



# Resolución Ministerial

Lima, 21 de Julio del 2011.

Visto el Expediente N° 11-048352-001, que contiene el Memorandum N° 2714-2011-DGSP/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas;

### CONSIDERANDO:

Que, el artículo II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, asimismo, el artículo VI del Título Preliminar de la precitada Ley, precisa que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el artículo 41° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, señala que la Dirección General de Salud de las Personas, es el órgano técnico normativo en los procesos relacionados a la atención integral, servicios de salud, calidad, gestión sanitaria y actividades de salud mental;

Que, en virtud a ello, la Dirección General de Salud de las Personas, ha propuesto para su aprobación la "Directiva Administrativa de Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud del I, II, y III Nivel de Atención", la cual tiene como finalidad fortalecer la gestión de las redes de salud y promover la generación de capacidades de los equipos técnicos en la atención integral de salud y el funcionamiento de los servicios de salud con equidad, eficiencia y calidad para el logro de un adecuado desempeño institucional;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas;

Z. BARRERA V.



Olivera A.



C. ACOSTA S.



D. León Ch.

Con las visaciones del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y de la Viceministra de Salud; y,

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

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.-** Aprobar la Directiva Administrativa N° 182 -MINSa/DGSP-V.01 "Directiva Administrativa de Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud del I, II, y III Nivel de Atención", la misma que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.



Z. C. V.

**Artículo 2°.-** Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas a través de la Dirección de Gestión Sanitaria, la difusión, supervisión y evaluación de lo dispuesto en la citada Directiva Administrativa.



Olivera A

**Artículo 3°.-** Las Direcciones de Salud de Lima y las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces en el ámbito regional, son los responsables de la difusión, implementación, supervisión y aplicación del presente documento normativo, dentro de sus respectivas jurisdicciones.



C. AGOSTA S.

**Artículo 4°.-** La medición del desempeño de la gestión institucional estará articulada a los procesos de evaluación de la gestión en los Institutos Especializados y los Hospitales Nacionales.

**Artículo 5°.-** Encargar a la Oficina General de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Portal de Internet del Ministerio de Salud, en la dirección: [http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge\\_normas.asp](http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp).

Regístrese, comuníquese y publíquese.



D. León Ch.

  
**OSCAR RAÚL UGARTE UBILLUZ**  
Ministro de Salud



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182 -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA**  
**GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL I, II Y III NIVEL DE**  
**ATENCIÓN.**

**1. FINALIDAD**

Fortalecer la gestión de las redes de salud y promover la generación de capacidades de los equipos técnicos en la atención integral de salud y el funcionamiento de los servicios de salud con equidad, eficiencia y calidad para el logro de un adecuado desempeño institucional.

**2. OBJETIVOS**

**2.1 Objetivo General:**

Establecer el marco conceptual, metodológico e instrumental del proceso de Monitoreo del Desempeño de la Gestión en establecimientos de la red de salud, en el contexto del Aseguramiento Universal en Salud, la Descentralización en Salud y el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad.

**2.2 Objetivos Específicos:**

- 2.2.1 Proporcionar a los establecimientos de la red de salud, los instrumentos y procedimientos que facilite la medición del desempeño de la gestión de los establecimientos de salud por niveles de atención.
- 2.2.2 Establecer los aspectos técnicos operativos referidos a la organización, programación y ejecución del proceso de monitoreo de la gestión de los establecimientos de la red de salud.
- 2.2.3 Promover una cultura de gestión de procesos, orientada a mejorar el desempeño institucional expresado en resultados sanitarios en la persona, familia y comunidad.
- 2.2.4 Propiciar mecanismos de incentivos vinculados al logro de metas de los objetivos institucionales, expresados en la salud de la población.

**3. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

La presente Directiva Administrativa es de aplicación y cumplimiento obligatorio de las Direcciones u Oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos del Ministerio de Salud, de las Direcciones de Salud, las Direcciones Regionales de Salud y los establecimientos de salud de sus Redes y Microrredes, a nivel nacional

**4. BASE LEGAL**

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27680, Ley de Reforma Constitucional del Capítulo XIV del Título IV, sobre Descentralización.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N° 28056, Ley Marco del Presupuesto Participativo.



C. ACOSTA S.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

- Ley N° 28273, Ley del Sistema de Acreditación de los Gobiernos Regionales y Locales.
- Ley N° 29124, Ley que establece la Cogestión y Participación Ciudadana para el Primer Nivel de Atención en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud y de las Regiones.
- Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- Ley N° 29289, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2009, que incorpora el Capítulo IV "Presupuesto por Resultados (PPR)".
- Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud"
- Decreto Supremo N° 013-2002-SA que aprueba el Reglamento de la Ley 27657.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 007-2006-SA, que Modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 077-2006-PCM, que aprueba las Disposiciones relativas al proceso de Transferencia de la Gestión de la Atención Primaria de Salud a las Municipalidades Provinciales y Distritales.
- Decreto Supremo N° 011-2008-SA, que Modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 017-2009-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29124, que establece la Cogestión y Participación Ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las Regiones.
- Decreto Supremo N° 003-2010-SA, que Modifican el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- Resolución Suprema N° 014-2002-SA, que aprueba el Documento "Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002 – 2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006".
- Resolución de Secretaría de Descentralización N° 044-2008-PCM/SD, que aprueba la Directiva N° 003-2008-PCM/SD Directiva para la culminación e implementación de la Transferencia de Funciones Sectoriales a los Gobiernos Regionales.
- Resolución Ministerial N° 861-95-SA/DM, que aprueba el documento de "Señalización de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud"
- Resolución Ministerial N° 237-98-SA/DM, que aprueba el documento "Doctrina, Normas y Procedimientos del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre".
- Resolución Ministerial N° 122-2001-SA/DM, que aprueba los "Lineamientos para la Delimitación de Redes de Salud".
- Resolución Ministerial N° 1125-2002-SA/DM, que aprueba la "Directiva para la Delimitación de las Redes y Microrredes de Salud".
- Resolución Ministerial N° 683-2003-SA/DM, que aprueba el documento "Delimitación de las Direcciones de Salud, Direcciones de Red de Salud y Microrredes de Salud del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 075-2004/MINSA, que aprueba los "Lineamientos para la Acción en Salud Mental".



C. ACOSTA S.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

- Resolución Ministerial N° 614-2004/MINSA, que aprueba las Normas Técnicas del Sistema de Gestión de la Calidad del Programa de Hemoterapia y Bancos de Sangre.
- Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA, que aprueba el documento “Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva”.
- Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA, que aprueba “Las Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 776-2004-MINSA, Norma Técnica 022-MINSA/DGSP V.01. Norma Técnica de la Historia Clínica de los establecimientos de salud del sector público y privado.
- Resolución Ministerial N° 974-2004/MINSA, Procedimiento para la elaboración de Planes de Respuesta frente a Emergencias y Desastres.
- Resolución Ministerial N° 1217-2004/MINSA, que Autoriza a las Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional, para que en coordinación con sus respectivos Gobiernos Regionales, revisen y, de ser necesario, modifiquen la actual conformación de Redes y Microrredes de Salud de su Región, considerando los criterios técnicos establecidos en los “Lineamientos para la Delimitación de Redes”, aprobado con Resolución Ministerial N° 122-2001-SA/DM y la Directiva DGSP-DESS N° 001—05-2002 aprobada con Resolución Ministerial N° 1125-2002-SA/DM.
- Resolución Ministerial N° 1142-2004/MINSA, que aprueba la “Guía para la Categorización de Establecimientos de Salud del Sector Salud”.
- Resolución Ministerial N° 111-2005/MINSA, que aprueba los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud.
- Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA, que aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 536-2005/MINSA, que aprueba la NT N° 032-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica de Planificación Familiar”.
- Resolución Ministerial N° 566-2005/MINSA, que aprueba los “Lineamientos para la Adecuación de la Organización de las Direcciones Regionales de Salud en el Marco del Proceso de Descentralización”.
- Resolución Ministerial N° 598-2005/MINSA, que aprueba la NT N° 033-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural”.
- Resolución Ministerial N° 633-2005/MINSA, que aprueba la NTS N° 034-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adolescente”.
- Resolución Ministerial N° 970-2005/MINSA, que aprueba NTS N° 038-MINSA/DGSP-V.0: “Norma Técnica de Salud para Proyectos de Arquitectura, Equipamiento y Mobiliario de Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención”.
- Resolución Ministerial N° 1007-2005/MINSA, que aprueba el documento normativo “Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 1001-2005/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.01: “Directiva para la Evaluación de las funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 246-2006/MINSA, que aprueba el Documento técnico Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud.
- Resolución Ministerial N° 290-2006/MINSA, que aprueba el Manual de Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva”.



C. ACOSTA S.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182 -MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

- Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño".
- Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 042-MINSA /DGSP-V.01: "Norma Técnica de los Servicios de Emergencia".
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 529-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 043-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Adultas Mayores".
- Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA, que aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02: "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional".
- Resolución Ministerial N° 626-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 046-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón".
- Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, que aprueba el "Manual para la Mejora Continua de la Calidad".
- Resolución Ministerial N° 647-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 048-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención de la Bartonelosis o Enfermedad de Carrión en el Perú".
- Resolución Ministerial N° 674-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Casas de Espera Materna, Modelo para la Implementación".
- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, que Aprueba el Documento Técnico: "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 – 2008".
- Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA que aprueba la "Guía de Práctica Clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive".
- Resolución Ministerial N° 696-2006/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica: Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud".
- Resolución Ministerial N° 943-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Plan Nacional de Salud Mental".
- Resolución Ministerial N° 953-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 051- MINSA / OGDN - V.01 "Norma Técnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre".
- Resolución Ministerial N° 1077-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Orientaciones para la Atención Integral de Salud del Adolescente en el primer nivel de atención".
- Resolución Ministerial N° 1204-2006/MINSA, que Establece que la Gestión de la Atención Primaria de la Salud, es el desarrollo de los procesos de planeamiento, programación, monitoreo, supervisión y evaluación de la atención integral de salud que se realiza en el ámbito local.
- Resolución Ministerial N° 076-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 054-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención de la Malaria y Malaria Grave en el Perú".
- Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales".
- Resolución Ministerial N° 366-2007/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Desarrollo de la Función Salud en los Gobiernos Locales".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".



C. ACOSTA S.

**Autogestión.-** Es la gestión directa (autoorganizada) de cualquier asociación por parte de sus propios integrantes, sin injerencia externa o jerárquica. Se rige por el principio de participación activa y control ciudadano; el concepto está principalmente enfocado al aspecto económico como modelo económico político en el que los trabajadores participan directamente en la dirección de las empresas.

**Autoevaluación.-** Fase inicial del proceso de supervisión integral, en la cual el equipo de gestión y técnico de las Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud aplican el instrumento de supervisión integral de manera objetiva, al final de cual se determina el promedio alcanzado por cada estándar y su respectiva calificación.

**Asistencia Técnica.-** Es un proceso interactivo mediante la cual hay una construcción conjunta de conocimientos, habilidades y destrezas que son analizados y adaptados por el personal de salud, para el mejor desempeño de sus funciones y adecuado cumplimiento de las políticas, planes, programas y metas del sistema de salud.

**Atención Integral de Salud.-** Se entiende como tal, a las intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, provista de manera integral, integrada y continua por el establecimiento de salud o la Red de Salud, con calidad y equidad, teniendo como eje de intervención la persona, familia y comunidad.

**Categoría.-** Clasificación que caracteriza a los establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales comunes, para lo cual cuentan con Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) que en conjunto determinan su capacidad resolutive, respondiendo a realidades socio sanitarias similares y diseñadas para enfrentar demandas equivalentes.

**Categorización.-** Proceso que conduce a clasificar los diferentes establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales, que permitan responder a las necesidades de salud de la población que atiende.

**Calidad.-** Conjunto de características que posee un producto o servicio y que satisfacen los requisitos técnicos y expectativas de los usuarios.

**Calidad de la Atención de Salud.-** Es el nivel de logro de las metas intrínsecas del sistema de salud para el mejoramiento y en respuesta a las legítimas expectativas de la población.

**Capital Humano.-** Se refiere al aumento en la capacidad de la producción del trabajo, alcanzada con mejoras en las capacidades de los trabajadores.

**Calidad de Atención Médica.-** Consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. Por consiguiente, es la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario.

**Competencia Técnica.-** Capacidad del personal profesional y técnico que presta la atención, para utilizar en forma idónea los conocimientos más actualizados y los recursos disponibles, para producir atenciones de salud en la población atendida.

**Control de Gestión.-** Es un proceso que sirve para guiar la gestión hacia los objetivos de la organización y un instrumento para evaluarla.

**Cuadro de mando integral.-** Es una herramienta de gestión que permite "monitorizar" mediante indicadores, el cumplimiento de la estrategia desarrollada por la dirección, a la vez que permite tomar decisiones rápidas y acertadas para alcanzar los objetivos.

**Documentos de Gestión.-** Son aquellos documentos fundamentales que rigen el funcionamiento de una organización, basados en el marco legal vigente que le rige. Entre estos documentos tenemos: ROF, CAP, MOF, POI, Plan Estratégico, MAPRO, entre otros.

**Desempeño.-** Es el resultado de la organización como consecuencia de la combinación del ejercicio individual, de equipos y de programas, medido a través de la efectividad, eficiencia, relevancia y viabilidad financiera.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

- Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional Concertado en Salud".
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 614-2007/MINSA, que aprueba la Guía de Implementación de los Proyectos Pilotos de Descentralización en Salud a los Gobiernos Locales.
- Resolución Ministerial N° 072-2008/MINSA, que Modifican la Norma Técnica de Salud NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 336-2008/MINSA, que aprueba la NTS 065 - MINSA / DGSP - V.01 "Norma Técnica de Salud para el Transporte asistido de Pacientes por Vía Aérea - Ambulancias Aéreas".
- Resolución Ministerial N° 337-2008/MINSA, que aprueba la NTS 066- MINSA / DGSP - V.01 "Norma Técnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Acuática".
- Resolución Ministerial N° 702-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Preparando al Agente Comunitario de Salud para el Cuidado Integral de la Salud y Nutrición de las Gestantes y de las Niñas y Niños menores de 5 años".
- Resolución Ministerial N° 217-2010/MINSA, que dispone que la Oficina General de Comunicaciones efectúe la pre publicación del proyecto de "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Diagnóstico por Imágenes".
- Resolución Ministerial N° 520-2010/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada".
- Resolución Ministerial N° 278-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico:"Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021"
- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que el Documento Técnico:"Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad".
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP/V.03 "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".

## **5. DISPOSICIONES GENERALES**

### **5.1 Definiciones Operativas:**

**Acreditación.-** Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del establecimiento prestador servicios de salud con un serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está 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. La condición de Acreditado se otorga según norma vigente.

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

**Auditoría médica.-** Revisión y examen detallado de registros y procesos médicos seleccionados con miras a evaluar la calidad de la atención médica brindada. La auditoría médica es un proceso efectuado por profesionales calificados que no han participado en la producción de los datos o la información, ni en la atención médica examinados.



C. ACOSTA S.



**Descentralización.-** Es un proceso o una forma de funcionamiento de una organización, en la cual se transfiere el poder (facultades y recursos) de un gobierno central hacia autoridades que no están jerárquicamente subordinadas (gobierno regional y local), que tienen como objetivo fundamental el desarrollo integral del país.

Es una forma de organización democrática y constituye una política permanente de Estado, de carácter obligatorio, que tiene como objetivo fundamental el desarrollo integral del país. Se realiza por etapas, en forma progresiva y ordenada conforme a criterios que permitan una adecuada asignación de competencias y transferencia de recursos del gobierno nacional hacia los gobiernos regionales y locales.

**Efectividad Organizacional.-** Es el grado en que una organización logra los resultados que se esperan de ella, en relación a los objetivos de producción definidos.

**Estándar.-** Nivel de desempeño deseado, previamente definido y factible de alcanzar. Tiene la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados obtenidos relativos a la calidad de atención de salud.

**Evaluación.-** Uno de los procesos de la función de control gerencial, a través del cual se emite un juicio de valor que compara los resultados obtenidos con un patrón referencial (estándar), para constatar los avances o logros obtenidos en relación a los objetivos planteados.

**Evaluación de la Calidad.-** Proceso referido a la valoración de la calidad de la atención, a través de estándares e indicadores de estructura, procesos y resultados.

**Facilitador.-** Es una persona que puede ayudar y orientar al resto de trabajadores con el fin de que éstos aprendan lo que necesitan saber para realizar su trabajo satisfactoriamente y alcanzar un alto estándar.

**Fuente de verificación.-** Documento que ilustra o informa acerca de un proceso o hecho ejecutado.

**Garantía de la Calidad.-** Conjunto de actividades preestablecidas y sistematizadas, aplicadas al sistema de calidad, que ha sido demostrado que son necesarias para dar confianza adecuada de que un producto o servicio podrá satisfacer los requisitos para la calidad.

**Gestión.-** Proceso orientado a administrar o también a hacer diligencia para conseguir algo; el cual puede ser un producto, un bien o un servicio.

**Gestión Organizacional.-** Implica impulsar la conducción de la institución hacia determinadas metas a partir de la planificación, para lo que resultan necesarios saberes, habilidades y experiencias respecto del medio sobre el que se pretende operar, así como sobre las prácticas y mecanismos utilizados por las personas implicadas en el proceso.

**Indicador.-** Variable medible para indicar directa o indirecta, cambios en el estado, eficacia, eficiencia o avances del trabajo en salud.

**Instrumentos de Calidad.-** Herramientas utilizadas para alcanzar el propósito del Sistema de Gestión de Calidad (Encuestas de satisfacción del usuario interno y externo, Formatos para la Auto evaluación, Matriz para el Análisis de los Resultados de Auto evaluación, Matriz para la Elaboración de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad).

**Mapa de riesgo.-** Es la representación geográfica (a través de mapas) de distintas frecuencias: tuberculosis, fiebre amarilla, número de puestos y centros de salud, entre otros; en una determinada área geográfica.

**Mejora Continua de la Calidad en el proceso de Atención de la Salud.-** Es un método cíclico en el que a partir del intercambio de información entre los involucrados en el procesos de atención y los diferentes niveles organizacionales, se toman decisiones, a fin de poder mantener lo correcto y corregir las no conformidades, de tal manera que se asegure el mayor beneficio posible para el paciente o usuario y se reduzca sus riesgos durante su atención.



**Monitoreo.**- Es uno de los procesos de la función de control gerencial destinado a observar sistemáticamente el cumplimiento de la ejecución de actividades debidamente programadas y que son parte de un determinado proceso productivo.

**Monitoreo de la Gestión de Establecimientos de Salud.**- Es un proceso de control gerencial destinado a observar sistemáticamente un conjunto de procesos de la gestión, con la finalidad de realizar los ajustes necesarios a las actividades y estrategias con el propósito de lograr el cumplimiento óptimo de las metas establecidas, definidas en el Plan Operativo o Plan de Trabajo según corresponda al nivel de categoría del establecimiento.

**Sala Situacional.**- Es un espacio físico o virtual, donde convergen tecnología, recursos humanos, técnicas y herramientas gerenciales, dentro de procedimientos claramente establecidos, que constituyen o se comporta como un sistema y que permite disponer y generar información actualizada, constituyéndose en un soporte para la toma de decisiones. Debe estar diseñado a funcionar en condiciones normales o en situaciones de crisis.

**Sistema de Control Gerencial.**- Es el proceso por el cual una organización asegura que sus subunidades actúan en una forma coordinada y cooperativa, de forma tal que los recursos serán obtenidos y localizados óptimamente en orden de alcanzar las metas de la organización.

**Supervisión.**- Es uno de los procesos de la función de control gerencial destinado a observar sistemáticamente el desempeño de las personas dentro de los procesos productivos en la organización, facilitando la información de cómo se ejecutan las intervenciones de las personas. Permite realimentar al equipo de trabajo y posibilita la superación continua de su desempeño, elevando su autoestima y su rendimiento. En la supervisión se desarrolla un proceso de enseñanza aprendizaje mutuo, entre el/los supervisor(es) y supervisado(s).

## **5.2 Características del proceso de Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud.**

Entre las características se describen las siguientes:

- a. Es objetivo, porque se sustenta en evidencias verificables.
- b. Es participativo, porque requiere de la participación e involucramiento de los actores relacionados con la oferta de los servicios.
- c. Es permanente, porque la medición de los procesos requieren ser seguidas de manera continua para generar las mejoras.
- d. Es integrador, porque articula la participación de los diversos servicios y áreas del establecimiento, fomenta el trabajo en equipo y propicia la relación armónica entre los diferentes niveles de atención de la red de salud.
- e. Es dinámico, porque está orientado a medir los procesos de la gestión institucional de manera continua y acorde a los cambios de la organización.
- f. Es analítico y motivador, porque induce en el personal de salud el análisis de la información, útil en la toma de decisiones.



C. ACOSTA S.

## **5.3 Estrategia del proceso de Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud.**

El Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud se desarrolla por niveles de responsabilidad, para ello se plantean tres niveles de medición: nivel nacional, nivel regional y nivel local (ver Anexo N° 01: Niveles de Monitoreo en el marco de la Descentralización en Salud)

▪ **Del Nivel Nacional, al tercer nivel de atención categoría III-2.**

Tiene por objetivo verificar el cumplimiento de las funciones específicas y sectoriales con el propósito de lograr el óptimo desarrollo de los procesos que facilite el cumplimiento de las metas establecidas por el Instituto.

La Dirección de Salud, es la instancia encargada de realizar el monitoreo de la gestión a los establecimientos de salud de categoría III-1 (Hospital Nacional) y III-E. También es la instancia encargada de realizar el monitoreo de la gestión a los establecimientos del II nivel de atención, categorías II-1, II-2 y II-E.

▪ **Del Nivel Regional: Dirección Regional de Salud o la que haga sus veces en el ámbito regional, al segundo y tercer nivel de atención.**

Tiene por objetivo verificar el cumplimiento de las funciones específicas y la implementación de la normatividad vigente, con el propósito de lograr el óptimo desarrollo de los procesos que facilite el cumplimiento de las metas establecidas por los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención: Hospitales según nivel de categoría (II-1, II-2, II-E, III-1 y III-E) en el marco de la gestión de sistema de redes de salud.

Esta es una competencia directa e inmediata del nivel regional, en referencia a la responsabilidad de los establecimientos públicos que se encuentra en su ámbito, en el marco de la descentralización en salud.

▪ **Del Nivel Local: Redes en el ámbito regional, a establecimientos de salud correspondiente al primer nivel de atención.**

Tiene por objetivo verificar el cumplimiento de las funciones específicas y la implementación de la normatividad vigente, con el propósito de lograr el óptimo desarrollo de los procesos que facilite el cumplimiento de las metas establecidas por los establecimientos de salud del primer nivel de atención: Centros y Puestos de Salud según nivel de categoría (I-1, I-2, I-3, I-4) en el marco de la gestión del sistema de redes de salud, las mismas que asumen el monitoreo de los establecimientos de salud del ámbito jurisdiccional.

Esta es una competencia directa e inmediata del nivel local, en referencia a la responsabilidad de los establecimientos públicos del ámbito jurisdiccional, en el marco de la descentralización en salud.

## **5.4 Metodología del proceso de Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud.**

### **5.4.1 Descripción**

El proceso de monitoreo del desempeño de la gestión institucional se realiza con la participación del equipo de gestión y equipo técnico del establecimiento de salud. El equipo monitor o facilitador de la medición del control gerencial de manera participativa y consensuada, realiza la verificación conjunta y objetiva de la implementación de las políticas nacionales y sectoriales en salud en los procesos desarrollados en el establecimiento con el propósito de lograr el cumplimiento óptimo de las metas establecidas.

### **5.4.2 Fases del proceso de Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud.**

Se han definido tres fases, las mismas que se describen a continuación:

- 5.4.2.1 Fase de selección y capacitación de facilitadores para el proceso de monitoreo del desempeño de la gestión de establecimientos de salud.
- 5.4.2.2 Fase de planificación y organización del proceso de monitoreo del desempeño de la gestión de establecimientos de salud.



5.4.2.3 Fase de ejecución del monitoreo del desempeño de la gestión de establecimientos de salud.

5.4.2.1 **Fase de selección y capacitación de facilitadores para el proceso de monitoreo del desempeño de la gestión de establecimientos de salud.**

a. **La Selección de Facilitadores para el proceso de Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud.**

La selección de los facilitadores para el monitoreo del desempeño de la gestión de establecimientos de salud, se inicia con la identificación del perfil adecuado de los profesionales de la salud, en referencia al cual se describen algunos criterios a tenerse en cuenta, dentro de los cuales podemos mencionar los siguientes:

**Características Generales del Perfil del Facilitador:**

- Ser personal de salud nombrado en un establecimiento de salud público o tener un año de contratado como mínimo.
- Tener conocimientos generales respecto al contexto geopolítico, social y económico del ámbito en el marco de la descentralización.
- Tener conocimientos generales del sistema de salud según niveles de atención.
- Tener conocimientos generales del enfoque de la atención primaria de salud renovada.
- Tener conocimientos generales sobre el sistema de control gerencial y calidad en salud.
- Tener conocimiento y manejar paquetes informáticos de Office.
- Tener experiencia en gestión pública en salud.
- Realizar un trabajo en equipo.
- Recolectar, registrar, ordenar y manejar fuentes de información.
- Tener espíritu de auto superación y esfuerzo respecto a su desempeño.
- Demostrar puntualidad y respeto a las personas y cultura regional.

