



# Resolución Ministerial

Lima, 23 de ABRIL del 2009

Visto, el Expediente N° 07-070114-001, que contiene el Informe N° 321/2008-DGSP-DCS/MINSA y la Nota Informativa N° 051-2009-DGSP/MINSA de la Dirección General de Salud de las Personas, y el Informe N° 346-2009-OGAJ/MINSA de la Oficina General de Asesoría Jurídica, relacionada a la propuesta de Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

## CONSIDERANDO:

Que, el artículo 44° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, encarga a la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Calidad en Salud, establecer las normas del sistema de acreditación para servicios y establecimientos de salud, así como, establecer los mecanismos para su difusión y cumplimiento;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual establece como uno de sus componentes al de Garantía y Mejoramiento de la Calidad siendo una de sus líneas de acción, la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", la misma que en sus disposiciones finales establece que se emitirá la Guía Técnica del Evaluador, documento que contiene la metodología de la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, tiene por finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación por parte de los evaluadores, para cada uno de los macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo;



V. Rojas M.



D. León Ch.

Con el visado del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, y del Viceministro de Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el literal I) del Artículo 8° de la Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud;

**SE RESUELVE:**

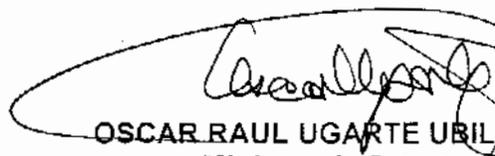
**Artículo 1°.-** Aprobar la: "GUÍA TÉCNICA DEL EVALUADOR PARA LA ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO", como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector, que pertenecen a los niveles I, II y la categoría III-1 en el ámbito nacional incluyendo a los servicios prestados por terceros.

**Artículo 2°.-** La Dirección General de Salud de las Personas, es responsable de la difusión y cumplimiento de la citada Guía Técnica aprobada en la presente resolución.

**Artículo 3°.-** La Guía Técnica entrará en vigencia al día siguiente de la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Diario Oficial "El Peruano".

**Artículo 4°.-** Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique la Guía Técnica aprobada en el artículo 1° de la presente resolución, en la dirección electrónica <http://www.minsa.gob.pe/portada/transparencia/normas.asp> de la Portada de Internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

  
OSCAR RAUL UGARTE UBILLA  
Ministro de Salud



  
V. Rojas M.

  
D. Leon Ch.

# GUÍA TÉCNICA DEL EVALUADOR PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO

## I. FINALIDAD

La Guía del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, tiene por finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación.

## II. OBJETIVOS

Los objetivos de la presente guía son:

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

## III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La Guía del Evaluador para la Acreditación de Servicios de Salud, es de aplicación en el ámbito nacional, en las entidades públicas y privadas del Sector Salud que desarrollen el proceso de Acreditación en sus organizaciones.

## IV. PROCESO A ESTANDARIZAR

La evaluación en sus dos fases: la Autoevaluación y la Evaluación Externa, realizada por Equipos de Evaluadores, en el marco del Proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (SMA).

## V. CONSIDERACIONES GENERALES

### 5.1. Definiciones Operativas

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

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

**Macroproceso:** es un proceso de mayor complejidad en una organización el cual a su vez, agrupa a varios procesos. Por ejemplo el macroproceso Gestión de Medicamentos agrupa entre otros procesos el de abastecimiento, almacenamiento, uso racional, vigilancia y control, etc.

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



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

## 5.2. Conceptos Básicos

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

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

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

**Planificación de la Calidad:** es la acción que permite definir las políticas generales y objetivos de calidad, a partir de los cuales se articularán los esfuerzos posteriores de compromiso y participación en el proceso de desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

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

## 5.3. Requerimientos Básicos

### Recursos e Instrumentos para la Acreditación:

- Evaluadores seleccionados y capacitados.
- Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y documentos técnicos afines.
- Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categorías I-1 hasta el III-1 y Servicios Médicos de Apoyo.
- La presente Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Hojas de Registro de Datos para la Evaluación y de Recomendaciones.
- Aplicativo informático para el registro y procesamiento de resultados.



## VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

### 6.1. LA AUTOEVALUACIÓN

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

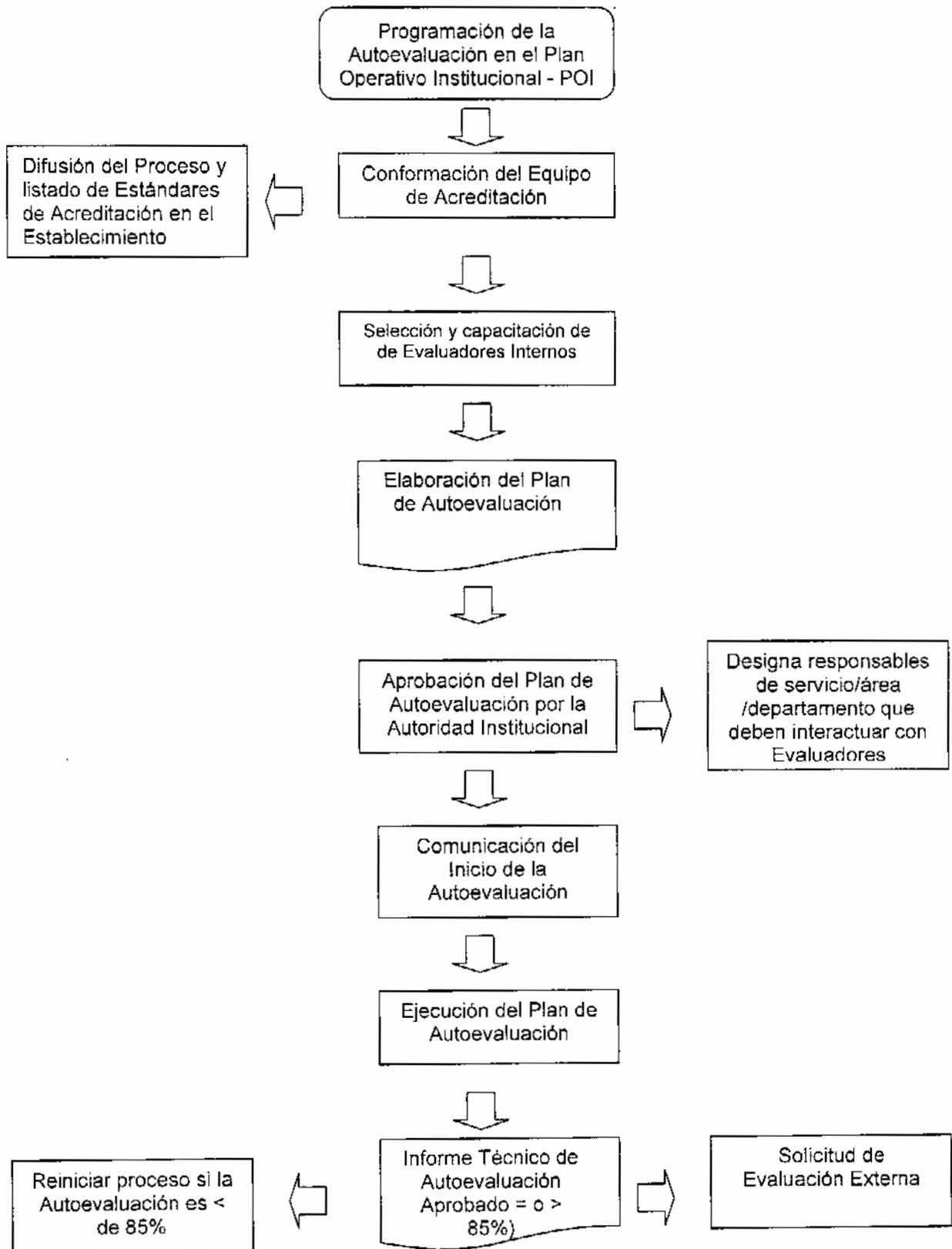
Los pasos para la autoevaluación son los siguientes:

- a. **Programación de la Autoevaluación en el Plan Operativo Institucional:** los mismos que son elaborados de acuerdo a la Directiva para formulación de Planes Operativos emitidos por la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del Ministerio de Salud, como ente rector.
- b. **Conformación del Equipo de Acreditación:** en el establecimiento de salud, microrred ó servicio médico de apoyo, público o privado, designado por la autoridad institucional, la misma que dispone su conformación. En las microrredes estará integrado por cada uno de los jefes de los establecimientos de salud de la microrred ó por quienes estos deleguen oficialmente y en los establecimientos de salud categoría II-1 hasta III-2 y servicios médicos de apoyo, estará integrado por cada uno de los jefes de los servicios y/o departamentos del mencionado establecimiento ó por quienes estos deleguen oficialmente. El equipo de acreditación contará con un Coordinador elegido por sus miembros y designado oficialmente. Promueve la difusión del Listado de Estándares y coordina las acciones del proceso de acreditación a ser realizado por el personal del establecimiento de salud.
- c. **Selección de los evaluadores internos por la Autoridad Institucional:** aplicando los criterios de selección, se cuenta con un listado oficial de evaluadores, quienes reciben el entrenamiento para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar, despliegue de técnicas de evaluación e instrumentalización para la evaluación de los criterios de evaluación y reciben todas las facilidades para cumplir con sus funciones en los tiempos establecidos. Los miembros del equipo eligen a su líder por consenso. Antes de aplicar la evaluación el equipo debe asegurarse de haber recorrido las instalaciones del establecimiento de salud en su totalidad.
- d. **Elaboración y Aprobación del Plan de Autoevaluación:** el plan es elaborado por los evaluadores internos y es aprobado por la autoridad institucional, en el que se consigna simultáneamente a los responsables de servicio/área/departamento que interactuarán con los Evaluadores.
- e. **Comunicación del Inicio de la Autoevaluación:** acción que es obligatoria y es comunicada en forma oficial por conducto regular a través de las instancias orgánicas responsables de Gestión de la Calidad, según corresponda.
- f. **Ejecución del Plan de Autoevaluación:** comprende la realización de las acciones planificadas en los términos previstos en el Plan, a cargo de los evaluadores internos y los evaluados designados con quienes deben interactuar.
- g. **Presentación del Informe de Autoevaluación:** a la Autoridad Institucional para contar con el documento que servirá de referencia, por contener las recomendaciones para las acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo de planes de acción respectivos que se deben implementar.
- h. **Aplicación de la segunda y/o siguientes autoevaluaciones:** cuando no se alcance el puntaje aprobatorio y se haya concluido con las acciones de mejoramiento continuo, las cuales deben ser medidas previamente según metodologías seleccionadas, hasta que se obtengan los niveles deseados de **Igual o mayor a 85%:** en el caso que la organización obtuviera puntaje aprobatorio en la autoevaluación, se solicitará la evaluación externa a las Direcciones de Salud-DISAs, Direcciones Regionales de Salud-DIRESAs y a la Dirección de Calidad en Salud de la Dirección General de Salud de las Personas, según corresponda.



