes de contingencia y de respuesta local ante situaciones de emergencias y desastres, actualizados Informe de evaluación trimestral de la implementación de los planes
		GSD2-5	El establecimiento de salud participa en la implementación de los planes de respuesta regionales o locales ante situaciones de emergencias y desastres. 0: No participa; 1: NO VÁLIDO; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se participa en la implementación de planes de respuesta regionales y locales ante situaciones de emergencias y desastres. 1: No válido. 2: Actas de reuniones de participación en la implementación de los planes de respuestas señalados realizadas durante el último año.	Verificación/revisión de documentos	Actas de reuniones multisectoriales de elaboración e implementación de los planes regionales o locales
		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 está actualizado o no se hace con Defensa Civil; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se cuenta con plan de respuesta ante las emergencias. 1: Tiene plan de respuesta ante las emergencias oficializado y está actualizado. 2: El plan de respuesta ante emergencias oficial se actualiza periódicamente con participación de Defensa Civil (actas de reuniones del último año).	Verificación/revisión de documentos	Plan de respuesta ante las emergencias del Comité de Defensa Civil institucional Actas de reuniones de los Comités de Defensa Civil.
		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.	0: No se realizan simulacros para prevenir situaciones de emergencia. 1: Evidencia documentaria de la realización de simulacros durante los últimos 24 meses. 2: Evidencia documentaria de la realización de simulacros de manera semestral durante los últimos 24 meses.	Verificación/revisión de documentos	Informe de evaluación de los simulacros realizados los dos últimos años
		GSD2-8	Se cuenta con guías de manejo de emergencias masivas y desastres que son de conocimiento del personal. 0: No cuenta o cuenta parcialmente; 1: Se cuenta pero no son de conocimiento del personal; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con guías de manejo de emergencias masivas y desastres. 1: Guías de manejo de emergencias masivas y desastres oficializadas. 2: Documento de difusión al personal de las guías oficiales para estas situaciones.	Verificación/revisión de documentos Encuesta al personal (al azar)	RD de Guías de manejo de emergencias masivas
GSD-3	Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	GSD3-1	Se adoptan las acciones pertinentes y se comunica a todo el personal la declaración de alertas por situaciones de emergencias y desastres 0: No se adoptan las acciones; 1: Se adoptan pero no se comunican; 2: Cumple todo lo establecido.	0: No se adoptan acciones pertinentes en casos de emergencias y desastres. 1: Documentos oficiales que establecen disposiciones referidas a situaciones de emergencias y desastres. 2: Documentos oficiales que muestran la difusión de las disposiciones al personal así como las declaratorias de alerta.	Verificación/revisión de documentos	Documentos de difusión de alertas
		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 las ambulancias no cumplen con la normativa; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con ambulancia. 1: Se cuenta con ambulancia. 2: Se verifica con lista de chequeo el cumplimiento de estándares mínimos de acuerdo a la normatividad.	Observación con Lista de chequeo de cumplimiento de estándares	Ambulancia

		GSD3-3	Se cuenta con sistema de comunicación alternativo en caso falle el sistema telefónico del establecimiento de salud. 0: No se cuenta; 1: NO VÁLIDO; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con sistema de comunicación alternativo en caso falle el sistema telefónico del establecimiento. 1: No válido. 2: Se observa un sistema de comunicación alternativo en caso de falla telefónica.	Observación	Sistema alternativo de comunicación
		GSD3-4	El establecimiento cuenta con sistema alternativo que asegure la provisión de energía eléctrica a las áreas críticas, por 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública. 0: No se cuenta; 1: Sí cuenta, pero no para todas las áreas críticas o cuenta por menos de 24 horas; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con sistema alternativo de provisión de energía eléctrica a las áreas críticas durante las 24 horas. 1: Se dispone de sistema alternativo de provisión de energía eléctrica. 2: Se verifica que el sistema alternativo de provisión de electricidad abarca todas las áreas críticas y tiene capacidad de funcionamiento las 24 horas.	Observación	Sistema alternativo de provisión de energía
		GSD3-5	El establecimiento cuenta con un sistema de almacenamiento de agua potable que asegure como mínimo 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública. 0: No se cuenta; 1: Cuenta pero no asegura provisión como mínimo 24 horas; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se cuenta con sistema de almacenamiento de agua potable de abastecimiento para las 24 horas. 1: Se observa un sistema de almacenamiento de agua potable. 2: Se verifica que el sistema de almacenamiento de agua potable asegura el abastecimiento las 24 horas.	Observación	Sistema alternativo de almacenamiento de agua potable
		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 dispone de un stock o está incompleto; 1: NO VÁLIDO; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se dispone de un stock de reserva de medicamentos, materiales e insumos médicos para la atención de emergencias y desastres. 1: No válido. 2: El stock para estas situaciones es conforme con el listado de medicamentos trazadores de DIGEMID.	Revisión de documentos Observación con lista de chequeo de medicamentos de emergencias y desastres	Stock de reserva de medicamentos de acuerdo a la demanda (formula MEDIN) Lista oficial de medicamentos para emergencias según categoría de establecimiento de salud

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

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

Código	Estandar	Criterios de Evaluación		Verificadores por Opciones de Calificación	Técnica de Evaluación a Utilizar	Fuentes Auditables
		Código Criterio	Criterio			
CGP-1	El establecimiento de salud tiene definido mecanismos establecidos de auditoría, supervisión y evaluación.	CGP1-1	Se cuenta con plan e instrumentos para realizar la auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación 0: No cuenta con plan ni instrumentos; 1: Cuenta con plan e instrumentos parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con plan e instrumentos para realizar auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación. 1: Plan de auditoría, supervisión y evaluación oficial y algunos instrumentos. 2: Plan oficial e instrumentos completos para la auditoría, supervisión y evaluación.	Verificación/ revisión de documentos	Planes de Auditoría, Supervisión y Evaluación de los procesos de gestión y prestación ^o Instrumentos de Auditoría, Supervisión y Evaluación de los procesos de gestión y prestación ^o
		CGP1-2	Se han establecido de manera consensuada con los responsables de las áreas o servicios los indicadores de control de la gestión y prestación, y se han fijado los niveles esperados para la institución 0: No se han establecido o se han establecido sin consenso; 1: Se han establecido de manera consensuada pero sólo para la gestión o prestación; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se han establecido indicadores de control de la gestión y prestación de manera consensuada con los responsables de las áreas o servicios. 1: Documento oficial con las fichas de los indicadores para gestión o para la prestación. 2: Actas de reunión de los responsables de las áreas o servicios para la elaboración de indicadores de gestión y prestación además de las fichas correspondientes.	Verificación/ revisión de documentos	Actas de reunión de los responsables para la elaboración de los indicadores de los planes
CGP-2	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	CGP2-1	El personal responsable de áreas y servicios está capacitado para realizar el proceso de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito de acción. 0: Menos del 50% del personal está capacitado 1: Del 50 al 80% del personal; 2: Está capacitado más del 80% de personal.	0: Se verifica documentos que muestran que menos del 50% del personal está capacitado para realizar auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito sobre una muestra aleatoria de 10 trabajadores. 1: Se verifica documentos que muestran que entre el 50% y el 80% del personal está capacitado para realizar estas actividades en muestra similar. 2: Se verifica documentos que muestran que más del 80% del personal está capacitado para realizar estas actividades en muestra similar.	Verificación/ revisión de documentos	Certificados de capacitación de 60 horas a más, en auditoría, supervisión y evaluación al personal responsable
		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 con Comité; 1: Cuenta, está capacitado pero no realiza auditorías o realiza auditorías para uno de los dos casos; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con comité capacitado que realice auditorías. 1: Documento de conformación oficial de comité de auditorías e informes de auditorías para fallecidos o en caso de muertes maternas. 2: Documento de conformación de comité de auditorías e informes de auditorías para ambos casos.	Verificación/ revisión de documentos	RD de conformación del Comité de auditoría Certificados de capacitación de 60 horas a más, de los integrantes del comité Informes de auditorías de casos, fallecidos y muerte materna

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: No se cuenta o no está actualizada; 1: Los valores no están dentro del nivel establecido para la institución; 2: Los valores están dentro de lo establecido para la institución.	0: No se cuenta con información actualizada de los indicadores de gestión y prestación. 1: Documentación oficial con información actualizada de los indicadores de gestión y prestación con resultados inferiores a lo esperado. 2: Documentación oficial con información actualizada de los indicadores de gestión y prestación con resultados en los niveles esperados.	Verificación/ revisión de documentos	Informe de los indicadores de gestión y prestación de los últimos tres meses.
CGP2-4	El establecimiento de salud realiza acciones de evaluación de los procesos de gestión y prestación de acuerdo al plan establecido. 0: No realiza; 1: Realiza a solicitud o demanda (no programado); 2: Se realiza de acuerdo al plan establecido.	0: No se realiza acciones de evaluación de los procesos de gestión y prestación. 1: Evidencia documental de la evaluación de los procesos de gestión y prestación de manera oficial para el último semestre. 2: Plan de evaluación oficial de los procesos de gestión y prestación con los resultados para el último año.	Verificación/ revisión de documentos	POI vigente Informe de evaluación de los procesos de gestión y prestación de los últimos tres meses.
CGP2-5	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de la práctica clínica en las atenciones realizadas en emergencia. 0: No evalúa; 1: Evalúa parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se evalúa la aplicación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en las atenciones de emergencia. 1: Informes ó reportes oficiales de los resultados de evaluación de la aplicación de las GPC en algunas de las atenciones de emergencia. 2: Informes ó reportes oficiales de los resultados de evaluación de la aplicación de las GPC en todas las atenciones de emergencia.	Verificación/ revisión de documentos	Informes del auditoria de la calidad de atención en emergencia
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 evalúa; 1: Evalúa parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se evalúa la aplicación de las guías de práctica clínica (GPC) en las atenciones obstétricas y neonatales de emergencia. 1: Informes ó Reportes oficiales de evaluación de la aplicación de algunas de las GPC en estos servicios. 2: Informes ó Reportes oficiales de evaluación de la aplicación de todas las GPC en ambos servicios.	Verificación/ revisión de documentos Auditoria	Informes de auditoria de la calidad de atención obstetrica y neonatal de emergencia o Informe de FON. Historias clínicas de pacientes obstétricas y neonatales de emergencia Guías de práctica clínica para atenciones obstétricas y neonatales de emergencia
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 se realizan; 1: Se realizan y el nivel está por debajo de lo esperado; 2: Se realiza y el nivel está acorde o superior a lo esperado.	0: No se realizan procesos de monitoreo y evaluación de la calidad en áreas / servicios de atención clínica. 1: Cuentan con informes ó reportes de monitoreo y evaluación de la calidad de atención de los últimos dos trimestres con resultados menores a lo esperado. 2: Cuentan con informes ó reportes de monitoreo y evaluación de la calidad de atención de los últimos dos trimestres con resultados en los niveles esperados.	Verificación/ revisión de documentos	Informes de monitoreo y evaluación de la calidad en las áreas/servicios de atención clínica
CGP2-8	El establecimiento tiene identificados aspectos críticos de la prestación y gestión y se han establecido procesos de mejora. 0: No ha identificado aspectos críticos o los ha identificado parcialmente; 1: Los ha identificado pero no han establecido procesos de mejora ; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se tiene identificado aspectos críticos de la prestación y gestión. 1: Documento oficial que muestra los aspectos críticos de la prestación y gestión identificados. 2: Documento oficial que establece la implementación de procesos de mejora sobre los aspectos críticos de la prestación y gestión identificados.	Verificación/ revisión de documentos	Informe de identificación de aspectos críticos de la prestación y gestión Informe de procesos de mejora establecidos
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 se realizan; 1: Se realizan auditorías y los procesos de atención no cumplen con los estándares; 2: Se realizan y los niveles están acordes o superiores a lo esperado.	0: No se realizan auditorías de los procesos de atención. 1: Informes ó Reportes de las auditorías que muestran que los procesos de atención no cumplen con los estándares. 2: Informes ó Reportes de las auditorías que muestran que los procesos de atención cumplen con los estándares establecidos para la organización.	Verificación/ revisión de documentos	Informes de auditoria de proceso en las áreas/servicios de atención
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: No se realizan; 1: Se realizan y los resultados están por debajo de lo esperado; 2: Se realizan y los niveles están acordes o superiores a lo esperado.	0: No se realiza supervisión de los procesos de prestación. 1: Documentación oficial de la supervisión de los procesos de prestación que muestra resultados inferiores a lo esperado. 2: Documentación oficial de la supervisión de los procesos de prestación que muestra resultados en los niveles esperados.	Verificación/ revisión de documentos	Informes de supervisiones a las áreas/servicios de atención Documento de rondas de seguridad

		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: No se hacen de conocimiento o son de conocimiento parcial; 1: Se hacen de conocimiento pero no se toman decisiones; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se hace de conocimiento de los responsables de tomar decisiones los resultados de los procesos de auditoría, supervisión y evaluación. 1: Se verifica documentación oficial que evidencia la comunicación de los resultados a los responsables. 2: Se verifican documentos oficiales que establecen disposiciones orientadas a mejorar el control de la gestión y prestación dirigidos a los responsables.	Verificación/ revisión de documentos	Documento de comunicación de resultados de los procesos de auditoría, supervisión y evaluación Informe de acciones tomadas en función a ellos
		CGP2-12	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias nacionales y éstos se encuentran en los niveles esperados. 0: Resultados < 60%; 1: Resultados entre el 60 y el 80%; 2: Resultados > 80%.	0: Se verifica documentación oficial que muestra los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las estrategias sanitarias nacionales con valores menores a 60%. 1: Se verifica documentación oficial que muestra resultados entre el 60% y el 80% de cobertura para las estrategias sanitarias nacionales. 2: Se verifica documentación oficial que muestra resultados mayores al 80% de cobertura para estas estrategias.	Verificación/ revisión de documentos	Documento oficial con indicadores trazadores de cobertura de las estrategias sanitarias nacionales
		CGP2-13 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSAL/ REGIONALES	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias regionales y éstos se encuentran en los niveles esperados. 0: Resultados < 60%; 1: Resultados entre el 60 y el 80%; 2: Resultados > 80%.	0: Se verifica documentación oficial que muestra los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las estrategias sanitarias regionales con valores menores a 60%. 1: Se verifica documentación oficial que muestra resultados entre el 60% y el 80% de cobertura para las estrategias sanitarias regionales. 2: Se verifica documentación oficial que muestra resultados mayores al 80% de cobertura para estas estrategias.	Verificación/ revisión de documentos	Documento oficial con indicadores trazadores de cobertura de las estrategias sanitarias regionales

Macroproceso 7. Atención Ambulatoria (ATA)

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

Código	Estandar	Criterios de Evaluación		Verificadores por Opciones de Calificación	Técnica de Evaluación a Utilizar	Fuentes Auditables
		Código Criterio	Criterio			
ATA-1	El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	ATA1-1	El establecimiento de salud cuenta con señalización y mecanismos de información para la atención del usuario, visibles en áreas de primer contacto. 0: No cuenta; 1: Si cuenta pero no están disponibles en todas las áreas de primer contacto; 2: Cumplen con lo establecido.	0: No se cuenta con señalización y mecanismos de información visibles en áreas de primer contacto para el usuario. 1: Se observa señalización y mecanismos de información visibles pero no en todas las áreas de primer contacto para el usuario. 2: Se observa señalización y mecanismos de información visibles en todas las áreas de primer contacto para el usuario.	Observación con lista de chequeo	señalización y mecanismos de información, según normativa vigente
		ATA1-2	La cartera de servicios de consulta externa está publicada y los mensajes relacionados son comprensibles para los usuarios. 0: No tiene publicada; 1: Tiene publicada y los mensajes no son comprensible por los usuarios; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se tiene publicada la cartera de servicios de consulta externa. 1: Se observa publicada la cartera de servicios de consulta externa. 2: Los mensajes que contiene la publicación de la cartera de servicios de consulta externa es comprensible al usuario sobre una muestra de 20 usuarios.	Observación Encuesta Muestreo	Cartera de servicios publicada Encuesta a usuarios
		ATA1-3 ESPECÍFICO PARA SECTOR PÚBLICO	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 capacitado 2: Dispone y está a cargo de personal capacitado.	0: No se dispone de un área de triaje. 1: Se observa y verifica que el personal a cargo del área de triaje no está capacitado. 2: El personal a cargo del área de triaje ha sido capacitado.	Observación Verificación/ revisión de documentos	Servicio de triaje Informe de inducción y capacitación de personal o documento de capacitación
		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: No ha establecido una política; 1: Existe una política pero no se cumplen los resultados esperados y ; 2: Ha establecido política y se cumplen los resultados esperados.	0: No se cuenta con una política para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria los días solicitados. 1: Documento oficial que contiene las políticas orientadas a reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria. 2: Registro oficial que muestra la reducción del número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria según las políticas establecidas.	Verificación/ revisión de documentos	Documento oficial que establece mecanismos y metas para reducir número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria (registros ó informes de evaluación de demanda insatisfecha de los dos últimos trimestres).

		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.	0: No se han desarrollado mecanismos para la atención preferente a las mujeres embarazadas, niños, adultos mayores y con discapacidad. 1: Se observa que no todas las áreas de atención han implementado estos mecanismos de atención preferente. 2: Se observa que la atención preferente se brinda en todas las áreas.	Observación Verificación/revisión de documentos	Documento oficial que define mecanismos de atención preferencial Lista de chequeo de acuerdo a normativa interna.
ATA-2	La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica	ATA2-1	El establecimiento de salud formula, adopta o adapta guías de práctica clínica (GPC) según el perfil epidemiológico de la atención ambulatoria y diferenciado por etapas de vida. 0: No ha formulado, adaptado o adoptado; 1: Lo ha hecho parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con Guías de Práctica Clínica (GPC) según el perfil epidemiológico y diferenciado por etapas de vida. 1: GPC oficializadas para algunas etapas de vida. 2: GPC para todas las etapas de vida según perfil epidemiológico.	Verificación/ revisión de documentos	ASIS institucional Guías de práctica clínica abordando patologías más frecuentes identificadas en las diversas etapas de vida, aprobadas.
		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 mecanismos 1: Tiene mecanismos pero no son operativos; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de las GPC. 1: Evidencia documental de la existencia de un mecanismo para evaluar el cumplimiento de las GPC. 2: Informes de la evaluación del nivel de cumplimiento de las GPC oficiales durante el último año.	Verificación/ revisión de documentos	Documento oficial de mecanismos para evaluar cumplimiento de las GPC. Informes de auditoría de la calidad de registros de la atención. Informes de evaluación del cumplimiento de las GPC del último año..
		ATA2-3	El plan de trabajo contenido en la Historias Clínicas (HC) sigue los lineamientos de las Guías de Práctica Clínica (GPC). 0: Menos de 50% del plan de trabajo de las HC cumplen con GPC; 1: Cumplen entre el 50% y 80%; 2: Cumplen más del 80%.	0: Se verifica que menos del 50% de las historias clínicas sigue los lineamientos de las GPC en una muestra de historias clínicas del último mes. 1: Se verifica que entre el 50% y el 80% de las historias sigue los lineamientos de las GPC sobre la misma muestra. 2: Se verifica que más del 80% de las historias sigue los lineamientos de las GPC sobre la misma muestra.	Verificación/ revisión de documentos	Informes de auditoría de la calidad de registros de atención de las HCL con adherencia a las GPC.
		ATA2-4	Se cuantifica el porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para la atención prenatal y los resultados están dentro de los rangos esperados. 0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero los resultados están por debajo de lo esperado; 2: Los resultados son los esperados.	0: No se cuantifica el porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para la atención prenatal. 1: Evaluación oficial del cumplimiento de los estándares e indicadores para la atención prenatal con resultados inferiores a lo esperado. 2: Evaluación oficial del cumplimiento de los estándares e indicadores para la atención prenatal con resultados en los niveles esperados.	Verificación/ Revisión de documentos	Informes de evaluación de indicadores de atención prenatal (FON), de los últimos trimestres.
ATA-3	El establecimiento desarrolla programas de prevención y promoción de la salud para la atención de los principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes.	ATA3-1	El establecimiento brinda información a los usuarios según mecanismos establecidos por la institución. 0: Menos del 50% de usuarios reciben información 1: Del 50 al 80% reciben información; 2: Más del 80%.	0: Se verifica que menos del 50% de usuarios recibe información según mecanismos establecidos por la institución sobre una muestra de 20 usuarios. 1: Se verifica que entre el 50% y el 80% de usuarios recibe información según mecanismos establecidos para la misma muestra. 2: Se verifica que más del 80% de usuarios recibe información según mecanismos establecidos para la misma muestra.	Encuesta	Encuesta a usuarios externos basada en documento oficial que define mecanismos de información de los principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes.
		ATA3-2 ESPECÍFICO PARA EL SECTOR PÚBLICO	El establecimiento de salud implementa estrategias educativo-comunicacionales para mejorar en la mujer, la familia y la comunidad la capacidad de reconocer signos de alarma y complicaciones obstétricas con el fin de buscar ayuda. 0: No implementa; 1: Implementa estrategias educativo-comunicacionales para uno de ellos; 2: Implementa estrategias educativo-comunicacionales según lo establecido.	0: No se implementa estrategias educativo-comunicacionales para mejorar la capacidad de reconocer signos de alarma y complicaciones obstétricas en la mujer, familia y la comunidad. 1: Documentos oficiales del desarrollo de estrategias educativo-comunicacionales para uno de los públicos objetivo. 2: Documentos oficiales del desarrollo de estrategias para todos los públicos objetivo.	Verificación/revisión de documentos Observación	Documento oficial que indica estrategias educativo-comunicacionales Informe de actividades educativo-comunicacionales desarrolladas Actividades educativo-comunicacionales en ejecución.
		ATA3-3 ESPECÍFICO PARA EL SECTOR PÚBLICO MINSA	El establecimiento implementa la estrategia de Municipios Saludables. 0: No implementa; 1: Implementa la estrategia parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: El establecimiento no implementa la estrategia de municipios saludables. 1: Registros oficiales de la implementación de la estrategia en alguna de sus etapas. 2: Registros oficiales de la implementación de la estrategia de manera integral.	Verificación/ revisión de documentos	POA incorpora meta de Municipios Saludables Plan para la implementación de la estrategia de Municipios Saludables, que contiene el cronograma de actividades Informes trimestrales de seguimiento