**Características Específicas del Perfil del Facilitador:**

En relación a la **experiencia necesaria:**

- Haber desarrollado actividades de control gerencial (monitoreo, supervisión o evaluación) en el ámbito nacional o regional.
- Haber desarrollado actividades de gestión institucional en establecimientos de salud, con énfasis en subsector público.

En relación al **conocimiento necesario:**

- Conocer los procesos de gestión, lo cual facilitará la identificación de los problemas y soluciones para mejorar los procesos de salud.
- Conocer los componentes del control gerencial en el sistema de salud.
- Conocer la organización y provisión de los servicios de salud.
- Manejar el concepto metodológico de los procesos gerenciales.
- Tener conocimiento sobre el proceso de descentralización sectorial: nacional, regional y local.



C. ACOSTA S.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

- Tener conocimiento de la legislación pertinente y los documentos normativos vigentes del Sistema de Salud, con énfasis del Ministerio de Salud.
- Tener conocimiento sobre el proceso de implementación del Aseguramiento Universal en Salud en el ámbito país.

En relación a las **habilidades necesarias**:

- Tener liderazgo, comunicación, coordinación y negociación en diversos escenarios.
- Ser capaz de proponer y gestionar soluciones ante contingencias y situaciones previamente programadas.
- Ser capaz de realizar el análisis detallado y práctico de los procesos sanitarios y de gestión.
- Elaborar, sistematizar, y evaluar documentos de gestión e investigaciones operativas.

En relación a **la actitud**:

- Mantener flexibilidad y adaptabilidad a diversos escenarios.
- Poseer iniciativa, autonomía y compromiso respecto a la labor encomendada.
- Actuar con rectitud, imparcialidad y responsabilidad en la labor encomendada.
- Asumir con responsabilidad las tareas o encargos delegados.

Las Características Generales y Específicas definidas para la selección de facilitadores, son aspectos a tenerse en cuenta para la identificación de los profesionales de salud que realizarán el monitoreo en los establecimientos de salud según niveles de atención.

Asimismo, el perfil de los facilitadores servirá como insumo cuando se determine los contenidos temáticos a desarrollar en el plan de capacitación para el fortalecimiento de las competencias de los profesionales de salud que realizarán el monitoreo de la gestión de establecimientos de salud.

**b. La Capacitación de Facilitadores para el proceso de Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud.**

Se elabora el Plan de Capacitación para el fortalecimiento de las competencias de los profesionales de salud que realizarán la función de Facilitadores del proceso de Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimiento de Salud, con la finalidad de garantizar el adecuado desempeño en la aplicación de la metodología e instrumento de monitoreo.

Los profesionales seleccionados como facilitadores deberán participar en las actividades educativas contenidas en el Plan de Capacitación, en las cuales la asistencia es obligatoria. La permanencia en el curso de capacitación es un requisito para poder acceder a la evaluación escrita y práctica al finalizar el curso de capacitación. La calificación final es el resultado de las ponderaciones obtenidas en las evaluaciones teóricas (0.40) y prácticas (0.60), siendo la nota aprobatoria final igual o mayor a 15.

Al término del curso y en referencia a la nota aprobatoria final (mínimo 15) la instancia que organiza el evento (MINSA, DISA, DIRESA o Red) según corresponda, emitirá la constancia respectiva a los profesionales de salud que aprobaron el mismo; quienes estarán capacitados para realizar el monitoreo del desempeño de la gestión de los establecimientos de salud.



C. AGOSTA S.

La DGSP o la que haga sus veces en el nivel regional mantendrá un registro actualizado de los participantes a la actividad de capacitación de facilitadores, así como de las calificaciones obtenidas, y de los que alcanzaron a recibir la constancia respectiva.

El proceso de capacitación de los profesionales de salud debe renovarse cada dos años, planificándose igualmente un evento de reforzamiento de competencias de los equipos facilitadores con una frecuencia mínimo una vez por año.

Las actividades de capacitación deben incorporarse de igual forma al plan operativo anual de la instancia que organiza el evento (MINSA, DISA, DIRESA o Red), las cuales están orientadas a mejorar las capacidades de los facilitadores del proceso de monitoreo del desempeño de la gestión de establecimientos de salud.

#### **5.4.2.2 Fase de Planificación y Organización del proceso Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud.**

##### **a. La Planificación del proceso de Monitoreo del Desempeño de la Gestión:**

La fase de planificación, considera la elaboración del plan de trabajo para el monitoreo del desempeño de la gestión de establecimientos de salud por la instancia que desarrollará el proceso de la función del control gerencial (MINSA, DISA, DIRESA o Red).

Este documento puede articularse con el plan de supervisión integral con el propósito de contar con un solo documento de gestión e incorporar las actividades consideradas en el plan de trabajo de monitoreo al plan operativo anual (POA) de la instancia ejecutora, según corresponda (MINSA, DISA, DIRESA o Red).

Para el desarrollo del monitoreo del desempeño de la gestión de establecimientos de salud se anexan al presente documento normativo los instrumentos respectivos según nivel de atención (I, II y III).

##### **b. La Organización del proceso de Monitoreo del Desempeño de la Gestión:**

Para la organización del proceso de monitoreo del desempeño de la gestión de los establecimientos de salud según nivel de atención, debe tenerse en cuenta los siguientes criterios:

- Número de miembros del equipo facilitador, cada equipo está conformado por tres (03) profesionales de salud como mínimo debidamente capacitados para el desarrollo del proceso.
- Número de establecimientos a monitorear, que están definidas en el plan de trabajo de monitoreo del desempeño de la gestión, según la instancia que desarrollará el proceso: MINSA, DISA, DIRESA o Red. Estas instancias, según criterios técnicos específicos definidos acorde a su realidad (recursos disponibles, rutas de acceso, prioridades sanitarias, entre otros) establecerán el número de establecimientos de salud a ser medidos; los cuales estarán descritos en el plan de trabajo respectivo.
- Número de días para el monitoreo, que se determinará en relación a la complejidad de la ubicación del establecimiento de salud a monitorear. Sin embargo es elemental asegurar la objetividad y calidad del proceso en referencia al cual se sugiere como mínimo dos (02) días efectivos de trabajo, que puede ampliarse según lo determine la instancia responsable del monitoreo, el cual se describirá en el plan de trabajo respectivo. Los días efectivos no incluyen los días de viaje (ida-retorno) del equipo facilitador. Finalmente, estos días deberán estar definidos en base a criterios de accesibilidad geográfica y disponibilidad de recursos (humanos, logísticos,



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 82-MINSA/DGSP-V.01  
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

presupuestal, entre otros) teniendo como marco referencial los días efectivos descritos.

En referencia al nivel nacional (MINSA), esta instancia realizará la priorización de los establecimientos de salud públicos del tercer nivel de atención con categoría III-2, para lo cual tendrá en cuenta el criterio de disponibilidad de recursos (humanos, logísticos, presupuestal, entre otros) en su ejecución.

En el nivel regional (Dirección de Salud y la Dirección Regional de Salud o la que haga sus veces), realizarán el monitoreo de la gestión a los establecimientos de salud públicos del segundo y tercer nivel de atención con categoría II-1, II-2, II-E, III-1 y III-E.

En el nivel local la Red realizará el monitoreo del desempeño de la gestión a los establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención con categoría I-1, I-2, I-3 y I-4.

**5.4.2.3 Fase de ejecución del Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud.**

Para la fase de ejecución del monitoreo del desempeño de la gestión de establecimientos de salud, el equipo facilitador capacitado deberá tener en cuenta las siguientes etapas:

**a. Primera Etapa: Antes del Monitoreo:**

Esta etapa tiene por objetivo conocer la situación de salud del establecimiento a monitorear (Instituto, Hospital, o Establecimiento de Salud del primer nivel de atención) según programación del plan de trabajo respectivo.

Igualmente el equipo facilitador que ejecutará el monitoreo identifica las propias fortalezas y debilidades de sus miembros, con el objetivo de asegurar el desempeño óptimo durante el desarrollo de la actividad.

**Se describen algunas tareas:**

- Reconocimiento y coordinación del equipo facilitador de monitoreo para homogenizar criterios entre los miembros del equipo, que aseguren el óptimo desarrollo de la actividad.
- Seleccionar el instrumento de monitoreo a utilizar, en referencia al nivel de atención al cual corresponde el establecimiento de salud.
- Recolección y análisis de la información del establecimiento a monitorear.
- Redactar el plan de visita de monitoreo y coordinar el programa a desarrollar con el establecimiento de salud en la cual se ejecutará la actividad, con la finalidad de asegurar la participación del equipo de gestión y técnico durante la visita.
- La instancia que planificó y coordinó el monitoreo deberá formalizar la actividad al establecimiento de salud programado.

**Productos:**

1. Plan de trabajo de la visita de monitoreo del desempeño de la gestión del establecimiento de salud.
2. Una presentación en power point que incorpora el objetivo, metodología, instrumento, aspectos técnicos-administrativos y el programa a desarrollar durante el monitoreo al establecimiento. El facilitador usará esta presentación ante el equipo del Establecimiento de Salud a monitorear.



G. ACOSTA S.

**b. Segunda Etapa: Durante la ejecución del Monitoreo:**

Esta etapa tiene por objetivo, aplicar el instrumento correspondiente de monitoreo y abordar los procesos relacionados a los aspectos de estructura de recursos, gestión local, capacidad de organización de servicios, provisión de servicios y articulación sectorial y comunitaria entre otros. La aplicación del instrumento se realiza a través de un proceso participativo y concertado.

Esta actividad facilita la identificación de dificultades o problemas en el proceso de implementación de las políticas nacionales y sectoriales en salud en relación al cual se plantean realizar los ajustes necesarios y encontrar las posibles soluciones. El monitoreo contribuye al seguimiento permanente de las acciones en salud asegurando de esta manera el cumplimiento de las metas planificadas.

**Se describen algunas tareas:**

- Coordinación in situ de la agenda de trabajo para los días de visita, según programación previa.
- Ejecución de la agenda de trabajo, en referencia a los días establecidos.
- Presentación dialogada de los resultados en el establecimiento medido.
- Acuerdos y suscripción de acta de compromisos.
- Elaboración del informe técnico de monitoreo del desempeño de la gestión del establecimiento de salud.

**Productos:**

1. Informe Técnico de Monitoreo del Desempeño de la Gestión del Establecimiento de Salud.

**c. Tercera Etapa: Después de la ejecución del Monitoreo:**

Esta es la etapa final del proceso de monitoreo del desempeño de la gestión del establecimiento de salud, la cual tiene como objetivo verificar el cumplimiento de los acuerdos y compromisos asumidos en la segunda etapa.

**Se describen algunas tareas:**

El equipo facilitador debe evaluar la pertinencia de la asistencia técnica en los aspectos o áreas identificadas como débiles o con poco conocimiento, siempre y cuando el equipo técnico en la cual se realizó el monitoreo del desempeño de la gestión lo considere necesario.

El seguimiento de los acuerdos o compromisos generados pueden realizarse de manera formal (con documentos: oficios, memos, entre otros) y no formal (teléfono, correo electrónico, entre otros) y con periodicidad.

Coordinar el próximo monitoreo y asegurar su ejecución.

**Producto:**

1. Informe de seguimiento de acuerdos y compromisos, a través del cual se evidencie el cumplimiento de los mismos.
2. Informe de asistencias técnicas generadas y atendidas.



**5.4.3 Técnicas e Instrumentos de Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud.**

**a. Técnicas a utilizar en el Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud.**



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

Las técnicas que se proponen, se deben analizar dentro del contexto en el que van a ser aplicadas, con la finalidad de fomentar el intercambio de experiencias y contribuir en la mejora de los procesos.

Las técnicas más utilizadas en el proceso son:

Observación directa.- Es una actitud científica, que sirve para identificar y comprobar una realidad o un hecho determinado, es decir permite observar la calidad del proceso y facilita la capacitación y retroalimentación.

Entrevista.- Es una conversación planeada con objetivos establecidos, requiere privacidad facilitando el intercambio de ideas y actitudes. Ayuda a percibir problemas interpersonales o de otra clase que afectan la gestión organizacional.

Investigación documentaria.- Es la recolección y estudio preliminar de los planes, programas y otros documentos, con la finalidad de tener una descripción general y completa de la realidad ó situación problemática. Permite conocer los factores determinantes ó condicionantes de la situación de salud. Nos ayuda a determinar las áreas críticas de la situación analizada y establecer criterios para el planeamiento, ejecución y evaluación de los procesos sanitarios.

Reuniones de problematización.- Es una actividad que congrega a grupos de personas que los cuales se reúnen en un lugar y tiempo determinado, para realizar el análisis de los problemas o dificultades identificadas a través de la supervisión integral, aquellos que no facilitaron alcanzar los objetivos previamente establecidos. La ventaja es que el supervisor tiene la facilidad de dar y recibir información de un mayor número de personas en la misma oportunidad, las cuales participan activamente en el proceso de enseñanza aprendizaje. Sirve para dar información de interés general y difundir las nuevas técnicas metodológicas, normas, dispositivos legales, entre otras, en forma directa y efectiva.

**b. Instrumentos de Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud.**

El diseño de los instrumentos según niveles de atención, han sido formulados en referencia a los principios orientadores de la atención primaria de la salud, el modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad, el aseguramiento universal en salud y la descentralización en salud. Entre estos principios tenemos: integralidad, accesibilidad, calidad, eficiencia y equidad.

La estructura del instrumento de medición del desempeño de establecimientos del primer nivel de atención están organizados en 05 componentes, 20 macroprocesos, 55 estándares y 232 procesos clave (ver Anexo N° 02). El diseño se orienta al cumplimiento de los principios y funciones del modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad.

En referencia al instrumento de medición del desempeño de establecimientos del segundo y tercer nivel de atención, la estructura se enmarca en el cumplimiento de los principios, roles y funciones de la gestión hospitalaria y corresponde a 02 componentes, 15 macroprocesos, 16 estándares y 90 procesos clave (ver Anexo N° 03).

Los instrumentos considerados para estos procesos están en función al componente y a los niveles en los cuales se aplicará:

**Primer Nivel de Atención:**

- Instrumento de Medición del Desempeño de Establecimientos del Primer Nivel de Atención en Salud.
- Guía del Facilitador del proceso de Medición del Desempeño de Establecimientos del Primer Nivel de Atención.
- Matriz de seguimiento de acuerdos o compromisos generados en el marco del monitoreo del desempeño de la gestión de establecimientos de salud.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**Segundo y Tercer Nivel de Atención:**

- Instrumento de Medición del Desempeño de Establecimientos del Segundo y Tercer Nivel de Atención en Salud.
- Guía del Facilitador del proceso de Medición del Desempeño de Establecimientos del Segundo y Tercer Nivel de Atención.
- Matriz de seguimiento de acuerdos o compromisos generados en el marco del monitoreo del desempeño de la gestión de establecimientos de salud.

**6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS**

- 6.1 El nivel nacional facilitará la transferencia metodológica de la medición del desempeño de la gestión de establecimientos de salud a las Direcciones de de Salud y Direcciones Regionales de Salud o la que haga sus veces, en el ámbito del país, en el marco del proceso de Descentralización en Salud.
- 6.2 Las Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces en su ámbito, realizarán la transferencia metodológica al nivel local o Redes de Salud.
- 6.3 El nivel de gobierno nacional, regional y local en el marco de la descentralización en salud realizarán la planificación del proceso de monitoreo del desempeño de la gestión de establecimiento de salud por niveles de atención, según corresponda su competencia, asegurando la continuidad de la actividad.
- 6.4 El nivel nacional, regional y local, aplicarán como mecanismos de incentivo, el reconocimiento oficial vinculado al desempeño *adecuado* de la gestión de los establecimientos de salud alcanzado en el monitoreo, y que se expresa en el cumplimiento de objetivos y metas esperadas, según el cuadro N° 01. Así mismo promoverán otros mecanismos de incentivos disponibles, con el mismo fin.

**Cuadro N° 01**

**Reconocimiento al Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud**

Tipo de Establecimiento	Nivel de Avance de Desempeño	Promedio de Desempeño alcanzado	Tipo de Reconocimiento	Instancia que la genera
Instituto (III-2)	Adecuado	Igual o mayor a 80%	Resolución Vice-Ministerial	Ministerio de Salud
Hospital (II-1, II-2, II-E, III-1, III-E)	Adecuado	Igual o mayor a 80%	Resolución Directoral	DISA o DIRESA
Establecimiento de Salud del Primer Nivel (I-1, I-2, I-3, I-4)	Adecuado	Igual o mayor a 80%	Resolución Directoral	DISA, DIRESA o Red

- 6.5 La frecuencia de monitoreo del desempeño de la gestión de establecimientos de salud se realizará como mínimo dos veces al año.
- 6.6 Se establecerán criterios de niveles de avance en el desempeño de la gestión de establecimientos de salud, según detalle del Cuadro N° 02:



D. ACOSTA S.

**Cuadro N° 02**

**Clasificación del Nivel de Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud**

Niveles de Avance de Desempeño	Promedio de Desempeño alcanzado	Calificación del Desempeño
<b>MÍNIMO</b>	Igual o menor de 60%	<b>Bajo</b>
<b>INTERMEDIO</b>	Mayor de 60% y menor a 80%	<b>Regular</b>
<b>ADECUADO</b>	Igual o mayor a 80%	<b>Alto</b>

- 6.7 La Dirección General de Salud de las Personas diseñará el aplicativo informático que facilite el procesamiento de la información recogida a través del instrumento de medición del desempeño de la gestión de establecimientos de salud según nivel de atención.
- 6.8 El nivel nacional de manera inopinada según corresponda, a través de la Dirección General de Salud de las Personas podrá realizar el monitoreo del desempeño de la gestión a los establecimientos del primer, segundo y tercer nivel de atención, en situaciones que lo considere pertinente o necesario.
- 6.9 El nivel regional de manera inopinada según corresponda podrá realizar el monitoreo del desempeño de la gestión de los establecimientos del primer, segundo y tercer nivel de atención de su ámbito jurisdiccional; en situaciones que lo considere pertinente o necesario.
- 6.10 La Dirección de Gestión Sanitaria de la Dirección General de Salud de las Personas revisará y actualizará el instrumento de monitoreo del desempeño de la gestión institucional cada dos años, en referencia al contexto nacional y a los documentos normativos vigentes.
- 6.11 La Dirección de Gestión Sanitaria de la Dirección General de Salud de las Personas es la responsable de brindar la asistencia técnica correspondiente en función a su competencia, que facilite la implementación del proceso de monitoreo del desempeño de la gestión de establecimientos de salud según nivel de atención en el ámbito nacional.
- 6.12 En el nivel nacional la Dirección General de Salud de las Personas realizará el Monitoreo del Desempeño de la Gestión de establecimientos de salud del tercer nivel de atención, categoría III-2, en coordinación con las Direcciones u Oficinas Generales del Ministerio de Salud, según su competencia.
- 6.13 En el nivel regional la DISA, DIRESA o quien haga sus veces, realizará el Monitoreo del Desempeño de la Gestión de establecimientos de salud del tercer nivel de atención con categoría III-2, III-E y del segundo nivel de atención con categoría II-1, II-2 y II-E, de su ámbito.
- 6.14 En el nivel regional la Red, realizará el Monitoreo del Desempeño de la Gestión de establecimientos de salud del primer nivel de atención con categoría I-1, I-2, I-3 y I-4.

## 7. RESPONSABILIDADES

### 7.1 NIVEL NACIONAL

El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Salud de las Personas, es responsable de la difusión de la presente Directiva Administrativa hasta el nivel regional, así como de brindar asistencia técnica, de aplicarla según le corresponda, y de supervisar su cumplimiento.

### 7.2 NIVEL REGIONAL

Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces en el ámbito regional, son responsables de la difusión de la presente Directiva Administrativa en sus correspondientes jurisdicciones, así como de brindar asistencia técnica, de aplicarla según le corresponda, y de supervisar su cumplimiento.



C. ACOSTA S.

### 7.3 NIVEL LOCAL

Los Directores o Jefes de los Establecimientos de Salud de los diferentes niveles de atención, del ámbito de aplicación de la presente Directiva Administrativa, son responsables de aplicarla según les corresponda.

### 8. ANEXOS

- Anexo Nº 01:** "Niveles de Monitoreo y Evaluación en el marco de la Descentralización".
- Anexo Nº 02:** "Instrumento de Medición del Desempeño de Establecimientos del Primer Nivel de Atención en Salud".
- Anexo Nº 03:** "Instrumento de Medición del Desempeño de Establecimientos del Segundo y Tercer Nivel de Atención en Salud".
- Anexo Nº 04:** "Guía del Facilitador del proceso de Medición del Desempeño de Establecimientos del Primer Nivel de Atención".
- Anexo Nº 05:** "Guía del Facilitador del proceso de Medición del Desempeño de Establecimientos del Segundo y tercer Nivel de Atención".
- Anexo Nº 06:** "Matriz de seguimiento de acuerdos o compromisos".

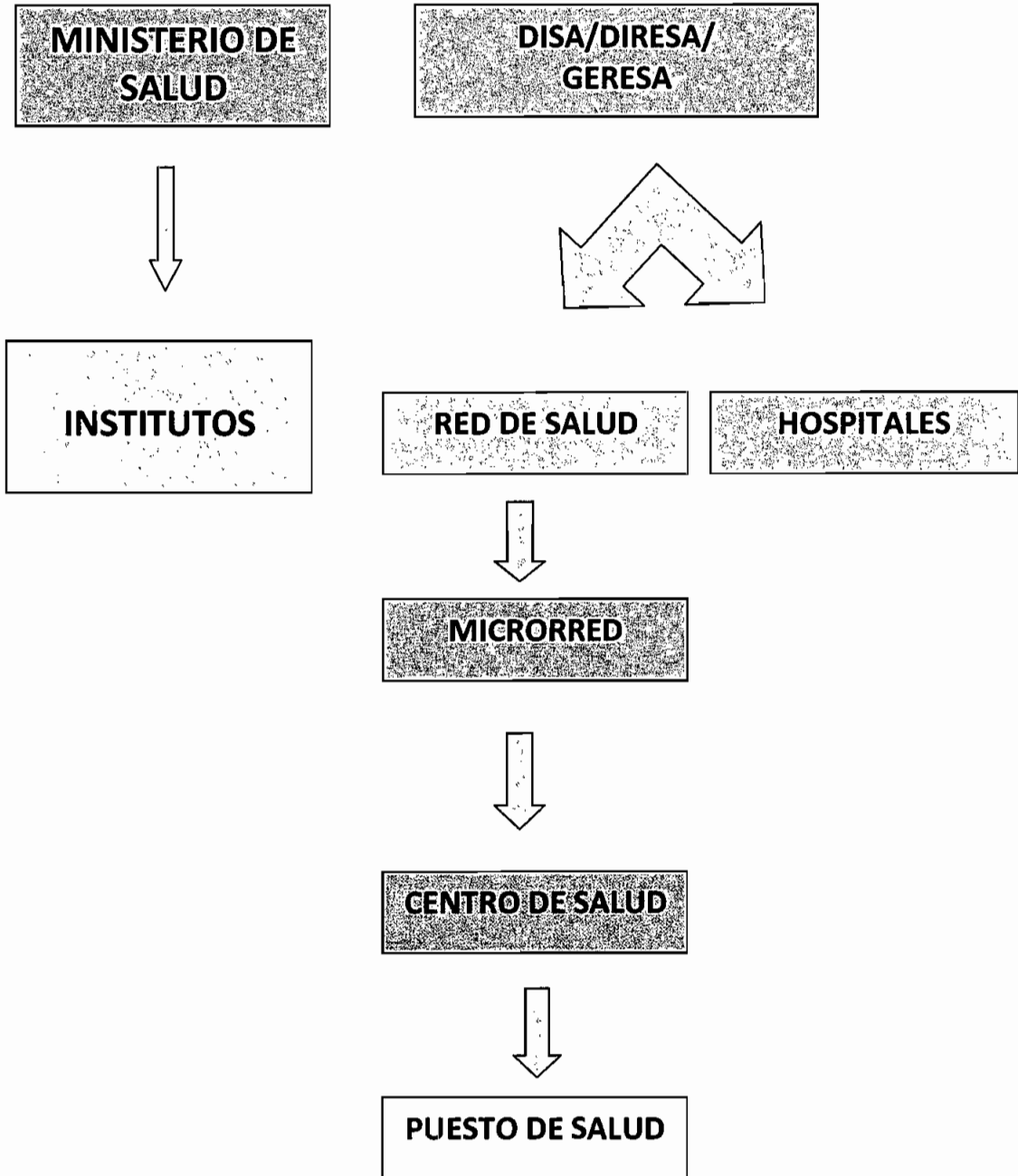
### 10. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Supervisión, Monitoreo y Evaluación – Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud - MINSA 1988.
- 2) Programa de Acreditación AIM (Logro de una Gestión Mejorada – Achieving Improved Measurement) – Edición Publicado por el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud 2002.
- 3) Secretaria de Salud de México, proceso de reforma de salud, 2000.OPS.
- 4) ISO 9004:2000 Gestión de la Calidad y elementos de los Sistemas de Calidad.



ANEXO N° 01

NIVELES DE MONITOREO Y EVALUACIÓN EN EL MARCO DE LA  
DESCENTRALIZACIÓN.