E. CRUZ S.

## FLUJOGRAMA DE LA AUTOEVALUACIÓN



## 6.2. LA EVALUACIÓN EXTERNA

Segunda fase del proceso de acreditación, está orientada a garantizar que la fase anterior fue realizada con idoneidad, y por lo tanto, expide o niega la opinión de conformidad según escalas de calificación preestablecidas. Es una fase necesaria para acceder a la Constancia de Acreditación otorgada por la Comisión Sectorial correspondiente.

Los **pasos para la evaluación externa** son los siguientes:

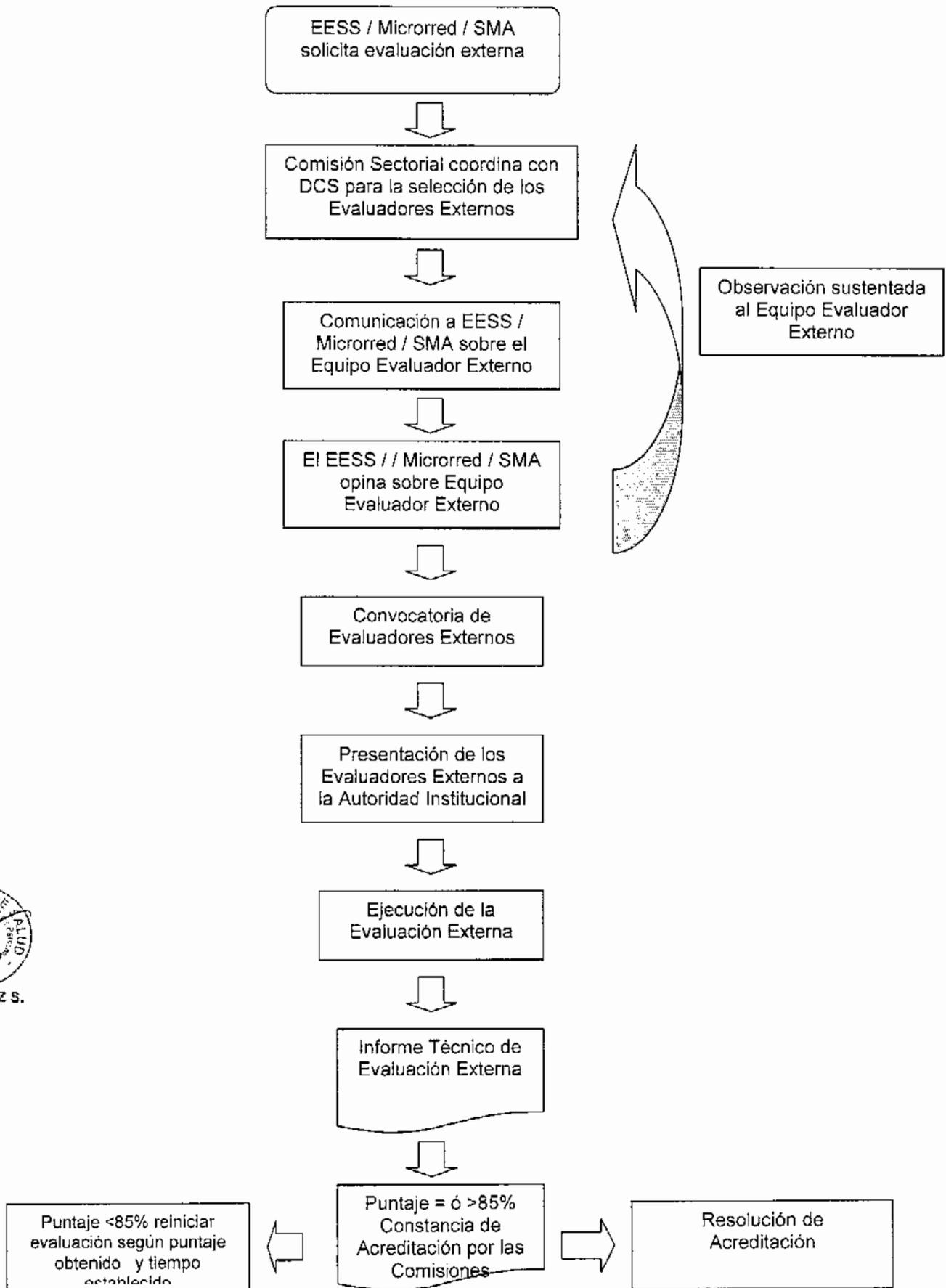
- a. **Recepción de solicitud del Establecimiento / SMA / Microrred para someterse a Evaluación Externa:** a través de los canales regulares hasta la Comisión Nacional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud.
- b. **Selección de los evaluadores externos:** cuando se recibe la solicitud de evaluación externa, la Comisión Nacional / Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud en coordinación con la Dirección de Calidad en Salud de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud, procede a la selección aleatoria de los evaluadores externos según los criterios establecidos y conforman el equipo evaluador. Los miembros del equipo eligen a su líder por consenso. Antes de aplicar la evaluación el equipo debe asegurarse de haber recorrido las instalaciones del establecimiento de salud en su totalidad.
- c. **Comunicación al Establecimiento / SMA / Microrred sobre Equipo Evaluador Externo:** el cual ha sido seleccionado y conformado para realizar la evaluación solicitada, la acción de comunicar es responsabilidad de la Comisión Nacional / Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud.
- d. **El Establecimiento / SMA / Microrred opina sobre conformación del Equipo Evaluador Externo:** cuenta con la potestad de observar con razones sustentadas y en éste caso remitirá un informe a la Comisión Nacional / Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud para su reconfiguración, si así lo amerita.
- e. **Convocatoria de los Evaluadores Externos seleccionados:** actividad que es de responsabilidad del Establecimiento / SMA / Microrred en caso de no tener observaciones.
- f. **Presentación del Equipo Evaluador Externo a la Autoridad Institucional del Establecimiento / SMA / Microrred:** quienes solicitan formalmente el último Informe Técnico de Autoevaluación así como el Informe Memoria Institucional.
- g. **Ejecución de la Evaluación Externa:** cuando el equipo evaluador externo, luego de recibir, revisar, y analizar el o los últimos Informes Técnicos de Autoevaluación, selecciona en consenso y en grupo los criterios a evaluar y formula el plan de evaluación, el cual es de carácter reservado.
- h. **Elaboración del Informe Técnico:** a cargo de los evaluadores externos al concluir la evaluación. En caso de consignar un puntaje **igual o mayor a 85%**; éste debe contener la recomendación de autorizar la emisión de la Constancia de Acreditación por la Comisión Nacional y/o Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud.
- i. **Emisión de la Constancia de Acreditación:** actividad de responsabilidad de la Comisión Nacional / Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud. Este documento es válido para la realización de trámites oficiales, en tanto se realicen las gestiones administrativas correspondientes para la obtención de la Resolución que corresponde.
- j. **Resolución de Acreditación:** que es el documento que otorga la condición de acreditado:
  - Resolución Ejecutiva Regional: emitida por el Gobierno Regional correspondiente.
  - Resolución Ministerial: emitido por el Ministro de Salud transitoriamente para las jurisdicciones de Lima.