		ATA3-4 ESPECÍFICO PARA I NIVEL, SECTOR PÚBLICO MINSA	El establecimiento implementa la estrategia de Comunidades y Familias Saludables acorde a su programación. 0: No implementa; 1: La implementación está por debajo de lo programado; 2: La implementación está dentro de lo programado.	0: No se implementa la estrategia de comunidades y familias saludables. 1: Documento de evaluación del avance de la implementación de la estrategia con resultados inferiores a lo programado. 2: Documento de evaluación del avance de la implementación de la estrategia con resultados de acuerdo a lo programado en el último año.	Verificación/ revisión de documentos	Plan para la implementación de la estrategia de Comunidades y Familias Saludables que contiene el cronograma de actividades Informes trimestrales de seguimiento
		ATA3-5 ESPECÍFICO PARA I NIVEL, SECTOR PÚBLICO MINSA	El establecimiento implementa la estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud acorde a su programación. 0: No implementa; 1: La implementación está por debajo de lo programado; 2: La implementación está dentro de lo programado.	0: El establecimiento no implementa escuelas promotoras de salud. 1: Se verifica en documentos oficiales que la implementación de las escuelas promotoras es inferior de lo programado. 2: Se verifica en documentos oficiales que la implementación de las escuelas promotoras de salud va de acuerdo a lo programado.	Verificación/ revisión de documentos	Plan para la implementación de la estrategia de Escuelas Saludables que contiene el cronograma de actividades Reportes del Aplicativo Escuelas Promotoras de la Salud Informes trimestrales de seguimiento
		ATA3-6 ESPECÍFICO PARA EL SECTOR PÚBLICO	El establecimiento desarrolla e implementa programas de prevención de las patologías más frecuentes. 0: No se tiene programas; 1: Desarrolla programas para algunas patologías más frecuentes; 2: Desarrolla programas para todas las patologías más frecuentes.	0: El establecimiento no cuenta con programas de prevención de las patologías más frecuentes. 1: Evidencia documentaria del desarrollo de programas de prevención para alguna de las patologías más frecuentes. 2: Evidencia documentaria del desarrollo de programas de prevención para todas las patologías más frecuentes.	Verificación/ revisión de documentos	ASIS Institucional Plan Operativo Institucional Informes de desarrollo de Programas de prevención para patologías más frecuentes.
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.	ATA4-1	El establecimiento cuenta con mecanismos operativos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de los usuarios y son conocidos por el personal. 0: No cuenta; 1: Cuenta pero no están operativos; 2: Cuenta, están operativos y son conocidos por el personal.	0: El establecimiento no cuenta con mecanismos operativos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de los usuarios externos. 1: Documento oficial que registra el mecanismo para recoger sugerencias, quejas y reclamos. 2: Registros oficiales del procesamiento de las sugerencias, quejas y reclamos de los usuarios externos y se verifica que es conocido por el personal en una muestra aleatoria de 20 trabajadores.	Verificación/ revisión de documentos Encuestas	Documento oficial (MAPRO, Directiva) de mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de los usuarios Informe mensual de sugerencias, quejas y reclamos Encuestas aplicadas sobre conocimiento del personal
		ATA4-2	El establecimiento de salud cumple con implementar mecanismos que incentivan y facilitan a los pacientes a consignar sugerencias o quejas por la atención ambulatoria. 0: No implementa; 1: Implementa parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: El establecimiento no implementa mecanismos que incentiven y faciliten a los pacientes a consignar sugerencias y quejas de la atención ambulatoria. 1: Se verifica la existencia de medios que incentivan y facilitan a los pacientes a consignar sugerencias y quejas en algunos ambientes de consulta externa. 2: Se verifica la existencia de medios que incentivan y facilitan a los pacientes a consignar sugerencias y quejas en todos ambientes de consulta externa.	Observación	Buzones accesibles o medios de difusión o anfitrionas o formatos disponibles u otros.

Macroproceso 8: Atención Extramural (AEX)

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

Código	Estandar	Criterios de Evaluación		Verificadores por Opciones de Calificación	Técnica de Evaluación a Utilizar	Fuentes Auditables
		Código Criterio	Criterio			
AEX.1	El establecimiento de salud tiene definido y organizado un plan de atención extramural de acuerdo con sus prioridades y en función a las necesidades de su población con enfoque de riesgo.	AEX1-1	Se ha definido un modelo de atención extramural en los ámbitos individual, familiar y/o comunal con enfoque de riesgos y aspectos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación acorde a las políticas sectoriales e institucionales. 0: No se ha definido ningún modelo de atención; 1: Existe el modelo de atención pero sólo para un ámbito o existe el modelo pero no de acuerdo a las políticas; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se ha definido un modelo de atención extramural para los ámbitos individual, familiar y comunal. 1: Documento oficial que contiene el modelo de atención extramural para uno o dos de los ámbitos señalados. 2: Documento oficial que contiene el modelo de atención extramural para cada uno de los ámbitos señalados de acuerdo a la normatividad vigente.	Verificación/ revisión de documentos	. Documento oficial del nivel competente, que contiene el modelo de atención extramural en los ámbitos individual, familia y/o comunidad.
		AEX1-2	Se cuenta con guías de trabajo para actividades extramurales en los ámbitos individual, familiar y comunal según el modelo de atención integral y de acuerdo a las políticas sectoriales e institucionales 0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero sólo para un ámbito o existen las guías pero no de acuerdo aL MAIS o las políticas; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se cuenta con guías de trabajo para actividades extramurales en ámbitos individual, familiar y comunal 1: Guías de trabajo oficiales para actividades extramurales en alguno de los ámbitos señalados. 2: Guías de trabajo oficializadas para actividades extramurales en todos los ámbitos señalados de acuerdo a la normatividad vigente.	Verificación/ revisión de documentos	Guías de trabajo extramural: . Familias y viviendas saludables . Municipios y comunidades saludables . Instituciones educativas saludables

		AEX1-3 El establecimiento tiene definida la población sujeto de programación para brindarle la cartera de servicios extramurales (individual, familiar, comunal) y cuenta con un cronograma establecido. 0: No tiene definida la población; 1: Tiene definida la población pero no cuenta con cronograma establecido; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se tiene definida la población sujeta de programación de actividades extramurales. 1: Documentos oficiales que contiene la información sobre la población sujeta de programación. 2: Registro oficial de la realización de actividades extramurales de acuerdo a cronograma oficial durante el año.		. Programación General de actividades extramurales, aprobado (incluye cronograma)
		AEX1-4 El personal profesional del primer nivel de atención cumple con dar atención extramural según la programación establecida 0: No cumple; 1: Cumple pero no según la programación establecida; 2: Se cumple con lo establecido.	0: El personal no cumple con dar atención extramural. 1: Registros de atenciones extramurales en el último semestre. 2: Informe de evaluación del desarrollo de actividades extramurales según programación oficial para el último semestre.	Verificación/ revisión de documentos	. Programación General de actividades extramurales, aprobado . Libro de actas . Informes de actividades
		AEX1-5 El establecimiento de salud cuenta con el kit de equipos, materiales e insumos para desarrollar las actividades extramurales de acuerdo con el modelo de atención determinado y garantiza su disponibilidad 0: No cuenta o cuenta parcialmente; 1: Cuenta pero no desarrolla las actividades o no garantiza su disponibilidad ; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: Se cuenta con un kit de equipos, materiales e insumos para desarrollar actividades extramurales de acuerdo con el modelo de atención integral de salud (MAIS). 1: Se verifica con lista de chequeo la existencia de un kit de equipos, materiales e insumos para desarrollar actividades extramurales de acuerdo con el MAIS. 2: Registros oficiales del desarrollo de actividades extramurales de acuerdo con el MAIS.	Verificación/ revisión de documentos Observación	. Kit de equipos, materiales e insumos según normativa vigente (lista de chequeo)
		AEX1-6 Se cuenta con programación general de actividades extramurales de acuerdo con el modelo de atención definido por la organización y está incluida en el documento de planificación operativa institucional (POI). 0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero no está incluido en PO; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se cuenta con programación general de actividades extramurales de acuerdo con el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). 1: Documento oficial de la programación de actividades extramurales de acuerdo con el MAIS. 2: El plan operativo institucional incorpora la programación de actividades extramurales de acuerdo al MAIS.	Verificación/ revisión de documentos	. Programación General de actividades extramurales, aprobado POI, aprobado
AEX.2	El establecimiento de salud brinda una cartera de servicios extramurales de acuerdo con el modelo de atención establecido.	AEX2-1 El establecimiento desarrolla actividades planificadas de comunicación educativa en función a la cartera de servicios extramurales y acorde con las prioridades de salud nacional/regional. 0: No desarrolla 1: Desarrolla pero no en función de la cartera de servicios o no acorde con las prioridades de salud; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se desarrollan actividades planificadas de comunicación educativa en función a la cartera de servicio extramurales. 1: Evidencia documentaria del desarrollo de actividades de comunicación educativa. 2: Plan de actividades de comunicación educativa oficial de acuerdo a la cartera de servicios y las prioridades de salud.	Verificación/ revisión de documentos	. Programación General de actividades extramurales que incluya actividades de comunicación educativa . Informes de actividades de comunicación educativa sobre cartera de servicios (listas de asistencia)
		AEX2-2 El establecimiento desarrolla actividades planificadas de comunicación educativa que promuevan prácticas saludables y el cuidado del medio ambiente. 0: No desarrolla; 1: Desarrolla para uno de los aspectos; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se desarrollan actividades de comunicación educativa que promuevan prácticas saludables y el cuidado del medio ambiente. 1: Registros oficiales de la realización de actividades de comunicación educativa sobre prácticas saludables o sobre el cuidado del medio ambiente. 2: Registros oficiales de la realización de actividades de comunicación educativa en prácticas saludables y cuidado del medio ambiente durante el año.	Verificación/ revisión de documentos	. Programación General de actividades extramurales que incluya actividades de comunicación educativa que promuevan prácticas saludables y el cuidado del medio ambiente. . Informes de actividades de comunicación educativa que promuevan prácticas saludables y el cuidado del medio ambiente. (listas de asistencia)
AEX.3	El establecimiento de salud identifica oportunidades de mejora para el incremento de la cobertura de la atención extramural a partir de una medición sistemática de los logros.	AEX3-1 Se tiene establecido indicadores de monitoreo y evaluación de las actividades de atención extramural y los resultados son los esperados para la institución 0: No ha definido indicadores; 1: Ha definido indicadores, pero los resultados están por debajo de lo esperado; 2: Los resultados están acordes a lo esperado.	0: No se tiene indicadores de monitoreo y evaluación de las actividades de atención extramural. 1: Documento oficial con las fichas de los indicadores de monitoreo y evaluación para las actividades de atención extramural. 2: Informe de resultados de aplicación de los indicadores para monitoreo y evaluación de las actividades de acuerdo a lo esperado durante el año.	Verificación/ revisión de documentos	. Paquete de Indicadores de monitoreo y evaluación de las actividades de atención, establecidos oficialmente . Informe trimestral del monitoreo y evaluación de indicadores (indicando porcentajes de avance)

		AEX3-2	Se desarrollan acciones para incrementar la cobertura de la atención extramural 0: No se desarrollan; 1: Se desarrollan pero no han incrementado la cobertura; 2: Se desarrollan y han incrementado la cobertura.	0: No se desarrollan acciones para incrementar la cobertura de atención extramural. 1: Documentos oficiales que registran las acciones orientadas a incrementar la cobertura de atención extramural. 2: Documentos oficiales que registran el incremento de la cobertura de la atención Extramural luego de la aplicación de acciones orientadas a ello.	Verificación/ revisión de documentos	Informes trimestrales de evaluación de coberturas de atención extramural, que contiene implementación de recomendaciones
AEX.4	El establecimiento cuenta con agentes comunitarios que apoyan el trabajo extramural a través de coordinaciones permanentes.	AEX4-1	El establecimiento cuenta con agentes comunitarios capacitados para la atención extramural. 0: No cuenta 1: Cuenta y no están capacitados 2: Cumplen con lo establecido.	0: El establecimiento no cuenta con agentes comunitarios capacitados para la atención extramural. 1: No hay registros de capacitación en atención extramural a los agentes comunitarios. 2: Registros oficiales de capacitación a los agentes comunitarios para la atención extramural.	Verificación/ revisión de documentos	. Registro oficial de ACS . Informes de cursos de capacitación a los ACS (incluye listas de asistencia) según RM702-2009/MINSA . Certificados de capacitación otorgados a los ACS
		AEX4-2	El establecimiento tiene agentes comunitarios debidamente registrados, con asignación de zonas específicas para atención extramural. 0: No están registrados 1: Están registrados sin zonas asignadas 2: Cumplen con lo establecido.	0: Los agentes comunitarios no cuentan con zonas asignadas. 1: Se verifica existencia de padrón de agentes comunitarios activos. 2: Evidencia documentaria de la asignación de zonas a los agentes comunitarios activos empadronados.	Verificación/ revisión de documentos	. Registro oficial de ACS que incluye sectorización asignada a cada ACS
		AEX4-3	El establecimiento tiene funcionando un sistema de vigilancia comunal en salud o grupos de apoyo a usuarios en riesgo de acuerdo con lo establecido y documenta los resultados. 0: No tiene sistema o grupos de apoyo; 1: Tiene sistema de vigilancia o grupos de apoyo pero no de acuerdo a lo establecido o no documenta resultados; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se tiene sistema de vigilancia comunal en salud o grupos de apoyo al usuario en riesgo. 1: Evidencia documentaria de la conformación de grupos de apoyo al usuario en riesgo y de la existencia de un sistema de vigilancia comunal. 2: Evidencia documentaria del registro de los resultados del sistema de vigilancia comunal o de los grupos de apoyo al usuario en riesgo durante el año.	Verificación/ revisión de documentos	. Registro oficial de grupos de apoyo . Libro de actas . Fichas de referencia comunal . Informes trimestrales del funcionamiento de sistema de vigilancia comunal

Macroproceso 9: Atención de Hospitalización (ATH)

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

Código	Estandar	Criterios de Evaluación		Verificadores por Opciones de Calificación	Técnica de Evaluación a Utilizar	Fuentes Auditables
		Código Criterio	Criterio			
ATH-1	El establecimiento que cuenta con internamiento, planifica y diseña sus servicios para satisfacer las necesidades de la población a la que atiende.	ATH1-1	El establecimiento identifica anualmente las diez causas más frecuentes de internamiento institucional y por cada uno de los servicios 0: Identifica en menos del 50% de los servicios; 1: Identifica en el 50 al 80% 2: Identifica en más del 80% de los servicios.	0: Se verifica que el establecimiento cuenta con registros oficiales de identificación de las causas más frecuentes de internamiento en menos del 50% de los servicios. 1: Se verifica existencia de registros oficiales de identificación de causas entre el 50% y 80% de los servicios. 2: Se verifica la existencia de registros oficiales de identificación de causas en más del 80% de los servicios.	Verificación/ Revisión de documentos	ASIS institucional
		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 identifican necesidades; 1: Identifican pero no formulan propuestas o no las comunican; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se identifica necesidades de mejora de la atención por parte de los servicios. 1: Evidencia documentaria oficial de la identificación de las necesidades de mejora de la atención. 2: Documentos oficiales que establecen las implementación de disposiciones orientadas a mejorar la atención.	Verificación/ Revisión de documentos	Acta de reunion de identificación de necesidades de mejora de los procesos de atención y de formulación de propuestas por servicio Informe de implementación de las mismas.
		ATH1-3	Se permite el acompañamiento de la gestante por la pareja o la familia en los casos de atención de parto 0: No se permite; 1: A veces se permite el acompañamiento; 2: Se permite de manera continua.	0: No se permite el acompañamiento de la gestante por la pareja. 1: Se verifica el acompañamiento de la gestante por la pareja en algunos casos con preguntas realizadas al 50% de las púérperas internadas. 2: Se verifica el acompañamiento de la gestante por la pareja en todos los casos en base al mecanismo anterior.	Verificación/ Revisión de documentos o Encuestas	FON o Informe de encuestas a familiares o pareja

ATH-2	El establecimiento de salud provee las condiciones apropiadas para brindar servicios de internamiento a los pacientes, asegurando su oportunidad y calidad	ATH2-1	La Alta Dirección cumple con atender los cuadros de necesidades sustentadas de los servicios de internamiento según priorización aprobada 0: Cumple con atender menos del 50% de lo priorizado; 1: Cumple con atender del 50 al 80%; 2: Cumple con atender más del 80%.	0: Se verifica la atención de más del 50% de las necesidades de los servicios por parte de la Alta Dirección confrontando las órdenes de requerimiento con las órdenes de abastecimiento. 1: Se verifica la atención entre el 50% y el 80% de las necesidades de los servicios por parte de la Alta Dirección con el mismo procedimiento. 2: Se verifica la atención de más del 80% de las necesidades de los servicios por parte de la Alta Dirección con el mismo procedimiento.	Verificación/ Revisión de documentos o Entrevista	Cuadro de necesidades, requisiciones y peticiones de los servicios hospitalarios o SIGA.
		ATH2-2	Las jefaturas de los servicios de internamiento promueven la adopción, adecuación o elaboración de las guías de práctica clínica para las atenciones de salud según el perfil epidemiológico de las áreas de hospitalización 0: Las jefaturas nunca promueven 1: Promueven pero no cuentan con guías o no están de acuerdo con el perfil epidemiológico; 2: Cuentan con guías de práctica clínica acordes al perfil epidemiológico.	0: Los servicios de internamiento no cuentan con guías de práctica clínica (GPC). 1: Documentos oficiales de convocatoria para elaboración de las GPC y/o GPC oficializadas. 2: Se verifica GPC oficiales elaboradas de acuerdo al perfil epidemiológico sobre una muestra de 5 unidades.	Verificación/ Revisión de documentos	Actas de reunión de elaboración de GPC RD de aprobación de las Guías de práctica clínica ASIS o reporte estadístico
		ATH2-3	La organización ha establecido mecanismos para medir el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente y realiza acciones para su disminución 0: No ha establecido mecanismos o no realizan mediciones; 1: Realizan mediciones pero no acciones para su disminución 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se realizan mediciones del tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente. 1: Evidencia documental oficial del registro del tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente. 2: Documentos oficiales de las disposiciones orientadas a mejorar el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente para el último trimestre.	Verificación/ Revisión de documentos	Informe trimestral de estudio de medición entre el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento Informe de acciones tomadas para reducir el tiempo transcurrido.
ATH-3	El establecimiento garantiza las condiciones necesarias para que el equipo interdisciplinario de salud brinde una atención segura al usuario	ATH3-1	El personal de salud que realiza procedimientos a los pacientes, cumple las medidas de bioseguridad. 0: Menos del 70% del personal cumple; 1: Entre el 70 y el 90% del personal cumple; 2: Más del 90% del personal lo cumple.	0: Se verifica que menos del 70% del personal cumple las medidas de bioseguridad en los procedimientos sobre una muestra aleatoria de 10 trabajadores. 1: Se verifica que entre el 70% y 90% del personal cumple las medidas de bioseguridad sobre la misma muestra. 2: Se verifica que más del 90% de personal cumple las medidas de bioseguridad sobre la misma muestra.	Observación con lista de chequeo	Lista de chequeo aplicada
		ATH3-2	Las infecciones intrahospitalarias u otros eventos adversos ocurridos en el internamiento son registrados, analizados y evaluados según normas vigentes. 0: No registrados; 1: Eventualmente registrados, analizados y/o evaluados; 2: Registrados, analizados y evaluados.	0: No se registran las infecciones intrahospitalarias u otros eventos adversos ocurridos en el internamiento. 1: Existe registros oficiales eventuales de las infecciones intrahospitalarias y eventos adversos ocurridos en el internamiento. 2: Evidencia documental del análisis de evaluación de los registros de las infecciones intrahospitalarias y eventos adversos ocurridos.	Verificación/ Revisión de documentos	Registro de IIH y eventos adversos Informe de análisis de IIH y eventos adversos identificados Actas de reuniones de análisis de IIH y eventos adversos
		ATH3-3	Los casos de mortalidad por enfermedades transmisibles, ocurridas en hospitalización son auditados con la finalidad de tomar decisiones de corresponder. 0: No son auditados; 1: Son auditados, pero no se toman decisiones cuando corresponde; 2: Se auditan y se toman decisiones cuando corresponden.	0: No se auditan los casos de muertes por enfermedades transmisibles ocurridas en la hospitalización. 1: Informes de auditorías de casos de muertes ocurridas por enfermedades transmisibles en hospitalización para el último año. 2: Documento que establece la implementación de las recomendaciones oficiales de los informes de las auditorías.	Verificación/ Revisión de documentos	Informes de auditoría del último año. Informe de implementación de las recomendaciones del último año.
		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 se auditan 1: Se auditan pero no se toman decisiones; 2: Se auditan y se toman decisiones.	0: No se auditan los casos de muertes maternas ocurridas. 1: Informes de auditorías de casos de las muertes maternas ocurridas en el último año 2: Documento que establece la implementación de las recomendaciones oficiales de los informes de las auditorías realizadas en el último año.	Verificación/ Revisión de documentos	Informes de auditoría del último año Informe de implementación de las recomendaciones del último año