**ANEXO N° 02**

**Instrumento de Medición del Desempeño de Establecimientos del Primer Nivel de Atención en Salud**

<b>COMPONENTE N° 01</b>	<b>SOPORTE ADMINISTRATIVO</b>
<b>MACROPROCESO N° 01</b>	<b>DISPONIBILIDAD DE RECURSOS ESTRATÉGICOS DISPONIBLES</b>

<b>ESTÁNDAR N° 01</b>		<b>El Establecimiento de Salud cuenta con la infraestructura adecuada para la atención de acuerdo a nivel de categoría.</b>		
N°	PROCESOS CLAVE	VERIFICADORES	CRITERIOS	
			SI	NO
1	El establecimiento de salud cuenta con los ambientes físicos adecuados para su nivel de categorización.	Observación Directa en Servicio Lista de Chequeo N° 01.		
2	Las áreas físicas se encuentran en buen estado de conservación y operativos.	Observación Directa en Servicio Lista de Chequeo N° 01.		
3	La infraestructura cuenta con el saneamiento legal correspondiente.	Observación Directa de documentos: Ficha de Registros Públicos, Título de Propiedad, Actas de Trámite.		
4	El establecimiento de salud cuenta con plan de mantenimiento preventivo y recuperativo de la planta física y servicios básicos, incorporada a plan operativo anual (POA).	Documento Plan de Mantenimiento aprobado, POA o Plan de Trabajo de la Red, Cuadro de Necesidades del Establecimiento.		

<b>ESTÁNDAR N° 02</b>		<b>El Establecimiento de Salud cuenta con el Equipamiento Adecuada de acuerdo a su nivel de categoría.</b>		
N°	PROCESOS CLAVE	VERIFICADORES	CRITERIOS	
			SI	NO
1	El establecimiento de salud cuenta el equipamiento básico y adecuado a su nivel de categorización.	Observación Directa en Servicio Lista de Chequeo N° 02.		
2	Los equipos se encuentran en buen estado de conservación, operativos y en uso.	Observación Directa en Servicio Lista de Chequeo N° 02.		
3	Se tiene inventario actualizado de equipos (rótulos visibles) y emisión de informe de resultados (no concordancia, faltantes, entre otros) a niveles decisores.	Informes de inventario, inventario físico actualizado al año anterior.		
4	El establecimiento de salud cuenta con plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos, incorporada a plan operativo anual (POA).	Plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo aprobado, POA o Plan de Trabajo de la Red, Cuadro de Necesidades del Establecimiento.		
5	Se realiza supervisión y mantenimiento preventivo de los equipos de manera periódica.	Informes de mantenimiento preventivo de equipos, del año anterior.		



C. ADOSTA S.

<b>COMPONENTE N° 01</b>	<b>SOPORTE ADMINISTRATIVO</b>
<b>MACROPROCESO N° 01</b>	<b>DISPONIBILIDAD DE RECURSOS ESTRATÉGICOS DISPONIBLES</b>

<b>ESTÁNDAR N° 03</b>		<b>El Establecimiento de Salud cuenta con el Personal adecuado para el nivel de categoría.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El Establecimiento de salud dispone de personal profesional Médico suficiente para la atención de acuerdo a su nivel de categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 09.		
2	El Establecimiento de salud dispone de personal profesional No Médico suficiente para la atención de acuerdo a su nivel de categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 09.		
3	El Establecimiento de salud dispone de personal profesional Técnico y Auxiliar de enfermería suficiente para la atención de acuerdo a su nivel de categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 09.		
4	El Establecimiento de salud dispone de personal profesional Técnico y Auxiliar administrativo suficiente para la atención de acuerdo a su nivel de categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 09.		

<b>ESTÁNDAR N° 04</b>		<b>Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo a los procedimientos establecidos.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	Se tienen programadas las necesidades de insumos y materiales por cada área o servicios.	Informes VERIFICAR IN SITU.		
2	Se realiza el requerimiento de insumos y materiales de acuerdo a programación por cada área/servicio.	Informes, cuadro de requerimientos VERIFICAR IN SITU.		
3	Se tiene control visible actualizado de los insumos y materiales en el área de distribución (almacén) y su cuantificación está acorde a lo esperado por institución.	Tarjetas visibles, muestrear los materiales de mayor rotación y verificar stock adecuado.		



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182 -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 02</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>MACROPROCESO N° 02</b>	<b>PLANEAMIENTO Y CONTROL</b>

<b>ESTÁNDAR N° 05</b>		<b>El Establecimiento de Salud cuenta con su Plan de Trabajo Anual, enmarcado en el PSL y POA de la Red, lo implementa y es conocido por todo el personal.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento de salud ha participado continuamente del análisis de la situación de salud con las autoridades regionales/locales para definir el direccionamiento de la atención de la salud y el desarrollo de sus servicios y consta en actas.	Plan de Trabajo (PT) o PSL aprobado del presente año. Informes o actas de talleres de formulación del PT o PSL, con lista de participantes.		
2	El Plan de Trabajo o Plan de Salud Local responde a las cinco principales causas de morbilidad, por cada etapa de vida.	Verificar en el Plan de Trabajo o PSL aprobado para el presente año.		
3	Se han identificado las principales necesidades de salud de los usuarios del establecimiento por etapas de vida.	Verificar en el Plan de Trabajo o PSL aprobado para el presente año.		
4	El establecimiento cuenta con plan de trabajo o PSL aprobado para el presente año.	PT del establecimiento de salud aprobado por el jefe del establecimiento o PSL aprobado según ley.		
5	El Plan de Trabajo o Plan de Salud Local del establecimiento ha sido socializado entre el personal del establecimiento.	Documentos e Informes o actas de reunión de socialización.		
6	El establecimiento de salud, ejecuta su plan de acuerdo a lo programado.	Plan de Trabajo o PSL, Informes de actividades ejecutadas.		

<b>ESTÁNDAR N° 06</b>		<b>El Establecimiento de Salud aplica mecanismos sistemáticos de monitoreo, evaluación, supervisión y control que velen por el cumplimiento de la planificación.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El Plan de Trabajo o PSL del establecimiento incluye actividades de seguimiento, monitoreo y evaluación.	Plan de Trabajo o PSL aprobado (incluye actividades de seguimiento, monitoreo y evaluación presupuestadas).		
2	Se cuenta con procedimientos (metodología e instrumentos) establecidos para realizar el seguimiento o monitoreo y evaluación de las actividades del plan de trabajo o PSL.	Documentos técnicos de seguimiento-monitoreo y evaluación aprobados.		
3	Se realiza el seguimiento o monitoreo y evaluación de las actividades del plan de trabajo anual o PSL.	Informes de seguimiento o monitoreo y evaluación del presente año.		
4	Se realiza la supervisión y control interno de la ejecución de las actividades del Plan de trabajo o PSL del establecimiento.	Informes de supervisión y control interno de las actividades del PT o PSL aprobado del año. Informe de medidas correctivas implementadas.		



C. ACOSTA S.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182 -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 02</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>MACROPROCESO N° 03</b>	<b>RECURSOS HUMANOS</b>

<b>ESTÁNDAR N° 07</b>		<b>El Establecimiento de Salud está organizado para incorporar y controlar los recursos humanos para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento de salud identifica las brechas de recurso humano a nivel del establecimiento de salud.	Informe/Documento actualizado de análisis de brechas.		
2	El establecimiento de salud tiene documentado el requerimiento de nuevo RH debidamente sustentado de acuerdo a la normatividad vigente	Documento de requerimiento. Documento de sustento de necesidades de RH.		
3	El establecimiento de salud tiene documentado el procedimiento de incorporación del recurso humano para el establecimiento de salud según modalidad.	Documento de requerimiento, constancia de seleccionado y contrato.		
4	El establecimiento de salud tiene definido y aplica el procedimiento de inducción al recurso humano que se incorpora a la institución, el cual se encuentra establecido en un Programa de Inducción.	Documento Programa de Inducción Informe de ejecución del Programa con lista de participantes.		
5	El establecimiento de salud ha definido formalmente las funciones del recurso humano y comunica acorde al cargo que ocupa.	Documento MOF actualizado y aprobado. Acta de reunión de información del MOF. Documento de asignación de funciones del RH.		
6	El recurso humano conoce sus deberes y derechos en el establecimiento de salud.	Aplicación de <b>Lista de Chequeo N° 03.</b>		
7	Las Jefaturas de Servicios / Unidades/ Áreas según corresponda reporta la producción de servicios de las actividades del RH según las funciones asignadas por el puesto de trabajo y según normas institucionales	Informe/ Documento de monitoreo de producción mensual de servicios y personal de salud. Reporte 40 del HIS-MIS.		
8	El establecimiento de salud controla la asistencia, permanencia del recurso humano de acuerdo a las normas vigentes.	Cuenta con cuaderno de asistencia (cruce de información con la programación mensual) y Matriz de rol de programación de actividades del EESS (verifica la permanencia en los servicios).		



C. ACOSTA S.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº 182 -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE Nº 02</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>MACROPROCESO Nº 03</b>	<b>RECURSOS HUMANOS</b>

<b>ESTÁNDAR Nº 08</b>		<b>El Establecimiento de Salud dispone de acciones de salud ocupacional (Seguridad y Protección del prestador) del personal de salud.</b>		
<b>Nº</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El personal de salud se encuentra protegido contra enfermedades ocupacionales como Hepatitis B, Tétano, Fiebre Amarilla, Influenza AH1N1 según el perfil epidemiológico, de acuerdo a normas institucionales de las áreas de riesgo.	Libro de registro de vacunados en la que se verifique que al menos el 90% del RH se encuentra protegido.		
2	El personal de salud aplica las medidas de bioseguridad para el manejo del paciente de alto riesgo.	Aplicación de Lista de Chequeo Nº 04.		
3	El establecimiento de salud realiza la vigilancia de accidentes punzo cortante, accidentes laborales y factores de riesgo ocupacional en el recurso humano.	Reporte de registro de la notificación. Resultados de la evaluación. Documento de medidas a adoptar.		
4	El establecimiento de salud evalúa las medidas de respuesta de la salud ocupacional del recurso humano de acuerdo a la normatividad vigente.	Informe de evaluación.		

<b>ESTÁNDAR Nº 09</b>		<b>El Establecimiento de Salud cuenta con Recursos Humanos capacitados para la prestación de servicios de salud.</b>		
<b>Nº</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento de salud identifica las necesidades de capacitación en forma participativa y realiza la programación anual de las actividades de capacitación.	Documento de programación de actividades educativas, que incorpora el diagnóstico de las necesidades de capacitación. Lista de participantes en la programación.		
2	El establecimiento de salud planifica, ejecuta y evalúa las actividades educativas contempladas en el Plan Anual de Capacitación de la instancia correspondiente para el recurso humano (asistencial y administrativo) según modalidad educativa.	Documento de programación de las actividades educativas. Documento de evaluación de las actividades educativas. Plan de Trabajo del EESS en la que se encuentra incorporado actividades relacionadas a capacitación.		
3	El recurso humano aplica la estrategia de Problematicación (Análisis Crítico de la Práctica) en sus intervenciones sanitarias.	Informe o Acta de intervenciones sanitarias.		
4	El equipo de salud se encuentra capacitado en aspectos relacionados a la Atención Integral y Gerencia en Salud.	Registro de capacitados del EESS (mínimo 60% del equipo de salud capacitado).		



<b>COMPONENTE Nº 02</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>MACROPROCESO Nº 03</b>	<b>RECURSOS HUMANOS</b>

<b>ESTÁNDAR Nº 10</b>		<b>El Establecimiento de Salud incorpora las acciones de Bienestar Social del personal de salud.</b>		
<b>Nº</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento de salud cuenta con actividades relacionadas a incentivos (motivación) en su programación anual.	Plan de Trabajo de EESS en la que incorpora actividades relacionadas a incentivos no dinerarios.		
2	El establecimiento ejecuta actividades de recreación, cultura y deportes para sus RH.	Informe de evaluación del Plan Anual. Documentos que oficializan actividades.		
3	El establecimiento de salud ejecuta actividades de reconocimiento del RH (incentivo no dinerario).	Acta de reuniones. Documento que oficializa el reconocimiento.		



C. ACOSTA S.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE Nº 02</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>MACROPROCESO Nº 04</b>	<b>CALIDAD DE ATENCIÓN</b>

<b>ESTÁNDAR Nº 11</b>		<b>El Establecimiento de Salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.</b>		
<b>Nº</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento cuenta con Responsable de Calidad formalmente asignado.	Documento oficial de asignación como Responsable de Calidad.		
2	El establecimiento cuenta con al menos un equipo de mejora continuo de la calidad conformado y éste se encuentra activo (cumplan actividades según planificado).	Documento oficial de conformación de equipo de mejora continua Actas oficiales de reuniones en el último trimestre.		
3	El equipo de mejora continua del establecimiento cuenta con personal capacitado para realizar procedimientos de mejora continua de la calidad.	Libro de registro de capacitación del Personal. Plan de trabajo para la mejora continua de la calidad.		
4	Existe un plan de trabajo para la mejora de la calidad en el establecimiento, que responde a las necesidades de usuarios internos y externos.	Plan de trabajo para la mejora continua de la calidad.		
5	El establecimiento ha implementado por lo menos un proyecto de mejora continua de la calidad.	Documento que contiene proyectos de mejora implementada.		
6	El Establecimiento de salud realiza autoevaluación en el marco de la Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud.	El establecimiento está organizado (cuenta con equipo de acreditación y equipo de evaluadores internos), tiene Plan de Autoevaluación, ha comunicado inicio de autoevaluación y tiene informe técnico de autoevaluación.		



<b>COMPONENTE N° 02</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>MACROPROCESO N° 04</b>	<b>CALIDAD DE ATENCIÓN</b>

<b>ESTÁNDAR N° 12</b>		<b>El Establecimiento de Salud tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento ha definido mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de sus usuarios y tiene documentado el procedimiento para su análisis y atención de las quejas y reclamos de los usuarios (metodologías, instrumentos y periodicidad) y lo cumple.	Documento que contiene los mecanismos (buzón sugerencias, encuestas, informes de grupos focales) para recoger sugerencias, quejas y reclamos de sus usuarios y el procedimiento para su análisis y atención.		
2	Se cuantifica el porcentaje de quejas o reclamos atendidos oportunamente y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.	Reporte de quejas o reclamos atendidos.		
3	El establecimiento tiene definido material informativo con contenido sobre el cuidado post-atención de los usuarios y está adecuado culturalmente según realidad local.	Material informativo sobre cuidado post-atención de los usuarios que debe estar adecuado culturalmente.		
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.	Documento que contiene los mecanismos establecidos e implementados que garantizan la privacidad de los usuarios.		
5	Se han identificado las principales barreras de acceso de los usuarios a los servicios (de tipo geográfico, económico, cultural, estructural y funcional) y se han implementado estrategias y acciones para disminuirlas.	Documento que contiene las barreras identificadas de acceso de los usuarios a los servicios. Documento de reporte de implementación de estrategias y acciones para disminución de barreras.		
6	El establecimiento de salud muestra su cartera de servicios, cronograma de atención con responsables, en un lugar visible y están adecuados culturalmente según realidad local.	Panel visible donde este publicado la cartera de servicios y cronograma de atención con responsables, adecuado culturalmente.		
7	El establecimiento tiene flujogramas de atención general y por servicios y señalización adecuados culturalmente.	Señalización de servicios, adecuada culturalmente. Documento oficial con flujograma de atención.		
8	El establecimiento tiene publicado los derechos básicos y deberes de los pacientes en las zonas de contacto emergencia, consulta externa e Internamiento.	Panel visible con material informativo de derechos básicos y deberes de los pacientes de emergencia, consulta externa e internamiento.		



C. ACOSTA S.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 02</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>MACROPROCESO N° 04</b>	<b>CALIDAD DE ATENCIÓN</b>

<b>ESTÁNDAR N° 13</b>		<b>El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento tiene definida una metodología de medición de la satisfacción de los usuarios internos y externos, la cual es aplicada periódicamente.	Documento / encuesta / grupos focales definida Informe de resultados de aplicación de encuesta/ grupo focales.		
2	Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron buen trato durante la atención y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.	Reporte de resultados de encuesta de usuarios que percibieron buen trato durante la atención		
3	Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron que la información post-atención recibida es entendible y completa y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.	Reporte de resultados de encuestas de usuarios que percibieron información post-atención.		
4	Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron privacidad durante la atención y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.	Reporte de resultados de encuestas de usuarios que percibieron privacidad durante la atención.		
5	Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.	Reporte de resultados de encuestas de usuarios satisfechos con los servicios prestados.		
6	Se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.	Reporte de resultados de encuestas de satisfacción de trabajadores con su centro laboral.		

<b>ESTÁNDAR N° 14</b>		<b>El Establecimiento de Salud realiza auditoría de calidad de registros (Historia Clínicas) y verifica la adherencia a las Guías de Práctica Clínica.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento de salud realiza Auditoría de las Historias Clínicas en: Emergencia, Consulta externa e Internamiento.	Informe de auditoría de Historias Clínicas en Emergencia, Consulta externa e Internamiento. Historias Clínicas.		
2	El establecimiento tiene documentado los procedimientos técnico-asistenciales (Guías de Práctica Clínica en Emergencia, Consulta Externa e Internamiento) y administrativos priorizados, vigilando su cumplimiento e identificando oportunidades de mejora continua de la calidad.	Manuales, guías de práctica clínica, directivas de procedimientos técnico-asistenciales. Manuales, guías, directivas de procedimientos administrativos. Historias Clínicas.		



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 02</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>MACROPROCESO N° 05</b>	<b>GESTIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS</b>

<b>ESTÁNDAR N° 15</b>		<b>El Establecimiento de Salud está organizado para el manejo adecuado de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios antes de su dispensación o expendio al usuario.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	La farmacia del establecimiento de salud cuenta con el software del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos médico-quirúrgicos - SISMED, última versión, que registra el movimiento de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, permite la elaboración del Informe de Consumo Integrado (ICI) y proporciona información útil para fortalecer las actividades de farmacia.	Software SISMED instalado y en uso por el personal de farmacia. Reporte del software. Envíos magnéticos del ICI realizados al nivel superior.		
2	La farmacia del establecimiento de salud realiza conteos periódicos del stock y verificación de las salidas e ingresos de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, emite el Informe de Consumo Integrado (ICI) mensualmente y cumple con enviarlo al nivel superior.	Tarjetas de Control Visible (TCV), software SISMED (kárdex, ICI), informes. Informes de conteos físicos o inventarios. Los dos últimos ICI emitidos. Verificar que éstos hayan sido enviados al nivel superior (sello de recibido u oficio de envío).		
3	La Farmacia del establecimiento de salud utiliza indicadores de suministro y uso para realizar la gestión de medicamentos.	Informe con indicadores de suministro (disponibilidad, sobre stock, desabastecimiento, medicamentos vencidos) y uso (Prescripción en Denominación Común Internacional -DCI, medicamentos incluidos en el Petitorio local, regional o nacional, uso de antimicrobianos)		



C. ACOSTA S.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 02</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>MACROPROCESO N° 05</b>	<b>GESTIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS</b>

<b>ESTÁNDAR N° 16</b>		<b>El Establecimiento de Salud realiza acciones para que los procesos de requerimiento (pedido), recepción, almacenamiento y gestión de inventarios se realicen de manera eficiente, segura y confiable.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	La Farmacia del establecimiento de salud formula el requerimiento (pedido) de medicamentos enmarcado en el petitorio local o regional o Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME), utilizando una metodología válida o indicada por la DISA/DIRESA (máximos y mínimos, consumo histórico, perfil de morbilidad, otros).	Los dos últimos requerimientos (pedidos) formulados por farmacia Petitorio Local, Regional o Nacional de Medicamentos Documento en donde se evidencia el uso de alguna metodología válida para formular el requerimiento (máximos y mínimos, consumo histórico, perfil de morbilidad, otros).		
2	El establecimiento de salud almacena y conserva los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, cumpliendo con los criterios mínimos de conservación en el Almacén Especializado de Medicamentos (AEM), área de dispensación o expendio y otras áreas dependientes del servicio de farmacia.	<b>Lista de Chequeo 5</b> para almacén de medicamentos (si lo hubiere) y <b>Lista de Chequeo 6</b> para el área de dispensación o expendio.		
3	El establecimiento de salud almacena y conserva los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, cumpliendo con los criterios mínimos de conservación en el Almacén Especializado de Medicamentos (AEM), área de dispensación o expendio y otras áreas dependientes del servicio de farmacia.	Informe o Indicador de disponibilidad de medicamentos. Inspección ocular de 10 productos trazadores		
4	La Farmacia del establecimiento de salud realiza acciones para evitar el vencimiento y optimizar los stocks de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios y cuenta con un registro de los productos vencidos o deteriorados	Informes, actas u otros documentos que evidencien que se han tomado acciones para evitar el vencimiento y sobre stock de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios (canjes, transferencias, devoluciones, etc.) - Informe o registro de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios vencidos o deteriorados (si los hubiere).		



C. ACOSTA S.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 02</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>MACROPROCESO N° 05</b>	<b>GESTIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS</b>

<b>ESTÁNDAR N° 17</b>		<b>El Establecimiento de Salud realiza acciones para un uso adecuado de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, velando por su prescripción racional, adecuada dispensación o expendio y promoviendo el uso adecuado en el domicilio.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	La farmacia del establecimiento de salud realiza acciones de promoción y difusión para el uso adecuado de los medicamentos tanto para el personal de salud como para la comunidad.	Afiches, volantes, informes, documentos, videos, etc. en donde se evidencia que el personal de farmacia promueve y difunde el uso adecuado de medicamentos.		
2	Se hace uso de la Receta Única Estandarizada (RUE) para la prescripción de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios y los medicamentos son prescritos en Denominación Común Internacional (DCI).	Revisar las recetas en farmacia y contrastar con el modelo de la Directiva del SISMED (Ver anexo de la Receta Única Estandarizada) Muestra de 30 recetas del mes en curso o del mes anterior a la visita. Revisar la prescripción.		



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 02</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>MACROPROCESO N° 06</b>	<b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>

<b>ESTÁNDAR N° 18</b>		<b>El Establecimiento de Salud promueve una gestión Integral de la Información.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento de salud tiene identificado los puntos de acopio de información para los Sistemas de información (HIS, SIS, SISMED, Noti).	Evidencia física. Verificar los puntos de acopio para los diferentes sistemas de información e informes		
2	El establecimiento de salud identifica su brecha de recursos informáticos (software, equipos de cómputo y comunicaciones) y de personal de sistemas.	Informe o Plan actualizado (menos de 6 meses) con análisis de brechas de recursos informáticos y de personal de sistemas.		
3	El establecimiento de salud cuenta con presupuesto para mejora y mantenimiento de los recursos informáticos y de comunicaciones.	Dispone de partida presupuestal específica con fondos para compra y mantenimiento de recursos informáticos y de comunicaciones.		
4	El establecimiento de salud cuenta con un Plan de Mejoras de los sistemas de información (control de calidad, capacitación del personal, charlas de inducción, normas y procedimientos, otros) y los ejecuta.	Cuenta con Plan de Mejora ó actas de acuerdos de mejoras, y de los medios de comprobación de cumplimiento		
5	El establecimiento de salud cuenta con personal permanente capacitado en el uso y operación (subir y bajar información, instalar el sistema, sacar copias de seguridad) de los sistemas de información (HIS, SIS, SISMED, Noti).	Documentos o certificados que acrediten que el establecimiento cuenta a la fecha con personal capacitado en el uso y operación de los sistemas.		
6	El establecimiento de salud cuenta con procedimientos documentados que describen la captura, el análisis, la transmisión, la difusión, el almacenamiento, la conservación y depuración de la información de los sistemas implantados.	Manual del Sistema, Manual de Usuario o Manual de Procedimientos de los sistemas de información implantados.		
7	La oficina de Estadística Informática y Telecomunicaciones o la que haga sus veces en las DIRESA, redes o microrredes, verifica como se realiza el registro de información en el establecimiento para cada sistema de información (HIS, SIS, SISMED, Noti).	Libro de actas o informe de monitoreo.		



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº 182-MINSA/DGSP-V.01  
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
 DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

<b>COMPONENTE Nº 02</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>MACROPROCESO Nº 06</b>	<b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>

<b>ESTÁNDAR Nº 19</b>		<b>El Establecimiento de Salud realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad y la oportunidad de la información.</b>		
Nº	PROCESOS CLAVE	VERIFICADORES	CRITERIOS	
			SI	NO
1	El establecimiento de salud tiene formalmente definidas las funciones y responsabilidades del personal en el manejo de la información.	ROF, MOF o manual de procedimientos		
2	El Establecimiento de Salud cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de los resultados.	Informes de evaluación		

<b>ESTÁNDAR Nº 20</b>		<b>El Establecimiento de Salud realiza anualmente el Análisis de Situación de Salud Local.</b>		
Nº	PROCESOS CLAVE	VERIFICADORES	CRITERIOS	
			SI	NO
1	El establecimiento de salud oficializa la conformación del personal que realizará el ASIS Local.	Oficio, informe o documento ASIS que comunica conformación de personal.		
2	El Establecimiento de Salud cuenta con el ASIS Local oportuno.	Documento de ASIS Local elaborado.		
3	Se difunde el ASIS Local entre todo el personal.	Acta de reunión de presentación. Oficio de entrega de documento.		
4	El documento del Plan de Salud Local se utiliza como insumo para la elaboración del Plan de Trabajo.	Plan de Trabajo Plan de Salud Local		

<b>ESTÁNDAR Nº 21</b>		<b>El Establecimiento de Salud promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información.</b>		
Nº	PROCESOS CLAVE	VERIFICADORES	CRITERIOS	
			SI	NO
1	El establecimiento de salud usa mecanismos de difusión y retroalimentación de la información.	Página Web, publicaciones, panel, documentos remitidos y/o recibidos		
2	Se generan espacios de análisis de información participativa y son documentadas.	Actas de reuniones del equipo de gestión.		
3	El establecimiento de salud cuenta con un espacio (Sala de Situación de Salud) donde se muestra la información relevante y está actualizada.	Evidencia física		
4	Se evalúa periódicamente la calidad de la información proporcionada a los usuarios internos.	Libro de actas		



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 02</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>MACROPROCESO N° 07</b>	<b>GESTIÓN DEL FINANCIAMIENTO</b>

<b>ESTÁNDAR N° 22</b>		<b>El Establecimiento de Salud ejecuta adecuadamente los presupuestos asignados según normas vigentes.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento de salud ha ejecutado más del 90% del Decreto de Urgencia N° 022-2009, conforme a los procedimientos de la norma.	Informes, actas, Cargos de envío.		
2	El establecimiento de salud ha rendido oportunamente todo lo ejecutado del presupuesto asignado según el Decreto de Urgencia N° 022-2009.	Informes, actas, Cargos de envío.		
3	El Establecimiento de salud se ajusta a las norma de austeridad y uso racional de los recursos.	Recibos de agua, luz, teléfono y otros servicios básicos de los últimos tres meses.		