- k. **Acciones posteriores a la calificación desaprobatoria:** de la evaluación del establecimiento, será como sigue; con puntaje de 70 a 84.9% podrá realizar en 6 meses una nueva evaluación, con puntaje de 50 a 69.9% podrá realizar en 9 meses una nueva evaluación y con puntaje menor de 50% deberá reiniciar desde autoevaluación, de igual modo si el establecimiento no cumpliera con los tiempos establecidos.



## FLUJOGRAMA DE LA EVALUACIÓN EXTERNA



### 6.2.1. Responsabilidades del evaluador interno/externo

- Verificar que el establecimiento de salud o servicios médico de apoyo ha comunicado oficialmente el inicio de la evaluación interna ó autoevaluación (obligatorio) y externa a las DISAs, DIRESAs correspondientes y éstas a su vez, al MINSA.
- Cumplir con autonomía e imparcialidad su labor, evitando todo conflicto de intereses que pudiera suscitarse.
- Recolectar y analizar la evidencia objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones y generar informes de evaluación idóneos.
- Tratar la información confidencial con reserva.
- Elaborar el Plan de Autoevaluación/evaluación.
- La comunicación con los evaluados debe ser de manera respetuosa, proactiva y clara.
- Elaborar el Informe Técnico de evaluación.
- Asumir las funciones que el evaluador líder le asigne.

### 6.2.2. Competencias de un evaluador

Responsabilidades	Competencias específicas	Capacidades
Realiza acciones de evaluación	Aplica técnicas de evaluación y auditoria en instituciones hospitalarias y del primer nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interpreta el objetivo y el alcance de la evaluación de los macroprocesos</li> <li>• Relaciona los estándares con los criterios de evaluación y las referencias normativas</li> <li>• Identifica posibles fuentes auditables según criterios objetivos</li> </ul>
Identifica acciones de mejoramiento continuo	Maneja metodologías de mejoramiento continuo con enfoque de procesos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Define las acciones de mejora de acuerdo con la evaluación (sólo evaluadores internos)</li> </ul>
Sistematiza y precisa los hallazgos, las recomendaciones y la opinión de la calificación	Maneja sistemas informáticos, aplica conocimientos y maneja temas de gestión hospitalaria y del primer nivel de atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica problemas</li> <li>• Tiene un sentido ético alto y cuenta con habilidades para la sistematización y síntesis.</li> </ul>
Emite un Informe Técnico de carácter institucional	Recopila, clasifica y ordena la información obtenida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resume hallazgos en base a evidencias objetivas</li> <li>• Sustenta las observaciones formuladas.</li> <li>• Elabora informes cualitativos y/o cuantitativos.</li> </ul>



Los evaluadores siempre deben tener presente que se requiere garantizar:

***La trazabilidad de las evaluaciones***

### 6.3. PLANIFICACIÓN DE LAS EVALUACIONES

Para la evaluación interna o externa se debe elaborar un Plan de Evaluación y un Informe Técnico de Evaluación que deben ser formulados por el Equipo Evaluador seleccionado y presentados a la Autoridad Institucional correspondiente según lo establecido en la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

#### 6.3.1 Esquema para la elaboración del plan de evaluación

- a. Introducción
- b. Justificación
- c. Objetivo
- d. Alcance
- e. Base legal
- f. Metodología de evaluación.
- g. Cronograma de Actividades para la Autoevaluación A y B (anexo N° 1)
- h. Equipo de evaluación (identificación del evaluador líder)

#### 6.3.2 Precisiones para la aplicación de la Evaluación

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

- Que se haya asignado un tiempo adecuado para la reunión de trabajo entre los evaluadores y evaluados.
- Que haya quórum de los equipos gerenciales, prestacionales y de apoyo para las reuniones con el equipo de evaluación.
- Que los horarios sean flexibles para permitir que el equipo de evaluación prepare en forma participativa y en consenso los instrumentos necesarios y los más idóneos para realizar la evaluación de los criterios. Así también se revise y discuta los temas a medida que van surgiendo, para revisar los documentos y hacer seguimiento de las visitas, si es necesario.
- Que se disponga de tiempo al final de cada día para que los evaluadores coordinen con el personal acerca del progreso de la evaluación.
- Que se disponga de tiempo para la reunión de apertura y para el análisis de resultados en la reunión de cierre.
- Que las actividades diarias relacionadas con la atención de salud no se interrumpan durante el tiempo previsto para la ejecución de la evaluación, las cuales tendrán como duración máxima:
  - Autoevaluación: cuatro semanas.
  - Evaluación externa: dos semanas.