ATH-4	Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y aprobados	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 algunas; 2: Cuenta para las diez.	0: Los servicios de internamiento no cuentan con Guías de Práctica Clínica (GPC) para las 10 patologías más frecuentes. 1: Se verifica la existencia de GPC para algunas de las patologías más frecuentes. 2: Se verifica la existencia de GPC para las 10 patologías más frecuentes.	Verificación/ Revisión de documentos	ASIS institucional o documento similar (estadísticas hospitalarias) Guías de practica clinica aprobadas con RD
		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 parcialmente o no permanentemente; 2: Cumple con lo establecido en la norma vigente.	0: Se verifica que no se alcanzan los estándares para la atención de partos según normas vigentes. 1: Informes / Reportes oficiales que contienen el registro del desempeño de la atención de partos con resultados menores estándares vigentes o superiores de manera no continuada. 2: Informes / Reportes oficiales que contienen el registro del desempeño de la atención de partos con resultados superiores a los estándares vigentes de manera continua.	Verificación/ Revisión de documentos	Informe de evaluación trimestral/semestral de indicadores (FON), según norma.
		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: Nunca son implementadas; 1: A veces son implementadas o son implementadas por alguno de los miembros; 2: Siempre son implementadas por todos los miembros.	0: Se verifica que no se implementan Guías de Práctica Clínica (GPC). 1: Se verifica que se implementan las GPC por algunos miembros del equipo sobre una muestra aleatoria de 10 historias clínicas que corresponden a esas patologías. 2: Se verifica que se implementan las GPC por todos los miembros del equipo sobre la misma muestra.	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	H.CI seleccionadas GPC seleccionada, Lista de chequeo para revisión de HCI
		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: La adherencia es menor al 50% 1: La adherencia es entre 50 y 80% , 2: La adherencia es mayor al 80%.	0: Se verifica la adhesión a las Guías de Práctica Clínica (GPC) en menos del 50% del personal 1: Se verifica la adhesión a las GPC entre el 50% al 80% de personal 2: Se verifica la adhesión a las GPC en más del 80% de personal.	Verificación/ Revisión de documentos	Informe de monitoreo de adherencia a las GPC del último semestre
		ATH4-5	Se auditan las historias clínicas y se toman acciones para mejorar los procesos. 0: No se audita; 1: Se audita pero no se toman acciones; 2: Se audita y se toman acciones	0: No se auditan las historias clínicas para mejorar procesos. 1: Se verifica la existencia de informes de auditoria para el último trimestre. 2: Se verifica documento que establece disposiciones para la mejora de los procesos en base a los resultados de las auditorías.	Verificación/ Revisión de documentos	Informes de auditoria de HCI Informes de seguimiento de recomendaciones
ATH-5	El paciente y su familia reciben la educación e información pertinentes durante la ejecución del tratamiento	ATH5-1	El usuario comprende la información que se le brinda acerca de los procedimientos, diagnósticos y tratamientos referidos a su caso. 0: Menos del 50% comprende la información; 1: Del 50% al 80% comprende; 2: Más del 80% comprende la información.	0: Se verifica que menos del 50% de usuarios comprende la información acerca de los procedimientos, diagnósticos y tratamientos referidos a su caso sobre una muestra aleatoria de 10 usuarios externos. 1: Se verifica que entre el 50% al 80% de los usuarios comprende la información sobre su caso para la misma muestra. 2: Se verifica que más del 80% de los usuarios comprende la información sobre su caso para la misma muestra.	Muestreo Entrevista o revisión documentaria	Informe de encuesta sobre grado de comprensión de información recibida ó Cuestionario aplicado
		ATH5-2	Las historias clínicas contienen el consentimiento informado del paciente para su atención en el internamiento. 0: Contienen menos del 50%; 1: Contienen entre el 50% al 80% 2: Más del 80% contienen.	0: Se verifica que menos del 50% de historias clínicas contienen el formato de consentimiento informado registrado correctamente sobre una muestra aleatoria de 20 unidades. 1: Se verifica que entre el 50% y el 80% de historias clínicas contienen el registro de consentimiento informado correcto sobre la misma muestra. 2: Se verifica que más del 80% de las historias clínicas contienen el registro de consentimiento informado correcto sobre la misma muestra.	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	Listado de H.CI seleccionadas Formato oficial de Consentimiento Informado.
ATH-6	El establecimiento de salud garantiza la continuidad de los procedimientos para interconsultas así como acciones de apoyo diagnóstico y tratamiento (intrainstitucionales y interinstitucionales.)	ATH6-1	Se tiene documentados, se aplican y se mejoran los procedimientos de interconsultas a otras especialidades para los pacientes internados. 0: No los tiene documentados o no se aplican; 1: Tiene documentados, se aplican parcialmente o no se mejoran; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se tiene documentados los procedimientos de interconsulta. 1: Cuenta con evidencia documentaria de los procedimientos oficiales. 2: Evidencia documentaria de la aplicación de los procedimientos oficiales de interconsulta y sus mejoras.	Verificación/ Revisión de documentos	MAPRO: Procedimiento de interconsulta Informe/reporte de la aplicación del Procedimiento documentado Actas de reuniones de mejora del procedimiento

		ATH6-2	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento indispensables aseguran atención continua de 24 horas para los pacientes internados y de emergencias. 0: No cumplen o cumplen menos del 70% de ellos; 1: Cumple del 70% al 90% de ellos; 2: Cumple más del 90% de ellos.	0: Se verifica que menos del 70% de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento tienen horarios que aseguren atención continua las 24 horas. 1: Se verifica que entre el 70% y el 90% de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento tienen horarios que aseguren atención continua las 24 horas. 2: Se verifica que más del 90% de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento tienen horarios que aseguren atención las 24 horas.	Verificación/ Revisión de documentos	Rol de programación de los servicios de apoyo y tratamiento con cobertura para las 24 horas del último mes
ATH-7	El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento	ATH7-1	El establecimiento de salud cuenta con un mecanismo de evaluación periódica de historias clínicas por pares para efectos de monitoreo y mejoramiento de los procesos de atención de acuerdo a plazos establecidos por la institución. 0: No cuenta con mecanismo; 1: Cuenta con mecanismo pero no se realiza de acuerdo a lo establecido; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con un mecanismo de evaluación periódica de las historias clínicas. 1: Documento oficial que contiene el mecanismo de evaluación de las historias clínicas para efectos de monitoreo y mejora de procesos. 2: Evidencia documentaria de las disposiciones orientadas a la mejora de los procesos sobre la base de la evaluación periódica de las historias clínicas.	Verificación/ Revisión de documentos	Documento que establece mecanismos de evaluación periódica de HCl por pares (en cada servicio) Informes/reporte de aplicación de mecanismos de evaluación periódica de HCl por pares y de las mejoras de los procesos (en cada servicio)
		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 mecanismo pero éste opera parcialmente o solo funciona en algunos servicios; 2: Se cumple con todo lo establecido.	0: No se cuenta con mecanismo para gestión de sugerencias y quejas sobre la atención de internamiento. 1: Documento oficial que contiene el mecanismo para la gestión de quejas y sugerencias en algunos servicios. 2: Documento oficial que contiene el mecanismo para la gestión de quejas y sugerencias en todos los servicios.	Verificación/ Revisión de documentos	Directiva para la gestión de quejas y sugerencias Informe semestral de quejas y sugerencias
		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 se cumple; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se cuenta con horarios definidos para brindar información al usuario y familiares acerca de la evolución de los pacientes internados. 1: Documento oficial que establece los horarios para la entrega de información al usuario y familiares. 2: Se verifica que se cumplen los horarios de entrega de información según lo establecido.	Verificación/ Revisión de documentos Observación	Documento oficial que establece horarios Horario publicado Reporte de la observación de la entrega de información según horarios
		ATH7-4	Los planes de trabajo contenidos en las historias clínicas están de acuerdo con las guías de práctica clínica 0: Menos de 50% de planes de trabajo están de acuerdo con GPC; 1: Entre el 50% y 80% de los planes están de acuerdo; 2: Más de 80% cumplen con GPC.	0: Se verifica que menos del 50% de planes de trabajo contenidos en las historias clínicas están de acuerdo con las Guías de Práctica Clínica (GPC) para las últimas 20 historias clínicas. 1: Se verifica que entre el 50% y el 80% de los planes de trabajo en las historias está de acuerdo a las GPC para la misma muestra. 2: Se verifica que entre más del 80% de los planes de trabajo en las historias está de acuerdo a las GPC para la misma muestra.	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo Auditoría	Reporte de concordancia de Planes de trabajo de las HCl y las GPC ó HCl seleccionadas GPC oficiales
		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 o no se evalúa o el manejo no está de acuerdo a las GPC; 2: Se registra, analiza y evalúa y el manejo es según las GPC.	0: No se registran las complicaciones obstétricas ni su manejo. 1: Evidencia documentaria del registro de las complicaciones obstétricas para los últimos dos trimestres. 2: Evidencia documentaria del manejo de las complicaciones obstétricas de acuerdo a las GPC para los últimos dos trimestres.	Verificación/ Revisión de documentos	Reporte de complicaciones obstétricas Actas de reuniones de análisis y evaluación del manejo de las complicaciones obstétricas, de acuerdo a las GPC.
		ATH7-6	Se realiza auditoría interna a eventos adversos según norma y se implementan recomendaciones 0: No se realiza; 1: Se realiza pero no se implementan recomendaciones o se realiza parcialmente; 2: Se realiza y se implementan las recomendaciones.	0: No se realiza análisis de eventos adversos según normatividad. 1: Evidencia documentaria de análisis realizados a eventos adversos para el último trimestre. 2: Documento oficial que dispone la implementación de recomendaciones de los informes de las análisis de eventos adversos.	Verificación/ Revisión de documentos	Reporte de eventos adversos Documento de análisis de eventos adversos del último trimestre Informe de seguimiento de recomendaciones, del último trimestre

		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: No se registra; 1: Se registra, pero no se evalúa o se evalúa y el nivel no es el esperado; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se registra la evaluación de la satisfacción del usuario respecto a la atención de parto. 1: Registros oficiales de la medición de la satisfacción del usuario respecto a la atención de parto. 2: Registros oficiales que muestran que los resultados de la medición y evaluación de la satisfacción del usuario respecto a la atención del parto se encuentra en los niveles esperados.	Verificación/ Revisión de documentos	Informes de encuestas de satisfacción del usuario en atención de parto (FON)
--	--	--------	---	--	--------------------------------------	--

Macroproceso 10: Atención de Emergencia (EMG)

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

Código	Estandar	Criterios de Evaluación		Verificadores por Opciones de Calificación	Técnica de Evaluación a Utilizar	Fuentes Auditables
		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.	EMG1-1	El establecimiento de salud cuenta con un mecanismo de información general al usuario operativo en el servicio 0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está operativo o está parcialmente operativo; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con un mecanismo de información general al usuario. 1: Evidencia documentaria que registra el mecanismo oficial de información general al usuario 2: Se verifica la implementación de las disposiciones del mecanismo de información general en una muestra aleatoria de 10 usuarios externos.	Observación con Lista de chequeo de mecanismos de información al usuario de emergencia	Reporte de la observación de mecanismos operativos en el servicio
		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 o no respeta el enfoque de interculturalidad; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se hace público el derecho de toda persona a recibir atención inmediata en situación de emergencia. 1: Se observa la publicación de los derechos de atención en emergencia. 2: Se observa la publicación de los derechos de atención en emergencia en un lugar visible al usuario externo y respeta el enfoque de interculturalidad.	Observación	Cartel sobre atención de usuarios, ubicado en lugar visible c on enfoque de interculturalidad según realidad local
		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 o la programación es parcial; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se cuenta con programación oficial diario de los recursos humanos en un lugar visible al usuario externo. 1: Se observa programación oficial (completa o incompleta) de los recursos humanos, pero no está visible 2: Se observa programación oficial completa de los recursos humanos en un lugar visible para los usuarios externos.	Verificación observación	Rol de programación de personal de emergencia, actualizada y publicada en lugar visible
		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: Menos del 50% de las atenciones cumplen con las GPC para una determinada etapa de vida; 1: Del 50% al 80% de las atenciones cumplen; 2: Más del 80% de atenciones cumplen con las GPC.	0: Se verifica que menos del 50% de las atenciones cumplen con las Guías de Práctica Clínica (GPC) para las 10 patologías más frecuentes en una muestra aleatoria de historias clínicas del último mes. 1: Se verifica que entre el 50% y el 80% de las atenciones cumplen con las GPC para esta patologías sobre la misma muestra. 2: Se verifica que más del 80% de las atenciones cumplen con las GPC para estas patologías sobre la misma muestra.	Verificación/ Revisión de documentos	ASIS institucional Guías de práctica clínica de las diez causas más frecuentes en emergencia según etapas de vida. Informe de cumplimiento de las GPC de las diez causas más frecuentes en emergencia en cada una de las etapas del ciclo de vida., por indicadores.
		EMG1-5	El personal que labora en emergencia ha sido capacitado en los últimos 12 meses en temas propios de emergencia según competencias 0: Menos del 50% del personal ha sido capacitado; 1: Del 50% a 80% ha sido capacitado; 2: Más del 80% ha sido capacitado.	0: Se verifica documentación oficial que muestra que menos del 50% del personal que labora en emergencia ha sido capacitado en el último año. 1: Se verifica documentos oficiales que muestran que entre el 50% y el 80% del personal ha sido capacitado en el último año. 2: Se verifica documentos oficiales que muestran que más del 80% del personal ha sido capacitado en el último año.	Verificación/ Revisión de documentos	Reportes de la Unidad de Capacitación, del personal asistencial y administrativo de Emergencia, según competencias, del último año
		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.	0: No se han definido medidas para la atención de emergencias sin condicionamientos. 1: Evidencia documentaria oficial del establecimiento de medidas para la atención de emergencias sin condicionamientos. 2: Se verifica documentación que muestra la implementación de las disposiciones oficiales en la atención de emergencias.	Verificación/ Revisión de documentos Observación con Lista de chequeo basado en documento oficial de las medidas adoptadas en el proceso de atención	Documentos oficiales que establecen medidas para la atención de emergencias sin restricciones

EMG-2	El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	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.	0: No se cuenta con equipamiento, medicamentos e insumos para la atención de emergencias en el servicio. 1: Se verifica la existencia parcial de equipamiento, medicamentos e insumos para la atención mediante lista de chequeo. 2: Se verifica la existencia completa según lista de chequeo y la facilidad de acceso inmediato.	Verificación/ Revisión de documentos Observación	Lista de chequeo (ref. normas DIGIEM, SS Director) de equipamiento, medicamentos e insumos para la atención de emergencia Reporte FON
		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: Sí cuenta, pero no está disponible o no está accesible o cuenta parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se cuenta con equipos (sillas de ruedas, camillas, etc.) para recepción y traslado interno de pacientes. 1: Se verifica la existencia de equipos pero no están accesibles inmediatamente. 2: Se verifica la existencia de equipos accesibles de forma inmediata.	Observación	Sillas de ruedas y camillas del servicio de emergencia operativas y accesibles.
		EMG2-3	Los equipos de telecomunicaciones están operativos las 24 horas del día y los 365 días del año. 0: No están operativos; 1: Al menos un radio está operativo las 24 horas y 365 días del año, 2: Cumple con lo establecido.	0: No se dispone de equipos de telecomunicaciones operativos. 1: Se verifica la existencia de por lo menos un equipo de telecomunicaciones operativo los 365 días las 24 horas. 2: Se verifica la disponibilidad de todos los equipos de telecomunicaciones los 365 días las 24 horas.	Verificación/ Revisión de documentos Observación con Lista de chequeo de equipos de telecomunicaciones del servicio de emergencia	Informes de existencia y operatividad de equipos de telecomunicaciones del servicio de emergencia. (servicios generales del EESS)
		EMG2-4	El establecimiento dispone de ambulancia operativa para trasladar pacientes las 24 horas del día y los 365 días al año. 0: No dispone; 1: Dispone, pero no está operativa o no está accesible las 24 horas los 365 días del año; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se dispone de ambulancia para traslado de pacientes. 1: Se dispone de ambulancia pero está inoperativa. 2: Se dispone de ambulancia operativa y documento oficial que establece disposiciones para su disponibilidad los 365 días las 24 horas.	Verificación/ Revisión de documentos Observación con lista de chequeo de operatividad de las ambulancias	Registro de actividades/ruta de la ambulancia Reporte diario de operatividad (cuaderno, registro, ficha) según norma vigente.
		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 es insuficiente; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se cuenta con personal para la atención del usuario los 365 días las 24 horas. 1: Cuenta con personal en forma parcial los 365 días las 24 horas del año. 2: Se verifica la presencia de equipos completos de profesionales para cubrir la programación los 365 días las 24 horas.	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo (Revisión de rol de programación de meses en forma aleatoria, del último año)	Rol de programación de personal de emergencia, según nivel de complejidad
EMG-3	El personal de emergencia realiza los procesos de atención que garantizan la continuidad del cuidado del paciente.	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 capacitado; 2: Se cumple con todo lo establecido.	0: No se realiza el triaje de pacientes. 1: Se observa la realización del triaje de pacientes a cargo de personal no Capacitado (registro documentario). 2: Se observa la realización del triaje de pacientes a cargo de personal capacitado.	Verificación/ Revisión de documentos	Area de triaje Registro de capacitación del personal profesional
		EMG3-2	Las atenciones, procedimientos y diagnósticos se registran en el formato de atención de emergencias de la historia clínica 0: Menos del 60% de las atenciones, procedimientos y diagnósticos se registran en el formato de emergencia; 1: Entre el 60% y 80% de las atenciones, procedimientos y diagnósticos se registran; 2: Más del 80% se registran.	0: Se verifica que menos del 60% de atenciones, procedimientos y diagnósticos se registran en el formato de atención de emergencia en una muestra aleatoria de las diez últimas atenciones. 1: Se verifica que entre el 60% y el 80% de las prestaciones se registran en el formato de atención de emergencia para la misma muestra. 2: Se verifica que más del 80% de las prestaciones se registran en el formato de atención de emergencia para la misma muestra.	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	Libro/registro de atenciones de Emergencia Formatos de atención de emergencia seleccionados en una muestra aleatoria de las diez últimas atenciones.
		EMG3-3	El servicio de emergencia tiene mecanismos operativos que garanticen al usuario la continuidad de la atención en los cambios de guardia 0: No existen mecanismos o no están operativos; 1: Existen pero no siempre están operativos; 2: Cumplen con lo establecido.	0: El servicio de emergencia no cuenta con mecanismos operativos que garanticen la continuidad de atención en los cambios de guardia. 1: Documento oficial que contiene el mecanismo que garantice la continuidad de la atención en los cambios de guardia. 2: Se verifica el cumplimiento de las disposiciones oficiales establecidas para garantizar la continuidad de la atención durante el cambio de guardia en turnos de tres días consecutivos.	Verificación/ Revisión de documentos Observación con lista de chequeo del cumplimiento de mecanismos de atención en los cambios de guardia	Documento oficial que contiene mecanismos operativos para la atención en cambios de guardia reporte de persona a persona registro de censo de pacientes por enfermería mecanismos establecidos oficialmente Reporte de ocurrencias
Macroproceso 11: Atención Quirúrgica (ATQ)						
Objetivo y alcance: Evaluar si el centro quirúrgico está organizado para la prestación segura y eficaz de los cuidados preoperatorios, anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios a los pacientes						
		Criterios de Evaluación		Verificadores por Opciones de	Técnica de	Fuentes Auditables

Código	Estandar	Código Criterio	Criterio	Calificación	Evaluación a Utilizar	
ATQ-1	El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías según funciones básicas	ATQ1-1	Se cuenta y se evalúa la programación de actividades del centro quirúrgico 0: No se cuenta con programación; 1: Se cuenta con programación pero no se evalúa; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con programación de actividades en centro quirúrgico. 1: Documento de programación oficial de actividades del centro quirúrgico. 2: Informe de evaluación de actividades de centro quirúrgico de acuerdo a programación oficial para el último año.	Verificación/ Revisión de documentos	Programación de actividades del centro quirúrgico del último año Informe de evaluación de actividades del centro quirúrgico del último año
		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 o no se conoce; 1: Se cuenta, se conoce pero no se aplica; 2: Se cuenta, se conoce y se aplica.	0: No se cuenta con manual de procedimientos de centro quirúrgico 1: Se cuenta con manual de procedimientos oficial y es conocido por el personal sobre una muestra aleatoria del 50% de trabajadores del área en el turno. 2: Se verifica que se aplican los procedimientos del manual en una muestra de las historias del último mes.	Verificación/ Revisión de documentos Entrevista Observación	Manual de procedimientos (MAPRO) del centro quirúrgico aprobado Lista de chequeo en base al MAPRO del servicio Informe de entrevistas al personal establece la preprogramación
		ATQ1-3	Se aplica guías de manejo quirúrgico y anestésico para las diez intervenciones más frecuentes que se realizan (atención de anestesia-clínico-quirúrgica, terapia del dolor, anestesia fuera de quirófano, recuperación postoperatoria y consulta de anestesiología) 0: Menos del 60% del personal aplican las guías; 1: Del 60% al 90% las aplican; 2: Más del 90% las aplican.	0: Se verifica que menos del 60% de personal aplica las guías de manejo quirúrgico y anestésico para las 10 intervenciones más frecuentes sobre una muestra aleatoria de trabajadores. 1: Se verifica que entre el 60% y el 90% de personal aplica las guías de manejo sobre la misma muestra. 2: Se verifica que más del 90% de personal aplica las guías de manejo sobre la misma muestra.	Verificación/ Revisión de documentos	Guías de manejo quirúrgico y anestésico Informe de cumplimiento de las Guías de manejo quirúrgico de las diez intervenciones más frecuentes, por indicadores.
		ATQ1-4	El establecimiento tiene un rol diario de asignación de salas y garantiza la disponibilidad de ellas para casos de urgencia 0: No tiene rol diario; 1: Tiene rol diario, pero no garantiza su disponibilidad para casos de urgencia; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con rol diario de asignación de salas de operaciones. 1: Se verifica la existencia de rol diario de asignación de salas del último trimestre 2: Evidencia documentaria de disposiciones oficiales dirigidas a garantizar la disponibilidad de las salas para casos de urgencia.	Verificación/ Revisión de documentos	Rol diario de programación de salas del último trimestre con disponibilidad de sala de urgencia Documento oficial que dispone sala para urgencias.
		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 se cuenta con rol de programación; 1: Se cuenta con rol pero no se cumple; 2: Se cuenta con rol y se aplica.	0: No se cuenta con rol de programación de recurso humano (anestesiólogos, personal profesional y de apoyo). 1: Rol de programación de personal oficializado del último trimestre 2: Evidencia documentaria (rol oficial) de las disposiciones oficiales dirigidas a garantizar la disponibilidad del personal de acuerdo a la programación y verificación de la permanencia del 100% del personal en el turno.	Verificación/ Revisión de documentos Observación	Rol de programación del personal, que incluye anestesiólogos, personal profesional y de apoyo, en áreas críticas, del último trimestre
ATQ-2	El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario	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 verifica la disponibilidad de equipos, insumos e instrumental; 1: Verifica la disponibilidad pero no lo registra; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se verifica la disponibilidad de equipos, insumos e instrumental por parte del personal de enfermería antes de una cirugía. 1: El personal de enfermería verifica el instrumental necesario para las intervenciones quirúrgicas en base a una lista de chequeo en el turno. 2: Se verifica y registra la disponibilidad de equipos, insumos e instrumental por parte del personal de enfermería, del último mes.	Observación/ Verificación/ Revisión de documentos	Personal de enfermería Registros de verificación de disponibilidad de equipos, insumos e instrumental de las intervenciones quirúrgicas
		ATQ2-2	En el intraoperatorio el personal de enfermería circulante e instrumentista, que asiste la cirugía verifica y controla la existencia de los insumos e instrumental según listas de chequeo preelaboradas y es registrado en la historia clínica 0: No verifica la existencia de insumos e instrumental o no controla su existencia; 1: Verifica y controla su existencia, pero no lo registra; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se registra la existencia de insumos e instrumental por parte del personal de enfermería. 1: El personal de enfermería verifica y controla la existencia del instrumental e insumos necesario para las intervenciones quirúrgicas en base a una lista de chequeo en el turno, pero no lo registra. 2: Se observa la verificación y el registro en 10 HCl de la existencia de insumos e instrumental por parte del personal de enfermería en las intervenciones del último mes.	Observación/ Verificación/ Revisión de documentos	Lista de chequeo preelaborada de verificación del instrumental e insumos Registros en HCl seleccionadas del último mes