<b>ESTÁNDAR N° 23</b>		<b>El Establecimiento de Salud utiliza los recursos de Rembolso del SIS de manera adecuada con las normas vigentes.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento de salud recibe íntegramente sus reembolsos del SIS.	Informes, actas de conciliación.		
2	El establecimiento de salud ejecuta adecuadamente los reembolsos del SIS de acuerdo a la norma vigente.	Informes, actas de conciliación.		



C. ACOSTA S.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182 -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 02</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>MACROPROCESO N° 08</b>	<b>EMERGENCIAS Y DESASTRES</b>

<b>ESTÁNDAR N° 24</b>		<b>El Establecimiento de Salud adopta acciones para la estimación del riesgo.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	Se tiene establecida la identificación de Vulnerabilidades y amenazas o peligros natural, antrópico y social que ocasione emergencias y desastres y es de conocimiento del personal.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 07		

<b>ESTÁNDAR N° 25</b>		<b>Se adoptan acciones para la reducción del riesgo en la jurisdicción del EESS: reducción de la vulnerabilidad, prevención y preparación.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	Se tiene establecida Comité de Emergencias y Desastres y es de conocimiento del personal.	Actas o Informes de funcionamiento del Comité de Emergencias y Desastres.		
2	Se cuenta con plan de Prevención y Atención de emergencias y desastres que incluye el análisis de las amenazas (principales emergencias y desastres internos y externos) y la evaluación de la vulnerabilidad institucional actualizado (identificación de vulnerabilidad).	Plan de Prevención y Atención de Emergencia, Documento que lo aprueba por la Microrred y el Médico jefe del ES.		
3	Se cuentan con planes de contingencia específicos frente a eventos recurrentes a nivel local: Temporada de frío, Temporada de Lluvias, Año nuevo, Fiestas patronales y otros eventos.	Plan de Contingencia local frente a un evento específico, Documento que lo aprueba por la Microrred y el Médico jefe del ES.		
4	Cuenta con financiamiento los Planes de Prevención y Atención, Planes de Contingencia por parte de las unidades ejecutoras (POA) o Gobiernos locales.	Informe, documentación o acta de evidencia del financiamiento del Plan de Emergencias.		
5	Las rutas de acceso externa e interna, vías de circulación interna despejadas y existe la señalización para la evacuación ante emergencias.	Evidencia de señalización, vías de acceso y de circulación despejadas.		
6	Personal de salud capacitado frente a emergencias y desastres, brigada de evaluación de daños, brigada de atención inicial y otras.	Informe de capacitación, participación y organización del personal de salud en Emergencias locales o Regionales.		
7	Se participa en las actividades de la Comisión de Salud del Comité Distrital de Defensa Civil, en el Comité de Salud de la localidad para articular actividades a nivel multisectorial en la localidad frente a emergencias masivas y desastres.	Informe, documentación o acta de evidencia de la participación del personal.		



C. ACOSTAS.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº 182 -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE Nº 02</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>MACROPROCESO Nº 08</b>	<b>EMERGENCIAS Y DESASTRES</b>

<b>ESTÁNDAR Nº 26</b>		<b>El Establecimiento de Salud dispone estrategias y medios para la Respuesta y Rehabilitación ante situaciones de emergencias y desastres.</b>		
<b>Nº</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	Se cuentan con planes de Respuesta local frente las emergencias no previsibles, no recurrentes: de las provincias o distritos: Incendios, Inundaciones y otros evento.	Plan de Respuesta, aprobado por la Microrred y el Médico jefe del ES.		
2	Se tiene disponible equipos de comunicación alternativa, grupo electrógeno, panel solar, almacén de agua, insumos y materiales para responder a emergencias y desastres.	Inventarios de los materiales, equipos e insumos.		
3	Se cuenta con ambientes dentro o fuera del ES para la expansión asistencial, albergue de afectados y la gestión de cadáveres.	Ambientes dentro o fuera del ES para la expansión asistencial, albergue de afectados y la gestión de cadáveres.		
4	Se realizan simulacros con la participación de otros sectores y la comunidad frente a emergencias, desastres en forma periódica.	Informe de la actividad: simulacro.		

<b>ESTÁNDAR Nº 27</b>		<b>El Establecimiento de salud dispone de estrategias y medios para la Reconstrucción posterior a las emergencias y desastres.</b>		
<b>Nº</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	Personal de salud capacitado como brigada de evaluación de daños.	Informe de capacitación, participación y organización del personal de salud en evaluación de daños.		
2	Se realiza la coordinación con los Gobiernos locales para la gestión de los recursos y el financiamiento para Reconstrucción o Proyectos de Inversión de Emergencia.	Informe, documentación de evidencia para la gestión de los recursos y el financiamiento para Reconstrucción o Proyectos de Inversión de Emergencia.		



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº 182 -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE Nº 02</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>MACROPROCESO Nº 09</b>	<b>ATENCIÓN DE RIESGOS</b>

<b>ESTÁNDAR Nº 28</b>		<b>El Establecimiento de Salud garantiza la disponibilidad de agua segura.</b>		
<b>Nº</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento de salud tiene personal capacitado en medidas de saneamiento básico y agua segura.	Informes de reuniones u actas u otro documento que garantice las mismas.		
2	El establecimiento de salud tiene personal capacitado en medidas de saneamiento básico y agua segura.	Observación del equipo comparador de cloro.		
3	El establecimiento de salud cuenta con insumo (hipoclorito de calcio) para realizar desinfección de agua para consumo humano en caso de que la concentración del cloro residual libre, evaluado en ítem anterior, esté baja (menos de 0.2 ppm).	Observación del insumo en stock.		

<b>ESTÁNDAR Nº 29</b>		<b>El Establecimiento de Salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.</b>		
<b>Nº</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	Existen la identificación, evaluación y control de riesgos ocupacionales y el mapa de riesgos ocupacionales en todos los ambientes de atención en salud.	Informe de Identificación y mapa de riesgos.		
2	Se realiza la vigilancia de la salud de los trabajadores de la salud, los exámenes médicos ocupacionales priorizados.	Ficha Médico Ocupacional por Trabajador.		
3	En el establecimiento existen programas de promoción de la salud en el trabajo y de prevención de infecciones ocupacionales para el VHB, VIH, la TB por riesgos ocupacional, y otros.	Planes de estos programas.		
4	El personal conoce el procedimiento a seguir ante accidentes punzo cortantes y efectúa el reporte respectivo y queda registrado.	Registro de Post-exposición.		

<b>ESTÁNDAR Nº 30</b>		<b>El Establecimiento de Salud garantiza el control de residuos sólidos.</b>		
<b>Nº</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	Se cuenta con un Plan de Manejo de Residuos Sólidos.	Plan de Manejo de Residuos Sólidos.		
2	El establecimiento cuenta con insumos (tachos, bolsas, recipientes rígidos, coches, entre otros) para el manejo de sus residuos sólidos.	Insumos en el ES: tachos, bolsas, recipientes rígidos, coches, entre otros.		



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 03</b>	<b>CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN</b>
<b>MACROPROCESO N° 10</b>	<b>REGISTRO Y CATEGORIZACIÓN</b>

<b>ESTÁNDAR N° 31</b>		<b>El Establecimiento de Salud está registrado en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud (RENAES) y actualiza sus datos permanentemente.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento de salud se encuentra registrado en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES) y tiene asignado el Código Único RENAES.	Formato del Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES) o Ficha de inscripción expedida por la autoridad sanitaria.		
2	La información consignada en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES) está actualizada (datos del establecimiento, datos adicionales, director médico o responsable de la atención).	Formulario Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES) del Establecimiento.		

<b>ESTÁNDAR N° 32</b>		<b>El Establecimiento de Salud cumple los criterios mínimos para la Categorización adecuada.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento de salud cumple con las Unidades Productoras de Servicios según categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 08 Categorías		
2	El personal de salud garantiza el funcionamiento del establecimiento de salud, según categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 09 Personal mínimo de acuerdo a Categorías.		



C. AGOSTA S.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182 -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 03</b>	<b>CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN</b>
<b>MACROPROCESO N° 11</b>	<b>REDES – REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA</b>

<b>ESTÁNDAR N° 33</b>		<b>El Establecimiento de Salud integra una Microrred y Red de Salud.</b>	
N°	PROCESOS CLAVE	VERIFICADORES	CRITERIOS
			SI
1	El establecimiento de salud integra formalmente a una Microrred y Red de Salud.	Resolución Directoral de conformación de redes y microrredes de la DIRESA.	
2	El personal del establecimiento de salud conoce a que Microrred y Red de Salud, integra.	Preguntar a un personal asistencial y administrativo de salud cual es su red y microrred.	

<b>ESTÁNDAR N° 34</b>		<b>El Establecimiento de Salud está organizado para referir pacientes y recibir contrarreferencias.</b>	
N°	PROCESOS CLAVE	VERIFICADORES	CRITERIOS
			SI
1	El establecimiento de salud cuenta con los Mapas de flujos de Referencia y Contrarreferencia.	Mapas de flujos de referencia y contrarreferencia (emergencia, consulta externa y apoyo al diagnóstico) aprobados por Red de Salud.	
2	El establecimiento de salud realiza la referencia según mapas de flujos (consulta externa, emergencia, apoyo al diagnóstico).	Hoja de referencia en Historia Clínica y Mapas de Flujos de referencias y contrarreferencias.	
3	El establecimiento de salud aplica los procedimientos establecidos documentados para la referencia y contrarreferencia.	Aplicación de Lista de Chequeo N°10 Sistema de Referencia y Contrarreferencia.	
4	El establecimiento de salud cuenta con la Cartera de Servicios actualizada.	Cartera de Servicios.	
5	El establecimiento tiene disponible algún mecanismo de comunicación (radial, telefónico, Internet u otros), con los puntos de referencia.	Mecanismo de comunicación operativo para las referencias de pacientes.	

<b>ESTÁNDAR N° 35</b>		<b>El Establecimiento de Salud está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los pacientes.</b>	
N°	PROCESOS CLAVE	VERIFICADORES	CRITERIOS
			SI
1	Se cuenta con servicio de transporte para traslado de pacientes referidos y está disponible las 24 horas del día.	Unidad de transporte operativa o inspección técnica vigente.	
2	Se cuenta con equipamiento básico, listado mínimo de medicamentos e insumos según tipo de transporte asistido	Aplicación de Lista de Chequeo N° 11 Equipamiento básico unidad transporte asistido terrestre. Lista de Chequeo N°12 Medicamentos unidad transporte asistido terrestre Lista de Chequeo N°13 Insumos y materiales unidad transporte asistido terrestre.	



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE Nº 03</b>	<b>CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN</b>
<b>MACROPROCESO Nº 12</b>	<b>ORGANIZACIÓN INTERNA</b>

<b>ESTÁNDAR Nº 36</b>		<b>El Establecimiento de Salud está organizado para facilitar el acceso de los usuarios a los diferentes servicios con atributos de oportunidad, continuidad y confort.</b>		
<b>Nº</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	Dispone de señalización externa que identifica al establecimiento de salud.	Tablero externo visible en la entrada principal del establecimiento.		
2	Dispone de cartera de servicios que oferta el establecimiento a la entrada en lugar visible, identificación de nombres de jefaturas y rol de guardia y personal anfitrión que orienta y absuelva las necesidades de información a los usuarios.	Cartel visible al ingreso y actualizado; de acuerdo a su categoría. Presencia de personal programado que orienta.		
3	Dispone de señalización con flujograma del proceso de atención y croquis de ubicación de ambientes que permita la orientación de usuarios nuevos.	Cartel visible de flujograma, actualizado.		
4	Los ambientes se encuentran señalizados y visibles teniendo en cuenta los patrones culturales de la población a la que atiende (rótulos para población analfabeta).	Señalización observable clara y con criterio de interculturalidad.		
5	Se tiene consultorios asignados y señalizados por etapas de vida: consultorio de niños, consultorio de adolescentes y joven, consultorio de la mujer, consultorio del adulto y del adulto mayor.	Observación física.		
6	La distribución de ambientes de los servicios, en referencia a los procedimientos que se realizan y existe contigüidad y complementariedad de servicios que facilite la "inter consulta"; el tópico o ambiente de emergencia es fácilmente visible, accesible que permite maniobras de ingreso y salida fácil según tipo de usuario y la demanda.	Observación física de estándares de área y mobiliario necesario.		
7	Se dispone de adecuación arquitectónica: rampas y letreros para la atención preferencial a personas con discapacidad, adultos mayores y gestantes.	Observación física.		
8	Se dispone de servicios higiénicos por género y facilidades arquitectónicas para personas con discapacidad, abiertos permanentemente, debidamente aseados y con agua permanente.	Observación física.		



C. ACOSTA S.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº 182-MINSA/DGSP-V.01  
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
 DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

<b>COMPONENTE Nº 03</b>	<b>CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN</b>
<b>MACROPROCESO Nº 12</b>	<b>ORGANIZACIÓN INTERNA</b>

<b>ESTÁNDAR Nº 37</b>		<b>El Establecimiento de Salud está organizado para brindar el proceso de admisión y atención a los usuarios con atributos de oportunidad, continuidad, privacidad, confidencialidad y confort.</b>		
<b>Nº</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	Cuenta con un directorio o padrón de usuarios de la población adscrita de su jurisdicción y que identifica tipo de seguro, asigna historias clínicas por etapa de vida estandarizadas y ficha familiar.	Verificación del directorio/padrón en físico o automatizado.		
2	El archivo de historias clínicas es en carpeta familiar y por sectores (barrios, comunidades).	Observación física de carpeta familiar.		
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.	Cuaderno de cargos de salida y retorno.		
4	Dispone de personal con competencias para orientar a los usuarios según sus necesidades y hace detección de signos y síntomas de enfermedades/riesgos en vigilancia epidemiológica: triaje (no se realiza toma de funciones vitales ni mediciones antropométricas).	Observación de rol de turnos para la función y responde acertadamente sobre las definiciones de VEA.		
5	Se dispone de un mecanismo y ambiente para toma de muestras de enfermedades transmisibles: malaria, gripe, TBC, con condiciones de bioseguridad.	Observación física del ambiente, materiales y papelería.		
6	Dispone de un plan de contingencia y el material necesario para separar el flujo de atención en casos de epidemias de dengue, gripe.	Cuenta con plan, observación física del ambiente.		
7	En los consultorios se dispone de condiciones de privacidad para la atención del usuario.	Observación física.		
8	Usa sistema de citas programadas y tiene establecido el procedimiento.	Verificación del libro de citas físico o electrónico.		



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 03</b>	<b>CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN</b>
<b>MACROPROCESO N° 13</b>	<b>IMAGEN INSTITUCIONAL Y MERCADEO</b>

<b>ESTÁNDAR N° 38</b>		<b>El establecimiento de salud cumple con los lineamientos de identidad visual institucional acorde a la normatividad vigente</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento hace uso del logotipo oficial regional en rotulación externa e interna.	Rótulos, carteles y/o similares.		
2	El establecimiento hace uso del logotipo oficial regional en documentación interna, externa y material comunicacional.	Memos, Informes y documentos oficiales.		
3	El personal del establecimiento hace uso del vestuario institucional.	Uniforme y/o vestimenta por cada grupo ocupacional (consulta externa y emergencia).		
4	Identificación institucional del personal médico, no médico, técnico y administrativo adecuado.	Fotocheck institucional (consulta externa y emergencia).		
5	La ambientación externa e interna del establecimiento cuenta con los colores institucionales.	Color oficial en las instalaciones.		
6	Uso oficial de emblemas y símbolos institucionales.	Banderines protocolares.		
7	Rotulación vehicular de unidades de transporte y ambulancias.	Rótulos y/o similares.		

<b>ESTÁNDAR N° 39</b>		<b>El Establecimiento de Salud cumple con los estándares de comunicación y difusión institucional.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento realiza el manejo adecuado de acciones de prensa con medios de comunicación.	Convocatorias escritas y/o digitales, notas de prensa, entrevistas.		
2	El establecimiento realiza el manejo adecuado de acciones de comunicación organizacional.	Vitrina, panel o mural.		
3	El establecimiento cuenta con el directorio institucional e interinstitucional actualizado.	Ambos Directorios.		
4	El establecimiento realiza la organización y soporte de actividades protocolares y las réplica de efemérides.	Cronogramas, programas de actividades, fotografías.		



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 04</b>	<b>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>
<b>MACROPROCESO N° 14</b>	<b>ATENCIÓN AMBULATORIA</b>

<b>ESTÁNDAR N° 40</b>		<b>Las Unidades prestadoras brindan el plan de atención integral a los usuarios según etapas de vida.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El personal de salud que realiza la atención, utiliza la HC normada por etapa de vida y es llenada adecuadamente.	Observación directa en el servicio.		
2	Cuenta con paquetes de atención según etapa de vida.	Verifica en la HC el paquete de atención por la etapa de vida correspondiente.		
3	El personal de salud que realiza la atención identifica las enfermedades y riesgos bajo vigilancia epidemiológica y notifica a la unidad correspondiente.	Verificación de formatos de VEA, llenados correctamente		
4	El servicio esta ordenado, cuenta con el mobiliario, material médico, equipo médico, historias clínicas para la realización de los procedimientos según etapa de vida, género y cartera de servicio.	Observación directa en el servicio.		

<b>ESTÁNDAR N° 41</b>		<b>El Establecimiento de Salud realiza el seguimiento al cumplimiento de los planes de atención y se tiene un mecanismo de recuperación (visita domiciliaria) para garantizar su cumplimiento.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El personal de salud que realiza la atención utiliza la HC normada por etapa de vida y la llena adecuadamente.	Observación directa en el servicio.		
2	El servicio dispone en físico de la NTS / GPC de la ESN / Etapa de Vida según corresponda.	Observación directa en el servicio.		
3	La HC esta llena en todos sus acápite y hay coherencia entre examen clínico, hechos vitales con el diagnóstico y el tratamiento según NTS-GPC.	Observación directa de historia clínica.		
4	El servicio hace el seguimiento del cumplimiento de sus planes y tiene un mecanismo establecido de recuperación de no cumplimiento o abandono.	Observación directa de historia clínica-Plan de atención.		
5	El servicio dispone de los instrumentos de seguimiento de referencia y contrarreferencia.	Observación directa de instrumentos.		



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 04</b>	<b>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>
<b>MACROPROCESO N° 15</b>	<b>ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS</b>

<b>ESTÁNDAR N° 42</b>		<b>El tópico o área de emergencia está organizado para brindar la atención de usuarios en situación de urgencia o emergencia.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	
1	El establecimiento cuenta con señalización externa e interna visible del servicio de tópico o área de emergencia.	Observación directa.		
2	Se cuenta publicado el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia, y está ubicado en un lugar visible de las áreas de atención de emergencias.	Observación directa.		
3	El servicio de tópico o área de emergencia es accesible al ingreso del establecimiento y se cuenta con un flujo para la atención de urgencias / emergencias.	Observación directa, Flujograma.		
4	Se cuenta con programación mensual y diaria de los recursos humanos del tópico o área de emergencia (médicos, enfermeras, técnicos, entre otros) en lugar visible para los usuarios.	Rol de programación.		
5	El establecimiento de salud dispone de los medicamentos e insumos para las Claves Roja, Azul y Amarilla, para la atención de las emergencias obstétricas.	Aplicación de Lista de Chequeo N°14 Claves: Roja (Hemorragias) Azul (Eclampsia) Amarilla (Sepsis / Shock Séptico)		

<b>ESTÁNDAR N° 43</b>		<b>El tópico o área de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	
1	El establecimiento de salud cuenta con un kitt completo de equipos, medicamentos e insumos establecidos para atención de las emergencias obstétricas y neonatales y están disponibles para su obtención inmediata.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 15 Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB), y Lista de Chequeo N°16 Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias (FONP).		
2	El equipamiento para el traslado interno de los pacientes está disponible y en lugar accesible (silla de ruedas, camillas, entre otros).	Observación directa		



C. ACOSTA S.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 04</b>	<b>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>
<b>MACROPROCESO N° 16</b>	<b>ATENCIÓN PARA EL INTERNAMIENTO</b>

<b>ESTÁNDAR N° 44</b>		<b>El área de internamiento está organizado para brindar la atención de usuarios</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El área de internamiento cuenta con un Libro de registro de ingresos y egresos.	Libro de Registro		
2	El establecimiento de salud publica relación de pacientes internados.	Listado de pacientes internados.		
3	El establecimiento de salud cuenta con personal de salud asignado al ambiente de internamiento en forma permanente.	Rol de programación /Observación directa.		
4	Existen horarios establecidos de visita de profesionales de salud determinados por el establecimiento de salud y se cumplen los mismos.	Rol de programación.		
5	Las Historias Clínicas de los pacientes en internamiento están disponibles y permanecen en el área de internamiento hasta su Alta.	Observación directa.		

<b>ESTÁNDAR N° 45</b>		<b>El área de internamiento garantiza la estancia adecuada del paciente.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El área de internamiento dispone de ambiente(s) exclusivos y con servicios higiénicos.	Observación directa.		
2	El establecimiento de salud brinda alimentación a los pacientes de internamiento.	Horario de alimentación para pacientes Registro (Kardex / Historia Clínica) de alimentación al paciente.		
3	Existe ropa de cama suficiente y en buen estado, de acuerdo al número de camas.	Observación directa Cuaderno de registro de ropa. Número de mudas por cama existente : 3 juegos por cama 01 juego: 2 sábanas y 1 cubrecama, ropa del paciente y solera.		



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 04</b>	<b>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>
<b>MACROPROCESO N° 17</b>	<b>ATENCIÓN DE APOYO AL DIAGNOSTICO</b>

<b>ESTÁNDAR N° 46</b>		<b>El Establecimiento de Salud realiza procedimientos de Patología Clínica de acuerdo a su capacidad resolutive.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento de salud realiza procedimientos de laboratorio de acuerdo a su categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 17A Procedimientos de Patología clínica.		
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.	Registro de exámenes.		
3	El establecimiento de salud tomador de muestras registra el envío de la muestra, y la recepción de los resultados.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 17B Registro de Exámenes Toma de muestras.		

<b>ESTÁNDAR N° 47</b>		<b>El Establecimiento de Salud realiza procedimientos de Diagnóstico por Imágenes de acuerdo a su capacidad resolutive.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento de salud realiza procedimientos de diagnóstico por imágenes según FON (ecografía).	Libros de ecografías-Registro de ecografías (físico o informático).		
2	El Equipo Rayos X cuenta con licencia de operación vigente del Instituto Peruano de Energía Nuclear.	Licencia vigente.		
3	El personal del servicio de diagnóstico por imágenes cuenta y usa medios de protección y dosímetro para vigilar la exposición potencial a la radiación.	Ultimo informe.		





**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE Nº 04</b>	<b>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>
<b>MACROPROCESO Nº 18</b>	<b>ESTERILIZACIÓN, LAVADO Y LIMPIEZA</b>

<b>ESTÁNDAR Nº 48</b>		<b>El Establecimiento de Salud aplica medidas de bioseguridad.</b>		
<b>Nº</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El personal de salud cumple con los principios de bioseguridad (lavado de manos, equipos de protección personal, y eliminación de residuos punzo cortante).	Aplicación de Lista de Chequeo Nº 18 Bioseguridad		
2	El personal de salud cuenta con insumos (agua, jabón, papel toalla) para el lavado de manos en todas las áreas de atención al paciente (*).	Observación directa en áreas de atención al paciente: Consultorios, Tópico / Área de Emergencia, Sala de Atención de Partos, Internamiento y Sala de Intervención Quirúrgica.		
3	El personal de salud cuenta con los Equipos de Protección Personal (Gorro, Lentes, Mascarilla, Mandilón, Guantes, Botas).	Observación directa en Tópico / Área de Emergencia, Sala de Atención de Partos, Sala de Intervención Quirúrgica, Ambiente de Patología Clínica y en Ambiente PCT.		

<b>ESTÁNDAR Nº 49</b>		<b>El Establecimiento de Salud está organizado e implementado para realizar procedimientos de desinfección y esterilización de materiales y equipos.</b>		
<b>Nº</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento de salud cuenta con recursos y realiza los procedimientos de acuerdo a la normatividad vigente.	Aplicación de Lista de Chequeo Nº 19 Esterilización y Desinfección.		
2	El establecimiento de salud cuenta con área para realizar el proceso de esterilización. (*)	Observación directa del área para realizar el proceso de esterilización ZONAS: - área roja ó área contaminada: recepción y clasificación - área azul ó área limpia: preparación, empaques y carga (esterilizadores) - área verde o estéril o rígida: descarga y almacenamiento		
3	El establecimiento de salud cuenta con equipos esterilizadores operativos y validados.	Observación directa.		