En ambos casos, dependerá de la categoría del establecimiento.

#### 6.3.3 Reunión de Apertura

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



responsables para interactuar con los evaluadores durante la visita de evaluación y facilitar un espacio físico para el equipo evaluador.

Es de suma importancia generar un Acta de la Reunión de Apertura, en la cual se debe consignar todos los aspectos descritos arriba.

Luego de haber concluido con la Reunión de Apertura el equipo evaluador solicita a la Alta Dirección disponga la entrega de las normas que el sub-sector o el mismo establecimiento de salud/SMA ha desarrollado con relación a los macro-procesos a ser evaluados.

#### 6.3.4. Presentación del Listado de Estándares de Acreditación al Personal

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

- Los equipos de trabajo que van a interactuar con los evaluadores –internos y externos- revisan, analizan y discuten conjuntamente qué tan efectivamente están trabajando, y comparan el quehacer diario contra los estándares y criterios de evaluación contemplados en el Listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de salud.
- Lo recomendable para la evaluación, es leer el estándar y el criterio que se quiere calificar, a renglón seguido preguntar si todos los participantes entendieron el estándar y el criterio de la misma forma.
- Hay que tener siempre presente el enunciado del estándar y su despliegue en los criterios para luego relacionarlos con los objetivos y alcance del macroproceso, con los atributos de calidad y con las referencias normativas –no sólo las emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional y de los diferentes subsectores que se presentan en el Listado- sino con las institucionales que regulan diversos aspectos de la atención.
- Es importante que el equipo identifique cuáles son las posibles fuentes auditables y cómo desarrollar soportes que puedan encontrarse en la organización. Así como la preparación de instrumentos diversos y sencillos que faciliten el recojo de la información que se señala en los criterios que se van a evaluar.
- Se debe seleccionar responsables al interior del equipo evaluador para sistematizar todas las fuentes auditables por cada macroproceso. Aquí es donde las personas previamente seleccionadas para recabar todos estos soportes juega un papel determinante. Debe relacionar todos los soportes que se mencionen, recopilarlos y ordenarlos. Posteriormente serán motivo de revisión por parte de los evaluadores internos y externos.
- Se calificará cada criterio del estándar por consenso del equipo evaluador. Para esta calificación se utilizará la escala de calificación considerada en el Listado de Estándares, del 0, 1 ó 2.



#### 6.3.5. Revisión de la Documentación del cumplimiento del Estándar

- La revisión de las referencias normativas nacionales, sectoriales e institucionales tiene el propósito de evaluar las condiciones para la sostenibilidad técnica de las acciones de mejoramiento continuo para los criterios, estándares y macroprocesos evaluados.
- El equipo evaluador procede a revisar el vínculo de la norma sectorial y/o institucional con el macroproceso y referencia normativa nacional.
- En esta etapa es preciso la interacción con los responsables de áreas o servicios evaluados por cada macroproceso.
- El equipo evaluador consigna los hallazgos en la Hoja de Registro de Datos, que servirá de insumo para el Informe Técnico de Evaluación según corresponda.
- Los principales hallazgos luego de la revisión normativa sectorial y/o institucional debe consignarse en Actas.

### 6.3.6. Visita de las instalaciones del establecimiento de salud

- a. En ambas fases de evaluación, cada equipo evaluador debe asegurarse que ha recorrido las instalaciones del establecimiento de salud en su totalidad.
- b. El equipo debe ir acompañado de un miembro del personal del establecimiento de salud, quien explica cómo se prestan los servicios en cada área, describiendo una atención en un día regular.
- c. El recorrido les proporciona la oportunidad a los evaluadores de observar el ambiente físico, y de verificar la privacidad y los aspectos de calidad de atención, los patrones del flujo de trabajo y los componentes de seguridad y salud.
- d. Los evaluadores también pueden observar la interacción del personal con los pacientes para determinar si se está brindando la atención y servicio al paciente de acuerdo con la misión y los valores de la organización. Los evaluadores pueden interactuar de manera informal con los usuarios, sus familiares y con el personal de salud e ir revisando material específico de la institución.

### 6.3.7. Despliegue de las Técnicas de Evaluación

Las técnicas utilizadas son:

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



### 6.3.8 Instrumentos para las evaluaciones

#### a. Listado de Estándares de Acreditación

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

**Diagrama 1: La estructura del Listado de Estándares de Acreditación es el siguiente:**

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

### **Atributos relacionados**

Los atributos son características o propiedades de la calidad que identifican la prestación del servicio de salud, que permiten caracterizarlo en niveles deseados y que lo relacionan con la noción de calidad para el proceso de acreditación, considerando los siguientes:

1. Accesibilidad
2. Aceptabilidad
3. Continuidad
4. Comodidad
5. Competencia Técnica
6. Confidencialidad
7. Disponibilidad
8. Eficacia
9. Eficiencia
10. Efectividad
11. Equidad
12. Ética
13. Información
14. Información completa
15. Integralidad
16. Mejora Continua
17. Oportunidad
18. Participación ciudadana
19. Seguridad
20. Trabajo en equipo
21. Transparencia



### **Referencias Normativas y las Fuentes Auditables**

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

- Normas legales que regulan los procesos establecidos por la Autoridad Sanitaria. Nacional.
- Normas legales que regulan los procedimientos y procesos de las organizaciones de salud en cada Subsector.
- Directivas institucionales emitidas por cada establecimiento prestador.