		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 se registra la hora de la coordinación; 1: Se registra pero no siempre; 2: Cumple con lo todo establecido.	0: No se registra la hora de coordinación de traslado del paciente a las áreas de hospitalización por parte del personal de enfermería. 1: Se verifica el registro del la hora de coordinación de traslado del paciente sólo en algunas HCl sobre una muestra de 10 en el último mes. 2: Se verifica el registro del la hora de coordinación de traslado del paciente en todas las HCl de una muestra aleatoria de 10 HCl del último mes.	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	HCl (10) seleccionadas del último mes.
		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 se cuantifica el tiempo de traslado de pacientes; 1: Se cuantifica, pero no se cumplen los tiempos; 2: Se cuantifica el tiempo y está en los niveles esperados.	0: No se cuantifica el tiempo de traslado de pacientes del centro quirúrgico. 1: Se cuantifica el tiempo de traslado del pacientes (indicador) en una muestra aleatoria de historias del último mes y no cumple con los niveles esperados (estándar). 2: Se cuantifica el tiempo de traslado de pacientes (indicador) y cumple con los niveles esperados (estándar) en más del 80% de las historias.	Verificación/ Revisión de documentos Auditoría	Informe de medición de tiempos de traslado de paciente de centro quirúrgico Historias clínicas
ATQ-3	El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	ATQ3-1	La historia clínica contiene los formatos oficiales para el control el acto quirúrgico. 0: Menos del 60% de las historias clínicas tienen el formato; 1: Del 60% al 90% tienen el formato; 2: Más del 90% lo tienen.	0: Se verifica que menos del 60% de historias clínicas tienen un formato para el registro del acto quirúrgico en una muestra aleatoria de 10 HCl del último mes. 1: Se verifica entre el 60% y 90% de las historias con formato en la misma muestra. 2: Se verifica en más del 90% de historias el formato de registro.	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	Hoja de anestesia Reporte operatorio HCl seleccionadas
		ATQ3-2	La evaluación preanestésica es registrada en la historia clínica en el formato correspondiente. 0: Se registra menos del 60% de evaluaciones; 1: Se registra del 60% al 90%; 2: Se registra en más del 90%.	0: Se verifica que menos del 60% de historias clínicas tienen un formato para el registro de la evaluación preanestésica en una muestra aleatoria de 10 historias del último mes. 1: Se verifica entre el 60% y 90% de las historias con registro en la misma muestra. 2: Se verifica en más del 90% de historias el registro de la evaluación.	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	Formato de evaluación preanestésica HCl seleccionadas
		ATQ3-3	Los formatos de la atención anestésica contienen la información del acto anestésico y las complicaciones. 0: Los formatos no contienen la información del acto anestésico; 1: Los formatos contienen la información del acto anestésico, pero no refiere las complicaciones; 2: Cumple con lo establecido.	0: Los formatos de atención anestésica no se registran. 1: Se verifica el registro del acto anestésico en los formatos oficiales sobre una muestra aleatoria de 10 historias del último mes. 2: El acto anestésico y las complicaciones se registran en los formatos oficiales sobre la misma muestra.	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	Formato de la atención anestésica (Hoja de anestesia) HCl (10) seleccionadas
		ATQ3-4	El formato de informe quirúrgico contiene la información del acto de acuerdo con lo establecido. 0: El formato no contiene la información o solo parcialmente; 1: El formato contiene la información pero no en todas las historias; 2: Cumple con lo establecido.	0: Se verifica la presencia del formato de informe quirúrgico que contiene información parcial en una muestra aleatoria de 10 historias del último mes. 1: Se verifica la presencia del formato de informe quirúrgico que contiene información completa en el 80% sobre una muestra similar. 2: Se verifica la presencia del formato de informe quirúrgico que contiene información completa en más del 80% sobre una muestra similar.	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	Reporte operatorio HCl (10) seleccionadas según norma HCl (lista de chequeo) .
		ATQ3-5	El formato de monitoreo postoperatorio contiene toda la información de acuerdo con lo establecido 0: El formato no contiene la información; 1: La contiene, pero no en todas las historias; 2: Cumple con lo establecido.	0: Se verifica que el formato de monitoreo postoperatorio no contiene toda la información de acuerdo a las normas en una muestra aleatoria de 10 historias del último mes. 1: Se verifica que el formato de monitoreo postoperatorio contiene toda la información de acuerdo a las normas en menos del 80% de una muestra similar. 2: Se verifica que el formato de monitoreo postoperatorio contiene toda la información de acuerdo a las normas en más del 80% sobre muestra similar.	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	Reporte de Sala de Recuperación (Hoja postanestésica) HCl (10) seleccionadas según norma HCl (lista de chequeo)

		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 cuantifica las tasas o no se analizan 1: Se cuantifica, se analiza, pero no se toman acciones correctivas; 2: Se cuantifica, analiza y se toman las medidas correctivas.	0: No se cuantifican las tasas de cirugías suspendidas. 1: Reporte / Informe oficial del análisis y registro de las tasas de cirugías suspendidas para el último año (indicador). 2: Documento oficial que establece disposiciones orientadas a disminuir las tasas de cirugías suspendidas.	Verificación/ Revisión de documentos	Informe mensual del análisis y registro de las cirugías suspendidas Informe/actas de implementación de medidas correctivas
		ATQ3-7 Se cuantifican las tasas de los casos de mortalidad intraoperatoria y postoperatoria, se analizan las causas que dependen de la organización y se toman las medidas correctivas. 0: No se cuantifica las tasas de mortalidad; 1: Se cuantifican, pero no se analizan las causas; 2: Se cumple lo establecido.	0: No se cuantifican las tasas de mortalidad intraoperatoria y postoperatoria. 1: Registros mensuales oficiales de las tasas de mortalidad intraoperatoria y postoperatoria (indicador). 2: Documento oficial que establecen disposiciones orientadas de disminuir las tasas de mortalidad intraoperatoria y postoperatoria.	Verificación/ Revisión de documentos	Informe mensual de análisis de casos de mortalidad intra y postoperatoria Informe de implementación de medidas correctivas
		ATQ3-8 Se registra y analiza las tasas de complicaciones y eventos adversos intra y postoperatorios, y se toman las acciones correctivas. 0: No se registra las tasas de complicaciones y eventos adversos 1: Se registra, se analiza, pero no se toman acciones correctivas; 2: Se registra, analiza y se toman las medidas correctivas.	0: No se registra las tasas de complicaciones y eventos adversos intra y postoperatorios. 1: Registros mensuales oficiales de las tasas de complicaciones y eventos adversos (indicador) para el último semestre. 2: Documento oficial que establece disposiciones para disminuir la ocurrencia de complicaciones y eventos adversos.	Verificación/ Revisión de documentos	Registros mensuales de las tasas de complicaciones de eventos adversos intra y postoperatorios Informe/actas de implementación de medidas correctivas
		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 verifica la identidad del paciente; 1: Verifica su identidad, la naturaleza y la zona de la operación, pero no se registra en la historia; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se verifica la identidad del paciente, la naturaleza y la zona de operación por parte del cirujano y el profesional de enfermería. 1: Se verifica la identidad, la naturaleza y la zona de operación, pero no se registra en la Lista de Chequeo de Cirugía Segura 2: Lista de Chequeo de Cirugía Segura completa en las 10 HCl seleccionadas de las últimas intervenciones.	Verificación/ Revisión de documentos	Lista de chequeo de Cirugía Segura (primer momento: preoperatorio)
		ATQ3-10 Se registran las tasas de reintervenciones inmediatas y/o tardías, se analizan las causas y se toman las medidas correctivas. 0: No se registra 1: Se registran las reintervenciones, pero no se toman las medidas correctivas; 2: Se cumple lo establecido.	0: No se registran las tasas de reintervenciones. 1: Registros mensuales oficializados del registro de las tasas de reintervenciones. (indicador) 2: Documento oficial que establece disposiciones orientadas a disminuir el número de reintervenciones quirúrgicas.	Verificación/ Revisión de documentos	Informe mensual del análisis de las reintervenciones Informe de implementación de medidas correctivas
		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 evalúa la satisfacción del paciente; 1: Se evalúa pero el nivel no es el esperado; 2: Se realiza y el nivel es el esperado.	0: No se evalúa la satisfacción del paciente por la atención recibida en centro quirúrgico. 1: Resultados de las encuestas de evaluación de la satisfacción del paciente por la atención recibida y no está en el nivel esperado. 2: Informe de análisis de los resultados de las encuestas de satisfacción que evidencian resultados que se encuentran en los niveles esperados.	Verificación/ Revisión de documentos	Informe de encuestas de satisfacción (mínimo en 30 pacientes) del usuario del centro quirúrgico
ATQ-4	El establecimiento de salud realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	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 evaluaciones periódicas o no verifica el cumplimiento de parámetros; 1: Evalúa, verifica pero no se toman medidas correctivas; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se evalúa evaluaciones periódicas preventivas de las cirugías más frecuentes verificando el cumplimiento de los parámetros definidos por las guías de atención quirúrgica. 1: Informe oficiales de Auditoría con los resultados del cumplimiento de las guías de atención (mapro, guías práctica clínica) quirúrgica en las intervenciones. 2: Documentos oficiales que establecen disposiciones orientadas a mejorar el desempeño de los profesionales en el servicio con base en los resultados de los informes de auditoría.	Verificación/ Revisión de documentos	Informe de auditorías de la calidad de atención ó evaluaciones Informe de implementación de las medidas correctivas trimestral de las 5 patologías de los 2 últimos

		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 implementa proyectos de mejora; 1: Implementa proyectos esporádicamente; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se implementan proyectos de mejora continua en base a los resultados de las Auditorías preventivas y de caso. 1: Se verifica la existencia de proyectos de mejora continua implementados en base aspectos críticos detectados en las auditorías, uno en el último año 2: Se verifica la existencia de proyectos de mejora continua cada trimestre luego del análisis de los aspectos críticos detectados en las auditorías.	Verificación/ Revisión de documentos	Proyectos de mejora continua implementados producto de las auditorías
		ATQ4-3	El establecimiento de salud aplica una política de confidencialidad respecto a la información del paciente. 0: No hay política de confidencialidad; 1: Hay política pero no se aplica; 2: Hay política y se aplica.	0: No se cuenta con política de confidencialidad respecto a la información del paciente. 1: Documento oficial que contiene las disposiciones de la política de confidencialidad respecto a la información del paciente. 2: Evidencia documentaria que establece los mecanismos de implementación de la política de confidencialidad respecto a la información del paciente.	Verificación/ Revisión de documentos	RD de aprobación e implementación de políticas de confidencialidad
		ATQ4-4	Se tiene un registro del acto quirúrgico en la historia clínica del paciente y está firmado por el cirujano responsable. 0: No se registra el acto quirúrgico; 1: Se registra, pero no está firmado; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con registro del acto quirúrgico en la historia clínica del paciente. 1: Se verifica la presencia de un registro oficial del acto quirúrgico en las historias clínicas en una muestra aleatoria de registros en el último mes. 2: El registro oficial del acto quirúrgico en las historias clínicas cuenta con la firma del cirujano responsable en la misma muestra.	Verificación/ Revisión de documentos	Historias clínica (10) (Informe de auditoría de la calidad de atención)

Macroproceso 12: Docencia e Investigación (DIV)

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

Código	Estandar	Criterios de Evaluación		Fuentes de Verificación según Guía del Evaluador	Técnica a utilizar	Fuentes de Verificación
		Código Criterio	Criterio			
DIV-1	El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	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: Cumple los requisitos en más del 60%; 1: Cumple requisitos entre el 60% y 80%; 2: Cumple los requisitos en más del 80%.	0: Se verifica el cumplimiento con menos del 60% de requisitos del Sistema Nacional de Pregrado en Salud – SINAPRES (lista de chequeo). 1: Se verifica el cumplimiento entre el 60% y 80% de requisitos del SINAPRES. 2: Se verifica el cumplimiento de más del 80% de requisitos del SINAPRES.	verificación de documentos	Lista de Chequeo (RM como sede docente, RD de convenios con universidades)
		DIV1-2	El establecimiento cuenta con un Comité Docente Asistencial Hospitalario operativo formado de manera multidisciplinaria 0: No cuenta con comité o no está operativo; 1: Tiene comité, está operativo pero no es multidisciplinario; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con Comité Docente Asistencial Hospitalario. 1: Documento oficial de conformación del Comité Docente Asistencial Hospitalario y actas de reuniones en el último semestre. 2: Documento oficial que evidencia el carácter multidisciplinario del Comité Docente Asistencial Hospitalario y además las actas de reuniones en el último semestre.	Verificación documentaria	RD de conformación de comité (pre y pos) Libro de actas de reuniones
		DIV1-3	El establecimiento ha definido políticas específicas de investigación y las aplica 0: No ha definido políticas de investigación; 1: Tiene políticas pero no las aplica; 2: Tiene políticas y las aplica.	0: No se ha definido políticas de investigación en el establecimiento. 1: Documento oficial que establece las políticas para investigación en el establecimiento. 2: Se verifica que los trabajos de investigación de los últimos 2 años cumplen con las políticas para investigación establecidas oficialmente.	verificación documentaria	RD de Políticas de Investigación Trabajos de investigación acorde a políticas
		DIV1-4	El establecimiento cuenta con formatos de consentimiento informado para investigación humana y los aplica 0: No cuenta con los formatos; 1: Cuenta con los formatos pero no los aplica; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con formatos de consentimiento informado para investigación en humanos. 1: Se verifica la existencia de formatos de consentimiento informado para investigación en humanos. 2: Se verifica la utilización de los formatos de consentimiento informado para la investigación en humanos en los trabajos desarrollados en los últimos 24 meses.	Verificación documentaria	Formatos de consentimiento informado de investigación Humana Formatos de consentimiento informado cumplimentados por trabajo desarrollados

		DIV1-5	El establecimiento cuenta con un comité de investigación formado de manera multidisciplinaria y está operativo 0: No cuenta con comité o no está operativo; 1: Cuenta con comité, está operativo pero no es multidisciplinario; 2: Cuenta con comité, está operativo y es multidisciplinario.	0: No se cuenta con un comité de investigación. 1: Documento oficial de conformación del comité de investigación. 2: Documento oficial que evidencia el carácter multidisciplinario del comité de investigación.	Verificación documental	RD de conformación de comité Libro de actas de reuniones
		DIV1-6	El establecimiento cuenta con un comité de ética/bioética en investigación y está operativo 0: No cuenta con comité de ética/bioética; 1: Cuenta con comité pero no está operativo; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con un comité de ética / bioética en investigación. 1: Documento oficial de conformación del comité de ética / bioética. 2: Actas de reunión del comité de ética / bioética conformado oficialmente para el último año.	Verificación documental	RD de conformación de comité Libro de actas de reuniones
		DIV1-7	El establecimiento cuenta con un reglamento de docencia de pregrado y postgrado, y se cumple 0: No cuenta con reglamento; 1: Cuenta con reglamento pero no se cumple; 2: Cuenta y se cumple.	0: No se cuenta con reglamento de docencia de pregrado y postgrado. 1: Reglamento oficial de docencia de pregrado y postgrado. 2: Se verifica que las actividades académicas concuerdan con el reglamento de docencia en relación a las actividades realizadas el último semestre.	verificación documental	Reglamento de docencia de pregrado y postgrado oficializado con RD Informe de actividades académicas de pre y post grado que concuerdan con Reglamento.
		DIV1-8	El establecimiento cuenta con plan anual de actividades académicas de pregrado y posgrado 0: No cuenta con plan anual para ninguna de las dos; 1: Cuenta sólo con plan para una de ellas; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se cuenta con plan anual de actividades de docencia de pregrado y postgrado. 1: Plan anual oficial de actividades de docencia de pregrado o de docencia de postgrado. 2: Planes anuales oficiales de actividades de docencia de pregrado y postgrado para los últimos 2 años.	verificación documental	Planes oficializados con RD de pre y post grado
		DIV1-9	El establecimiento cuenta con programa de tutorías y asesorías a los alumnos del pregrado y postgrado y se cumple 0: No cuenta con programa de tutorías para ninguno de los dos; 1: Cuenta con programa pero no se cumple o se cumple para uno de los dos; 2: Cuenta y cumple con todo lo establecido.	0: No se cuenta con programa de tutorías y asesorías a los alumnos de pregrado y postgrado. 1: Documento oficial del programa de tutorías o del programa de asesorías a los alumnos. 2: Informes de cumplimiento de las actividades correspondientes a los programas de tutorías o asesorías a los alumnos del pre y post grado en el último año.	verificación documental	Programa de tutoría oficial de pre grado Programa de tutoría oficial de post grado Programa de asesoría oficial de pre grado Programa de asesoría oficial de post grado Informes de cumplimiento de los programas establecidos de tutoría y asesoría de pre y post grado.
DIV-2	Se desarrollan actividades académicas y de investigación de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo	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.	0: Los comités de docencia, investigación y ética / bioética no se reúnen. 1: Actas de reunión de los comités de docencia, investigación y ética / bioética durante el último año. 2: Actas de reunión mensual de los comités de docencia. Investigación y ética / Bioética para el último año.	verificación documental	Actas de reuniones de evaluación del Comité de Docencia Actas de reuniones de evaluación del Comité de Investigación Actas de reuniones de evaluación del Comité de Ética / bioética
		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 supervisa; 1: Se supervisa pero no en función al convenio o no se documenta; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: El personal profesional del establecimiento no supervisa a los alumnos del pregrado y/o postgrado. 1: Se observa la realización de supervisión por parte del personal profesional del establecimiento a los alumnos sin documentarlo. 2: observa la realización de supervisión por parte del personal profesional del establecimiento a los alumnos conforme a los formatos a utilizarse en el marco del convenio establecido durante el último año.	Entrevista con guía revisión documental	Alumnos (10) de pre o post grado Convenio de docencia Interinstitucional Plan de supervisión Informe de supervisión
		DIV2-3	El establecimiento desarrolla actividades académicas como parte del plan anual de docencia de pregrado y postgrado 0: No se realizan las actividades del plan anual; 1: Se realizan actividades, pero no concuerdan con el plan; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se realizan actividades académicas como parte del plan anual de docencia de pregrado y postgrado. 1: Evidencia documental de la realización de actividades académicas de docencia para pregrado y postgrado. 2: Informe oficial de evaluación del plan anual de docencia de pregrado y postgrado que muestra las actividades académicas realizadas.	revisión documental	Plan de Docencia de pre y post grado. Informe de evaluación de actividades académicas de pre y post grado, de acuerdo al plan
		DIV2-4	Se realiza investigación de patologías acorde con las políticas establecidas por el comité de investigación y de ética/bioética 0: No se realiza investigación de patologías; 1: Se realiza investigación, pero no están acorde a las políticas establecidas; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se realiza investigación de patologías. 1: Evidencia documental de la realización de investigación de patologías. 2: Se verifica que los documentos de investigación de patologías oficiales se encuentran en el marco de las políticas establecidas por el comité de investigación y ética / bioética.	verificación documental	Políticas de investigación incluidas en su Plan Políticas de ética/bioética incluidas en su Plan Informes de protocolos de investigación aprobados.