<b>ESTÁNDAR Nº 50</b>		<b>El establecimiento de salud está organizado e implementado para realizar la limpieza y desinfección de las áreas de atención al paciente.</b>		
<b>Nº</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento de salud cuenta con recursos y realiza la limpieza y desinfección de las áreas de atención al paciente de acuerdo a norma.	Aplicación de Lista de Chequeo Nº 20 Limpieza de áreas de atención al paciente.		
2	El establecimiento de salud cuenta con personal capacitado para realizar limpieza y desinfección.	Informe de capacitación.		



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 05</b>	<b>ARTICULACIÓN SECTORIAL Y COMUNITARIA</b>
<b>MACROPROCESO N° 19</b>	<b>GESTIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL RIESGO</b>

<b>ESTÁNDAR N° 51</b>		<b>El Establecimiento de Salud promueve y fortalece la Gestión Local con un enfoque territorial.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El equipo de gestión del establecimiento de salud integra y fortalece una Instancia de Articulación y Coordinación Distrital -(Mesa de Lucha Contra la Pobreza, Mesa de Concertación Multisectorial de Meta CRECER, entre otras), liderada por el Gobierno Local.	Documento oficial de constitución de la Instancia de Articulación y Coordinación Distrital.  Acta de las dos últimas sesiones de trabajo de la Instancia de Articulación y Coordinación Distrital.		
2	El equipo de gestión del establecimiento de salud a través de la Instancia de Articulación y Coordinación Distrital promueve la incorporación de acciones de Promoción de la Salud y prevención del riesgo en el Plan Concertado de Desarrollo Local.	Plan Concertado de Desarrollo Local aprobado y que contiene actividades propuestas por el Establecimiento de Salud.		
3	El equipo de gestión del establecimiento de salud dispone de información del grado de avance y ejecución de gasto de las actividades de promoción de la salud y prevención del riesgo del Plan Concertado de Desarrollo Local.	Cuenta con copia de Informe de avance del desarrollo del Plan Concertado de Desarrollo Comunal del último año  Actas de las dos últimas sesiones de trabajo.		
4	El equipo de gestión del establecimiento de salud promueve el desarrollo de la Gestión de la Información distrital mediante cualquier aplicativo (Ejemplo: SIGOL, SISMUNI.).	Acta de reunión de socialización de la información local  Documentos de difusión de la información local (reportes, boletines) en impreso o magnético.		



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 05</b>	<b>ARTICULACIÓN SECTORIAL Y COMUNITARIA</b>
<b>MACROPROCESO N° 19</b>	<b>GESTIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL RIESGO</b>

<b>ESTÁNDAR N° 52</b>		<b>El Establecimiento de Salud está organizado para realizar trabajo comunitario en salud.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento de salud cuenta con personal de salud asignado y dispone de los datos de la Sectorización Comunal actualizada de todo el ámbito de la jurisdicción del establecimiento de salud.	Documento oficial del establecimiento de salud de asignación de funciones. Mapas de sectorización comunal a la vista, en el establecimiento de salud. Cronograma de actividades mensuales.		
2	El personal de salud dispone permanentemente del Directorio de actores sociales del ámbito de la jurisdicción del establecimiento de salud.	Documento oficial del establecimiento de salud. Directorio a la vista en el establecimiento de salud.		
3	El personal de salud dispone de datos del último Censo comunal de todo el ámbito de la jurisdicción del establecimiento de salud.	Documento oficial del establecimiento de salud. Datos censales con antigüedad máxima de tres años a la vista en el establecimiento de salud.		
4	El personal de salud desarrolla tareas planificadas de acciones educativas que generen prácticas saludables (sesiones demostrativas, visita domiciliaria, consejería nutricional, lavado de manos, entre otros.)	Reporte HIS de los tres últimos meses. Informes.		
5	El establecimiento de salud cuenta con un registro de Agentes Comunitarios en Salud identificados y capacitados según las prioridades locales.	Informes de capacitación. Directorio de ACS		
6	El personal del establecimiento de salud promueve y facilita la implementación del Programa de Familias y Viviendas Saludables.	Informes mensuales POA		
7	El personal del establecimiento de salud cuenta con un compromiso intersectorial para implementar el programa de promoción de la salud en Instituciones Educativas.	Acta de compromiso vigente y firmado por Jefe de establecimiento de salud y Director de la Institución Educativa.		
8	El personal del establecimiento de salud promueve y facilita la planificación de la promoción de la salud en la Institución educativa en el marco de la matriz de reconocimiento de logros.	Plan del establecimiento de salud elaborado. Datos de la Institución Educativa (Proyecto Educativo Institucional o Plan Anual de Trabajo) que visualiza la incorporación de la Promoción de la Salud.		
9	El personal de salud realiza capacitación a docentes para el desarrollo de ejes temáticos de promoción de la salud (Higiene, alimentación y nutrición, Salud Sexual y Reproductiva, etc.) y para la implementación de medidas preventivas de enfermedades prevalentes (EDA, IRA, Influenza, Dengue, entre otros) de su ámbito.	Informe de capacitación que desarrolla al menos un eje temático de Promoción de la Salud. Informe de capacitación que desarrolla al menos un tema preventivo.		
10	El personal del establecimiento de salud realiza monitoreo y evaluación de los programas de promoción de la salud.	Reporte de Monitoreo de Instituciones Educativas, Matriz de Evaluación de Logros en Instituciones educativas aplicada. Ficha de Monitoreo de Municipios y Comunidades Saludables. Matriz de Monitoreo del Programa de Familia y Vivienda Saludables.		



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 05</b>	<b>ARTICULACIÓN SECTORIAL Y COMUNITARIA</b>
<b>MACROPROCESO N° 19</b>	<b>GESTIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL RIESGO</b>

<b>ESTÁNDAR N° 53</b>		<b>El Establecimiento de Salud promueve y fortalece la Gestión Comunal.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El equipo de gestión del establecimiento de salud promueve y facilita el funcionamiento de una Instancia Articulada de Coordinación Comunal - I.A.C.C. (Ej: Comités de Salud, CODECO, COGECO, CODEL, ECO, SIVICO, Junta Vecinal, Junta de Regantes, Asentamientos Humanos, Asociación de Propietarios, etc.) en donde participan los Agentes Comunitarios en Salud.	Documento oficial de constitución de la Instancia Articulada de Coordinación Comunal. Acta de las dos últimas sesiones de trabajo de la Instancia Articulada de Coordinación Comunal.		
2	El equipo de gestión del establecimiento de salud participa en la elaboración del Plan Comunal Anual a cargo de la Instancia Articulada de Coordinación Comunal y facilitado por el Gobierno Local.	Informes del establecimiento de salud con una antigüedad no mayor de doce meses Plan Comunal Anual aprobado y que contiene actividades propuestas por el establecimiento de salud.		
3	El personal del establecimiento de salud promueve la realización de la Sectorización Comunal a cargo de la Instancia Articulada de Coordinación Comunal del ámbito de su jurisdicción.	Informes del establecimiento de salud con una antigüedad no mayor de doce meses. Documento oficial de sectorización comunal. Mapas de sectorización comunal a la vista en el local comunal.		
4	El equipo de gestión del establecimiento de salud promueve la realización del Censo Comunal a cargo de la Instancia Articulada de Coordinación Comunal del ámbito de su jurisdicción.	Informes del establecimiento de salud con una antigüedad no mayor de doce meses.		
5	El personal del establecimiento de salud promueve la realización del mapeo de recursos y actores sociales de las comunidades a cargo de la Instancia Articulada de Coordinación Comunal del ámbito de su jurisdicción.	Informes del establecimiento de salud con una antigüedad no mayor de doce meses. Mapa o Directorio de actores sociales por comunidad.		
6	El Establecimiento de salud promueve y facilita el funcionamiento de Centros de Vigilancia Comunal en su jurisdicción.	Informe anual de cada del Centro de Vigilancia Comunal.		
7	El establecimiento de salud promueve y facilita el funcionamiento de Comités de Referencia Comunal en su jurisdicción.	Libro de referencia comunal actualizado.		



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE Nº 05</b>	<b>ARTICULACIÓN SECTORIAL Y COMUNITARIA</b>
<b>MACROPROCESO Nº 20</b>	<b>CLAS – COGESTIÓN Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA</b>

<b>ESTÁNDAR Nº 54</b>		<b>Los Establecimientos de Salud CLAS trabajan en el marco de la Ley de la Cogestión y Participación Ciudadana.</b>		
<b>Nº</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El Gerente ha socializado la normatividad vigente a todo el personal de salud a su cargo y a los miembros de la Asamblea General de la CLAS.	Documento o Acta de reunión.		
2	La CLAS cuenta con nuevos miembros de la Asamblea General y Consejo Directivo en el marco normativo vigente y cumplen reuniones periódicas según su Estatuto.	Constancia de registro en SUNARP, Libro de Actas y Estatuto.		
3	El Consejo Directivo de la CLAS ha seleccionado y formalizado al nuevo gerente y este informa mensualmente al Consejo Directivo y semestralmente a la Asamblea general, sobre el avance de ejecución del PSL, los aspectos administrativos, contables, financieros, tributarios y técnicos relacionados al funcionamiento de los establecimientos de salud, las dificultades encontradas, las necesidades identificadas y otros.	Libro de Actas. Informes escritos del Gerente.		
4	La CLAS cuenta y cumple con su Estatuto aprobado en el marco de la normatividad vigente y se encuentra registrado en SUNARP.	Estatuto de la CLAS. Constancia de registro en SUNARP. Libro de Actas.		
5	La CLAS cuenta con Convenio de Cogestión aprobado por el Gobierno Regional y con el monitoreo del cumplimiento de los términos establecidos, el uso de los recursos, los resultados sanitarios esperados en el marco de la normatividad vigente.	Convenio de Cogestión de la CLAS. Resolución Presidencial del Gobierno Regional que aprueba el Convenio. Informes de monitoreo del Convenio.		
6	Las partes firmantes del Convenio de Cogestión de la CLAS informan a la ciudadanía sobre los avances de la implementación de la cogestión en salud, el uso de recursos y los resultados sanitarios, en el marco de los procesos de rendición de cuentas mediante un informe público semestral, y publican los resultados en medios de comunicación masivos regional y local.	Informe Semestral de Rendición de Cuentas de la CLAS. Evidencias de publicación en medios de comunicación regional y local.		



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE Nº 05</b>	<b>ARTICULACIÓN SECTORIAL Y COMUNITARIA</b>
<b>MACROPROCESO Nº 20</b>	<b>CLAS – COGESTIÓN Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA</b>

<b>ESTÁNDAR Nº 55</b>		<b>Los Establecimientos de Salud CLAS coordinan acciones de salud con el Gobierno Regional y el Gobierno Local de su jurisdicción.</b>		
<b>Nº</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El Consejo Directivo y/o el Gerente de la CLAS coordina y gestiona con el Gobierno Regional, la DIRESA, la Red, Microrred, y el Gobierno Local según corresponda, las acciones de salud y gestión de la administración de los recursos económicos, financieros, humanos, infraestructura y equipamiento en el marco normativo vigente, para el cumplimiento del PSL.	Documentos de gestión y/o coordinación ante Autoridades Regionales y/o locales. Libro de Actas.		
2	Las acciones del PSL y los proyectos de la CLAS están incluidos en los presupuestos participativos y otras fuentes de financiamiento a nivel local y/o regional.	Proyectos de la CLAS aprobados. Constancias de inclusión en los Presupuestos Participativos y/o otras fuentes de financiamiento regional y local.		
3	La CLAS recibe algún tipo de apoyo del Alcalde de su jurisdicción o de alguna otra institución pública o privada (infraestructura, equipamiento, recursos humanos, y otros).	Documento oficial de la Municipalidad y/o de alguna otra institución.		
4	El Consejo Directivo de la CLAS informa a la Asamblea General sobre la ejecución presupuestal, la ejecución del PSL, en forma trimestral.	Libro de Actas.		
5	El Consejo Directivo de la CLAS participa en forma conjunta con la DIRESA en el proceso de selección del personal a contratar para los establecimientos de salud bajo su jurisdicción.	Documentos del proceso de selección del personal a contratar para la CLAS.		
6	La CLAS cuenta con los libros y registros de contabilidad completa de acuerdo al Plan Contable General Revisado actualizados al mes anterior; y ha cumplido en presentar el Balance Contable ante SUNAT del último año fiscal.	Libros y registro de Contabilidad Completa de la CLAS. Balance Contable del último año fiscal. Constancia de presentación del Balance ante SUNAT.		



C. ACOSTA S.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**LISTA DE CHEQUEO Nº 01**

**FICHA DE INFRAESTRUCTURA PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE NIVEL I-1**

**NOMBRE DEL EESS**

**DEPARTAMENTO**

**RED**

**PROVINCIA**

**MICRORED**

**DISTRITO**

**LOCALIDAD**

COD E1-1	AREA DE LOS AMBIENTES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN M2				ARQUITECTURA: ESTADO DE CONSERVACION			ESTRUCTURAS: ESTADO DE CONSERVACION			ILUMINACION / VENTILACION			OBSERVACIONES
	AMBIENTES DE LAS UNIDADES DE SERVICIO	AREA	SI	NO	BUENO	REGULAR	MALO	BUENO	REGULAR	MALO	BUENO	REGULAR	MALO	
E1-1.1	UNIDAD DE ADMINISTRACION													
E1-1.1.0	Admisión-Archivo historias clínicas y Botiquin	16.00												
	AREA PARCIAL	16.00												
E1-1.2	UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA													
E1-1.2.0	Servicios Higienicos Varones y Mujeres	4.00												
E1-1.2.0	Sala Comunitaria y Ambiental. espera	36.00												
E1-1.2.0	Consultorio General	12.00												
E1-1.2.0	SS.HH. Consultorio General	2.50												
E1-1.2.0	Depósito de material e insumos	2.40												
E1-1.2.0	Radio	1.70												
E1-1.2.0	Tópico / Urgencias	18.00												
	AREA PARCIAL	76.60												
E1-1.3	UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES													
E1-1.3.0	Caseta Grupo Electrógeno	6.50												
E1-1.3.0	Cisterna. Tanque elevado y Cuarto de bombas	6.50												
E1-1.3.0	Almacén de Papilla	9.00												
	AREA PARCIAL	22.00												
E1-1.4	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS													
E1-1.4.0	Unidad de Vivienda Personal Asistencial	48.00												
	AREA PARCIAL	48.00												
	AREA TOTAL NETA	162.60												
	AREA TOTAL REQUERIDA (INCLUYE MUROS Y CIRCULACION)	219.51												
		Nombre, Firma y Sello del Responsable del levantamiento de Información:												
		Nombre, Firma y Sello del Jefe del Establecimiento de Salud												

\* Colocar en observaciones si es ventilacion natural o artificial



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**FICHA DE INFRAESTRUCTURA PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE NIVEL I-2**

**NOMBRE DEL EESS**

**DEPARTAMENTO**

**RED**

**PROVINCIA**

**MICRORED**

**DISTRITO**

**LOCALIDAD**

COD E1-2	ÁREA DE LOS AMBIENTES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN M2			ARQUITECTURA: ESTADO DE CONSERVACION			ESTRUCTURA: ESTADO DE CONSERVACION			ILUMINACION / VENTILACION			OBSERVACIONES		
	AMBIENTES DE LAS UNIDADES DE SERVICIO	AREA	SI	NO	BUENO	REGULAR	MALO	BUENO	REGULAR	MALO	BUENO	REGULAR		MALO	
E1-2.1	<b>UNIDAD DE ADMINISTRACION</b>														
E1-2.1.01	Admisión-Archivo historias clínicas y Botiquin	16.00													
	<b>AREA PARCIAL</b>	<b>16.00</b>													
E1-2.2	<b>UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA</b>														
E1-2.2.01	Consultorio Medicina	12.00													
E1-2.2.02	SS.HH. Público Masculino y Femenino (Discapacitados)	4.00													
E1-2.2.03	Sala Comunitaria y Ambiental. espera	36.00													
E1-2.2.04	CRED / PAI (Enfermería)	12.00													
E1-2.2.05	SS.HH. Consultorio General	2.50													
E1-2.2.06	CPN / PFFF + SH (Obstetricia)	12.00													
E1-2.2.07	Depósito de material e insumos	2.40													
E1-2.2.08	Radio	1.70													
E1-2.2.09	Tópico / Urgencia	18.00													
E1-2.2.10	Sala de Reposo. 2 camas	18.00													
	<b>AREA PARCIAL</b>	<b>118.60</b>													
E1-2.3	<b>MODULO MATERNO</b>														
E1-2.3.01	Hall Módulo Materno	12.50													
E1-2.3.02	Estación y Trabajo Enfermeras con esterilización	8.50													
E1-2.3.03	SS.HH. del Personal. Módulo Materno	3.00													
E1-2.3.04	Zona lavado Obstetiz-Enfermeras	4.00													
E1-2.3.05	Sala de Partos (Expulsión)	30.00													
E1-2.3.06	Sala de Reposo. Módulo Materno	18.00													
E1-2.3.07	SS.HH. Sala de Reposo	3.00													
	<b>AREA PARCIAL</b>	<b>79.00</b>													
E1-2.4	<b>UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES</b>														
E1-2.4.01	Almacen General	12.00													
E1-2.4.02	Caseta Grupo Electrónico	6.50													
E1-2.4.03	Cisterna. Tanque elevado y Cuarto de bombas	6.50													
E1-2.4.04	Tratamiento de residuos sólidos	4.00													
E1-2.4.05	Almacén de Papilla	9.00													
	<b>AREA PARCIAL</b>	<b>38.00</b>													
E1-2.5	<b>SERVICIOS COMPLEMENTARIOS</b>														
E1-2.5.01	Unidad de Vivienda Personal Asistencial	48.00													
E1-2.5.02	Estacionamiento Techado (Ambulancia+ Camioneta Rural).	27.50													
	<b>AREA PARCIAL</b>	<b>75.50</b>													
	<b>AREA TOTAL NETA</b>	<b>327.10</b>													
	<b>AREA TOTAL REQUERIDA (INCLUYE MUROS Y CIRCULACION)</b>	<b>441.59</b>													
Nombre, Firma y Sello del Responsable del levantamiento de Información:				Nombre, Firma y Sello del Jefe del Establecimiento de Salud											

\* Colocar en observaciones si es ventilación natural o artificial





**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**FICHA DE INFRAESTRUCTURA PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE NIVEL I-3**

**NOMBRE DEL EESS**

**DEPARTAMENTO**  
**PROVINCIA**  
**DISTRITO**

**RED**  
**MICRORED**  
**LOCALIDAD**

COD E1-3	ÁREA DE LOS AMBIENTES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN M2	ARQUITECTURA: ESTADO DE CONSERVACION		ESTRUCTURA: ESTADO DE CONSERVACION			ILUMINACION / VENTILACION			OBSERVACIONES
		I-3	SI	NO	BUENO	REGULAR	MALO	BUENO	REGULAR	
<b>UNIDAD DE ADMINISTRACION</b>										
E1-3.1										
E1-3.1.01	Infomes	3.00								
E1-3.1.02	Secretaria	9.00								
E1-3.1.03	Jefatura	12.00								
E1-3.1.04	SS.HH. Jefatura + Archivo	2.50								
E1-3.1.05	Contabilidad-Logística-Personal	18.00								
E1-3.1.06	Caja	3.00								
E1-3.1.07	Admisión-Archivo historias clínicas	21.00								
E1-3.1.08	Admisión-Archivo historias clínicas y Botiquin									
	<b>AREA PARCIAL</b>	<b>68.50</b>								
<b>UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA</b>										
E1-3.2										
E1-3.2.01	Sala de Espera	48.00								
E1-3.2.02	Triaje	9.00								
E1-3.2.03	Consultorio Medicina	12.00								
E1-3.2.04	Consultorio Odontología	14.00								
E1-3.2.05	SS.HH. Público Masculino + Modulo Discapacitados	9.00								
E1-3.2.06	SS.HH. Público Femenino + Modulo Discapacitados	9.00								
E1-3.2.07	Cuarto de Limpieza	2.50								
E1-3.2.08	SS.HH. Personal Masculino y Femenino	6.80								
E1-3.2.09	CRED / PAI (Enfermería)	15.00								
E1-3.2.10	CPN / PPF + SH (Obstetricia)	17.00								
E1-3.2.11	Sala de Uso Múltiple	50.00								
E1-3.2.12	Tópico / Urgencia	18.00								
E1-3.2.13	Sala de Reposo. 2 camas	18.00								
E1-3.2.14	SS.HH. Sala de Reposo. 2 camas	2.50								
	<b>AREA PARCIAL</b>	<b>230.80</b>								
<b>UNIDAD DE AYUDA AL DIAGNOSTICO</b>										
E1-3.3										
E1-3.3.01	Sala de Espera	10.00								
E1-3.3.02	Laboratorio Clínico	36.00								
E1-3.3.03	Sala de Ecografía	12.00								
E1-3.3.04	SS.HH. Sala de Ecografía	2.40								
E1-3.3.05	Sala de Rayos X	20.00								
E1-3.3.06	Vestir Rayos X	1.50								
E1-3.3.07	Cuarto Mando Rayos X	2.55								
E1-3.3.08	Cuarto Oscuro Rayos X (Revelado)	6.00								
E1-3.3.09	Archivo de Placas de Rayos X	3.00								
E1-3.3.10	Lectura de Placas de Rayos X	8.35								
E1-3.3.11	Farmacia	16.00								
E1-3.3.12	SIS/Unidad de referencia y contrareferencia	12.00								
	<b>AREA PARCIAL</b>	<b>129.80</b>								
<b>MODULO MATERNO</b>										
E1-3.4										
E1-3.4.01	Hall Módulo Materno	12.50								
E1-3.4.02	Estación y Trabajo Enfermeras con esterilización	8.50								
E1-3.4.03	SS.HH. del Personal. Módulo Materno	3.00								
E1-3.4.04	Zona lavado Obstetiz-Enfermeras	4.00								
E1-3.4.05	Sala de Partos (Expulsión)	30.00								
E1-3.4.06	Sala de Reposo. Módulo Materno	18.00								
E1-3.4.07	SS.HH. Sala de Reposo	3.00								
	<b>AREA PARCIAL</b>	<b>79.00</b>								
<b>UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES</b>										
E1-3.5										
E1-3.5.01	Almacen General	20.00								
E1-3.5.02	Saneamiento Ambiental	10.00								
E1-3.5.03	Caseta Grupo Electrógeno	10.00								
E1-3.5.04	Cisterna. Tanque elevado y Cuarto de bombas	6.50								
E1-3.5.05	Depósito de Cadáveres	10.00								
E1-3.5.06	Vestidor y SS.HH. Personal Femenino	12.00								
E1-3.5.07	Vestidor y SS.HH. Personal Masculino	13.00								
E1-3.5.08	Tratamiento de residuos sólidos	4.00								
E1-3.5.09	Almacén de Papilla	9.00								
	<b>AREA PARCIAL</b>	<b>94.50</b>								
<b>SERVICIOS COMPLEMENTARIOS</b>										
E1-3.6										
E1-3.6.01	Casa Materna	50.00								
E1-3.6.02	Unidad de Vivienda Personal Asistencial	60.00								
E1-3.6.03	Estacionamiento Techado (Ambulancia+ Camioneta R)	27.50								
	<b>AREA PARCIAL</b>	<b>137.50</b>								
	<b>AREA TOTAL NETA</b>	<b>740.10</b>								
	<b>AREA TOTAL REQUERIDA (INCLUYE MUROS Y CIRCULACION)</b>	<b>999.14</b>								

Nombre, Firma y Sello del Responsable del levantamiento de Información:

Nombre, Firma y Sello del Jefe del Establecimiento de Salud

\* Colocar en observaciones si es ventilacion natural o artificial



G. ACOSTA S.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**FICHA DE INFRAESTRUCTURA PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE NIVEL I-4**