De su cabal conocimiento dependerá identificar cuáles serían las posibles fuentes auditables, sobretudo las relacionadas con las observaciones, las que deben cumplir con las características y requisitos considerados en dichas normas.

Es preciso conocer que los macroprocesos (MP) aplican según el nivel de complejidad de los establecimientos de salud. En la siguiente tabla se muestra los MP que no aplican según la categoría y naturaleza jurídica de los establecimientos de salud:

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

**b. Formatos para la evaluación**

1. Hojas de Registro de Datos, que incluye:
  - a. Nombre del establecimiento
  - b. El macroproceso evaluado
  - c. Nombre de los evaluadores
  - d. La fecha de la evaluación
  - e. Los servicios o áreas evaluadas
  - f. La identificación de los participantes/evaluados
  - g. El código del estándar
  - h. El código del criterio evaluado



E. CRUZ S.

- i. El puntaje obtenido (para evaluación externa se contará con dos columnas de puntaje)
  - j. Las fuentes auditables
  - k. La técnica utilizada
  - l. El sustento de la evaluación y/o comentarios
2. **Hoja de Recomendaciones**, que incluye:
- a. El nombre del evaluador líder
  - b. La fecha de las recomendaciones
  - c. Los servicios evaluados
  - d. El macroproceso intervenido
  - e. Las observaciones
  - f. Las recomendaciones

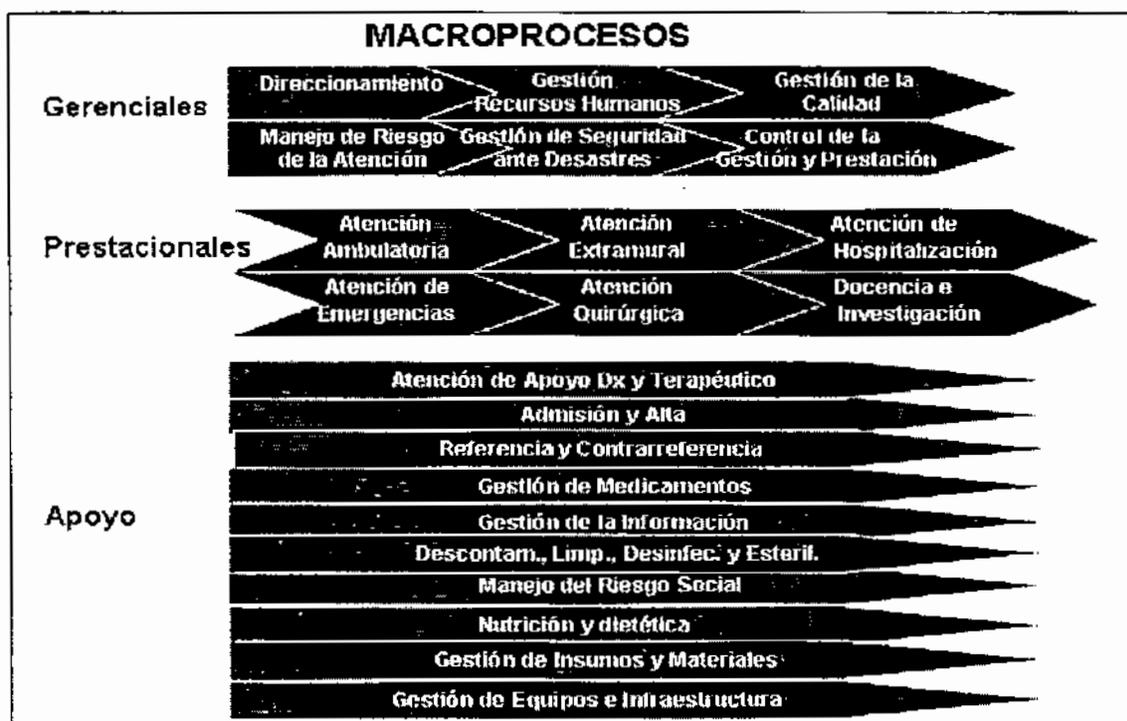
**c. Calificación de la evaluación**

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

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

El Mapa de Macroprocesos ha contemplado veintidós macroprocesos que representan a todas las funciones que realiza un establecimiento de salud.





### 6.3.9 Esquema para la elaboración de Informe Técnico

1. Presentación
2. Objetivos
3. Alcance
4. Metodología de evaluación
5. Equipo Evaluador
6. Cumplimiento del Plan
7. Observaciones
8. Puntaje alcanzado
9. Recomendaciones
10. Anexos



E. CRUZ S.

### 6.3.10. Reunión de cierre

- a. Deben asistir a esta reunión las Jefaturas de todos los servicios o áreas o establecimientos (en el caso de Microrredes) según corresponda, el equipo evaluado, algunos representantes del personal de la organización (según lo considere la organización), puede incluir a aquellos que estuvieron involucrados en las entrevistas de evaluación.
- b. El evaluador líder tiene la responsabilidad de dar inicio a la reunión. Luego cada evaluador se turna para comentar sobre áreas específicas.
- c. Los evaluadores en esta reunión deben dar retroalimentación a cada equipo que fue entrevistado y comentar el grado en que los criterios de evaluación se han cumplido.
- d. Durante el procesamiento de resultados los evaluadores propiciarán una oportunidad para que el personal de la organización intercambie puntos de vista o dé explicaciones y presente sustentos.