		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 inventario; 1: Se cuenta con inventario, pero no se incorporan a la biblioteca; 2: Cumple con lo establecido	0: No se cuenta con inventario de materiales de capacitación e investigación. 1: Inventario actualizado oficial documentado de los materiales de capacitación e investigación. 2: Documento oficial de incorporación del inventario actualizado de materiales de capacitación e investigación a la biblioteca.	verificación documental Observación	Inventarios de materiales de capacitación Inventario de investigaciones Biblioteca física y virtual
		DIV2-6	El personal y los alumnos tienen acceso a los servicios bibliográficos, físicos y virtuales, dentro del establecimiento acorde a horarios estipulados 0: El personal y/o alumnos no tiene acceso a los servicios bibliográficos; 1: El personal y/o los alumnos tiene acceso, pero no de acuerdo a los horarios establecidos; 2: Cumple con lo establecido.	0: El personal y los alumnos no tienen acceso a los servicios bibliográficos, físicos y virtuales dentro del establecimiento. 1: Se verifica que el personal y los alumnos tienen acceso a los servicios bibliográficos físicos y virtuales sobre una muestra aleatoria de 10 alumnos. 2: Se verifica que el acceso a los servicios bibliográficos por parte del personal y los alumnos se hace en los horarios establecidos sobre la misma muestra.	Encuesta Verificación documental	Horario establecido para uso de servicios bibliográficos Libro de registro de uso de biblioteca Informe de encuesta

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

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

Código	Estandar	Criterios de Evaluación		Verificadores por Opciones de Calificación	Técnica de Evaluación a Utilizar	Fuentes Auditables
		Código Criterio	Criterio			
ADT-1	Los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos.	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: Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento no tienen normas ni guías de atención 1: Tienen normas y guías de atención pero no las aplican; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con normas y guías de de procedimientos en los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento. 1: Disponen de normas y guías de procedimiento en los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento oficializados. 2: Se verifica que se implementan los procedimientos contenidos en las normas y guías de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento en una muestra aleatoria del último mes documentado oficialmente.	Verificación / Revisión de documentos	RD de aprobación de los Manuales de Procedimientos de los Servicio de Apoyo al Diagnostico y Tratamiento. Informe de % de cumplimiento de los Procedimientos de los Servicios de Apoyo al Diagnostico y Tratamiento
		ADT1-2	Los servicios de apoyo al diagnóstico tienen y aplican programas de control de calidad 0: Los servicios de apoyo al diagnóstico no tienen programas de calidad; 1: Los servicios tienen programas pero no los aplican o solo lo tienen y/o aplican para algunos servicios; 2: Los servicios aplican programas de control de calidad.	0: Los servicios de apoyo al diagnóstico no tienen programas de control de calidad. 1: Evidencia documental oficial de la existencia de programas de control de calidad en alguno de los servicios de apoyo al diagnóstico. 2: Informes / Reportes oficiales que muestran los resultados del programa de control de calidad implementado en todos los servicios de apoyo al diagnóstico.	Verificación / Revisión de documentos	Programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnostico de acuerdo a normas Informe de la Evaluación del programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnostico
ADT-2	El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario.	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 tienen estándares de tiempo para la entrega de los resultados de exámenes 1: Tienen estándares, pero no se cumplen; 2: La entrega de exámenes cumple con los estándares.	0: No se tienen estándares de tiempo para la entrega de resultados de los exámenes a los profesionales y a los usuarios. 1: Se cuenta con estándares de tiempo oficiales para la entrega de resultados de los exámenes. 2: Cuenta con registros oficiales que muestran que el tiempo de entrega de resultados de los exámenes están de acuerdo a los estándares.	Verificación / Revisión de documentos	Documento oficial que consigne los estándares de tiempos para la entrega de resultados de los exámenes Informe de cumplimiento de los estándares de tiempos 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 algunos parámetros 2: Se registra siempre.	0: No se registran los resultados de los exámenes. 1: Registros oficiales de los resultados de los exámenes que incluyen el registro de algunos parámetros como el tiempo transcurrido entre la solicitud, la recepción de la muestra y la entrega del resultado para el último trimestre. 2: Registros oficiales de los resultados de los exámenes que incluyen el registro de todos los parámetros señalados para el último trimestre.	Verificación / Revisión de documentos	Libro de Registro de toma o recepción de muestra y entrega de resultado Registro en el sistema Informático de laboratorio de la recepción o toma de muestra y la entrega de resultado indicando el tiempo transcurrido Historia Clínica

ADT-3	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	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 han desarrollado indicadores; 1: Tienen indicadores pero no para todos los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No ha desarrollado indicadores de calidad relacionado a la entrega oportuna de sus productos en función de las necesidades de los pacientes. 1: Documento (s) oficial (es) de la implementación y uso de indicadores de calidad en algunos de los servicios. 2: Documento (s) oficial (es) de la implementación y uso de indicadores de calidad en todos los Servicios.	Verificación / Revisión de documentos	RD que aprueba el Programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento que contenga indicadores relacionados con la entrega oportuna de sus productos en función de las necesidades de los pacientes
		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 ni control de calidad; 1: Se realizan calibraciones pero no control de calidad del procedimiento; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se realiza la calibración de equipos ni el control de calidad de los procedimientos. 1: Informes / Reportes oficiales de la calibración de los equipos. 2: Informes / Reportes oficiales de la realización del control de calidad de los procedimientos además del documento del ítem anterior.	Verificación / Revisión de documentos	MAPRO para el control de la calidad por servicio de apoyo Informe del Programa de Control de Calidad respecto a la calibración de equipos Informe del Programa de Control de Calidad respecto a los procesos realizados
		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 en los procedimientos; 1: Se cumplen las normas de seguridad para algunos procedimientos; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cumplen normas de seguridad en los procedimientos que implican riesgo para los pacientes. 1: Se verifica que se cumplen medidas de seguridad oficiales para algunos de los procedimientos que implican riesgo sobre una muestra aleatoria las intervenciones del último mes (lista de chequeo). 2: Se verifica que se cumplen medidas de seguridad oficiales para todos los procedimientos que implican riesgo sobre la misma muestra (lista de chequeo).	Verificación / Revisión de documentos Observación Muestra	MAPRO para el control de la calidad por servicio de apoyo Lista de chequeo de cumplimiento de los procedimientos por cada servicio de apoyo.
		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 tienen programas de control y/o garantía de calidad; 1: Tiene programas pero no se aplican o se aplica uno de ellos; 2: Cumple con lo establecido.	0: El establecimiento no tiene un programa de control y garantía de la calidad para la producción de insumos, medicamentos y otros productos que elabora. 1: Se verifica la existencia de un programa oficial de control y garantía de la calidad de la producción de insumos, medicamentos y otros productos. 2: Evidencia documental oficial de la implementación de disposiciones para la implementación del programa de control y garantía de la calidad a la producción señalada	Verificación / Revisión de documentos	MAPRO para el control de la calidad por servicio de apoyo Guía de Procedimientos para la producción de insumos y/o medicamentos
		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 la demanda no atendida; 1: Se cuantifica la demanda, se analiza pero no se toman medidas correctivas; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuantifica la demanda no atendida en el servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento. 1: Informe / Reporte / Registro oficial de la demanda no atendida en el servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento. 2: Se verifica documentos oficiales que disponen la implementación de medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida en el servicio señalado.	Verificación / Revisión de documentos	Libro de Registro de demanda insatisfecha de procedimientos de apoyo al diagnóstico y tratamiento Informe trimestral y análisis de la demanda no satisfecha Plan de Implementación de medidas correctivas para disminuir la demanda no satisfecha
		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 capacitaciones; 1: Se efectúan capacitaciones pero el personal no las cumplen o las cumplen parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se capacita al personal del servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento sobre las condiciones que debe cumplir el usuario para la toma de muestra. 1: Evidencia documental oficial de la capacitación al personal de apoyo al diagnóstico y tratamiento sobre las condiciones para la toma de muestra. 2: Se observa que el personal del servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento verifica el cumplimiento de las condiciones de para la toma de la muestra en una muestra aleatoria de 20 usuarios.	Verificación / Revisión de documentos Muestreo Encuesta	Plan de Capacitación del personal de los servicios de apoyo Informe de Capacitación al personal del servicio de Apoyo al diagnóstico y tratamiento Encuesta de satisfacción al Usuario Ambulatorio

		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 cuantifica las reacciones adversas o no se analizan; 1: Se cuantifica las reacciones adversas, se analizan pero no se toman medidas correctivas; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuantifica las complicaciones y/o reacciones adversas derivadas de la atención en los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento. 1: Evidencia documentaria del registro de las complicaciones y/o reacciones adversas derivadas de la atención en los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento. 2: Se verifican documentos oficiales que disponen la implementación de medidas correctivas para disminuir las complicaciones y/o reacciones adversas analizadas en los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.	Verificación / Revisión de documentos	Registro de eventos adversos en el servicio Informe trimestral de eventos adversos ocurridos en el servicio Plan de implementación de medidas correctivas para la disminución de eventos adversos en el servicio Evaluación del plan de implementación
--	--	--------	---	--	---------------------------------------	---

Macroproceso 14: Admisión y Alta (ADA)

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

Código	Estandar	Criterios de Evaluación		Verificadores por Opciones de Calificación	Técnica de Evaluación a Utilizar	Fuentes Auditables
		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.	ADA1-1	El establecimiento tiene un sistema de registro de los usuarios por historias clínicas individuales/ fichas familiares y estandariza los formatos de acuerdo con la normatividad vigente. 0: El establecimiento no tiene un sistema de registro; 1: Tiene sistema de registro, pero no está acorde a la normatividad vigente; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No existe un sistema de registro de las historias clínicas / fichas familiares. 1: Se verifican existencia de registros oficiales de historias clínicas para el último año. 2: Evidencia documentaria de que los formatos para las historias clínicas son oficiales de acuerdo a la normatividad vigente.	Verificación / Revisión de documentos Muestra	RD que aprueba el sistema de registro para el EESS según normatividad vigente
		ADA1-2	Se garantiza la conservación y custodia del sistema de registro (historias clínicas/fichas familiares) y está contemplado en el manual de procedimientos del establecimiento y acorde a lo dispuesto por la normatividad vigente. 0: No se garantiza la conservación del sistema o no está contemplado en el manual de procedimientos; 1: Se garantiza la conservación, está contemplado en el manual de procedimientos pero no está acorde a normatividad; 2: Cumple con lo establecido.	0: Se observa existencia de un sistema de registro de historias clínicas / fichas familiares. 1: El manual de procedimientos oficial establece disposiciones para garantizar la conservación del sistema de registro. 2: Se verifica que las disposiciones establecidas para garantizar la conservación del sistema de registro en el manual de procedimientos concuerdan con la normatividad vigente.	Verificación / Revisión de documentos	MAPRO de la Unidad de Estadística e Informática Lista de chequeo de verificación de cumplimiento de procedimientos
		ADA1-3	El proceso diario de recojo/ archivamiento de las fichas familiares/historias clínicas está documentado e identifica aspectos críticos que podrían alterar su conservación/ tenencia. 0: El proceso no está documentado; 1: El proceso está documentado pero no se identifican los aspectos críticos; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se documenta el proceso diario de recojo / archivo de historias clínicas / fichas familiares. 1: Proceso diario de recojo / archivo de historias / fichas está documentado oficialmente. 2: Informe / reporte oficial en donde se identifica los aspectos críticos de del proceso diario de recojo / archivo de historias / fichas oficial.	Verificación / Revisión de documentos	MAPRO de la Unidad de Estadística e Informática Informe trimestral sobre los problemas detectados en las entradas y salidas de los registros medicos
		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: El procedimiento para las citas no es de conocimiento del personal; 1: El procedimiento es de conocimiento del personal pero no ha sido difundido a los usuarios; 2: Cumple con lo establecido.	0: No hay procedimiento para la entrega de citas. 1: Se observa la difusión de la existencia de un sistema para la obtención y entrega de citas a los usuarios externos. 2: Se verifica que el personal de las áreas involucradas conoce el sistema para la entrega de citas a los usuarios externos sobre el total de personal de las áreas correspondientes.	Verificación / Revisión de documentos Muestreo Encuesta	MAPRO de la Unidad de Estadística e Informática Encuesta sobre el conocimiento de la obtención y entrega de citas al usuario interno y externo
		ADA1-5	Se cuenta con personal capacitado en el último año, para realizar las actividades en el área de admisión del establecimiento. 0: El personal capacitado es menor al 60%; 1: El personal capacitado está entre el 60% al 90%; 2: Más del 90% del personal está capacitado.	0: Se verifica documentación oficial que muestra menos del 60% del total del personal de admisión ha sido capacitado en el último año para la realización de sus actividades durante el último año. 1: Se verifica información oficial que muestra entre el 60% a 90% del personal de admisión fue capacitado el último año. 2: Se verifica información oficial que muestra que más del 90% del personal de admisión ha sido capacitado el último año.	Verificación / Revisión de documentos Entrevista Muestreo	RD que aprueba el Plan de Capacitación del área a evaluar Informes de Capacitación al personal del área Entrevista al personal de admisión Capacitado en el área de administracion.

ADA-2	El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	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: El personal de admisión no informa a los usuarios sobre la atención; 1: El personal informa pero no identifica las necesidades o las identifica pero sin enfoque intercultural; 2: Cumple con lo establecido.	0: El personal de admisión / citas no informa a los usuarios externos sobre el proceso de atención. 1: Se observa que el personal informa al usuario externo del proceso de atención sobre una muestra aleatoria de 20 usuarios. 2: Registro / Reporte oficial de la identificación de necesidades de atención por parte del personal de admisión / citas.	Verificación / Revisión de documentos	Libro de Ocurrencias sobre las identificación de necesidades de atención por parte del personal de admisión Encuesta al Usuario Externo sobre la Información brindada por el personal de admisión
		ADA2-2	Se realiza la entrega de citas de acuerdo con la programación establecida por los servicios 0: No se realiza entrega de citas; 1: Se realiza, pero no está acorde con la programación; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se entrega citas a los usuarios externos. 1: Se verifica la entrega de citas a los usuarios. 2: Se verifica que la entrega de citas a los usuarios coincide con la programación de los servicios.	Verificación / Revisión de documentos	Libro de Registro manual o electrónico de entrega de Citas a los pacientes
		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 registra el tiempo de espera o no se monitorea; 1: Se registra y se monitorea, pero está por encima del nivel esperado; 2: Se registra y monitorea el tiempo de espera y éste se encuentra acorde a lo esperado.	0: No se registra el tiempo de espera del usuario en admisión. 1: Evidencia documentaria oficial del tiempo de espera en admisión. 2: Evidencia documentaria oficial que muestra el registro del tiempo de espera en admisión con resultados dentro de los límites esperados por la institución.	Verificación / Revisión de documentos	Estudio de Tiempos en Consultorio Externo Implementación de proyectos de mejora según resultados de estudio realizado
		ADA2-4	Se registra y monitorea el porcentaje de usuarios no atendidos en el establecimiento luego de haber obtenido cita y los niveles están acordes a lo establecido por la institución 0: No se registra el porcentaje de usuarios no atendidos o no se monitorea; 1: Se registra y se monitorea, pero los niveles están por encima de lo establecido; 2: Se registra y se monitorea y los niveles están acordes a lo establecido o por debajo.	0: No se registra el porcentaje de usuarios no atendidos en el establecimiento luego de la entrega de citas. 1: Evidencia documentaria oficial de registro del porcentaje de usuarios no atendidos en el establecimiento. 2: Evidencia documentaria oficial que muestra el registro del porcentaje de usuarios no atendidos con resultados dentro de los límites esperados por la institución.	Verificación / Revisión de documentos	Libro de Registro de citas que no se efectivizaron Informe del análisis de libro de registro Implementación de proyecto de mejora
		ADA2-5	Se registra y monitorea el porcentaje de citas atendidas de acuerdo con la programación establecida 0: No se registra el porcentaje de citas atendidas o no se monitorea; 1: Se registra y se monitorea, pero no está acorde a la programación; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se registra el porcentaje de citas atendidas de acuerdo con la programación. 1: Documento oficial de registro del porcentaje de citas atendidas en el establecimiento. 2: Evidencia documentaria oficial del registro del porcentaje de citas atendidas con resultados dentro de los límites esperados.	Verificación / Revisión de documentos	Libro de registro de manual o electrónico de citas atendidas en el EESS Informe y análisis de datos del libro de registro de citas
		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 registra el porcentaje de reprogramación de citas; 1: Se registra, pero no se monitorea o se hace pero no está de acuerdo a lo establecido por la institución; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se registra el porcentaje de reprogramación de citas. 1: Evidencia documentaria del registro del porcentaje de reprogramación de citas. 2: Informe oficial de monitoreo de registro del porcentaje de reprogramación de citas que muestra resultados en los niveles esperados	Verificación / Revisión de documentos	Libro de registro de manual o electrónico de citas atendidas en el EESS Informe y análisis de datos del libro de registro de citas
		ADA2-7	Se realiza el control de calidad de las historias clínicas acorde a lo estipulado en la normatividad vigente y los resultados son los esperados 0: No se realiza el control de calidad de las historias; 1: Se realiza el control, pero no de acuerdo a la normatividad o los resultados no son los esperados; 2: Cumple con lo	0: No se realiza el control de calidad de las historias clínicas. 1: Informe / Reporte oficial del control de calidad de las historias clínicas. 2: Informe / Reporte oficial del control de calidad de las historias clínicas que muestra resultados en los niveles esperados.	Verificación / Revisión de documentos	RD que aprueba el Plan de Auditoría de Historia Clínica del EESS Informe de Auditoría de Historias Clínicas según normatividad
		ADA2-8	Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta. 0: El porcentaje de usuarios satisfechos con la información es menor a 60%; 1: El porcentaje está entre 60% y 80%; 2: El porcentaje es mayor al 80% .	0: El porcentaje de usuarios externos satisfechos con la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta registrados oficialmente es menor al 60%. 1: El registro oficial muestra un porcentaje entre el 60% y 80% de usuarios satisfechos. 2: El registro oficial muestra un porcentaje mayor al 80% de usuarios satisfechos.	Verificación / Revisión de documentos	Encuesta de satisfacción del usuario externo respecto a la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta Implementación de proyectos de Mejora
ADA-3	El establecimiento de salud realiza el proceso de alta según los atributos de oportunidad, continuidad, integralidad.	ADA3-1	Se tiene documentado el proceso de alta en el establecimiento y se cumple. 0: El proceso no está documentado; 1: El proceso está documentado, pero no se cumple; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se documenta el proceso de alta. 1: Documento oficial del proceso de alta. 2: Se verifica el cumplimiento del proceso de alta oficializado en el informe de monitoreo o se realiza una observación del cumplimiento del proceso en los 4 servicios básicos.	Verificación / Revisión de documentos Observación	Documento oficial que contiene el proceso de alta Informe de monitoreo del proceso de alta. Resultados de la aplicación de la Lista de chequeo en función al procedimiento.

		ADA3-2	Se registran las estancias hospitalarias prolongadas, se analizan y se toman medidas correctivas. 0: No se registra las estancias hospitalarias prolongadas; 1: Se registran pero no se analizan o no se toman medidas correctivas; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se registran las estancias hospitalarias prolongadas. 1: Evidencia documentaria del registro de las estancias hospitalarias prolongadas. 2: Evidencia documentaria de la implementación de medidas correctivas como producto del análisis del registro de las estancias hospitalarias prolongadas.	Verificación / Revisión de documentos	Registro de estancias hospitalarias prolongadas en el servicio Informe mensual de estancias hospitalarias prolongadas ocurridos en el servicio. Evidencia de medidas correctivas para la disminución de estancias hospitalarias prolongadas en el servicio
ADA-4	El establecimiento de salud garantiza que el paciente reciba atención continuada después del alta.	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 se fomenta que el usuario consigne sugerencias o quejas; 1: Se fomenta pero no se dan facilidades al usuario; 2: Se fomenta y se dan facilidades al usuario.	0: No se fomenta que el usuario de la consulta ambulatoria consigne sugerencias o quejas . 1: Existe documento oficial que incentiva el recojo sugerencias o quejas en pacientes de alta que acuden a consulta ambulatoria pero no se implementa ningún mecanismo. 2: Se evidencia implementación de mecanismos de escucha a pacientes de alta que acuden a consulta ambulatoria.	Observación Verificación / Revisión de documentos	Documento oficial que contiene mecanismos para recojo de sugerencias o quejas en pacientes que han estado hospitalizados Mecanismos de escucha en pacientes hospitalizados implementados y accesibles.

Macroproceso 15: Referencia y contrareferencia (RCR)

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

Código	Estandar	Criterios de Evaluación		Verificadores por Opciones de Calificación	Técnica de Evaluación a Utilizar	Fuentes Auditables
		Código Criterio	Criterio			
RCR-1	El establecimiento de salud está organizado para referir pacientes y recibir contrareferencias.	RCR1-1	El establecimiento de salud tiene documentado el proceso de referencias y contrareferencias que realiza/recibe de acuerdo a la normatividad vigente. 0: No tiene documentado el proceso; 1: Lo tiene documentado pero no está acorde con la normatividad vigente; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se tiene documentado el proceso de referencias y contrareferencias. 1: Documento oficial del proceso de referencias y contrareferencias. 2: Sistema de referencias y ontrareferencias documentado de acuerdo a normas.	Verificación / Revisión de documentos Observación	Documento oficial de formalización del proceso de referencias y contrareferencias Lista de chequeo según norma
		RCR1-2	El establecimiento de salud ha establecido coordinaciones con otros servicios de atención ambulatoria, con servicios extrainstitucionales locales, regionales y nacionales para garantizar la atención posterior al alta. 0: No ha establecido coordinaciones; 1: Ha establecido coordinaciones, pero no se cumplen; 2: Ha establecido coordinaciones y se cumplen.	0: No se han establecido coordinaciones con otros servicios de atención ambulatoria, servicios extrainstitucionales locales, regionales o nacionales para garantizar la atención posterior al alta. 1: Evidencia documentaria de las coordinaciones establecidas sobre este punto. 2: Evidencia documentaria de la implementación de las coordinaciones oficiales establecidas para garantizar la atención posterior al alta.	Verificación / Revisión de documentos	Actas de reuniones y Acuerdos de coordinaciones para la contrareferencia de los pacientes a otros EESS. Registro de pacientes contrareferidos posterior al alta
		RCR1-3	El establecimiento de salud ha establecido un mecanismo de seguimiento de pacientes referidos las 24 horas, en caso no se haya producido la contrareferencia efectiva. 0: No se tiene mecanismo de seguimiento; 1: Tiene mecanismo, pero no las 24 horas; 2: Tiene un mecanismo y lo cumple.	0: No se cuenta con un mecanismo de seguimiento de pacientes referidos cuando no se produce la contrareferencia. 1: Evidencia documentaria de la operatividad del mecanismo de seguimiento pero no las 24 horas. 2: Evidencia documentaria de la operatividad del mecanismo de seguimiento de pacientes referidos las 24 horas para el último mes.	Verificación / Revisión de documentos	Registro diario manual o electrónico del seguimiento de las referencias del EESS
		RCR1-4	El establecimiento de salud cuenta con formatos impresos para las referencias y contrareferencias disponibles durante el horario de atención en todos los lugares necesarios. 0: No cuenta con formatos impresos para las referencias y contrareferencias; 1: Sí cuenta, pero no están disponibles en los lugares necesarios; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con formatos impresos para las referencias y contrareferencias. 1: Existen formatos impresos para referencias y contrareferencias. 2: Se verifica la existencia de los formatos impresos para las referencias y contrareferencias en todos los lugares necesarios.	Verificación / Revisión de documentos Observación	Formatos de refrencia Formatos de contrareferencia Servicios identificados. emergencia, consultorios externos, hospitalización apoyo al diagnóstico (laboratorio y rayos x),
RCR-2	El establecimiento de salud está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios.	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 rol de personal; 1: Se tiene rol, pero no es conocido por los responsables; 2: Cumple lo establecido.	0: No se tiene rol de personal a cargo del traslado de pacientes. 1: Se observa rol oficial de personal a cargo del traslado de pacientes. 2: Se verifica que el rol de personal a cargo del traslado de pacientes es de conocimiento por los todos los responsables	Verificación / Revisión de documentos	Rol de programacion de personal a cargo del traslado del paciente en lugar visible.(chofer, personal asistencial)
		RCR2-2	Se dispone de servicio de transporte operativo, equipado y disponible durante las 24 horas. 0: No se cuenta con servicio de transporte; 1: Se cuenta con servicio, pero no está equipado o disponible las 24 horas; 2: Cumple lo establecido.	0: No se dispone de servicio de transporte operativo. 1: Se observa la existencia del servicio de transporte. 2: Evidencia documentaria de la operatividad del servicio de transporte las 24 Horas para el último mes.	Observación Verificación / Revisión de documentos	Lista de Chequeo : Unidad móvil para el traslado del paciente equipado según normatividad vigente Rol de programacion de choferes Libro de registro de operatividad de la unidad de transporte.