**NOMBRE DEL EESS**  
**DEPARTAMENTO**  
**PROVINCIA**  
**DISTRITO**

**RED**  
**MICRORED**  
**LOCALIDAD**

COD E1-4	ÁREA DE LOS AMBIENTES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN M <sup>2</sup>	ARQUITECTURA: ESTADO DE CONSERVACION			ESTRUCTURA: ESTADO DE CONSERVACION			ILUMINACION / VENTILACION			OBSERVACIONES	
		SI	NO	BUENO	REGULAR	MALO	BUENO	REGULAR	MALO	BUENO		REGULAR
<b>AMBIENTES DE LAS UNIDADES DE SERVICIO</b>												
E1-4.1	<b>UNIDAD DE ADMINISTRACION</b>	68.50										
E1-4.1.01	Informes	3.00										
E1-4.1.02	Secretaria	9.00										
E1-4.1.03	Jefatura	12.00										
E1-4.1.04	SS.HH. Jefatura + Archivo	2.50										
E1-4.1.05	Contabilidad-Logística-Personal	18.00										
E1-4.1.06	Caja	3.00										
E1-4.1.07	Admisión-Archivo historias clínicas	21.00										
E1-4.1.08	Admisión-Archivo historias clínicas y Botiquín											
	<b>AREA PARCIAL</b>	<b>68.50</b>										
E1-4.2	<b>UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA</b>	317.30										
E1-4.2.01	Sala de Espera	60.00										
E1-4.2.02	Triaje	9.00										
E1-4.2.03	Consultorio de Pediatría	12.00										
E1-4.2.04	Consultorio de Gineco Obstetricia	15.00										
E1-4.2.05	SS.HH. Consultorio Gineco Obstetricia	2.50										
E1-4.2.06	Consultorio Medicina	12.00										
E1-4.2.07	Consultorio Odontología	14.00										
E1-4.2.08	SS.HH. Público Masculino + Modulo Discapacitados	9.00										
E1-4.2.09	SS.HH. Público Femenino + Modulo Discapacitados	9.00										
E1-4.2.10	Cuarto de Limpieza	2.50										
E1-4.2.11	SS.HH. Personal Masculino y Femenino(Discapacitados)	6.80										
E1-4.2.12	CRED / PAI (Enfermería)	15.00										
E1-4.2.13	CPN / PPF + SH (Obstetricia)	17.00										
E1-4.2.14	Psicoprofilaxis	20.00										
E1-4.2.15	Sala de Uso Múltiple	50.00										
E1-4.2.16	Programa PCT (Espera+SH+Consultorio)	25.00										
E1-4.2.17	Tópico / Urgencia	18.00										
E1-4.2.18	Sala de Reposo. 2 camas	18.00										
E1-4.2.19	SS.HH. Sala de Reposo. 2 camas	2.50										
	<b>AREA PARCIAL</b>	<b>317.30</b>										
E1-4.3	<b>UNIDAD DE AYUDA AL DIAGNOSTICO</b>	131.80										
E1-4.3.01	Sala de Espera	12.00										
E1-4.3.02	Laboratorio Clínico	36.00										
E1-4.3.03	Sala de Ecografía	12.00										
E1-4.3.04	SS.HH. Sala de Ecografía	2.40										
E1-4.3.05	Sala de Rayos X	20.00										
E1-4.3.06	Vestir Rayos X	1.50										
E1-4.3.07	Cuarto Mando Rayos X	2.55										
E1-4.3.08	Cuarto Oscuro Rayos X (Revelado)	6.00										
E1-4.3.09	Archivo de Placas de Rayos X	3.00										
E1-4.3.10	Lectura de Placas de Rayos X	8.35										
E1-4.3.11	Farmacia	16.00										
E1-4.3.12	SISAUnidad de referencia y contrareferencia	12.00										
	<b>AREA PARCIAL</b>	<b>131.80</b>										
E1-4.4	<b>UNIDAD DE INTERNAMIENTO (13 e.)</b>	159.00										
E1-4.4.01	Internamiento Hombres (3 camas) + SS.HH.	26.00										
E1-4.4.02	Internamiento Mujeres (3 camas) + SS.HH.	26.00										
E1-4.4.03	Internamiento Niños (4 camas) +SS.HH.	26.00										
E1-4.4.04	Estación y Trabajo Enfermeras	15.00										
E1-4.4.05	SS.HH. del Personal	2.50										
E1-4.4.06	Estar de pacientes - Visitas	15.00										
E1-4.4.07	Cuarto de Limpieza	2.00										
E1-4.4.08	Cuarto Séptico	2.50										
E1-4.4.09	Ropa Limpia (Closet)	1.50										
E1-4.4.10	Ropa Sucia (Closet)	1.50										
E1-4.4.11	Sala de Neonatología	15.00										
E1-4.4.12	Sala Puerperio (3 camas) + SS.HH.	26.00										
	<b>AREA PARCIAL</b>	<b>159.00</b>										
E1-4.5	<b>UNIDAD CENTRO OBSTETRICÓ - QUIRURGICO</b>	125.40										
E1-4.5.01	Sala Dilatación + Área Trabajo + SH	19.00										
E1-4.5.02	Sala de Partos y atención recién nacidos	30.00										
E1-4.5.03	Central de Esterilización y equipos	16.00										
E1-4.5.04	Sala de Operaciones Menores	30.00										
E1-4.5.05	Zona lavado	2.50										
E1-4.5.06	Vestuario Hombres	4.00										
E1-4.5.07	Vestuario Mujeres	5.00										
E1-4.5.08	SS.HH. Personal	2.40										
E1-4.5.09	Cuarto de Limpieza	2.00										
E1-4.5.10	Sala de Preparación + SS.HH.	14.50										
	<b>AREA PARCIAL</b>	<b>125.40</b>										
E1-4.6	<b>UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES</b>	159.50										
E1-4.6.01	Almacén General	20.00										
E1-4.6.02	Saneamiento Ambiental	10.00										
E1-4.6.03	Caseta Grupo Electrogeno	10.00										
E1-4.6.04	Cisterna. Tanque elevado y Cuarto de bombas	6.50										
E1-4.6.05	Depósito de Cadáveres	10.00										
E1-4.6.06	Vestidor y SS.HH. Personal Femenino	12.00										
E1-4.6.07	Vestidor y SS.HH. Personal Masculino	13.00										
E1-4.6.08	Tratamiento de residuos sólidos	4.00										
E1-4.6.09	Servicio de Cocina y Despensa	20.00										
E1-4.6.10	Servicio de Lavandería y Costura	15.00										
E1-4.6.11	Taller de Mantenimiento	10.00										
E1-4.6.12	Cadena de frío y Almacén Medicamentos	12.00										
E1-4.6.13	Almacén de Papilla	9.00										
E1-4.6.14	Caseta Guardián	8.00										
	<b>AREA PARCIAL</b>	<b>159.50</b>										
E1-4.7	<b>SERVICIOS COMPLEMENTARIOS</b>	137.50										
E1-4.7.01	Casa Materna	50.00										
E1-4.7.02	Unidad de Vivienda Personal Asistencial	60.00										
E1-4.7.03	Estacionamiento Techado (Ambulancia+ Camioneta Rural)	27.50										
	<b>AREA PARCIAL</b>	<b>137.50</b>										
	<b>AREA TOTAL NETA</b>	<b>1,099.00</b>										
	<b>AREA TOTAL REQUERIDA (INCLUYE MUROS Y CIRCULACION)</b>	<b>1,483.66</b>										



C. ACOSTA S.

Nombre, Firma y Sello del Responsable del levantamiento de Información:

Nombre, Firma y Sello del Jefe del Establecimiento de Salud

- Colocar en observaciones si es ventilación e iluminación natural o artificial

**FICHA DE INFRAESTRUCTURA PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE NIVEL I-1  
 INSTALACIONES SANITARIAS**

**NOMBRE DEL EESS**

**DEPARTAMENTO**

**PROVINCIA**

**DISTRITO**

**RED**

**MICRORED**

**LOCALIDAD**

COD E1-1	SISTEMA DE ALIMENTACIÓN	RED DE ALIMENTACIÓN			OBSERVACIONES
E1-1.1	DIRECTA				
E1-1.2	INDIRECTA				
E1-1.3	MIXTO				
E1-1.4	AÑOS DE SERVICIO				
COD E1-1	AMBIENTES DE LAS UNIDADES DE SERVICIO	ESTADO DE CONSERVACIÓN			OBSERVACIONES
		BUENO	REGULAR	MALO	
E1-1.5	<b>UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA</b>				
E1-1.5.01	Servicios Higienicos Varones y Mujeres				
E1-1.5.02	Consultorio General				
E1-1.5.03	SS.HH. Consultorio General				
E1-1.5.04	OTROS:				
E1-1.6	<b>CISTERNA</b> m3				
E1-1.6.01	Electrobomba				
E1-1.6.02	Llaves y valvulas de control ( Check, Perifericas, etc)				
E1-1.6.03	Valvula de pie				
E1-1.6.04	Valvula Flotadora				
E1-1.6.05	Control de Nivel				
E1-1.6.06	Rebose				
E1-1.6.07	OTROS:				
E1-1.7	<b>TANQUE ELEVADO</b> m3				
E1-1.7.01	Nivel de arranque				
E1-1.7.02	Nivel de parada				
E1-1.7.03	Llaves y valvulas de control ( Check, Perifericas, etc)				
E1-1.7.04	Ventilacion				
E1-1.7.05	Rebose				
E1-1.7.06	Tubo de alimentación				
	OTROS:				
E1-1.8	<b>REDES DE ALIMENTACIÓN</b>				
E1-1.8.01	Red de alimentación agua fria				
E1-1.8.02	Red de alimentación agua caliente				
E1-1.8.03	Red de desagüe				

Nombre, Firma y Sello del Responsable del levantamiento de Información:  
 Nombre, Firma y Sello del Jefe del Establecimiento de Salud



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 182-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**FICHA DE INFRAESTRUCTURA PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE NIVEL I-2**  
**INSTALACIONES SANITARIAS**

**NOMBRE DEL EESS**

**DEPARTAMENTO**

**PROVINCIA**

**DISTRITO**

**RED**

**MICRORED**

**LOCALIDAD**

COD E1-2	SISTEMA DE ALIMENTACIÓN	RED DE ALIMENTACIÓN			OBSERVACIONES
		BUENO	REGULAR	MALO	
E1-2.1	DIRECTA				
E1-2.2	INDIRECTA				
E1-2.3	MIXTO				
E1-2.4	AÑOS DE SERVICIO				
COD E1-2	AMBIENTES DE LAS UNIDADES DE SERVICIO	ESTADO DE CONSERVACIÓN			OBSERVACIONES
		BUENO	REGULAR	MALO	
E1-2.5	<b>UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA</b>				
E1-2.5.01	Consultorio Medicina				
E1-2.5.02	SS.HH. Público Masculino y Femenino (Discapacitados)				
E1-2.5.03	CRED / PAI (Enfermería)				
E1-2.5.04	SS.HH. Consultorio General				
E1-2.5.05	CPN / PPF + SH (Obstetricia)				
E1-2.5.06	Tópico / Urgencia				
E1-2.5.07	OTROS:				
E1-2.6	<b>MODULO MATERNO</b>				
E1-2.6.01	Estación y Trabajo Enfermeras con esterilización				
E1-2.6.02	SS.HH. del Personal. Módulo Materno				
E1-2.6.03	Zona lavado Obstetiz-Enfermeras				
E1-2.6.04	Sala de Partos (Expulsión)				
E1-2.6.05	SS.HH. Sala de Reposo				
E1-2.6.06	OTROS:				
E1-2.7	<b>SERVICIOS COMPLEMENTARIOS</b>				
E1-2.7.01	Unidad de Vivienda Personal Asistencial (S.S.H.H.)				
E1-2.7.02	OTROS				
E1-2.8	<b>CISTERNA</b> m3				
E1-2.8.01	Electrobomba				
E1-2.8.02	Llaves y valvulas de control ( Check, Perifericas, etc)				
E1-2.8.03	Valvula de pie				
E1-2.8.04	Valvula Flotadora				
E1-2.8.05	Control de Nivel				
E1-2.8.06	Rebose				
E1-2.8.07	OTROS:				
E1-2.9	<b>TANQUE ELEVADO</b> m3				
E1-2.9.01	Nivel de arranque				
E1-2.9.02	Nivel de parada				
E1-2.9.03	Llaves y valvulas de control ( Check, Perifericas, etc)				
E1-2.9.04	Ventilación				
E1-2.9.05	Rebose				
E1-2.9.06	Tubo de alimentación				
E1-2.9.07	OTROS:				
E1-2.10	<b>REDES DE ALIMENTACIÓN</b>				
E1-2.10.01	Red de alimentación agua fría				
E1-2.10.02	Red de alimentación agua caliente				
E1-2.10.03	Red de desagüe				



E. ACOSTA S.

Nombre, Firma y Sello del Responsable del levantamiento de Información:

Nombre, Firma y Sello del Jefe del Establecimiento de Salud

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº 132-MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**FICHA DE INFRAESTRUCTURA PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE NIVEL I-3**  
**INSTALACIONES SANITARIAS**

**NOMBRE DEL EESS**

**DEPARTAMENTO**

**PROVINCIA**

**DISTRITO**

**RED**

**MICRORED**

**LOCALIDAD**

COD E1-3	SISTEMA DE ALIMENTACION	RED DE ALIMENTACION			OBSERVACIONES
		BUENO	REGULAR	MALO	
E1-3.1	DIRECTA				
E1-3.2	INDIRECTA				
E1-3.3	MIXTO				
E1-3.4	AÑOS DE SERVICIO				
COD E1-3	AMBIENTES DE LAS UNIDADES DE SERVICIO	ESTADO DE CONSERVACION			OBSERVACIONES
		BUENO	REGULAR	MALO	
E1-3.5	<b>UNIDAD DE ADMINISTRACION</b>				
E1-3.5.01	SS.HH. Jefatura + Archivo				
E1-3.5.02	OTROS:				
E1-3.6	<b>UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA</b>				
E1-3.6.01	Sala de Espera				
E1-3.6.01	Triaje				
E1-3.6.02	Consultorio Medicina				
E1-3.6.03	Consultorio Odontología				
E1-3.6.04	SS.HH. Público Masculino + Modulo Discapacitados				
E1-3.6.05	SS.HH. Público Femenino + Modulo Discapacitados				
E1-3.6.06	Cuarto de Limpieza				
E1-3.6.07	SS.HH. Personal Masculino y Femenino				
E1-3.6.08	CRED / PAI (Enfermería)				
E1-3.6.09	CPN / PFFF + SH (Obstetricia)				
E1-3.6.10	Tópico / Urgencia				
E1-3.6.11	SS.HH. Sala de Reposo. 2 camas				
E1-3.6.12	OTROS:				
E1-3.7	<b>UNIDAD DE AYUDA AL DIAGNOSTICO</b>				
E1-3.7.01	Laboratorio Clínico				
E1-3.7.02	SS.HH. Sala de Ecografía				
E1-3.7.03	Sala de Rayos X				
E1-3.7.04	Cuarto Oscuro Rayos X (Revelado)				
E1-3.7.05	OTROS:				
E1-3.8	<b>MODULO MATERNO</b>				
E1-3.8.01	Estación y Trabajo Enfermeras con esterilización				
E1-3.8.02	SS.HH. del Personal. Módulo Materno				
E1-3.8.03	Zona lavado Obstetrix-Enfermeras				
E1-3.8.04	Sala de Partos (Expulsión)				
E1-3.8.05	SS.HH. Sala de Reposo				
E1-3.8.06	OTROS:				
E1-3.9	<b>UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES</b>				
E1-3.9.01	Depósito de Cadáveres				
E1-3.9.02	Vestidor y SS.HH. Personal Femenino				
E1-3.9.03	Vestidor y SS.HH. Personal Masculino				
E1-3.9.04	OTROS:				
E1-3.10	<b>SERVICIOS COMPLEMENTARIOS</b>				
E1-3.10.01	Casa Materna				
E1-3.10.02	Unidad de Vivienda Personal Asistencial				
E1-3.10.03	OTROS:				
E1-3.11	<b>CISTERNA</b> m3				
E1-3.11.01	Electrobomba				
E1-3.11.02	Llaves y valvulas de control ( Check, Perifericas, etc)				
E1-3.11.03	Valvula de pie				
E1-3.11.04	Valvula Flotadora				
E1-3.11.05	Control de Nivel				
E1-3.11.06	Rebose				
E1-3.11.07	OTROS:				
E1-3.12	<b>TANQUE ELEVADO</b> m3				
E1-3.12.01	Nivel de arranque				
E1-3.12.02	Nivel de parada				
E1-3.12.03	Llaves y valvulas de control ( Check, Perifericas, etc)				
E1-3.12.04	Ventilacion				
E1-3.12.05	Rebose				
E1-3.12.06	Tubo de alimentación				
E1-3.12.07	OTROS:				
E1-3.13	<b>REDES DE ALIMENTACION</b>				
E1-3.13.01	Red de alimentación agua fria				
E1-3.13.02	Red de alimentación agua caliente				
E1-3.13.03	Red de desagüe				

Nombre, Firma y Sello del Responsable del levantamiento de Informacion:

Nombre, Firma y Sello del Jefe del Establecimiento de Salud



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº 182 -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**FICHA DE INFRAESTRUCTURA PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE NIVEL I- 4**  
**INSTALACIONES SANITARIAS**

NOMBRE DEL EESS		RED	
DEPARTAMENTO		MICRORED	
PROVINCIA		LOCALIDAD	
DISTRITO			
<b>COD E1-4</b>	<b>SISTEMA DE ALIMENTACIÓN</b>	<b>RED DE ALIMENTACIÓN</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
E1-4.1	DIRECTA		
E1-4.2	INDIRECTA		
E1-4.3	MIXTO		
E1-4.4	AÑOS DE SERVICIO		
<b>COD E1-4</b>	<b>AMBIENTES DE LAS UNIDADES DE SERVICIO</b>	<b>ESTADO DE CONSERVACIÓN</b>	
		<b>BUENO</b>	<b>REGULAR</b>
		<b>MALO</b>	
<b>E1-4.5</b>	<b>UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN</b>		
E1-4.5.01	SS.HH. Jefatura + Archivo		
E1-4.5.02	OTROS:		
<b>E1-4.6</b>	<b>UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA</b>		
E1-4.6.01	Consultorio de Pediatría		
E1-4.6.02	Consultorio de Gineco Obstetricia		
E1-4.6.03	SS.HH. Consultorio Gineco Obstetricia		
E1-4.6.04	Consultorio Medicina		
E1-4.6.05	Consultorio Odontología		
E1-4.6.06	SS.HH. Público Masculino + Modulo Discapacitados		
E1-4.6.07	SS.HH. Público Femenino + Modulo Discapacitados		
E1-4.6.08	Cuarto de Limpieza		
E1-4.6.09	SS.HH. Personal Masculino y Femenino(Discapacitados)		
E1-4.6.10	CRED / PAI (Enfermería)		
E1-4.6.11	CPN / PPF + SH (Obstetricia)		
E1-4.6.12	Psicoproflaxis		
E1-4.6.13	Programa PCT (Espera+SH+Consultorio)		
E1-4.6.14	Tópico / Urgencia		
E1-4.6.15	SS.HH. Sala de Reposo. 2 camas		
E1-4.6.16	OTROS:		
<b>E1-4.7</b>	<b>UNIDAD DE AYUDA AL DIAGNOSTICO</b>		
E1-4.7.01	Laboratorio Clínico		
E1-4.7.02	SS.HH. Sala de Ecografía		
E1-4.7.03	Sala de Rayos X		
E1-4.7.04	Cuarto Oacuro Rayos X (Revelado)		
E1-4.7.05	OTROS:		
<b>E1-4.8</b>	<b>UNIDAD DE INTERNAMIENTO (13 c.)</b>		
E1-4.8.01	Internamiento Hombres (3 camas) + SS.HH.		
E1-4.8.02	Internamiento Mujeres (3 camas) + SS.HH.		
E1-4.8.03	Internamiento Niños (4 camas) +SS.HH.		
E1-4.8.04	Estación y Trabajo Enfermeras		
E1-4.8.05	SS.HH. del Personal		
E1-4.8.06	Cuarto de Limpieza		
E1-4.8.07	Cuarto Séptico		
E1-4.8.08	Sala Puerperio (3 camas) + SS.HH.		
E1-4.8.09	OTROS:		
<b>E1-4.9</b>	<b>UNIDAD CENTRO OBSTETRICO - QUIRURGICO</b>		
E1-4.9.01	Sala Dilatación + Area Trabajo + SH		
E1-4.9.02	Sala de Partos y atención recién nacidos		
E1-4.9.03	Central de Esterilización y equipos		
E1-4.9.04	Sala de Operaciones Menores		
E1-4.9.05	Zona lavado		
E1-4.9.06	Vestuario Hombres		
E1-4.9.07	Vestuario Mujeres		
E1-4.9.08	SS.HH. Personal		
E1-4.9.09	Cuarto de Limpieza		
E1-4.9.10	Sala de Preparación + SS.HH.		
E1-4.9.11	OTROS:		
<b>E1-4.10</b>	<b>UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES</b>		
E1-4.10.01	Depósito de Cadáveres		
E1-4.10.02	Vestidor y SS.HH. Personal Femenino		
E1-4.10.03	Vestidor y SS.HH. Personal Masculino		
E1-4.10.04	Servicio de Cocina y Despensa		
E1-4.10.05	Servicio de Lavandería y Costura		
E1-4.10.06	OTROS:		
<b>E1-4.11</b>	<b>SERVICIOS COMPLEMENTARIOS</b>		
E1-4.11.01	Casa Materna		
E1-4.11.02	Unidad de Vivienda Personal Asistencial		
E1-4.11.03	OTROS:		
<b>E1-4.12</b>	<b>CISTERNA</b> m3		
E1-4.12.01	Electrobomba		
E1-4.12.02	Liaves y valvulas de control ( Check, Perifericas, etc)		
E1-4.12.03	Valvula de pie		
E1-4.12.04	Valvula Flotadora		
E1-4.12.05	Control de Nivel		
E1-4.12.06	Rebose		
E1-4.12.07	OTROS:		
<b>E1-4.13</b>	<b>TANQUE ELEVADO</b> m3		
E1-4.13.01	Nivel de arranque		
E1-4.13.02	Nivel de parada		
E1-4.13.03	Liaves y valvulas de control ( Check, Perifericas, etc)		
E1-4.13.04	Ventilacion		
E1-4.13.05	Rebose		
E1-4.13.06	Tubo de alimentación		
E1-4.13.07	OTROS:		
<b>E1-4.14</b>	<b>REDES DE ALIMENTACION</b>		
E1-4.14.01	Red de alimentación agua fria		
E1-4.14.02	Red de alimentación agua caliente		
E1-4.15.02	Red de desague		

Nombre, Firma y Sello del Responsable del levantamiento de información:  
 Nombre, Firma y Sello del Jefe del Establecimiento de Salud



C. ACOSTA S.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**FICHA DE EVALUACION DE INSTALACIONES ELECTRICAS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-1**

<b>NOMBRE DEL EESS</b>	
<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>RED</b>
<b>PROVINCIA</b>	<b>MICRORED</b>
<b>DISTRITO</b>	<b>LOCALIDAD</b>

COD E1.1		EVALUACION DE INSTALACIONES ELECTRICAS INTERIORES										
		AMBIENTES DE LAS UNIDADES DE SERVICIO	ALUMBRADO			TOMACORRIENTE C/I/T			CABLEADO (ADOSADO/EMPOTRADO)			
			LUX	B	R	M	B	R	M	B	R	M
E1-1.1	<b>UNIDAD DE ADMINISTRACION</b>											
E1-1.1.01	Admisión-Archivo historias clínicas y Botiquin	500										
E1-1.2	<b>UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA</b>											
E1-1.2.01	SSH Varones - Mujeres	200										
E1-1.2.02	Sala Comunitaria y Ambiental. espera	300										
E1-1.2.03	Consultorio General	500										
E1-1.2.04	SS.HH. Consultorio General	200										
E1-1.2.05	Depósito de material e insumos	200										
E1-1.2.06	Radio	300										
E1-1.2.07	Tópico / Urgencias	750										
E1-1.3	<b>UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES</b>											
E1-1.3.01	Caseta Grupo Electrógeno	200										
E1-1.3.02	Cistema. Tanque elevado y Cuarto de bombas	200										
E1-1.3.03	Almacén de Papilla	200										
E1-1.4	<b>SERVICIOS COMPLEMENTARIOS</b>											
E1-1.4.01	Unidad de Vivienda Personal Asistencial	300										

COD E1.1		EVALUACION DE INSTALACIONES ELECTRICAS EXTERIORES					OBSERVACIONES
		EQUIPOS ELECTRICOS	ALIMENTADOR ELECTRICO				
			AÑOS	B	R	M	
E1-1.5	<b>ALIMENTADOR ELECTRICO (MEDIDOR-TAB. GENERAL)</b>						
E1-1.5.01	Alimentador Electrico Aereo con Cable Concentrico						
E1-1.5.02	Alimentador Electrico Aereo con Cable TW sin entubar (*)					(*) No cumple Norma cambiar	
E1-1.5.03	Alimentador Electrico entubado adosado						
E1-1.5.04	Alimentador Electrico entubado sin adosar						
E1-1.5.05	Alimentador Electrico Enterrado						

COD E1.1		EVALUACION DE INSTALACIONES ELECTRICAS EXTERIORES					OBSERVACIONES
		EQUIPOS ELECTRICOS	TABLERO GENERAL				
			AÑOS	B	R	M	
E1-1.6	<b>TABLERO GENERAL</b>						
E1-1.6.01	Gabinete						
E1-1.6.02	Interruptor Termomagnético						
E1-1.6.03	Barra de Puesta a Tierra						
E1-1.6.04	Cable Alimentador a Tablero General						
E1-1.6.05	Cables de Circuitos (alumbrado, tomacorrientes, cargas)						

COD E1.1		EVALUACION DE INSTALACIONES ELECTRICAS EXTERIORES					OBSERVACIONES
		EQUIPOS ELECTRICOS	PUESTA A TIERRA				
			AÑOS	B	R	M	
E1-1.7	<b>POZO A TIERRA</b>						
E1-1.7.01	Caja de Registro						
E1-1.7.02	Varilla (Cooperweld / Cobre)						
E1-1.7.03	Conector						
E1-1.7.04	Cables de Línea a Tierra a Tablero Eléctrico						
E1-1.7.05	Último Mantenimiento Efectuado a Pozo a Tierra						