- e. Los evaluadores reforzarán que este análisis de resultados es un informe preliminar.
- f. El equipo evaluador debe acordar la fecha de entrega del Informe Técnico de Evaluación según lo establecido en la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- g. Es de suma importancia generar un Acta de la reunión en la cual se debe consignar todos los aspectos descritos arriba.

## VII. RECOMENDACIONES

### Como enfocar las acciones de Mejoramiento Continuo

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

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

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

Para monitoreo y mejoramiento, implica tener claro que es posible monitorear y mejorar sólo unos cuantos procesos al mismo tiempo. El equipo debe poner los procesos que quiere mejorar en orden de prioridad y debe llegar a un acuerdo en cuanto a lo que necesita mejorar y a la forma como va a invertir sus recursos.

El proceso de establecer indicadores de desempeño permitirá al equipo de gestión medir la calidad del proceso o del resultado del mismo, identificar los puntos débiles. La medición es central o prioritaria porque los procesos deben ser monitoreados para determinar si se deben controlar, si necesitan mejorarse y sobre todo si están cumpliendo los requerimientos de los usuarios.

Puede haber algunos indicadores actualmente establecidos que permitan un monitoreo continuo. Por ejemplo, la tasa de errores/incidentes en la dispensa y aplicación de los medicamentos que debe ser monitoreada con frecuencia. Si la tasa aumenta, esto puede ser una señal o indicar la necesidad de analizar los procesos de administración y suministro de medicamentos para entender por qué la tasa se ha incrementado y como resolver el problema.

## VIII. ANEXOS

**Anexo N° 1:** Cronograma de Actividades para la Autoevaluación A y B

**Anexo N° 2:** Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación

**Anexo N° 3:** Hoja de Registro de Datos para Evaluación Externa

**Anexo N° 4:** Hoja de Recomendaciones

**Anexo N° 5:** Matriz de Selección

**Anexo N° 6:** Técnica y fórmulas de muestreo

**Anexo N° 7:** Ejemplos de Aplicación

**Anexo N° 8:** Fuentes de Verificación según Macroprocesos.



## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CCHSA. AIM – Achieving Improved Measurement. 2002. Toronto.
2. Cosavalente V., O. Guía metodológica para la formulación de proyectos de mejoramiento de la calidad en salud. Documento sin publicar, producto de consultoría a DIRES La Libertad. 2005. Trujillo.
3. Mallen, D.; Collins, C. 2003. Manual de Habilidades para Auditoría. ICONTEC. Bogotá.
4. Ministerio de Protección Social de Colombia. 2005. Guía Práctica de Preparación para la Acreditación en Salud. Bogotá.
5. MINSA, Documento técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. Aprobado con R.M. N° 519 – 2006/MINSA. Lima.
6. Orjuela De Deeb, N. 2001. Acreditación en salud: el camino hacia el mejoramiento de la calidad. En: Revista Vía Salud, tercer trimestre 2001. Bogotá.



**Anexo N° 1: Cronogramas de Actividades para la Autoevaluación A y B**

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN - A**

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	ABRIL										MAYO							
		20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	
Reunión del equipo evaluador para la elaboración del Plan y designación de evaluador líder	Lic. Davi	■	■																
Designación de responsables por cada macroproceso	Dr. Da		■																
Presentación del Plan a la Dirección	Dr. Ba			■															
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del estado de Estándares de Acreditación	Lic. Rosa				■														
Presentación del Plan a Jefe de servicio, personas	Dr. Tu					■													
<b>Macroprocesos</b>																			
Dirección General	Lic. Davi																		
Gestión de recursos humanos																			
Gestión de la calidad																			
Manejo del riesgo de atención																			
Emergencias y desastres	Dr. Da																		
Control de la gestión y producción																			
Atención ambulatoria																			
Atención intrahospitalaria																			
Atención de hospitalización	Lic. Rosa																		
Atención de urgencias																			
Diagnóstico y investigación																			
Atención quirúrgica																			
Apoyo al diagnóstico y tratamiento	Dr. Tu																		
Admisión y alta																			
Referencia y contra-referencia																			
Gestión de medicamentos																			
Gestión de la información	Lic. Rosa																		
Educación, capacitación y desarrollo																			
Manejo del riesgo social																			
Manejo de relación de proveedores																			
Gestión de insumos y materiales	Dr. Tu																		
Gestión de equipos e infraestructura																			
Procesamiento de datos																			
Análisis de resultados																			
Elaboración del informe preliminar	Lic. Davi																		
Presentación del informe preliminar	Dr. Ba																		
Revisión y aprobación del informe	Lic. Rosa																		
Entrega del informe técnico	Dr. Tu																		