RCR-3	Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de pacientes.	RCR3-1	El personal de salud responsable de la tarea de referencia y contrarreferencia conoce, implementa y controla todos los aspectos críticos del proceso y establece las acciones para mejorarlos. 0: El personal no conoce los aspectos críticos del proceso; 1: El personal los conoce, pero no los implementa o no los controla; 2: Cumple con lo establecido.	0: Se verifica que el personal responsable deconoce los aspectos críticos del proceso de referencia y contrarreferencia. 1: Se verifica que el personal responsable conoce los aspectos críticos del proceso de referencia y contrarreferencia pero no implementa ni controla. 2: El personal responsable conoce los aspectos críticos del proceso de referencia y contrarreferencia, lo implementa y controla y establece acciones de mejora, evidencia documentaria de los últimos 3 meses sobre identificación e implementación de mejoras.	Muestreo Encuesta Verificación / Revisión de documentos	Informe de capacitación del personal responsable del SRCR ó Certificados de capacitación en el SRCR Encuesta al personal responsable sobre el conocimiento de la NT del SRCR Informe ó actas de reuniones para la identificación y análisis de aspectos críticos Informe mensual de avance y seguimiento del SRCR Proyecto de mejora implementados según resultados de análisis de aspectos críticos.
		RCR3-2	Se cuantifica el porcentaje de casos referidos en que se aplicaron los criterios y procedimientos establecidos y el nivel es el esperado por la organización. 0: No se cuantifica el porcentaje; 1: Se cuantifica, pero no se aplicaron criterios y procedimientos o el nivel está por debajo de lo esperado; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuantifica el porcentaje de casos referidos en los que se aplicaron los criterios y procedimientos establecidos sobre una muestra aleatoria del último trimestre. 1: Evidencia documentaria del registro del porcentaje de casos referidos pero no se aplicaron los criterios y procedimientos establecidos ó el nivel esta por debajo de lo esperado sobre la misma muestra. 2: Evidencia documentaria que demuestra que el porcentaje de casos referidos en los que aplican los criterios coincide con los resultados esperados.	Verificación / Revisión de documentos	Registro manual ó electrónico de los casos referidos del EESS Informe del análisis de datos de casos referidos Informes mensuales de cumplimiento de indicadores de casos de referidos.
		RCR3-3	Se cuantifica el porcentaje de referencias de gestantes, puérperas y neonatos a un establecimiento de mayor nivel de complejidad de acuerdo a las necesidades del usuario y en relación con la cartera de servicios del establecimiento de salud. 0: No se cuantifica el porcentaje de referencias; 1: Se cuantifica, pero no está de acuerdo a las necesidades del usuario o no está en relación a la cartera de servicios; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuantifica el porcentaje de referencias de gestantes, puérperas y neonatos a un establecimiento de mayor complejidad. 1: Evidencia documentaria de que se cuantifica el porcentaje de referencias de gestantes, puérperas y neonatos. 2: Evidencia documentaria de que las referencias se realizan de acuerdo a la cartera de servicios del establecimiento de destino.	Verificación / Revisión de documentos	Reporte diario que establece la cartera de servicios disponible de los EESS de referencia Registro manual o electrónico de las referencias de gestantes, puerperas y neonatos del EESS Informes mensuales de cumplimiento de indicadores (gestantes, puerperas y neonatos) de casos de referidos.
		RCR3-4	Se cuantifica la relación porcentual entre referencias y contrarreferencias realizadas y el nivel es el esperado por la organización. 0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuantifica la relación porcentual entre referencias y contrarreferencias realizadas. 1: Evidencia documentaria del registro de la relación porcentual entre referencia y contrarreferencias. 2: Los resultados registrados de la relación porcentual entre referencias y contrarreferencias coinciden con lo esperado según normatividad.	Verificación / Revisión de documentos	Registro manual o electrónico de las referencias y contrarreferencias del EESS Informes mensuales de cumplimiento de indicadores (porcentaje de R y CR) de casos referidos y contrareferidos
RCR-4	Se establecen mecanismos de participación de la población organizada en los procesos de identificación, seguimiento y apoyo en la referencia y contrarreferencia de usuarios.	RCR4-1 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA	El establecimiento tiene un sistema organizado de vigilancia comunitaria en salud y es conocido por los responsables. 0: No se cuenta con el sistema de vigilancia; 1: Se cuenta, pero no es conocido por los responsables; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con sistema de vigilancia comunitaria. 1: Documento oficial del sistema de vigilancia comunitaria. 2: Se verifica que todos los responsables conocen el sistema de vigilancia comunitaria oficial.	Verificación / Revisión de documentos Entrevista	Documento oficial que contiene el sistema de vigilancia comunitaria Resultados de entrevista realizada a Responsables
		RCR4-2 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA	El establecimiento de salud cuenta con agentes comunitarios que aplican los procedimientos para la referencia comunal. 0: No cuentan con agentes comunitarios 1: Tienen agentes comunitarios pero no aplican procedimientos 2: Cumple con lo establecido.	0: El establecimiento no cuenta con agentes comunitarios. 1: Existe registro oficial que contiene el listado de los agentes comunitarios activos. 2: Evidencia documentaria que los agentes comunitarios realizan la referencia comunal de pacientes, correspondiente a los 3 últimos meses.	Verificación / Revisión de documentos	Registro oficial de los agentes comunitarios activos. Reportes de referencia comunal realizados por los ACS
		RCR4-3 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA	El establecimiento de salud cuenta con los formatos de referencia y contrarreferencia comunal y las registra. 0: No cuentan con los formatos; 1: Cuentan con los formatos pero no las registran; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con formatos oficiales de referencia y contrarreferencia comunal. 1: Cuenta con formatos oficiales de referencia y contrarreferencia comunal. 2: Se verifica el correcto registro de los formatos de referencia y contrarreferencia comunal sobre una muestra aleatoria de los 3 últimos meses.	Verificación / Revisión de documentos Muestreo	Formatos oficiales de referencia y contrarreferencia comunal, debidamente llenados

Macroproceso 16: Gestión de Medicamentos (GMD)

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

Código	Estandar	Criterios de Evaluación		Verificadores por Opciones de Calificación	Técnica de Evaluación a Utilizar	Fuentes Auditables
		Código Criterio	Criterio			

GMD-1	El establecimiento está organizado para un manejo adecuado de los medicamentos e insumos antes de su dispensación al usuario	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 se realiza compras o no son sobre el petitorio nacional; 1: Se programan compras sobre el petitorio nacional pero no sobre la base del cuadro de necesidades o no son autorizadas por el Comité de compras; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se realizan compras de medicamentos según el petitorio nacional. 1: Evidencia documentaria de que se autorizan compras en el marco del petitorio nacional sin considerar cuadro de necesidades. 2: Evidencia documentaria de que las compras autorizadas en el marco del petitorio nacional consideran los cuadro de necesidades.	Verificacion / Revision de documentos	Documento oficial de autorización de compra por el Comité institucional. Reporte de logística sobre compra de medicamentos Cuadro de necesidades de medicamentos según petitorio nacional. Cuadro anual de adquisiciones de medicamentos
		GMD1-2	La farmacia cuenta con sistemas (SISMED 2.0 u otro) e información para la gestión (Kardex, informes de consumo en unidades y valores, según fuente de financiamiento, para medicamentos y dispositivos médicos fungibles). 0: No cuenta con sistemas; 1: Cuenta con sistema pero no con información para la gestión; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con sistemas para la gestión de medicamentos. 1: Se verifica la existencia de un sistema para la gestión de medicamentos. 2: Existen reportes del sistema de gestión de medicamentos correspondiente al último año.	Verificacion / Revision de documentos	Verificacion del SISMED, KARDEX de los medicamentos Informe de consumo de medicamentos y dispositivos medicos fungibles.
		GMD1-3	El establecimiento realiza informe de consolidados diarios de despacho e informe mensual de consumo de medicamentos e insumos. 0: No realiza informes; 1: Realiza el informe diario, pero no el informe mensual; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se realiza informes consolidados del consumo de medicamentos. 1: Existen informes consolidados diarios del consumo de medicamentos de los últimos 6 meses. 2: Existen informes consolidados mensuales del consumo de medicamentos de los últimos 6 meses, además del cumplimiento del ítem anterior.	Verificacion / Revision de documentos	Informe diario de consolidados de despacho de medicamentos e insumos Informe mensual de despacho de medicamentos e insumos
		GMD1-4	Los medicamentos son almacenados y conservados de acuerdo a las buenas prácticas de almacenamiento. 0: No cumple las buenas prácticas de almacenamiento; 1: Cumple parcialmente las buenas prácticas de almacenamiento; 2: Cumple con lo establecido.	0: No cumple con buenas prácticas de almacenamiento de medicamentos. 1: Se observa cumplimiento parcial de buenas prácticas de almacenamiento de medicamentos según normatividad. 2: Se observa cumplimiento total de las buenas prácticas de almacenamiento de medicamentos según normatividad	Observacion con lista de chequeo.	Lista de chequeo según manual de Buenas practica de almacenamiento de medicamentos
		GMD1-5	Se cuenta con el Libro de Registro de Prescripcion de Narcóticos y sustancias controladas. 0: No cuenta con libro; 1: Cuenta con libro pero no registra o registra parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con libro para registro de prescripción de narcóticos. 1: Existe libro de registro de prescripción de narcóticos pero no registro o son incompletos. 2: Existe libro de registro de prescripción de narcóticos con registro de todos los días en los últimos 3 meses.	Verificacion / Revision de documentos	Libro de Registro de Prescripcion de Narcóticos y sustancias controladas.
GMD-2	El establecimiento realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable	GMD2-1	El establecimiento de salud aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de prescripción. 0: No aplica normas de prescripción; 1: Aplica las normas pero no evalúa su cumplimiento; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se aplican normas de prescripción. 1: Se verifica que aplica las normas de prescripción en el establecimiento pero no cuenta con informe de evaluación. 2: Se verifica que aplica y evalúa, cuenta con informes mensuales de evaluación de la aplicación de normas oficiales de prescripción del último trimestre.	Verificacion / Revision de documentos	Reporte de los indicadores de Buena Prescripción . Informe de evaluacion mensual de la aplicación del manual de buenas practicas de prescripción
		GMD2-2	El establecimiento de salud aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de dispensación. 0: No aplica normas de dispensación; 1: Aplica las normas pero no evalúa su cumplimiento; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se aplican normas de dispensación. 1: Documento oficial que contiene las normas de dispensación en el establecimiento. 2: Informe mensuales de evaluación de la aplicación de normas de dispensación en el establecimiento del último trimestre.	Verificacion / Revision de documentos	Reporte de los indicadores de Buena dispensación . Informe de evaluacion mensual de la aplicación del manual de buenas practicas de dispensación
		GMD2-3	Los errores en la dispensación de medicamentos son vigilados, registrados y corregidos por la autoridad competente del establecimiento 0: No vigila la ocurrencia de errores en la dispensación; 1: Vigila errores de dispensación pero no los registra o no los corrige; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se realiza vigilancia de los errores en la dispensación de medicamentos. 1: Evidencia documentaria de la vigilancia de errores en la dispensación de medicamentos. 2: Evidencia documentaria de la implementación de disposiciones dirigidas a corregir los errores en la dispensación registrados.	Verificacion / Revision de documentos	Documento oficial que establece los mecanismos de vigilancia de errores de dispensación Registros de los errores en la dispensacion de medicamentos Informe análisis de casos Informe de implementación de medidas correctivas
		GMD2-4	El servicio de farmacia cuenta y aplica mecanismos de informacion al paciente en el marco de su competencia al momento de la dispensación 0: No cuenta con mecanismos de información al paciente; 1: Cuenta con mecanismos pero no los aplica; 2: Cumple con lo establecido.	0: El servicio de farmacia no cuenta con mecanismos de información al paciente. 1: Documento oficial que establece el mecanismo de información al paciente en el servicio de farmacia pero no lo aplica. 2: Se verifica la información que se da al paciente en el servicio de farmacia sobre la observación de la dispensación a 10 usuarios externos con diferentes dispensadores..	Verificacion / Revision de documentos Observacion Muestreo	Documento oficial que establece los mecanismos de información al usuario al momento de la dispensación Materiales y medios de información al usuario

		GMD2-5	Los errores de prescripción de medicamentos son registrados y corregidos por la autoridad competente del establecimiento. 0: No registra errores de prescripción; 1: Registra los errores pero no son corregidos; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se registra los errores de prescripción. 1: Evidencia documentaria del registro de los errores en la prescripción pero no son corregidos. 2: Evidencia documentaria de la implementación de disposiciones dirigidas a disminuir los errores de prescripción de acuerdo a los resultados de su registro.	Verificación / Revisión de documentos	Registros de los errores en la Prescripción de medicamentos reportados por Farmacia. Informes de farmacia a jefes de servicio ó departamentos. Informe de Jefes de Servicio con medidas correctivas.
GMD-3	El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	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 se evalúa el porcentaje; 1: Se evalúa el porcentaje pero está por debajo de lo esperado; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se evalúa el stock registrado versus el stock real. 1: Evidencia documentaria de la evaluación del stock registrado versus el stock real con resultados por debajo del 99% de coincidencia. 2: Evidencia documentaria de la evaluación del stock registrado versus el stock real con resultados mayores al 99% de coincidencia.	Verificación / Revisión de documentos	Reporte/ Informe mensual de coincidencias entre los ítems prescritos, dispensados, reportados, stock registrado y stock real de los medicamentos trazadores
		GMD3-2	Se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas y la adopción de medidas correctivas. 0: No se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas; 1: Se evalúa el porcentaje pero no se adoptan medidas correctivas; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas. 1: Evidencia documentaria de la evaluación del porcentaje de prescripciones no atendidas pero no se adoptan medidas correctivas. 2: Evidencia documentaria de la implementación de disposiciones para mejorar el porcentaje de prescripciones no atendidas.	Verificación / Revisión de documentos	Registro manual o electrónico de prescripciones no atendidas Informe de la implementación de medidas correctivas.
		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.	0: No se realiza el monitoreo de las existencias para cautelar el normostock. 1: Informe / Reporte de monitoreo de las existencias de medicamentos para el último año. 2: Evidencia documentaria de la implementación de disposiciones para lograr un normostock en base a resultados del monitoreo de medicamentos.	Verificación / Revisión de documentos	Registro de stock de medicamentos e insumos Informe de monitoreo de existencias de Medicamentos e insumos Informe de implementación de medidas preventivas
		GMD3-4 ESPECÍFICO SECTOR PÚBLICO	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.	0: Se verifica documentación que muestra que menos del 50% del personal ha sido capacitado sobre los procedimientos de farmacia. 1: Se verifica documentación que muestra que entre el 50% y el 80% del personal ha sido capacitado sobre los procedimientos de farmacia. 2: Se verifica documentación que muestra que más del 80% del personal ha sido capacitado sobre los procedimientos de farmacia.	Verificación / Revisión de documentos	Informe de capacitación al personal de farmacia Constancia o certificados de capacitación del personal en procedimientos de farmacia
		GMD3-5 ESPECÍFICO SECTOR PÚBLICO	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 establecimiento no ha organizado la provisión; 1: Ha organizado la provisión pero no de todos los servicios críticos; 2: Cumple con lo establecido	0: No se organiza la provisión del normostock en los servicios críticos. 1: Evidencia documentaria de la organización de la provisión del normostock en algunos servicios críticos durante el último año. 2: Evidencia documentaria de la organización de la provisión del normostock en todos los servicios críticos durante el último año.	Verificación / Revisión de documentos	Reporte diario de Normostock en los servicios críticos del EESS Informe de medidas establecidas para la provisión de medicamentos e insumos en servicios críticos.

Macroproceso 17: Gestión de la información (GIN)

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

Código	Estandar	Criterios de Evaluación		Verificadores por Opciones de Calificación	Técnica de Evaluación a Utilizar	Fuentes Auditables
		Código Criterio	Criterio			
GIN-1	El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	GIN1-1	El establecimiento de salud identifica las necesidades de información de todos los procesos asistenciales y administrativos con participación del personal de las áreas respectivas. 0: El establecimiento no identifica las necesidades; 1: Identifica las necesidades, pero no con participación del personal de las áreas respectivas; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se identifica las necesidades de información de los procesos asistenciales y administrativos. 1: Evidencia documentaria de la identificación de necesidades de información de los procesos asistenciales y administrativos sin participación del personal de las áreas. 2: Actas de reuniones oficiales del personal de las diferentes áreas en la cuales se realiza la identificación de necesidades de información.	Verificación / Revisión de documentos	Actas de Reuniones del personal de las distintas áreas administrativas y asistenciales donde se identifican necesidades de información con el equipo de Estadística e informática o su similar en el EESS

GIN1-2	El establecimiento de salud identifica anualmente las necesidades de equipamiento para el óptimo funcionamiento del sistema informático y esta incluido en el plan anual de adquisiciones. 0: No se identifica las necesidades de equipamiento; 1: Se identifica necesidades pero no está en el plan anual de adquisiciones; 2: Se identifica necesidades y están en el plan.	0: No se identifican las necesidades de equipamiento para el funcionamiento adecuado del sistema de información. 1: Evidencia documentaria de la identificación de necesidades de equipamiento para el sistema de información pero no esta incluido en el PAA. 2: Plan Anual de adquisiciones que incorpora las necesidades identificadas de equipamiento del sistema de información.	Verificacion / Revisión de documentos	Requerimiento de necesidades de equipamiento para el buen funcionamiento del sistema informatico Plan Anual de adquisiciones que incorpora las necesidades de equipamiento del sistema de informacion
GIN1-3	El establecimiento de salud cuenta con un sistema de acopio manual y/o automatizado de información el cual es conocido por el personal. 0: Menos del 50% del personal lo conoce; 1: Del 50% al 80% del personal lo conoce; 2: Más del 80% del personal lo conoce.	0: Se verifica que menos del 50% del personal conoce el sistema de acopio de información sobre el total de la muestra de 30 trabajadores seleccionados aleatoriamente por áreas. 1: Se verifica que entre el 50% y el 80% del personal conoce el sistema de acopio de información sobre el total de la muestra de trabajadores seleccionados aleatoriamente por áreas. 2: Se verifica que más del 80% del personal conoce el sistema de acopio de información sobre el total de la muestra de trabajadores seleccionados aleatoriamente por áreas.	Verificacion / Revisión de documentos Muestreo Encuesta	Base de Datos del Sistema de informacion manual o electronico. Resultados de la encuesta al personal sobre su conocimiento del sistema de informacion del EESS
GIN1-4	El establecimiento de salud cuenta con sistemas de información que aplican los descriptores nacionales de medicamentos, codificación CIE X, CIP (procedimientos) y otras codificaciones oficiales para el sector salud. 0: No cuenta con sistemas de información para medicamentos; 1: Cuenta con sistema de información pero no aplica descriptores o solamente para alguno de ellos; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con sistemas de información de medicamentos. 1: Cuenta con sistema de información de medicamentos pero no cuenta con descriptores nacionales. 2: Evidencia documentaria de la implementación de descriptores en el sistema de información de medicamentos oficializado.	Verificacion / Revisión de documentos	reportes del último trimestre del sistema de información
GIN1-5	El establecimiento de salud tiene personal capacitado durante el último año, para llevar a cabo las actividades de la gestión de la información. 0: Menos del 60% ha sido capacitado durante el último año; 1: Del 60% al 90% han sido capacitado; 2: Más del 90% del personal ha sido capacitado.	0: Evidencia documentaria de que menos del 60% del personal ha sido capacitado para la gestión de información en el último año del personal del área de EI. 1: Evidencia documentaria de capacitación entre el 60% y el 90% del personal del área de EI. 2: Evidencia documentaria de capacitación de más del 90% del personal del área de EI.	Verificacion / Revisión de documentos	Informe de capacitacion sobre gestion de la informacion del personal del área de EI Constancias o certificados de capacitación del personal del área de EI .
GIN1-6	El establecimiento de salud cuenta con procedimientos documentados que describe las fases de captura, el análisis, la transmisión, la difusión, el almacenamiento, la conservación y la depuración de la información. 0: No cuenta con procedimientos documentados; 1: Cuenta con procedimientos pero no para todas las fases; 2: Cumple con todo lo establecido.	0: No se cuenta con procedimientos documentados para las fases de captura, análisis, transmisión, difusión, almacenamiento, conservación y depuración de la información. 1: Procedimientos documentados oficialmente para algunas de las fases descritas. 2: Procedimientos documentados oficialmente para todas las fases descritas.	Verificacion / Revisión de documentos	Documento de procedimientos oficial/MAPRO de la Unidad/área/Oficina de Estadística e Informática
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 existe un sistema de gestión de la información; 1: Existe el sistema pero no está implementado; 2: Existe el sistema y está implementado.	0: No se cuenta con un sistema de gestión de la información. 1: Documento del sistema de gestión de información oficializado. 2: Evidencia documentaria de la implementación de las disposiciones del sistema de gestión de información oficial.	Verificacion / Revisión de documentos	Documento oficial/RD que aprueba el Sistema de gestion de la informacion Reportes del Sistema de gestion de la informacion del último trimestre
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: Monitorea la información de menos del 60% de las unidades orgánicas y funcionales; 1: Monitorea del 60% al 90% de las unidades; 2: Monitorea mas del 90% de las unidades.	0: Evidencia documentaria del monitoreo de la información de menos del 60% de las unidades orgánicas y funcionales. 1: Evidencia documentaria del monitoreo de la información entre el 60% a 90% de las unidades orgánicas y funcionales. 2: Evidencia documentaria del monitoreo de la información de más del 90% de las unidades orgánicas y funcionales.	Verificacion / Revisión de documentos	Reportes mensuales del monitoreo del sistema de gestion de la informacion de las Unidades organicas y funcionales Listado de unidades organicas y funcionales.