COD E1.1		EVALUACION DE INSTALACIONES ELECTRICAS EXTERIORES					OBSERVACIONES
		EQUIPOS ELECTRICOS	GRUPO ELECTROGENO				
			AÑOS	B	R	M	
E1-1.8	<b>GRUPO ELECTROGENO</b>						
E1-1.8.01	Panel de Control						
E1-1.8.02	Generador						
E1-1.8.03	Motor						
E1-1.8.04	Batería						
E1-1.8.05	Cables a Tablero						
E1-1.8.06	Tablero de Transferencia (Manual - Automático)						
E1-1.8.07	Último Mantenimiento Efectuado a Grupo Electrógeno						



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

FICHA DE EVALUACION DE INSTALACIONES ELECTRICAS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-2												
<b>NOMBRE DEL EESS</b>												
<b>DEPARTAMENTO</b>						<b>RED</b>						
<b>PROVINCIA</b>						<b>MICRORED</b>						
<b>DISTRITO</b>						<b>LOCALIDAD</b>						
COD E1.2	EVALUACION DE INSTALACIONES ELECTRICAS INTERIORES											
	AMBIENTES DE LAS UNIDADES DE SERVICIO	ALUMBRADO				TOMACORRIENTE C/LT			CABLEADO (ADOSADO/EMPOTRADO)			
		LUX	B	R	M	B	R	M	B	R	M	
E1-2.1	<b>UNIDAD DE ADMINISTRACION</b>											
E1-2.1.01	Admisión-Archivo historias clínicas y Botiquín	500										
E1-2.2	<b>UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA</b>											
E1-2.2.01	Consultorio Medicina	500										
E1-2.2.02	SS.HH. Público Masculino y Femenino (Discapacitados)	200										
E1-2.2.03	Sala Comunitaria y Ambiental, espera	300										
E1-2.2.04	CRED / PAI (Enfermería)	500										
E1-2.2.05	SS.HH. Consultorio General	500										
E1-2.2.06	CPN / PFFF + SH (Obstetricia)	500										
E1-2.2.07	Depósito de material e insumos	200										
E1-2.2.08	Radio	300										
E1-2.2.09	Tópico / Urgencia	750										
E1-2.2.10	Sala de Reposo, 2 camas	150										
E1-2.3	<b>MODULO MATERNO</b>											
E1-2.3.01	Hall Módulo Materno	300										
E1-2.3.02	Estación y Trabajo Enfermeras con esterilización	500										
E1-2.3.03	SS.HH. del Personal, Módulo Materno	300										
E1-2.3.04	Zona lavado Obatriz-Enfermeras	300										
E1-2.3.05	Sala de Partos (Expulsión)	500										
E1-2.3.06	Sala de Reposo, Módulo Materno	150										
E1-2.3.07	SS.HH. Sala de Reposo	200										
E1-2.4	<b>UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES</b>											
E1-2.4.01	Almacén General	200										
E1-2.4.02	Caseta Grupo Electrogeno	200										
E1-2.4.03	Cisterna, Tanque elevado y Cuarto de bombas	200										
E1-2.4.04	Tratamiento de residuos sólidos	300										
E1-2.4.05	Almacén de Papilla	200										
E1-2.5	<b>SERVICIOS COMPLEMENTARIOS</b>											
E1-2.5.01	Unidad de Vivienda Personal Asistencial	300										
E1-2.5.02	Estacionamiento Techado (Ambulancia+ Camioneta Rural).	200										
EVALUACION DE INSTALACIONES ELECTRICAS EXTERIORES												
COD E1.2	INSTALACIONES ELECTRICAS	ALIMENTADOR ELECTRICO				OBSERVACIONES						
		AÑOS	B	R	M							
E1-2.6	<b>ALIMENTADOR ELECTRICO (MEDIDOR-TAB. GENERAL)</b>											
E1-2.6.01	Alimentador Electrico Aereo con Cable Concentrico											
E1-2.6.02	Alimentador Electrico Aereo con Cable TV sin entubar (*)					(*) No cumple Norma cambiar						
E1-2.6.03	Alimentador Electrico entubado adosado											
E1-2.6.04	Alimentador Electrico entubado sin adosar											
E1-2.6.05	Alimentador Electrico Enterrado											
EVALUACION DE INSTALACIONES ELECTRICAS EXTERIORES												
COD E1.2	INSTALACIONES ELECTRICAS	TABLERO GENERAL				OBSERVACIONES						
		AÑOS	B	R	M							
E1-2.7	<b>TABLERO GENERAL</b>											
E1-2.7.01	Gabinete											
E1-2.7.02	Interruptor Termomagnético											
E1-2.7.03	Barra de Puesta a Tierra											
E1-2.7.04	Cable Alimentador a Tablero General											
E1-2.7.05	Cables de Circuitos (alimentador a Subtableros Electricos)											
EVALUACION DE INSTALACIONES ELECTRICAS EXTERIORES												
COD E1.2	INSTALACIONES ELECTRICAS	SUBALIMENTADOR ELECTRICO				OBSERVACIONES						
		AÑOS	B	R	M							
E1-2.8	<b>SUBALIMENTADOR ELECTRICO (TAB. GENERAL -SUBTAB)</b>											
E1-2.8.01	Alimentador Electrico Aereo con Cable TV sin entubar (*)					(*) No cumple Norma cambiar						
E1-2.8.02	Alimentador Electrico entubado adosado											
E1-2.8.03	Alimentador Electrico entubado sin adosar											
E1-2.8.04	Alimentador Electrico Empotrado											
EVALUACION DE INSTALACIONES ELECTRICAS EXTERIORES												
COD E1.2	INSTALACIONES ELECTRICAS	TABLERO GENERAL				OBSERVACIONES						
		AÑOS	B	R	M							
E1-2.9	<b>SUBTABLERO ELECTRICO (DISTRIBUCION)</b>											
E1-2.9.01	Gabinete											
E1-2.9.02	Interruptor Termomagnético											
E1-2.9.03	Barra de Puesta a Tierra											
E1-2.9.04	Cable Alimentador a Tablero General											
E1-2.9.05	Cables de Circuitos (alumbrado, tomacorrientes, cargas)											
EVALUACION DE INSTALACIONES ELECTRICAS EXTERIORES												
COD E1.2	INSTALACIONES ELECTRICAS	PUESTA A TIERRA				OBSERVACIONES						
		AÑOS	B	R	M							
E1-2.10	<b>POZO A TIERRA</b>											
E1-2.10.01	Caja de Registro											
E1-2.10.02	Varilla (Cooperweld / Cobre)											
E1-2.10.03	Conector											
E1-2.10.04	Cables de Línea a Tierra a Tablero Electrico											
E1-2.10.05	Ultimo Mantenimiento Efectuado a Pozo a Tierra											
EVALUACION DE INSTALACIONES ELECTRICAS EXTERIORES												
COD E1.2	EQUIPOS ELECTRICOS	GRUPO ELECTROGENO				OBSERVACIONES						
		AÑOS	B	R	M							
E1-2.11	<b>GRUPO ELECTROGENO</b>											
E1-2.11.01	Panel de Control											
E1-2.11.02	Generador											
E1-2.11.03	Motor											
E1-2.11.04	Bateria											
E1-2.11.05	Cables a Tablero											
E1-2.11.06	Tablero de Transferencia (Manual - Automático)											
E1-2.11.07	Ultimo Mantenimiento Efectuado a Grupo Electrogeno											





**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

FICHA DE EVALUACION DE INSTALACIONES ELECTRICAS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-3											
<b>NOMBRE DEL EESS</b>											
<b>DEPARTAMENTO</b>						<b>RED</b>					
<b>PROVINCIA</b>						<b>MICRORED</b>					
<b>DISTRITO</b>						<b>LOCALIDAD</b>					
EVALUACION DE INSTALACIONES ELECTRICAS INTERIORES											
COD E1.3	AMBIENTES DE LAS UNIDADES DE SERVICIO	ALUMBRADO				TOMACORRIENTE C/LT			CABLEADO (ADOSADO/EMPOTRADO)		
		LUX	B	R	M	B	R	M	B	R	M
<b>E1-3.1</b>	<b>UNIDAD DE ADMINISTRACION</b>										
E1-3.1.01	Informes	500									
E1-3.1.02	Secretaría	500									
E1-3.1.03	Jefatura	500									
E1-3.1.04	SS.HH. Jefatura + Archivo	300									
E1-3.1.05	Contabilidad-Logística-Personal	500									
E1-3.1.06	Caja	500									
E1-3.1.07	Admisión-Archivo historias clínicas	500									
E1-3.1.08	Admisión-Archivo historias clínicas y Botiquin										
<b>E1-3.2</b>	<b>UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA</b>										
E1-3.2.01	Sala de Espera	300									
E1-3.2.02	Triaje	500									
E1-3.2.03	Consultorio Medicina	500									
E1-3.2.04	Consultorio Odontología	500									
E1-3.2.05	SS.HH. Público Masculino + Modulo Discapacitados	200									
E1-3.2.06	SS.HH. Público Femenino + Modulo Discapacitados	200									
E1-3.2.07	Cuarto de Limpieza	200									
E1-3.2.08	SS.HH. Personal Masculino y Femenino	300									
E1-3.2.09	CRED / PAI (Enfermería)	300									
E1-3.2.10	CPN / PPF + SH (Obstetricia)	300									
E1-3.2.11	Sala de Uso Múltiple	300									
E1-3.2.12	Tópico / Urgencia	750									
E1-3.2.13	Sala de Reposo. 2 camas	150									
E1-3.2.14	SS.HH. Sala de Reposo. 2 camas	200									
<b>E1-3.3</b>	<b>UNIDAD DE AYUDA AL DIAGNOSTICO</b>										
E1-3.3.01	Sala de Espera	300									
E1-3.3.02	Laboratorio Clínico	750									
E1-3.3.03	Sala de Ecografía	500									
E1-3.3.04	SS.HH. Sala de Ecografía	300									
E1-3.3.05	Sala de Rayos X	300									
E1-3.3.06	Vestir Rayos X	300									
E1-3.3.07	Cuarto Mando Rayos X	300									
E1-3.3.08	Cuarto Oscuro Rayos X (Revelado)	150									
E1-3.3.09	Archivo de Placas de Rayos X	300									
E1-3.3.10	Lectura de Placas de Rayos X	300									
E1-3.3.11	Farmacia	500									
E1-3.3.12	SIS/Unidad de referencia y contrarreferencia	500									
<b>E1-3.4</b>	<b>MODULO MATERNO</b>										
E1-3.4.01	Hall Módulo Materno	300									
E1-3.4.02	Estación y Trabajo Enfermeras con esterilización	500									
E1-3.4.03	SS.HH. del Personal. Módulo Materno	300									
E1-3.4.04	Zona lavado Obstetrix-Enfermeras	300									
E1-3.4.05	Sala de Partos (Expulsión)	500									
E1-3.4.06	Sala de Reposo. Módulo Materno	150									
E1-3.4.07	SS.HH. Sala de Reposo	200									
<b>E1-3.5</b>	<b>UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES</b>										
E1-3.5.01	Almacén General	200									
E1-3.5.02	Saneamiento Ambiental	300									
E1-3.5.03	Caseta Grupo Electrógeno	200									
E1-3.5.04	Cisterna. Tanque elevado y Cuarto de bombas	200									
E1-3.5.05	Depósito de Cadáveres	500									
E1-3.5.06	Vestidor y SS.HH. Personal Femenino	300									
E1-3.5.07	Vestidor y SS.HH. Personal Masculino	300									
E1-3.5.08	Tratamiento de residuos sólidos	300									
E1-3.5.09	Almacén de Papilla	200									
<b>E1-3.6</b>	<b>SERVICIOS COMPLEMENTARIOS</b>										
E1-3.6.01	Casa Materna	300									
E1-3.6.02	Unidad de Vivienda Personal Asistencial	300									
E1-3.6.03	Estacionamiento Techado (Ambulancia+ Camioneta Rural).	200									



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

EVALUACION DE INSTALACIONES ELECTRICAS EXTERIORES						
COD E1.3	INSTALACIONES ELECTRICAS	ALIMENTADOR ELECTRICO				OBSERVACIONES
		AÑOS	B	R	M	
E1-3.7	<b>ALIMENTADOR ELECTRICO (MEDIDOR-TAB. GENERAL)</b>					
E1-3.7.01	Alimentador Electrico Aereo con Cable Concentrico					
E1-3.7.02	Alimentador Electrico Aereo con Cable TW sin entubar (*)					(*) No cumple Norma cambiar
E1-3.7.03	Alimentador Electrico entubado adosado					
E1-3.7.04	Alimentador Electrico entubado sin adosar					
E1-3.7.05	Alimentador Electrico Enterrado					
EVALUACION DE INSTALACIONES ELECTRICAS EXTERIORES						
COD E1.3	INSTALACIONES ELECTRICAS	TABLERO GENERAL				OBSERVACIONES
		AÑOS	B	R	M	
E1-3.8	<b>TABLERO GENERAL</b>					
E1-3.8.01	Gabinete					
E1-3.8.02	Interruptor Termomagnetico					
E1-3.8.03	Barra de Puesta a Tierra					
E1-3.8.04	Cable Alimentador a Tablero General					
E1-3.8.05	Cables de Circuitos (alimentador a Subtableros Electricos)					
EVALUACION DE INSTALACIONES ELECTRICAS EXTERIORES						
COD E1.3	INSTALACIONES ELECTRICAS	SUBALIMENTADOR ELECTRICO				OBSERVACIONES
		AÑOS	B	R	M	
E1-3.9	<b>SUBALIMENTADOR ELECTRICO (TAB. GENERAL -SUBTAB)</b>					
E1-3.9.01	Alimentador Electrico Aereo con Cable TW sin entubar (*)					(*) No cumple Norma cambiar
E1-3.9.02	Alimentador Electrico entubado adosado					
E1-3.9.03	Alimentador Electrico entubado sin adosar					
E1-3.9.04	Alimentador Electrico Empotrado					
EVALUACION DE INSTALACIONES ELECTRICAS EXTERIORES						
COD E1.3	INSTALACIONES ELECTRICAS	TABLERO GENERAL				OBSERVACIONES
		AÑOS	B	R	M	
E1-3.10	<b>SUBTABLERO ELECTRICO (DISTRIBUCION)</b>					
E1-3.10.01	Gabinete					
E1-3.10.02	Interruptor Termomagnetico					
E1-3.10.03	Barra de Puesta a Tierra					
E1-3.10.04	Cable Alimentador a Tablero General					
E1-3.10.05	Cables de Circuitos (alumbrado, tomacorrientes, cargas)					
EVALUACION DE INSTALACIONES ELECTRICAS EXTERIORES						
COD E1.3	INSTALACIONES ELECTRICAS	PUESTA A TIERRA				OBSERVACIONES
		AÑOS	B	R	M	
E1-3.11	<b>POZO A TIERRA</b>					
E1-3.11.01	Caja de Registro					
E1-3.11.02	Varilla (Cooperweld / Cobre)					
E1-3.11.03	Conector					
E1-3.11.04	Cables de Linea a Tierra a Tablero Electrico					
E1-3.11.05	Ultimo Mantenimiento Efectuado a Pozo a Tierra					
EVALUACION DE INSTALACIONES ELECTRICAS EXTERIORES						
COD E1.3	EQUIPOS ELECTRICOS	GRUPO ELECTROGENO				OBSERVACIONES
		AÑOS	B	R	M	
E1-3.12	<b>GRUPO ELECTROGENO</b>					
E1-3.12.01	Panel de Control					
E1-3.12.02	Generador					
E1-3.12.03	Motor					
E1-3.12.04	Bateria					
E1-3.12.05	Cables a Tablero					
E1-3.12.06	Tablero de Transferencia (Manual - Automático)					
E1-3.12.07	Ultimo Mantenimiento Efectuado a Grupo Electrogeno					



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº -MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

FICHA DE EVALUACION DE INSTALACIONES ELECTRICAS DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-4												
<b>NOMBRE DEL EESS</b>												
<b>DEPARTAMENTO</b>						<b>RED</b>						
<b>PROVINCIA</b>						<b>MICRORED</b>						
<b>DISTRITO</b>						<b>LOCALIDAD</b>						
COD E1.4	AMBIENTES DE LAS UNIDADES DE SERVICIO	EVALUACION DE INSTALACIONES ELECTRICAS INTERIORES										
		ALUMBRADO				TOMACORRIENTE C/LT			CABLEADO (ADOSADO/EMPOTRADO)			
		LUX	B	R	M	B	R	M	B	R	M	
E1-4.1	<b>UNIDAD DE ADMINISTRACION</b>											
E1-4.1.01	Informes	500										
E1-4.1.02	Secretaría	500										
E1-4.1.03	Jefatura	500										
E1-4.1.04	SS.HH. Jefatura + Archivo	300										
E1-4.1.05	Contabilidad-Logística-Personal	500										
E1-4.1.06	Caja	500										
E1-4.1.07	Admisión-Archivo historias clínicas	500										
E1-4.1.08	Admisión-Archivo historias clínicas y Botiquín	500										
E1-4.2	<b>UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA</b>											
E1-4.2.01	Sala de Espera	300										
E1-4.2.02	Triaje	500										
E1-4.2.03	Consultorio de Pediatría	500										
E1-4.2.04	Consultorio de Gineco Obstetricia	500										
E1-4.2.05	SS.HH. Consultorio Gineco Obstetricia	300										
E1-4.2.06	Consultorio Medicina	500										
E1-4.2.07	Consultorio Odontología	500										
E1-4.2.08	SS.HH. Público Masculino + Modulo Discapacitados	300										
E1-4.2.09	SS.HH. Público Femenino + Modulo Discapacitados	300										
E1-4.2.10	Cuarto de Limpieza	200										
E1-4.2.11	SS.HH. Personal Masculino y Femenino(Discapacitados)	300										
E1-4.2.12	CRED / PAI (Enfermería)	300										
E1-4.2.13	CPN / PPF + SH (Obstetricia)	300										
E1-4.2.14	Psicoprofilaxis	500										
E1-4.2.15	Sala de Uso Múltiple	300										
E1-4.2.16	Programa PCT (Espera+SH+Consultorio)	300										
E1-4.2.17	Tópico / Urgencia	750										
E1-4.2.18	Sala de Reposo. 2 camas	150										
E1-4.2.19	SS.HH. Sala de Reposo. 2 camas	200										
E1-4.3	<b>UNIDAD DE AYUDA AL DIAGNOSTICO</b>											
E1-4.3.01	Sala de Espera	300										
E1-4.3.02	Laboratorio Clínico	750										
E1-4.3.03	Sala de Ecografía	500										
E1-4.3.04	SS.HH. Sala de Ecografía	200										
E1-4.3.05	Sala de Rayos X	300										
E1-4.3.06	Vestir Rayos X	300										
E1-4.3.07	Cuarto Mando Rayos X	300										
E1-4.3.08	Cuarto Oscuro Rayos X (Revelado)	150										
E1-4.3.09	Archivo de Placas de Rayos X	300										
E1-4.3.10	Lectura de Placas de Rayos X	300										
E1-4.3.11	Farmacia	500										
E1-4.3.12	SIS/Unidad de referencia y contrareferencia	500										
E1-4.4	<b>UNIDAD DE INTERNAMIENTO (13 c.)</b>											
E1-4.4.01	Internamiento Hombres (3 camas) + SS.HH.	150										
E1-4.4.02	Internamiento Mujeres (3 camas) + SS.HH.	150										
E1-4.4.03	Internamiento Niños (4 camas) +SS.HH.	150										
E1-4.4.04	Estación y Trabajo Enfermeras	500										
E1-4.4.05	SS.HH. del Personal	200										
E1-4.4.06	Estar de pacientes - Visitas	300										
E1-4.4.07	Cuarto de Limpieza	200										
E1-4.4.08	Cuarto Séptico	300										
E1-4.4.09	Ropa Limpia (Closet)	300										
E1-4.4.10	Ropa Sucia (Closet)	300										
E1-4.4.11	Sala de Neonatología	500										
E1-4.4.12	Sala Puerperio (3 camas) + SS.HH.	200										
E1-4.5	<b>UNIDAD CENTRO OBSTETRICO - QUIRURGICO</b>											
E1-4.5.01	Sala Dilatación + Area Trabajo + SH	300										
E1-4.5.02	Sala de Partos y atención recién nacidos	500										
E1-4.5.03	Central de Esterilización y equipos	300										
E1-4.5.04	Sala de Operaciones Menores	750										
E1-4.5.05	Zona lavado	300										
E1-4.5.06	Vestuario Hombres	300										
E1-4.5.07	Vestuario Mujeres	300										
E1-4.5.08	SS.HH. Personal	200										
E1-4.5.09	Cuarto de Limpieza	200										
E1-4.5.10	Sala de Preparación + SS.HH.	300										



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

E1-4.6	<b>UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES</b>																		
E1-4.6.01	Almacén General	200																	
E1-4.6.02	Saneamiento Ambiental	300																	
E1-4.6.03	Caseta Grupo Electrógeno	200																	
E1-4.6.04	Cisterna, Tanque elevado y Cuarto de bombas	200																	
E1-4.6.05	Depósito de Cadáveres	500																	
E1-4.6.06	Vestidor y SS.HH. Personal Femenino	300																	
E1-4.6.07	Vestidor y SS.HH. Personal Masculino	300																	
E1-4.6.08	Tratamiento de residuos sólidos	300																	
E1-4.6.09	Servicio de Cocina y Despensa	500																	
E1-4.6.10	Servicio de Lavandería y Costura	300																	
E1-4.6.11	Taller de Mantenimiento	300																	
E1-4.6.12	Cadena de frío y Almacén Medicamentos	300																	
E1-4.6.13	Almacén de Papilla	200																	
E1-4.6.14	Caseta Guardián	200																	
E1-4.7	<b>SERVICIOS COMPLEMENTARIOS</b>																		
E1-4.7.01	Casa Materna	300																	
E1-4.7.02	Unidad de Vivienda Personal Asistencial	300																	
E1-4.7.03	Estacionamiento Techado (Ambulancia+ Camioneta Rural).	200																	

COD		EVALUACIÓN DE INSTALACIONES ELECTRICAS EXTERIORES						
E1.4	INSTALACIONES ELECTRICAS	ALIMENTADOR ELECTRICO				OBSERVACIONES		
		AÑOS	B	R	M			
E1-4.8	<b>ALIMENTADOR ELECTRICO (MEDIDOR-TAB. GENERAL)</b>							
E1-4.8.01	Alimentador Electrico Aereo con Cable Concentrico							
E1-4.8.02	Alimentador Electrico Aereo con Cable TW sin entubar (*)							(*) No cumple Norma cambiar
E1-4.8.03	Alimentador Electrico entubado adosado							
E1-4.8.04	Alimentador Electrico entubado sin edosar							
E1-4.8.05	Alimentador Electrico Enterrado							

COD		EVALUACIÓN DE INSTALACIONES ELECTRICAS EXTERIORES						
E1.4	INSTALACIONES ELECTRICAS	TABLERO GENERAL				OBSERVACIONES		
		AÑOS	B	R	M			
E1-4.9	<b>TABLERO GENERAL</b>							
E1-4.9.01	Gabinete							
E1-4.9.02	Interruptor Termomagnetico							
E1-4.9.03	Barra de Puesta a Tierra							
E1-4.9.04	Cable Alimentador a Tablero General							
E1-4.9.05	Cables de Circuitos (alimentador a Subtableros Electricos)							

COD		EVALUACIÓN DE INSTALACIONES ELECTRICAS EXTERIORES						
E1.4	INSTALACIONES ELECTRICAS	SUBALIMENTADOR ELECTRICO				OBSERVACIONES		
		AÑOS	B	R	M			
E1-4.10	<b>SUBALIMENTADOR ELECTRICO (TAB. GENERAL -SUBTAB)</b>							
E1-4.10.01	Alimentador Electrico Aereo con Cable TW sin entubar (*)							(*) No cumple Norma cambiar
E1-4.10.02	Alimentador Electrico entubado adosado							
E1-4.10.03	Alimentador Electrico entubado sin adosar							
E1-4.10.04	Alimentador Electrico Empotrado							

COD		EVALUACIÓN DE INSTALACIONES ELECTRICAS EXTERIORES						
E1.4	INSTALACIONES ELECTRICAS	TABLERO GENERAL				OBSERVACIONES		
		AÑOS	B	R	M			
E1-4.11	<b>SUBTABLERO ELECTRICO (DISTRIBUCION)</b>							
E1-4.11.01	Gabinete							
E1-4.11.02	Interruptor Termomagnetico							
E1-4.11.03	Barra de Puesta a Tierra							
E1-4.11.04	Cable Alimentador a Tablero General							
E1-4.11.05	Cables de Circuitos (alumbrado, tomacorrientes, cargas)							

COD		EVALUACIÓN DE INSTALACIONES ELECTRICAS EXTERIORES						
E1.4	INSTALACIONES ELECTRICAS	PUESTA A TIERRA				OBSERVACIONES		
		AÑOS	B	R	M			
E1-4.12	<b>POZO A TIERRA</b>							
E1-4.12.01	Caja de Registro							
E1-4.12.02	Varilla (Cooperweld / Cobre)							
E1-4.12.03	Conector							
E1-4.12.04	Cables de Linea a Tierra a Tablero Electrico							
E1-4.12.05	Ultimo Mantenimiento Efectuado a Pozo a Tierra							

COD		EVALUACIÓN DE INSTALACIONES ELECTRICAS EXTERIORES						
E1.4	EQUIPOS ELECTRICOS	GRUPO ELECTROGENO				OBSERVACIONES		
		AÑOS	B	R	M			
E1-4.13	<b>GRUPO ELECTROGENO</b>							
E1-4.13.01	Panel de Control							
E1-4.13.02	Generador							
E1-4.13.03	Motor							
E1-4.13.04	Bateria							
E1-4.13.05	Cables a Tablero							
E1-4.13.06	Tablero de Transferencia (Manual - Automático)							
E1-4.13.07	Ultimo Mantenimiento Efectuado a Grupo Electrogeno							