Líder del Equipo de Evaluadores: Dr. Ba



**Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud  
y Servicios Médicos de Apoyo**

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN - B**

Responsable por Sub-equipo	Macroprocesos	Equipos de Evaluadores Internos	Lunes 27	Martes 28	Miércoles 29	Jueves 30	Viernes 1	Responsable(s) Evaluado/s
1 Lic. Gavi	Direccionamiento	Lic. Gavi - Lic. Doris			Mañana			St. Gondo
	Gestión de recursos humanos	Lic. Gavi - Lic. Doris	Tarde					Dr. Carlos
	Gestión de la calidad	Lic. Gavi - Lic. Doris	Tarde					Dr. Carlos
	Manejo del riesgo de atención	Lic. Gavi - Lic. Doris		Mañana				Sra. Lidia
	Emergencias y desastres	Lic. Gavi - Lic. Doris				Tarde		Ing. Cesar
	Control de la gestión y prestación	Lic. Gavi - Lic. Doris					Mañana	Ing. Cesar
2 Dr. Ba	Atención ambulatoria	Dr. Ba - QF. Ana	Mañana					Lic. Doris
	Atención extramural	Dr. Ba - QF. Ana		Tarde				Dr. Zea
	Atención de hospitalización	Dr. Ba - QF. Ana		Mañana	Tarde			Dr. Zea
	Atención de emergencias	Dr. Ba - QF. Ana			Mañana	Tarde		Sra. Cecilia
	Docencia e investigación	Dr. Ba - QF. Ana				Mañana		Dr. Zea
	Atención quirúrgica	Dr. Ba - QF. Ana					Mañana	Sra. Cecilia
3 Lic. Rosa	Apoyo al diagnóstico y tratamiento	Dr. Carlos - Lic. Rosa	Mañana					Lic. Gloria
	Admisión y alta	Dr. Carlos - Lic. Rosa		Mañana				Lic. Meza
	Referencia y contrarreferencia	Dr. Carlos - Lic. Rosa			Mañana	Tarde		QF. Ana
	Gestión de medicamentos	Dr. Carlos - Lic. Rosa				Mañana		QF. Ana
	Gestión de la información	Dr. Carlos - Lic. Rosa					Tarde	Lic. Lucy
4 Dr. Te	Estерilización, lavandería y limpieza	Dr. Te - Lic. Betty	Mañana					Lic. Martha
	Manejo del riesgo social	Dr. Te - Lic. Betty		Tarde				Lic. Martha
	Manejo de nutrición de pacientes	Dr. Te - Lic. Betty			Mañana			Dr. Edmundo
	Gestión de insumos y materiales	Dr. Te - Lic. Betty				Mañana		Dr. Cruz
	Gestión de equipos e infraestructura	Dr. Te - Lic. Betty					Tarde	Dr. Cruz

Lider del Equipo de Evaluadores: Dr. Ba



E. CRUZ S.

**Anexo N° 2: Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación**

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

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

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

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

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

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

Código del Estándar: \_\_\_\_\_

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



**Anexo N° 3: Hoja de Registro de Datos para Evaluación Externa**

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

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

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

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

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

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

Código del Estándar: \_\_\_\_\_

Código de criterio de evaluación	Puntaje Autoeval.	Puntaje Ev.Externa	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del puntaje (en caso de discrepancia)



**Anexo N° 4: Hoja de Recomendaciones**

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

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

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

Macroproceso	Observaciones	Recomendaciones



### Anexo N° 5: Matriz de Selección\*

Cuando la evaluación es realizada por un equipo, cada persona asignará una puntuación para cada uno de los problemas de acuerdo a cada criterio. Todos los puntajes asignados por criterio se totalizan antes de sumar el resultado global de puntajes para cada problema.

Problemas de Interés	Frecuencia	Importancia	Vulnerabilidad	Total

\* Aplicar según "Manual para la Mejora Continua de la Calidad" aprobado con R.M. N° 640-2006/MINSA.



## Anexo N° 6: Técnica y Fórmulas de Muestreo

Requisitos de una muestra:

- Ser representativo de la totalidad (selección aleatoria o al azar)
- Ser precisa en su estimación (tamaño muestral)

Selección aleatoria:

- Implica que todos los elementos tienen la misma posibilidad de ser elegidos.
- Si no es posible enumerar los eventos entonces se puede delimitar por otra característica como el tiempo.
- El azar es necesario si la población es heterogénea.

Definiciones Operativas:

- Población Infinita: contiene igual o más de 30 mil unidades de muestreo
- Población finita: contiene menos de 30 mil unidades de muestreo

Fórmulas para el Cálculo de la Muestra en una Población Finita

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

**n** = tamaño de la muestra

**z** = variable que para un nivel de confiabilidad del 95% equivale es igual a 1.96

**e** = error estándar (se asume convencionalmente 0.05)

**p** = probabilidad de éxito

**q** = probabilidad de fracaso

**N** = tamaño del marco muestral



E. CRUZ S.

Ejemplo de Selección:

- Universo: archivo de historias clínicas
- Marco muestral: historias clínicas de cirugía
- Muestra: historias seleccionadas aleatoriamente

## Anexo N° 7: Ejemplos de Aplicación

### Ejemplo 1 de Aplicación

Criterios de evaluación	
Código-Criterio	Criterio
DIR1-1	El establecimiento ha formulado participativamente y difundido su plan estratégico (misión, visión, políticas institucionales, objetivos y metas)  0: No ha formulado participativamente; 1: Ha formulado participativamente y no lo ha difundido; 2: Ha formulado participativamente y difundido
DIR1-6 ESPECÍFICO PARA ESTAB. PÚBLICO MINSA	Los resultados de las mediciones de las funciones obstétricas neonatales realizadas en los últimos dos semestres 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 periodo están en los niveles esperados
DIR1-7	La Dirección asegura la adhesión del personal a las guías de práctica clínica para la atención de las prioridades sanitarias en el ámbito nacional y/o regional.  0: La adhesión del personal es menor al 50%; 1: La adhesión del personal está entre el 50% y el 80%; 2: Logra adhesión mayor al 80%
DIR1-8 ESPECÍFICO PARA ESTAB. PÚBLICO MINSA	La Dirección 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.

#### Alcance

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

#### Aplicación

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

#### Descripción

Código Criterio	Técnica a utilizar	Razón para su selección
DIR1-1	Revisión de documento	Se exige la verificación en físico del elemento que contiene los aspectos solicitados en el criterio. Se trata de los



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

### Ejemplo 2 de aplicación

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



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

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

### Descripción

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