GIN-2	El establecimiento de salud realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad y la oportunidad de la información.	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: El establecimiento no tiene mecanismos para la identificación de aspectos críticos; 1: Tiene mecanismos definidos, pero no son fuente para la elaboración de proyectos de mejora; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se identifican aspectos críticos para la gestión de información. 1: Evidencia documentaria de la identificación de aspectos críticos de la gestión de la información. 2: Se verifica la elaboración de proyectos de mejora de los aspectos críticos de la gestión de información.	Verificación / Revisión de documentos	Documento oficial que defina los mecanismos para identificar aspectos críticos de la gestión de la información Proyectos de mejora continua elaborados sobre aspectos críticos de la gestión de la información
		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: El establecimiento no cuenta con método para la gestión de la información; 1: Se cuenta con método, pero no se aplica o no es permanente; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con método para la gestión de información. 1: Documento oficial que registra los procedimientos del método de gestión de la información. 2: Evidencia documentaria de la implementación del método de gestión de la información de acuerdo a las disposiciones oficiales.	Verificación / Revisión de documentos	Documento oficial que contiene el método de gestión de la información (recolección, procesamiento y análisis) Reporte de productos de cada fase del método de gestión de la información. Informe de análisis de cada servicio ó área, respecto al reporte del sistema de información
GIN-3	El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información	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.	0: No se cuenta con mecanismos de información y retroalimentación. 1: Evidencia oficial de la existencia de un mecanismo de información. 2: Se verifica que existen documentos que registran el mecanismo de información y retroalimentación luego del análisis de la información.	Verificación / Revisión de documentos	Reportes, web, boletines, paneles y otros de Ei para los servicios y áreas del EESS Acta de reuniones retroalimentación de la información difundida al personal de los servicios y áreas
		GIN3-2	Los servicios generan espacios participativos de análisis de información y son documentados. 0: Los servicios no generan espacios de análisis de información; 1: Generan espacios, pero no son participativos o no son documentados; 2: Cumple con lo establecido.	0: No hay evidencia de la generación de espacios de análisis de información. 1: reuniones para el análisis de información. 2: Actas de reuniones participativas para el análisis de información.	Verificación / Revisión de documentos	Lista de participantes Documento de participantes Acta de reuniones para el analisis de la informacion difundida
		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.	0: No se cuenta con espacio de publicación de información actualizada de los proyectos de mejora continua. 1: Se verifica la existencia del espacio visible al usuario interno para publicación de este tipo de información. 2: Se verifica que la información publicada en el espacio asignado está actualizada del último año	Observación / Verificación / Revisión de documentos	Información de proyectos de mejora continua de información actualizada del último año publicada en paneles, periódico mural, pagina web, etc del EESS
		GIN3-4	Se identifican semestralmente las percepciones del usuario interno (en los niveles operativo, táctico y estratégico) acerca del manejo de la información. 0: No se identifica las percepciones del usuario interno; 1: Se identifican las percepciones pero no semestralmente; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se identifica las percepciones del usuario interno sobre el manejo de la información. 1: Evidencia documentaria de la identificación de las percepciones del usuario interno sobre la información de manera esporádica. 2: Evidencia documentaria de la identificación de las percepciones del usuario interno sobre la información de manera semestral para el último año.	Verificación / Revisión de documentos	Resultados de Encuesta semestral de la percepción del usuario interno sobre el manejo de información

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

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

Código	Estandar	Criterios de Evaluación		Verificadores por Opciones de Calificación	Técnica de Evaluación a Utilizar	Fuentes Auditables
		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.	DLDE1-1	Se cuenta con un manual de desinfección y esterilización acorde a su categoría y es conocido por el personal de todas las áreas responsables de esta proceso. 0: No cuenta con manual ni guía o no está adecuado a su categoría; 1: Se cuenta con manual/guía pero no es conocido por todo el personal o solo uno de ellos 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con manual de desinfección y esterilización acorde a la categoría del establecimiento. 1: Existe manual de desinfección y esterilización oficial acorde a la categoría del establecimiento. 2: Se verifica que el personal conoce las disposiciones contenidas en el manual oficializado sobre una muestra aleatoria de 10 trabajadores del área.	Verificación / Revisión de documentos Muestreo Encuesta	Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria MINSA/OGE/VIGIA aprobaa con R.M.N 1472-2002-SA/MINSA MAPRO de Desinfeccion y Esterilizacion del establecimiento.con RD. Encuesta de conocimiento al personal del area responsable

		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: El establecimiento no cuenta con guía actualizada; 1: Cuenta con guía pero no es conocido por todo el personal 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con guía actualizada sobre los procedimientos de limpieza y desinfección. 1: Existe guía oficial de procedimientos de limpieza y desinfección. 2: Se verifica que el personal conoce las disposiciones del documento oficial sobre limpieza y desinfección, en una muestra de los servicios de Medicina, Cirugía y emergencia, a (10) trabajadores.	Verificacion / Revision de documentos Muestreo Encuesta	MAPRO y/o Documento que los procedimientos de Limpieza y Desinfección de los ambientes. Encuesta de conocimiento al personal del area responsable
		DLDE1-3	El establecimiento tiene centralizado los procesos de limpieza, desinfección y esterilización de materiales y equipos. 0: El establecimiento no tiene centralizado los procesos; 1: NO VALIDO; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se tiene centralizado los procesos de limpieza, desinfección y esterilización de materiales y equipos. 1: No válido. 2: Cuenta con ambiente y se verifica documentos que muestran que el proceso de limpieza, desinfección y esterilización está centralizado.	Verificacion / Revision de documentos	Existencia del Servicio de Central Esterilizacion, MOF - MAPRO con RD.
		DLDE2-1	El personal que manipula equipos y material usado se encuentra protegido según medidas establecidas. 0: Está protegido menos del 50% del personal; 1: Entre el 50% al 90% del personal está protegido; 2: Están protegidos más del 90%.	0: Se observa menos del 50% del personal que manipula equipos y material se encuentra protegido sobre una muestra aleatoria del 50% de trabajadores. 1: Se observa entre el 50% y 90% del personal protegido sobre la misma muestra. 2: Se observa más del 90% del personal protegido sobre la misma muestra.	Verificacion / Revision de documentos Observacion Muestra	RD que aprueba el cumplimiento de las disposiciones del Manual de Salud Ocupacional Informe de supervision al personal de servicio sobre medidas de proteccion de bioseguridad Lista de chequeo sobre bioseguridad al personal
DLDE-2	Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	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: El personal no clasifica o no realiza la descontaminación del material y/o equipo usado; 1: El personal clasifica y realiza la descontaminación pero no de acuerdo a lo establecido en el manual; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se realiza la clasificación y descontaminación del material y equipos usados. 1: Se observa la clasificación y descontaminación del material por parte del personal pero no de acuerdo al manual (uso de lista de chequeo). 2: Se observa la clasificación y descontaminación del material por parte del personal de acuerdo al manual	Observación con lista de chequeo	Lista de chequeo sobre el cumplimiento del Manual de Desinfeccion y Esterilizacion (10 trabajadores)
		DLDE2-3	Se empaqueta y esteriliza el material/equipo de acuerdo con los procedimientos establecidos. 0: No se cumple con los procedimientos establecidos o solamente se empaqueta el material y/o equipo; 1: Se empaqueta y esteriliza el material/equipo, pero no de acuerdo con los procedimientos; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con procedimientos de empaque del material / equipo o este es oficial solamente para el empaque. 1: Se observa el empaque y esterilización del material / equipo sin relación a algún procedimiento oficial. 2: Se observa el empaque y esterilización del material / equipo de acuerdo a procedimiento oficial en una muestra (10 trabajadores).	Revision documentaria Observacion con lista de chequeo	MAPRO de empaque y esterilizacion de material aprobado con RD Lista de chequeo de los pasos del proceso de empaque y esterilizacion de la unidad de acuerdo a la norma.
		DLDE2-4	El establecimiento aplica controles físicos, químicos y biológicos en la esterilización de materiales y equipos. 0: El establecimiento no aplica controles o aplica uno de ellos; 1: Se aplica al menos dos controles; 2: Se aplican los tres controles.	0: Se observa la aplicación de por lo menos un control (físico, químico o biológico) en la esterilización de materiales y equipos. 1: Se observa la aplicación de por lo menos dos controles (físicos, químicos o biológicos) en la esterilización de materiales y equipos. 2: Se observa la aplicación de los tres controles (físicos, químicos o biológicos) en la esterilización de materiales y equipos.	Observacion con lista de chequeo	Lista de chequeo de cumplimiento de las disposiciones del Manual de Desinfeccion y Esterilizacion (10 trabajadores)
		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 tiene sistema de control o solamente en algunas áreas; 1: Se tiene sistema, en todas las áreas pero no registra cada procedimiento; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con sistema de control de daños, pérdidas de materiales y equipos en cada área de esterilización. 1: Documento oficial del sistema de control de daños, pérdidas de materiales y equipos presente en cada área de esterilización. 2: Se lleva el control por escrito en cada área de esterilización en relación a los daños, pérdidas de materiales y equipos de acuerdo al sistema oficial.	Verificacion / Revision de documentos Observacion	Libro de Registro manual o electronico de Control de Daños y pérdidas de materiales y equipos Informe de supervision Mensualizado del libro de registros de los procedimientos de esterilizacion.
		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 ha establecido un sistema de control; 1: Hay sistema de control, pero no se aplica; 2: Cumple con lo establecido.	0: No hay un sistema de control de pérdidas y deterioros innecesarios de enseres de cama y ropa. 1: Documento oficial del sistema de control de pérdidas y deterioros. 2: Tiene registro e informe del control de pérdidas y deterioros de enseres de cama y ropa.	Verificacion / Revision de documentos	Libro de Registro manual o electronico de pérdidas o deterioros de enseres de cama y ropa informe mensual del registro

DLDE-3	Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos.	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: Está protegido menos del 60% del personal; 1: Está protegido entre el 60% a 90%; 2: Está protegido más del 90% del personal.	0: Se observa menos del 60% de personal que realiza la recolección y lavado de la ropa debidamente protegido según normas de salud ocupacional sobre una muestra de 10 trabajadores. 1: Se observa entre el 60% y el 90% del personal debidamente protegido sobre la misma muestra. 2: Se observa más del 90% del personal debidamente protegido sobre la misma muestra.	Verificacion / Revision de documentos Observacion con lista de chequeo	Informes de supervision del cumplimiento de las disposiciones del manual de Salud Ocupacional Lista de chequeo del cumplimiento de las disposiciones del Manual de Salud Ocupacional (10 trabajadores)
		DLDE3-2	Existe un procedimiento especial para el tratamiento de la ropa contaminada que es de conocimiento del personal de lavandería. 0: No existe procedimiento; 1: Existe el procedimiento, pero no lo conoce todo el personal; 2: Cumple con lo establecido.	0: No existe procedimiento especial para el tratamiento de ropa contaminada. 1: Documento oficial del procedimiento especial para el tratamiento de ropa contaminada. 2: Se verifica el conocimiento del personal del procedimiento oficial para el tratamiento de ropa contaminada sobre una muestra aleatoria de 10 trabajadores.	Verificacion / Revision de documentos Muestreo Encuesta	MAPRO de procedimientos especiales para el tratamiento de ropa contaminada aprobada con RD. Encuesta de conocimiento al personal del area responsable
		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 se cuantifica el porcentaje de reclamos; 1: Se cuantifica, pero no se toman acciones correctivas; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuantifica el porcentaje de quejas y reclamos sobre el servicio de lavandería. 1: Sólo existe un Libro/cuaderno para registro de quejas y reclamos sobre el servicio de lavandería. 2: Se observa la implementación de disposiciones orientadas a mejorar el servicio de lavandería sobre la base de las quejas y reclamos registradas.	Verificacion / Revision de documentos	Libro/cuaderno de registro de reclamos y quejas en el servicio de lavandería Informe mensualizado del libro/cuaderno de registros Informe de las medidas correctivas implementadas.
		DLDE3-4	Se realiza el almacenamiento de los enseres de cama y ropa de acuerdo con las normas vigentes. 0: No se conocen las normas; 1: Conoce las normas, pero no se realiza el almacenamiento de acuerdo a éstas; 2: Cumple con lo establecido.	0: El personal desconoce sobre el almacenamiento de los enseres y ropa de cama según norma en una muestra aleatoria de 10 trabajadores. 1: Se verifica que el personal conoce las normas para el almacenamiento de enseres y ropa de cama pero no lo realiza. 2: Se verifica que el personal conoce y se observa el correcto almacenamiento de los enseres y la ropa de cama según norma.	Observacion con lista de chequeo Revision documentaria	Documento técnico de almacenamiento de cama y ropa de acuerdo a la normas vigentes Lista de chequeo del almacenamiento de los enseres de cama y ropa.
DLDE-4	Se realiza la limpieza de las instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas específicas.	DLDE4-1	El personal de limpieza está debidamente vestido y protegido según las medidas de bioseguridad y la norma de residuos sólidos. 0: Menos del 60% está vestido y protegido; 1: Está vestido y protegido entre el 60% a 90%; 2: Está vestido y protegido más del 90%	0: Se observa que menos del 60% del personal está debidamente vestido y protegido según normas de bioseguridad sobre una muestra aleatoria del 10 trabajadores. 1: Se observa protección del personal entre un 60% y un 90%, sobre igual muestra. 2: Se observa que más del 90% del personal está debidamente vestido y protegido según normas de bioseguridad sobre igual muestra.	Verificación / Revisión de documentos Observación	Informes de supervision del cumplimiento de las disposiciones de los manuales de Salud Ocupacional y el de Manejo de Residuos sólidos hospitalarios Lista de chequeo del cumplimiento de las disposiciones del Manual de salud ocupacional y el manual de manejo de residuos solidos
		DLDE4-2	El establecimiento cuenta y aplica procedimientos establecidos de segregación, acopio y disposición final de residuos sólidos. 0: No cuenta con procedimientos para el manejo de residuos sólidos; 1: Cuenta con procedimientos pero no los aplica o los aplica parcialmente para una de las fases; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con procedimientos para la eliminación de residuos sólidos. 1: Se verifica el procedimiento oficializado para la eliminación de residuos sólidos y se observa su implementación parcial. 2: Se observa la implementación del procedimiento oficial para la eliminación de residuos sólidos en todo el establecimiento.	Verificacion / Revision de documentos Observacion con lista de chequeo.	MAPRO con RD que aprueba el Procedimientos para el manejo de residuos solidos hospitalarios Informe de supervision del cumplimiento según la norma. Lista de chequeo del cumplimiento de los procedimientos establecidos según normativa
		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) solamente en la elaboración; 2: Participa(n) en la elaboración y supervisión.	0: La unidad de epidemiología y saneamiento ambiental no participan en la elaboración de normas de limpieza. 1: Actas de reunión del Comité de Infecciones Intrahospitalarias personal de epidemiología y saneamiento ambiental para la elaboración de normas de limpieza. 2: Informes de supervisión del cumplimiento de las normas de limpieza elaboradas de manera participativa.	Verificacion / Revision de documentos	Informe de las actividades del comité Actas de reunion del Comité de IHH. Informe de supervision de los procesos de Limpieza.

		DLDE4-4	Se cuantifica la percepción de los usuarios (interno y externo) respecto a la limpieza del establecimiento de salud y se implementan acciones para su mejora. 0: No se cuantifica la percepción de los usuarios; 1: Se cuantifica la percepción, pero no se implementan acciones de mejora; 2: Se cuantifica y se implementan acciones.	0: No se cuantifica la percepción de los usuarios (interno y externo) respecto a la limpieza del establecimiento. 1: Evidencia documental de que se cuantifica la percepción de los usuarios respecto a la limpieza del establecimiento. 2: Se verifica que se han implementado disposiciones dirigidas a mejorar la limpieza del establecimiento con base a los resultados de la percepción de los usuarios.	Verificación / Revisión de documentos	Encuesta de percepción al usuario interno y externo (10 usuarios). Informe de la Implementación de las mejoras. de acuerdo a los resultados de la Encuesta.
--	--	---------	---	--	---------------------------------------	---

Macroproceso 19: Manejo del Riesgo Social (MRS)

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

Código	Estandar	Criterios de Evaluación		Verificadores por Opciones de Calificación	Técnica de Evaluación a Utilizar	Fuentes Auditables
		Código Criterio	Criterio			
MRS-1	El establecimiento de salud está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	MRS1-1 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA	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 con un sistema de evaluación socioeconómica; 1: Cuenta con sistema pero no está disponible en todos los puntos de entrada de los usuarios o no está disponible las 24 horas; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con un sistema de evaluación socioeconómica de los usuarios. 1: Se evidencia que los procedimientos del sistema de evaluación socioeconómica no están presente en todos los puntos de entrada de los usuarios y es por horas. 2: Se evidencia que los procedimientos del sistema de evaluación socioeconómica están presente en todos los puntos de entrada de los usuarios y está operativo las 24 horas.	Revisión / Verificación de documentos	documento oficial (RD) que aprueba el Sistema de Evaluación Socioeconómica institucional Manual de procedimientos para la evaluación socioeconómica aprobado con documento oficial (RD)
		MRS1-2 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA	El establecimiento de salud programa y realiza mensualmente controles de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica. 0: No realiza control de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica; 1: Realiza control de calidad pero no de acuerdo a lo programado; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se realiza el control de las fichas de evaluación socioeconómica. 1: Informe / Reporte de control de las fichas de evaluación socioeconómica para períodos mayores a un mes. 2: Informe / Reporte mensuales de control de las fichas de evaluación socio-económica para el último año.	Verificación / Revisión de documentos	Fichas de Evaluación socioeconómica Informe/Reporte mensuales de control de calidad de Fichas de evaluación socioeconómica
		MRS1-3 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA	El servicio social cuenta con servicio de Internet para realizar cruces de información de los usuarios con ESSALUD y RENIEC. 0: No cuenta con internet; 1: Cuenta con internet pero no hace cruce de información de los usuarios de ESSALUD y RENIEC; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con servicio de internet en el área de servicio social. 1: Se observa que el servicio cuenta con internet pero no realiza el cruce de información de los usuarios en una muestra aleatoria de 20 usuarios. 2: Se observa que el servicio cuenta con internet y realiza el cruce de información de los usuarios en una muestra aleatoria de 10 usuarios.	Observación con Lista de Chequeo Muestra	Equipos de Computación con internet Lista de chequeo para verificar el cruce de información con EsSALUD y RENIEC
		MRS1-4	El establecimiento de salud realiza las evaluaciones socioeconómicas a los usuarios de consulta externa, emergencias, apoyo diagnóstico y hospitalización. 0: Sólo realiza las evaluaciones socioeconómicas en alguna de ellas; 1: Realiza en todos los servicios menos en uno; 2: Realiza evaluaciones en todos los servicios listados.	0: No se realiza evaluaciones socioeconómicas a los usuarios del establecimiento.(consulta externa, emergencia, apoyo diagnóstico y hospitalización). 1: Se verifica la presencia de fichas de evaluación socioeconómica en tres de las cuatro áreas señaladas. 2: Se verifica la presencia de fichas de evaluación socioeconómica en todas las áreas señaladas.	Verificación / Revisión de documentos	FESE aplicadas en las áreas de Consultorio Externo, Emergencia Apoyo al Diagnóstico, y Hospitalización
MRS-2	El establecimiento de salud destina recursos financieros para la atención de casos especiales y de extrema pobreza.	MRS2-1 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos de financiamiento para la atención de la población pobre y en extrema pobreza y éstos se aplican. 0: El establecimiento no cuenta con éstos mecanismos; 1: Cuenta con mecanismos pero no los aplica o los aplica parcialmente; 2: Cuenta con mecanismos y los aplica	0: No cuenta con mecanismos de financiamiento de la atención de la población pobre y en extrema pobreza. 1: Evidencia documental de mecanismos de financiamiento de este tipo de Atención (registro de exoneraciones). 2: Evidencia documental de la implementación de mecanismos de financiamiento en el último año.	Verificación / Revisión de documentos	Libro de registro manual o electrónico de Exoneraciones a población pobre y en extrema pobreza que no cuenta con SIS Informe de captación de pacientes pobres y en extrema pobreza para que se beneficien del SIS
		MRS2-2 ESPECÍFICO PARA PÚBLICO MINSA	Las tarifas del establecimiento de salud se adecúan a los lineamientos de política tarifaria del MINSA. 0: Las tarifas del establecimiento no se adecúan; 1: Las tarifas se adecúan parcialmente a la política tarifaria del MINSA; 2: Cumple con lo establecido	0: Las tarifas del establecimiento no se adecúan a la política del MINSA. 1: Se verifica que el tarifario institucional se adecúa parcialmente a las disposiciones de política del MINSA. 2: Se verifica que el tarifario institucional se adecúa completamente a la política del MINSA.	Revisión / Verificación de documento	Tarifario diferenciado del EESS Informe de verificación del tarifario del EESS adecuados a las políticas del MINSA

Macroproceso 20: Nutrición y Dietética (NYD)						
Objetivo y alcance: Evaluar si la organización garantiza una atención de nutrición y dietética según las necesidades, las indicaciones clínicas y los requerimientos de los pacientes.						
Código	Estandar	Criterios de Evaluación		Verificadores por Opciones de Calificación	Técnica de Evaluación a Utilizar	Fuentes Auditables
		Código Criterio	Criterio			
NYD-1	El establecimiento de salud está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.	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 con manual o no está actualizado; 1: Cuenta con manual actualizado pero no está disponible; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con manual actualizado de normas y procedimientos técnico-administrativos de la atención nutricional y dietética. 1: Manual de normas y procedimientos para la atención nutricional es oficial. 2: Manual de normas y procedimientos para la atención nutricional oficial está disponible al personal.	Verificacion / Revision de documentos	RD que aprueba MOF y MAPRO de Nutricion de acuerdo a la normatividad vigente
		NYD1-2	Se cuenta con personal de nutrición capacitado durante el último año. 0: Menos del 50% se capacitó durante el último año; 1: Entre el 50% y 80% del personal se capacitó; 2: Se capacitó más del 80% del personal.	0: Evidencia documentaria de que menos del 50% del personal de nutrición ha sido capacitado durante el último año. 1: Evidencia de capacitación entre el 50% a 80% del personal de nutrición durante el último año. 2: Evidencia de capacitación a más del 80% del personal de nutrición durante el último año.	Verificacion / Revision de documentos	Plan de capacitacion del servicio de nutricion y dietetica Informes de Capacitacion y listas de asistencia. Revision de legajo.
		NYD1-3	Se han determinado y se cumplen horarios para la distribución de las dietas a los servicios. 0: No se han determinado los horarios; 1: Se ha determinado horarios, pero no se cumplen; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se han determinado horarios para la distribución de dietas. 1: Documento oficial que establece los horarios de distribución de dietas pero no se cumple. 2: Se observa que la distribución de dietas se realiza de acuerdo a las disposiciones oficiales.	Verificacion / Revision de documentos Observación	Documento oficial que aprueba horarios de distribucion de dietas según establecido Reportes de distribución de dietas
		NYD1-4	El establecimiento cuenta normas de manipulación de alimentos y éstas se aplican. 0: El establecimiento no cuenta con normas; 1: Cuenta con normas pero no se aplican o se aplican parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con normas para manipulación de alimentos. 1: Documento oficial que establece las normas para manipulación de alimentos. 2: Se observa la manipulación de alimentos cumple todas las disposiciones oficiales.	Verificacion / Revision de documentos Observacion con lista de chequeo	Cada servicio.cuenta con la norna de manipulación de alimentos, Manual de Manipulacion de alimentos oficial de acuerdo a normatividad vigente. Informe trimestral de supervision de la manipulacion de alimentos Lista de chequeo para verificar el Cumplimiento del Manual de Manipulacion de Alimentos.
		NYD1-5	El establecimiento aplica buenas prácticas de almacenamiento de víveres perecibles y no perecibles. 0: El establecimiento no aplica buenas prácticas; 1: Aplica buenas prácticas para uno de los dos tipos de víveres; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se aplican buenas prácticas de almacenamiento de víveres. 1: Se observa in situ la aplicación de buenas prácticas de almacenamiento solamente para algunos víveres. 2: Se observa in situ la aplicación de buenas prácticas de almacenamiento para todos los víveres.	Verificacion / Revision de documentos Observacion con lista de chequeo	RD que aprueba el Manual de Buenas practica de almacenamiento de viveres perecibles y no perecibles Lista de chequeo en función de la norma
		NYD1-6	El establecimiento cuenta con mecanismos de información y educación a los usuarios y familiares sobre los requerimientos nutricionales de acuerdo con sus necesidades y éstos se aplican. 0: No cuenta con mecanismos o solamente para información o para educación; 1: Cuenta con mecanismos de información y educación pero no se aplican; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con mecanismos de información y educación a los usuarios y familiares sobre los requerimientos nutricionales. 1: Documentación oficial de mecanismos oficiales para la información y educación a los usuarios y familiares sobre los requerimientos nutricionales. 2: Se obtiene respuesta afirmativa sobre información a pacientes y familiares respecto a requerimientos nutricionales con preguntas realizadas a una muestra aleatoria de 10 individuos.	Verificacion / Revision de documentos Muestreo Encuesta	Cronograma de actividades de informacion al usuario sobre requerimientos nutricionales Cuenta con material de informacion (dipticos cartillas,etc) Encuesta a Usuarios y sus familiares sobre conocimientos y práctica de sus requerimeintos nutricionales. em relación a sus necesidades
NYD-2	Los requerimientos de los servicios nutricionales concuerdan con las necesidades de los pacientes y la prescripción médica.	NYD2-1	El servicio de nutricion cuenta con un listado de regimenes estándar por patologías prevalentes que se encuentran detallados con composición de nutrientes, prescripciones dietéticas y menús diarios. 0: El establecimiento no cuenta con listado de regimenes; 1: Cuenta con listado pero no está detallados en su composición; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con listado oficial de regimenes estándar por patologías prevalentes detallado por composición de nutrientes. 1: Documento oficial de listado de regimenes estándar por patologías prevalentes. 2: Documento oficial de listado de regimenes estándar por patologías prevalentes detallado por composición de nutrientes.	Verificacion / Revision de documentos	RD que aprueba el Listado de regimenes dieteticos estandar por patologias prevalentes.

		NYD2-2 El personal de enfermería/obstetricia verifica y registra la concordancia entre los menús del día y las distintas indicaciones dietéticas. 0: El personal de enfermería/obstetricia no verifica la concordancia; 1: Se verifica la concordancia pero no la registra 2: Cumple con lo establecido.	0: Se observa que el personal de enfermería / obstetricia desconoce como verificar la concordancia entre el menú del día y las indicaciones dietéticas en una muestra aleatoria de 10 pacientes. 1: Se observa que el personal de enfermería / obstetricia verifica la concordancia entre el menú del día y las indicaciones dietéticas en una muestra aleatoria de 10 pacientes. 2: Se observa que el personal de enfermería / obstetricia verifica y registra la concordancia entre el menú del día y las indicaciones dietéticas en una muestra aleatoria de 10 pacientes.	Verificacion / Revision de documentos Muestreo	Kardex de enfermería y Obstetricia en rubro de registro de dietas recibidas. Libro de registro de los menus del día y las indicaciones dietéticas Informe mensualizado del libro de registro Verificación en 10 Historias clínicas y Kardex.
		NYD2-3 El profesional de nutricion efectúa la visita diaria a los pacientes con dietas especiales. 0: El personal de nutrición no efectúa visitas diarias; 1: Se efectúan visitas pero no diariamente 2: Cumple con lo establecido	0: El personal de nutrición no realiza visitas a los pacientes con dietas especiales. 1: No hay evidencia documentaria de visitas a pacientes con dietas especiales por parte del personal de nutrición. 2: Evidencia documentaria de visitas diarias a pacientes con dietas especiales por parte del personal de nutrición.	Verificacion / Revision de documentos Encuesta	Informe diario de las visitas efectuadas por el profesional de nutricion a los pacientes con dietas especiales Encuesta a 10 pacientes.
		NYD2-4 Se lleva registro del porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios y se adoptan medidas correctivas. 0: No se lleva registro de las quejas y reclamos; 1: Se registra el porcentaje de quejas y reclamos, pero no se toman acciones; 2: Cumple con lo establecido	0: No se registra el porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios respecto a los regímenes dietéticos. 1: Evidencia documentaria del registro oficial del porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios. 2: Evidencia documentaria de la implementación de medidas acordes al registro de quejas o reclamos de los usuarios.	Observacion Verificacion / Revision de documentos	Buzon de quejas en areas visibles Libro de registro manual o electronico de quejas efectuadas por los usuario Informe mensualizado de las quejas efectuadas por el usuario Informe de implementacion de medidas de mejora segun el informe

Macroproceso 21: Gestión de Insumos y Materiales (GIM)

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

Código	Estandar	Criterios de Evaluación		Verificadores por Opciones de Calificación	Técnica de Evaluación a Utilizar	Fuentes Auditables
		Código Criterio	Criterio			
GIM-1	Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	GIM1-1	Se cuenta con líneas de acción para planificar el requerimiento y la adquisición de insumos y materiales conforme a las normas vigentes. 0: No se cuenta con líneas de acción según normas vigentes o solamente las hay para el requerimiento; 1: Se cuenta con líneas de acción para el requerimiento y adquisición pero no están acordes con la normatividad vigente; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con lineamiento de acción para el requerimiento o adquisición de insumos o materiales. 1: Documento oficial que establece los lineamientos de acción para el requerimiento o adquisición de insumos o materiales. 2: Lineamientos de acción oficiales para el requerimiento o adquisición de insumos o materiales de acuerdo a normatividad vigente.	Verificacion / Revision de documentos	RD que aprueba las Lineas de accion para el requerimiento y adquisicion de insumos o materiales del EESS de acuerdo a la normatividad vigente
		GIM1-2	El establecimiento de salud cuenta con un plan anual de necesidades de bienes estratégicos por servicios inmerso en el plan de adquisiciones que garantiza la calidad de insumos y materiales requeridos (especificaciones técnicas, comité de evaluación de bienes estratégicos). 0: No cuenta con plan anual de necesidades o no está incluido en el plan de adquisiciones; 1: Tiene plan anual incluido en el plan de adquisiciones pero no se garantiza la calidad de los insumos y materiales; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con plan anual de necesidades de bienes estratégicos por servicios. 1: Plan anual de necesidades de bienes estratégicos por servicios oficializado. 2: Documento oficial que contiene las disposiciones que garantizan la calidad de los bienes estratégicos contenidas en el plan anual de necesidades por servicios.	Verificacion / Revision de documentos	Plan Anual de Necesidades de bienes estrategicos por servicio incluidos en el Plan Anual de Adquisiciones del EESS
		GIM1-3	Se tienen establecidas y se aplican medidas de protección de insumos y materiales por el personal de almacén central. 0: No se tiene establecidas medidas de protección; 1: Se ha establecido medidas de protección pero no se aplican; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con medidas de protección de insumos y materiales. 1: Documento oficial que registra las medidas para la protección de insumos y materiales por parte del personal. 2: Evidencia documentaria del cumplimiento de las medidas establecidas oficialmente para la protección de insumos y materiales por parte del personal.	Verificacion / Revision de documentos	R.D que aprueba el Manual de Buenas Practicas de Almacenamiento de insumos y materiales Informe de implementacion de las recomendaciones Lista de chequeo del cumplimiento del manual de buenas practicas de almacenamiento.
		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 procedimientos de control; 1: Se ha establecido procedimientos de control pero no se aplican; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con procedimientos para el control de insumos y materiales. 1: Documento oficial que registra los procedimientos para el control de insumos y materiales. 2: Evidencia documentaria del cumplimiento de las medidas establecidas oficialmente para el control de insumos y materiales.	Verificacion / Revision de documentos	R. D que aprueba el manual de procedimiento para el control de insumos y materiales Informe de implementacion de las medidas recomendadas del manual en el almacen Lista de chequeo del cumplimiento del manual.

GIM-2	Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	GIM2-1	Se realiza el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo al cronograma del plan anual de adquisiciones y se cumple los procedimientos. 0: No se realiza el requerimiento de acuerdo al cronograma; 1: Se realiza el requerimiento de acuerdo al cronograma pero no se cumplen los procedimientos; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se realiza el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo al plan de adquisiciones. 1: Documento oficial de requerimiento de bienes estratégicos conforme al plan. 2: Evidencia documental del cumplimiento de los procedimientos para el requerimiento de bienes estratégicos según el plan de adquisiciones.	Verificacion / Revision de documentos	Informe de requerimiento de bienes estratégicos de cada servicio Plan anual de adquisiciones Evaluación del Plan Anual de Adquisiciones Informe de los bienes adquiridos según el Plan Anual de Adquisiciones.
		GIM2-2	En el establecimiento se llevan a cabo los procesos de adquisición según los procedimientos correspondientes. 0: El establecimiento no cumple los procedimientos; 1: NO VALIDO; 2: El establecimiento cumple con los procedimientos.	0: No cuenta con procedimientos para la adquisición de insumos y materiales. 1: No válido. 2: Documento oficial del procedimiento para la adquisición de insumos y materiales.	Verificacion / Revision de documentos	RD que aprueba el MAPRO de la unidad de logística Lista de chequeo de cumplimiento de la norma vigente.
		GIM2-3	Se cuantifica el porcentaje de entregas de insumos y materiales de acuerdo con una programación. 0: Menos del 50% de entregas están de acuerdo con una programación; 1: Entre 50% y 80% de las entregas están acordes a la programación; 2: Más del 80% de entregas están acordes a la programación.	0: Evidencia de que menos del 50% de las entregas de insumos y materiales se realizan de acuerdo a la programación de requerimientos. 1: Evidencia de entrega entre el 50% y el 80% según requerimientos programados. 2: Evidencia de entrega de más del 80% según requerimientos programados.	Verificacion / Revision de documentos	Libro de registro manual o electrónico de entrega de insumos y materiales de acuerdo a la programación de requerimientos Informe de evaluación del libro de registro de entrega de insumos y materiales.
		GIM2-4	Se registra la opinión de los técnicos en el proceso de adquisición en insumos y materiales. 0: Se registra en menos del 60% de los procesos de adquisición; 1: Se registra para el 60% a 80% de los procesos; 2: Se registra para más del 80% de los procesos.	0: Registro oficial de la opinión de los técnicos en el proceso de adquisición de insumos y materiales en menos del 60% de procesos. 1: Evidencia de registro de la opinión de los técnicos entre el 60% a 80% de los procesos. 2: Evidencia de registro de la opinión de los técnicos en más del 80% de los procesos.	Verificacion / Revision de documentos Observacion	Libro de registro manual o electrónico de opinión de técnicos en el proceso de la adquisición de insumos y materiales Informe de Auditorías de los procesos de adquisición. Lista de chequeo de la opinión técnica en los procesos de adquisición de insumos y materiales.

Macroproceso 22: Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)

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

Código	Estandar	Criterios de Evaluación		Verificadores por Opciones de Calificación	Técnica de Evaluación a Utilizar	Fuentes Auditables
		Código Criterio	Criterio			
EIF-1	El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	EIF1-1	El establecimiento de salud cuenta con un plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos incorporado al plan operativo de actividades (POA). 0: No cuenta con plan de mantenimiento; 1: Cuenta con plan, pero no está incorporado al POA; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con plan de mantenimiento preventivo y recuperativo de la planta física y servicios básicos. 1: Cuenta con Plan de mantenimiento pero no está incorporado en el Plan operativo institucional/POA oficial. 2: Cuenta con Plan de mantenimiento y está incorporado en el Plan Operativo institucional/ POA oficial.	Verificacion / Revision de documentos	Plan de Mantenimiento Preventivo y Recuperativo de la Planta Física y Servicios Básicos aprobado con documento oficial y se encuentra incorporado al POA oficial. Informe de evaluación trimestral del Plan.
		EIF1-2	El establecimiento de salud cuenta con un plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos incorporado al plan operativo de actividades (POA). 0: No cuenta con plan de mantenimiento de equipos; 1: Cuenta con plan, pero no está incorporado al POA; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con Plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos. 1: Cuenta con Plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos pero no está incorporado en el Plan operativo institucional/POA oficial. 2: Cuenta con Plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos y esta incorporado en el Plan Operativo institucional/ POA oficial.	Verificacion / Revision de documentos	Plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos aprobado con documento oficial y está incorporado al POA oficial.
		EIF1-3	Se cuenta con personal capacitado para la elaboración de proyectos de inversión y se elaboran proyectos. 0: No cuenta con personal capacitado; 1: Se cuenta con personal capacitado pero no se elaboran proyectos; 2: Cumple con lo establecido.	0: No cuenta con personal capacitado. 1: Evidencia documental de personal capacitado para la elaboración de proyectos de inversión, pero no se elaboran proyectos de inversión. 2: Evidencia documental de personal capacitado para la elaboración de proyectos de inversión, y se elaboran proyectos de inversión.	Verificacion / Revision de documentos	Evidencia documental de capacitación del personal en Elaboración de Proyectos de Inversión Proyectos de inversión elaborados en el último año evaluado o en proceso al momento de la evaluación.
		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: El personal no ha sido capacitado 1: Ha sido capacitado hace más de un año; 2: Ha sido capacitado durante el último año.	0: No se cuenta con personal capacitado para realizar el mantenimiento preventivo y de recuperación de infraestructura. 1: Evidencia documental de la capacitación del personal encargado del mantenimiento preventivo hace más de un año. 2: Evidencia documental de la capacitación del personal encargado del mantenimiento preventivo en el último año.	Verificacion / Revision de documentos	Evidencia documental de Capacitación del personal de mantenimiento preventivo y de recuperación de la infraestructura y equipos

		EIF1-5	Se cuenta con procedimientos documentados para la adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación y/o ampliación de infraestructura física del establecimiento. 0: No cuenta con procedimientos documentados; 1: Cuenta con procedimientos documentados pero no de todos los procesos; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con procedimientos para adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación y/o ampliación de la infraestructura física. 1: Documentos oficiales de los procedimientos para alguno(s) de los procesos.(adquisición, mantenimiento, remodelación y/o ampliación). 2: Documentos oficiales de los procedimientos para todos los procesos adquisición, mantenimiento, remodelación y/o ampliación).	Verificación / Revisión de documentos	MAPRO para la adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación y/o ampliación de la infraestructura física del EESS
		EIF1-6	El establecimiento de salud cuenta con sistema de inventario y registro de operatividad de equipos e instrumentos. 0: El establecimiento no cuenta con sistema de inventario ni registro de operatividad; 1: Cuenta con sistema de inventario o registro de operatividad pero no se utiliza; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con sistema de inventario ni registro de operatividad. 1: Documento oficial que registra el sistema de inventario o registro de operatividad. 2: Informe anual del inventario y registro trimestral de operatividad de acuerdo a disposición oficial	Verificación / Revisión de documentos	Sistema de inventario manual o electrónico actualizado Libro de registro manual o electrónico de operatividad de equipos e instrumentos Informe anual de Inventario y trimestral del Registro de operatividad
		EIF1-7	Se cuenta y aplica los procedimientos del manual para el mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias. 0: No cuenta con manual de procedimientos para la actividad; 1: Cuenta con manual pero no se aplican los procedimientos; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se cuenta con manual de procedimientos para el mantenimiento de las instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias. 1: Cuenta con manual de procedimientos oficial para el mantenimiento de las instalaciones oficializado. 2: Informe del mantenimiento de las instalaciones de acuerdo a manual de procedimientos oficial en el último semestre.	Verificación / Revisión de documentos Observación	Manual de procedimientos para el mantenimiento de las instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias aprobado con RD. Informe de los procedimientos realizados de acuerdo con el manual. Lista de chequeo en función del procedimiento. Verificación del estado de las instalaciones. Consultar DGIEM.
		EIF1-8	Cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras y éste es aplicado. 0: No cuenta con manual; 1: Cuenta con manual, pero no se aplica; 2: Cumple con lo establecido.	0: No cuenta con manual de mantenimiento, control y seguimiento de áreas críticas. 1: Cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras oficializado. 2: Informe de la situación de las áreas críticas de acuerdo a manual oficial para el último semestre.	Verificación / Revisión de documentos Observación	RD que aprueba la Manual de procedimientos para el mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras. Informe trimestral de la situación de las áreas críticas de acuerdo al manual Lista de chequeo de los procedimientos realizados según manual de procedimientos. Consultar DGIEM.
		EIF1-9	Cuenta con manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica) y éste es aplicado. 0: No cuenta con manual; 1: Cuenta con manual, pero no se aplica; 2: Cumple con lo establecido.	0: No cuenta con manual de medidas de buen uso y prevención de deterioro de los equipos y servicios básicos (agua y energía eléctrica). 1: Cuenta con manual de buen uso y prevención de deterioro de los equipos y servicios básicos oficializado. 2: Informe de la situación de los equipos y servicios básicos de acuerdo a manual oficial para el último semestre.	Verificación / Revisión de documentos Observación	Documento oficial que aprueba la Manual de medidas de buen uso y prevención del deterioro de equipos y servicios básicos Informe de las actividades realizadas según el manual Lista de chequeo del cumplimiento del manual.
EIF-2	El establecimiento de salud cuenta con información y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.	EIF2-1	Existe un procedimiento de verificación de inventarios actualizado (equipos con rótulos visibles) y el informe de resultados (no concordancias, faltantes, etc.) se remite a los niveles directivos. 0: No se tiene procedimiento; 1: Se tiene procedimiento pero no se realiza la verificación del inventario o éste no se remite a los niveles directivos; 2: Cumple con lo establecido.	0: No cuenta con procedimiento de verificación de inventarios. 1: Documento oficial de procedimiento de verificación de inventarios. 2: Informe a Dirección del establecimiento según disposiciones oficiales para la verificación del inventarios en el último año.	Verificación / Revisión de documentos	RD que aprueba el Procedimiento de Verificación de inventario Informe trimestral de verificación de Inventario
		EIF2-2	Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a programación. 0: No realiza mantenimiento preventivo; 1: Se realiza mantenimiento preventivo pero no de acuerdo a la programación; 2: Cumple con lo establecido.	0: No se realiza mantenimiento preventivo de los equipos. 1: Se evidencia informe (s) oficial (es) de la realización de mantenimiento preventivo a los equipos sin patrón de periodicidad. 2: Informes oficiales de la realización de mantenimiento preventivo a los equipos de acuerdo a cronograma oficial establecido.	Verificación / Revisión de documentos	Informe trimestral de evaluación del Plan de mantenimiento preventivo de equipos
		EIF2-3	Se cuantifica el porcentaje de soluciones oportunas ante el llamado de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos. 0: Se cuantifica pero las soluciones oportunas son menores al 60%; 1: Se cuantifica pero el resultado está entre 60% y 80%; 2: El resultado es mayor al 80%.	0: Se verifica el total de solicitudes recibidas en el trimestre y las que tuvieron respuesta donde el porcentaje de mantenimiento preventivo o reparativo es menor al 60%. 1: El porcentaje de soluciones oportunas está entre el 60% y el 80% con similar mecanismo. 2: El porcentaje de soluciones oportunas es mayor al 80% con similar mecanismo.	Verificación / Revisión de documentos	Libro de registro manual o electrónico de solicitudes de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos Informe trimestral del libro de registro