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**LISTA DE CHEQUEO N° 02**

**FICHA DE EVALUACION RAPIDA DE EQUIPAMIENTO PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD NIVEL I-1**

**NOMBRE DEL EESS**

**RED**

**DEPARTAMENTO**

**MICRORED**

**PROVINCIA**

**LOCALIDAD**

**DISTRITO**

**DE ACUERDO CON RM N° 586-2006/MINSA DEL 27.07.2006 Y RM N° 895-2006/MINSA DEL 20.09.2006**

ITEM	UNIDAD/ SERVICIO	EQUIPO	CANTIDAD NECESARIA SEGÚN R.M. N°688- 2006/MINSA	CANTIDAD EXISTENTE	OPERATIVO	INOPERATIVO
E-2.1001	CONSULTORIO (ENFERMERIA)	CAMILLA PARA EXAMEN	1			
E-2.1002		ESCALINATA DE DOS PELDAÑOS	1			
E-2.1003		TENSIOMETRO ANEROIDE ADULTO	1			
E-2.1004		ESTETOSCOPIO ADULTO	1			
E-2.1005		SET INSTRUMENTAL PARA EXAMEN GINECOLÓGICO I	1			
E-2.1006		TALLÍMETRO PEDIATRICO DE SOBREMESA	1			
E-2.1007		ESCRITORIO	1			
E-2.1008		SILLA GIRATORIA	1			
E-2.1009		SILLAS	1			
E-2.1010		BIOMBO METÁLICO DE UN CUERPO	1			
E-2.1011		VITRINA PARA MATERIAL DE DOS CUERPOS	1			
E-2.1012	TÓPICO	CAMILLA PARA EXAMEN	1			
E-2.1013		TENSIOMETRO ANEROIDE ADULTO	1			
E-2.1014		ESTETOSCOPIO ADULTO	1			
E-2.1015		ESTETOSCOPIO PEDIÁTRICO	1			
E-2.1016		LÁMPARA CUELLO DE GANSO	1			
E-2.1017		BALANZA DE PIE PARA ADULTO CON TALLIMETRO	1			
E-2.1018		BALANZA PEDIATRICA DE MESA	1			
E-2.1019		BALON DE OXIGENO MEDICINAL CON ACCESORIOS	1			
E-2.1020		RESUCITADOR MANUAL ADULTO/PEDIATRICO	1			
E-2.1021		RESUCITADOR MANUAL NEONATAL	1			
E-2.1022		SET INSTRUMENTAL DE CURACIONES	1			
E-2.1023		SET INSTRUMENTAL DE PEQ. INTERV. QUIRÚRGICAS	1			
E-2.1024		SET INSTRUMENTAL PARA ATENCIÓN DEL PARTO	1			
E-2.1025		SET INSTRUMENTAL PARA EXAMEN GINECOLÓGICO I	1			
E-2.1026		MESA RODABLE PARA CURACIONES	1			
E-2.1027		ASPIRADOR DE SECRECIONES, SOBREMESA	1			
E-2.1028		MALETÍN Y EQUIPO PARA ATENCIÓN PARTO DOMICILIARIO	1			
E-2.1029		PORTASUERO METÁLICO RODABLE	1			
E-2.1030		ESCALINATA DE DOS PELDAÑOS	1			
E-2.1031		TABURETE GIRATORIO RODABLE	1			
E-2.1032		BIOMBO METÁLICO DE UN CUERPO	1			
E-2.1033		VITRINA PARA INSTRUMENTAL DE DOS CUERPOS	1			
E-2.1034		PORTA BALDE METÁLICO RODABLE CON BALDE	1			
E-2.1035	ESTERILIZADOR DE CALOR SECO, 14 LT. APROX.	1				
E-2.1036	SALA DE USOS MÚLTIPLES	MESA DE TRABAJO	1			
E-2.1037		SILLAS APILABLES	1			
E-2.1038		SOPORTE PARA ROTAFOLIO	1			
E-2.1039		MEGAFONO	1			
E-2.1040		PIZARRA ACRÍLICA 1 X 1,5 MT.	1			
E-2.1041	CADENA FRIO- VACUNAS	TRANSPORTADOR DE VACUNAS	1			
E-2.1042		REFRIGERADORA PARA GUARDAR VACUNAS	1			
E-2.1043		MESA RODABLE PARA MÚLTIPLES USOS	1			
E-2.1044		BIOMBO METÁLICO DE UN CUERPO	1			
E-2.1045	BOTIQUÍN	ESTANTERÍA DE ÁNGULOS RANURADOS	1			
E-2.1046	OTROS	EQUIPO DE RADIOCOMUNICACIÓN	1			
E-2.1047		MOTOR FUERA DE BORDA (*)	1			
E-2.1048		MOTOCICLETA (*)	1			
E-2.1049		GRUPO ELECTRÓGENO DE 5 KVA (*)	1			
E-2.1050		TANQUE ELEVADO	1			
E-2.1051		ELECTROBOMBA	1			
<b>TOTAL</b>			<b>61</b>			

(\*) EQUIPAMIENTO OPCIONAL, SEGÚN EVALUACIÓN TÉCNICA PREVIA

Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre, Firma y sello del Responsable del levantamiento de información

Nombre, Firma y sello del Jefe de Establecimiento de Salud



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº -MNSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**FICHA DE EVALUACION RAPIDA DE EQUIPAMIENTO PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD NIVEL I-2**

**NOMBRE DEL EESS**

**RED**

**DEPARTAMENTO**

**MICRORED**

**PROVINCIA**

**LOCALIDAD**

**DISTRITO**

DE ACUERDO CON RM Nº 588-2005/MNSA DEL 27.07.2006 Y RM Nº 896-2006/MNSA DEL 20.09.2006

ITEM	UNIDAD	EQUIPO	CANTIDAD NECESARIA SEGÚN R.M. Nº 588-2006/MNSA	CANTIDAD EXISTENTE	OPERATIVO	INOPERATIVO
E-2.2001	CONSULTORIO (ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER)	CAMILLA PARA EXAMEN	1			
E-2.2002		ESCALINATA DE DOS PELDAÑOS	1			
E-2.2003		TENSIOMETRO ANEROIDE ADULTO	1			
E-2.2004		TENSIOMETRO ANEROIDE PEDIÁTRICO	1			
E-2.2005		ESTETOSCOPIO ADULTO	1			
E-2.2006		ESTETOSCOPIO PEDIÁTRICO	1			
E-2.2007		SET INSTRUMENTAL PARA EXAMEN GINECOLÓGICO I	1			
E-2.2008		OTOSCOPIO	1			
E-2.2009		BALANZA PEDIÁTRICA CON TALLIMETRO	1			
E-2.2010		MESA ESCRITORIO CON DOS CAJONES	1			
E-2.2011		BALANZA PEDIÁTRICA DE MESA	1			
E-2.2012		SILLAS	1			
E-2.2013		BIOMBO METÁLICO DE DOS CUERPOS	1			
E-2.2014		NEGATOSCOPIO DE UN CUERPO	1			
E-2.2015		VITRINA PARA MATERIAL DE DOS CUERPOS	1			
E-2.2016	TÓPICO (SALA DE PARTOS)	CAMILLA PARA EXAMEN	1			
E-2.2017		CAMILLA GINECOLÓGICA	1			
E-2.2018		TENSIOMETRO ANEROIDE ADULTO	1			
E-2.2019		ESTETOSCOPIO ADULTO	1			
E-2.2020		ESTETOSCOPIO PEDIÁTRICO	1			
E-2.2021		LÁMPARA DE CUELLO DE GANSO	1			
E-2.2022		BALON DE OXIGENO MEDICINAL CON ACCESORIOS	1			
E-2.2023		RESUCITADOR MANUAL ADULTO	1			
E-2.2024		RESUCITADOR MANUAL PEDIÁTRICO/NEONATAL	1			
E-2.2025		SET INSTRUMENTAL DE CURACIONES	1			
E-2.2026		SET INSTRUMENTAL DE PEQ. INTERV. QUIRÚRGICAS	1			
E-2.2027		SET INSTRUMENTAL PARA ATENCIÓN DEL PARTO	1			
E-2.2028		SET INSTRUMENTAL PARA EXAMEN GINECOLÓGICO I	1			
E-2.2029		MESA RODABLE PARA CURACIONES	1			
E-2.2030		ASPIRADOR DE SECRECIONES, SOBREMESA	1			
E-2.2031		ESTETOSCOPIO PINARD	1			
E-2.2032		MALETÍN DE URGENCIAS PARA ATENCIÓN DOMICILIARIA	1			
E-2.2033		PORTASUERO METÁLICO RODABLE	1			
E-2.2034		ESCALINATA DE DOS PELDAÑOS	1			
E-2.2035		TABURETE GIRATORIO RODABLE	1			
E-2.2036		BIOMBO METÁLICO DE UN CUERPO	1			
E-2.2037		VITRINA PARA MATERIAL DE DOS CUERPOS	1			
E-2.2038		PORTA LAVATORIO SIMPLE	1			
E-2.2039		CUBO DE DESPERDICIOS	1			
E-2.2040	ESTERILIZADOR DE CALOR SECO, 14 LT APROX.	1				
E-2.2041	SALA DE USOS MÚLTIPLES	MESA DE TRABAJO	1			
E-2.2042		SILLA	1			
E-2.2043		SOPORTE PARA ROTAFOLIO	1			
E-2.2044		MEGAFONO	1			
E-2.2045	CADENA FRIO-VACUNAS	TRANSPORTADOR DE VACUNAS	1			
E-2.2046		REFRIGERADORA	1			
E-2.2047	AMBULANTE DE OBSERVACIÓN / MEDICINA SALA	CAMA CLINICA	1			
E-2.2048	BOTIQUIN (FARMACIA)	ESTANTERÍA METÁLICA DE ÁNGULOS RANURADOS	1			
E-2.2049		ARCHIVADOR DE HISTORIAS CLINICAS	1			
E-2.2050	OTROS	EQUIPO DE RADIOCOMUNICACIÓN	1			
E-2.2051		MOTOR FUERA DE BORDA (*)	1			
E-2.2052		MOTOCICLETA (*)	1			
E-2.2053		TANQUE ELEVADO	1			
E-2.2054		ELECTROBOMBA	1			
E-2.2055		GRUPO ELECTRÓGENO DE 5 KVA (*)	1			
<b>TOTAL</b>			<b>55</b>			

(\*) EQUIPAMIENTO OPCIONAL, SEGÚN EVALUACIÓN TÉCNICA PREVIA

Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre, Firma y sello del Responsable del levantamiento de información

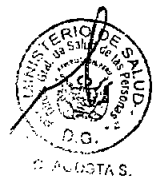
Nombre, Firma y sello del Jefe de Establecimiento de Salud

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**FICHA DE EVALUACION RAPIDA DE EQUIPAMIENTO PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD NIVEL I-3**  
**NOMBRE DEL EESS** \_\_\_\_\_ **RED** \_\_\_\_\_  
**DEPARTAMENTO** \_\_\_\_\_ **MICRORED** \_\_\_\_\_  
**PROVINCIA** \_\_\_\_\_ **LOCALIDAD** \_\_\_\_\_  
**DISTRITO** \_\_\_\_\_

DE ACUERDO CON RM Nº 588-2005/MINSA DEL 27.07.2005 Y RM Nº 895-2006/MINSA DEL 20.09.2006

ITEM	UNIDAD	EQUIPO	CANTIDAD NECESARIA SEGUN R.M. Nº 588-2005/MINSA	CANTIDAD EXISTENTE	OPERATIVO	INOPERATIVO
E-2.3001	TÓPICO	LÁMPARA DE CUELLO DE GANSO	1			
E-2.3002		CAMILLA PARA EXAMEN	1			
E-2.3003		MESA RODABLE PARA CURACIONES	1			
E-2.3004		PORTASUERO METÁLICO RODABLE	1			
E-2.3005		VITRINA PARA INSTRUMENTAL DE DOS CUERPOS	1			
E-2.3006		TABURETE GIRATORIO RODABLE	1			
E-2.3007		ESCALINATA DE DOS PELDAÑOS	1			
E-2.3008		PORTA BALDE METÁLICO RODABLE CON BALDE DE ACERO INOXIDABLE	1			
E-2.3009		BIOMBO METÁLICO DE DOS CUERPOS	1			
E-2.3010		ASPIRADOR DE SECRECIONES, SOBREMESA	1			
E-2.3011		BALÓN DE OXIGENO 3.4 M3 MEDICINAL CON ACCESORIOS	1			
E-2.3012		ESTETOSCOPIO ADULTO / PEDIATRICO	1			
E-2.3013		LARINGOSCOPIO ADULTO	1			
E-2.3014		LARINGOSCOPIO PEDIATRICO/NEONATAL	1			
E-2.3015		PANTOSCOPIO	1			
E-2.3016		NEGATOSCOPIO DE UN CUERPO	1			
E-2.3017		NEBULIZADOR	1			
E-2.3018		RESUCITADOR MANUAL ADULTO / PEDIATRICO	1			
E-2.3019		RESUCITADOR MANUAL NEONATAL	1			
E-2.3020		TENSIOMETRO ANEROIDE ADULTO	1			
E-2.3021		SET INSTRUMENTAL DE CURACIONES	1			
E-2.3022		SET INSTRUMENTAL DE PEQ. INTERV. QUIRÚRGICAS	1			
E-2.3023		SET INSTRUMENTAL PARA EXAMEN GINECOLÓGICO I	1			
E-2.3024		PINZA PARA EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NASO OTICA	1			
E-2.3025		PINZA PARA EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO OROLARINGEO	1			
E-2.3026		SET DE TRAQUEOSTOMIA	1			
E-2.3027		ESTERILIZADOR DE CALOR SECO DE 35-40 LT	1			
E-2.3028		CAMILLA PARA EXAMEN	1			
E-2.3029		MESA PARA EXAMEN - LACTANTES.	1			
E-2.3030		ESCRITORIO CON CAJONES	1			
E-2.3031		SILLAS	1			
E-2.3032		BALANZA PEDIATRICA DE SOBREMESA	1			
E-2.3033		BALANZA CON TALLIMETRO	1			
E-2.3034	TENSIOMETRO ANEROIDE PEDIATRICO	1				
E-2.3035	ESTETOSCOPIO PEDIATRICO	1				
E-2.3036	LAMPARA DE CUELLO DE GANSO	1				
E-2.3037	PANTOSCOPIO PEDIATRICO	1				
E-2.3038	ESCALINATA DE DOS PELDAÑOS	1				
E-2.3039	BIOMBO METÁLICO DE UN CUERPO	1				
E-2.3040	VITRINA METÁLICA PARA MATERIAL DE UN CUERPO	1				
E-2.3041	NEGATOSCOPIO DE UN CAMPO	1				
E-2.3042	TRANSPORTADOR DE VACUNAS	1				
E-2.3043	CONGELADORA	1				
E-2.3044	REFRIGERADORA	1				
E-2.3045	CAMILLA GINECOLOGICA	1				
E-2.3046	ESCALINATA DE DOS PELDAÑOS	1				
E-2.3047	LÁMPARA CUELLO DE GANSO	1				
E-2.3048	MESA RODABLE PARA CURACIONES	1				
E-2.3049	BIOMBO METÁLICO DE DOS CUERPOS	1				
E-2.3050	ESCRITORIO CON CAJONES	1				
E-2.3051	SILLA	1				
E-2.3052	TABURETE GIRATORIO	1				
E-2.3053	BALDE CON PORTABALDE	1				
E-2.3054	NEGATOSCOPIO DE UN CUERPO	1				
E-2.3055	ESTETOSCOPIO PINARD	1				
E-2.3056	BALANZA DE PIE CON TALLIMETRO ADULTO	1				
E-2.3057	TENSIOMETRO ANEROIDE PORTÁTIL	1				
E-2.3058	ESTETOSCOPIO ADULTO	1				
E-2.3059	PORTA SUERO RODABLE	1				
E-2.3060	DETECTOR DE LATIDOS FETALES	1				
E-2.3061	SET INSTRUMENTAL PARA EXAMEN GINECOLÓGICO I	1				
E-2.3062	SET INSTRUMENTAL PARA INSERCIÓN DE DIU	1				
E-2.3063	VITRINA METÁLICA PARA INSTRUMENTAL	1				
E-2.3064	ASPIRADOR DE SECRECIONES, SOBREMESA	1				
E-2.3065	INCUBADORA	1				
E-2.3066	CUNA METALICA RODABLE	1				
E-2.3067	BALANZA MECANICA PEDIATRICA DE SOBREMESA	1				
E-2.3068	CILINDRO DE OXIGENO MEDICINAL 3.4 M3 CON ACCESORIOS	1				
E-2.3069	RESUCITADOR MANUAL ADULTO	1				
E-2.3070	RESUCITADOR MANUAL NEONATAL	1				
E-2.3071	LARINGOSCOPIO NEONATAL	1				
E-2.3072	ESTETOSCOPIO ADULTO	1				
E-2.3073	ESTETOSCOPIO PEDIATRICO-NEONATAL	1				
E-2.3074	TENSIOMETRO ANEROIDE	1				
E-2.3075	SET INSTRUMENTAL PARA ATENCIÓN DEL PARTO	1				
E-2.3076	SET INSTRUMENTAL EPISIOTOMIA	1				
E-2.3077	SET INSTRUMENTAL PARA REVISIÓN DE CUELLO UTERINO	1				
E-2.3078	SET INSTRUMENTAL PARA LEGRADO PUERPERAL	1				
E-2.3079	CUNA ACRILICA RODABLE PARA RECIÉN NACIDOS	1				



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

E-2.3080	CONSULTORIO DE ODONTOLOGÍA	AMALGAMADOR	1		
E-2.3081		DESTARTARIZADOR ULTRASÓNICO	1		
E-2.3082		AUTOCLAVE ELÉCTRICA	1		
E-2.3083		UNIDAD DENTAL COMPLETA	1		
E-2.3084		EQUIPO DE RAYOS X DENTAL CON REVELADOR	1		
E-2.3085		SET INSTRUMENTAL PARA EXODONCIA	1		
E-2.3086		SET INSTRUMENTAL DE DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO	1		
E-2.3087		SET INSTRUMENTAL DE CURACIONES ODONTOLÓGICO	1		
E-2.3088		ESCRITORIO CON CAJONES	1		
E-2.3089		TABURETE GIRATORIO	1		
E-2.3090		VITRINA PARA INSTRUMENTAL	1		
E-2.3091		CUBO METALICO CON TAPA	1		
E-2.3092		SILLA GIRATORIA	1		
E-2.3093		NEGATOSCOPIO DE UN CAMPO	1		
E-2.3094	LABORATORIO CLÍNICO	CLOSET PATA MATERIALES E INSUMOS	1		
E-2.3095		SILLON PARA TOMA DE MUESTRA	1		
E-2.3096		AUTOCLAVE	1		
E-2.3097		MICROSCOPIO	1		
E-2.3098		HEMOGLOBINOMETRO	1		
E-2.3099		CENTRIFUGA PARA HEMATOCRITO	1		
E-2.3100		CENTRIFUGA UNIVERSAL DE TUBOS	1		
E-2.3101		REFRIGERADORA	1		
E-2.3102		SILLAS ALTAS GIRATORIAS	1		
E-2.3103		CUBO METALICO CON TAPA	1		
E-2.3104		CONTADOR DIFERENCIAL DE CELULAS SANGUINEAS	1		
E-2.3105		ROTADOR SEROLOGICO	1		
E-2.3106		CONSERVADORA DE BOLSAS DE SANGRE	1		
E-2.3107		FOTOMETRO DIGITAL	1		
E-2.3108	BAÑO MARIA DE 10 A 15 LITROS	1			
E-2.3109	AMBIENTE DE OBSERVACIÓN/ REPOSO	CAMA CLINICA	1		
E-2.3110		BIOMBO METÁLICO DE DOS CUERPOS	1		
E-2.3111		ESCALINATA DE DOS PELDAÑOS	1		
E-2.3112		CHATA	1		
E-2.3113	PAPAGAYO	1			
E-2.3114	FARMACIA / BOTIQUIN	ESCRITORIO	1		
E-2.3115		MUEBLE ALTO CON PUERTA	1		
E-2.3116		ESTANTES CON AGUJOS RANURADOS	1		
E-2.3117		SILLA GIRATORIA	1		
E-2.3118		COMPUTADORA CON IMPRESORA	1		
E-2.3119	ESCALINATA DE TRES PELDAÑOS	1			
E-2.3120	CADENA DE FRIO	REFRIGERADORA	1		
E-2.3121		CONGELADORA	1		
E-2.3122		TERMO PORTAVACUNAS	1		
E-2.3123	SALA DE USOS MULTIPLES	MICROFONO Y PARLANTE	1		
E-2.3124		MESA DE TRABAJO	1		
E-2.3125		SOPORTE PARA ROTAFOLIO	1		
E-2.3126	OTROS	CAMILLA DE TRANSPORTE	1		
E-2.3127		AMBULANCIA I	1		
E-2.3128		GRUPO ELECTRÓGENO DE 8 KVA (*)	1		
E-2.3129		EQUIPO DE RADIOCOMUNICACION (*)	1		
E-2.3130		TANQUE ELEVADO	1		
E-2.3131		ELECTROBOMBA O EQUIPO HIDRONEUMATICO	1		
E-2.3132		MOTOR FUERA DE BORDA 40 HP (*)	1		
E-2.3133	CAMIONETA PICK UP 4 X 4	1			
		<b>TOTAL</b>	<b>133</b>		

(\*) EQUIPAMIENTO OPCIONAL, SEGÚN EVALUACIÓN TÉCNICA PREVIA

Observaciones:

---



---



---

Nombre, Firma y sello del Responsable del levantamiento de información

Nombre, Firma y sello del Jefe de EESS



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**FICHA DE EVALUACION RAPIDA DE EQUIPAMIENTO PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD NIVEL I-4**

**NOMBRE DEL EESS**

**RED**

**DEPARTAMENTO**

**MICRORED**

**PROVINCIA**

**LOCALIDAD**

**DISTRITO**

**DE ACUERDO CON RM N° 688-2005/MINSA DEL 27.07.2005 Y RM N° 896-2006/MINSA DEL 20.09.2006**

ITEM	UNIDAD	EQUIPO	CANTIDAD SEGÚN R.M. N°688 896	CANTIDAD EXISTENTE	OPERATIVO	INOOPERATIVO
E-2.4001	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS (TÓPICO)	CIALITICA PORTATIL	1			
E-2.4002		CAMILLA DE EXAMEN PARA USO MULTIPLE	1			
E-2.4003		MESA RODABLE PARA CURACIONES	1			
E-2.4004		PORTASUERO METÁLICO RODABLE	1			
E-2.4005		VITRINA PARA INSTRUMENTAL DE DOS CUERPOS	1			
E-2.4006		MESA METÁLICA RODABLE TIPO MAYO	1			
E-2.4007		TABURETE GIRATORIO RODABLE	1			
E-2.4008		ESCALINATA DE DOS PELDAÑOS	1			
E-2.4009		INOXIDABLE	1			
E-2.4010		BIOMBO METÁLICO DE DOS CUERPOS	1			
E-2.4011		ASPIRADOR DE SECRECIONES RODABLE	1			
E-2.4012		CILINDRO DE OXIGENO MEDICINAL 3.4 M3 CON ACCESORIOS	1			
E-2.4013		ESTETOSCOPIO ADULTO	1			
E-2.4014		LARINGOSCOPIO ADULTO - PEDIÁTRICO	1			
E-2.4015		LARINGOSCOPIO NEONATAL	1			
E-2.4016		PANTOSCOPIO	1			
E-2.4017		NEBULIZADOR MULTIPLE	2			
E-2.4018		RESUCITADOR MANUAL ADULTO	1			
E-2.4019		RESUCITADOR MANUAL PEDIÁTRICO	1			
E-2.4020		TENSIOMETRO ANEROIDE ADULTO	1			
E-2.4021		SET INSTRUMENTAL DE CURACIONES	1			
E-2.4022		SET INSTRUMENTAL DE PEQ. INTERV. QUIRÚRGICAS	1			
E-2.4023		SET INSTRUMENTAL PARA EXAMEN GINECOLÓGICO I	1			
E-2.4024		SET INSTRUMENTAL PARA EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	1			
E-2.4025		CAMILLA CON BASTIDOR RODABLE (TRASLADO DE PACIENTE)	1			
E-2.4026		BALANZA MECANICA DE PIE CON TALLIMETRO	1			
E-2.4027		SILLA DE RUEDAS	1			
E-2.4028		MALETÍN DE REANIMACION CARDIOPULMONAR	1			
E-2.4029		COCHE DE PARO (MOBILIARIO) - (COCHE DE PARO)	1			
E-2.4030		RESUCITADOR MANUAL NEONATAL	1			
E-2.4031		CAMA CAMILLA - TIPO MULTIPROPOSITO MECANICA	1			
E-2.4032		CAMILLA DE TRANSPORTE	1			
E-2.4033		DEFIBRILADOR CON MONITOR	1			
E-2.4034		DE LATIDOS FETALES PORTATIL)	1			
E-2.4035		ESTETOSCOPIO PEDIÁTRICO	1			
E-2.4036		GLUCOMETRO PORTATIL	1			
E-2.4037		HEMOGLOBINOMETRO PORTATIL	1			
E-2.4038		OXIMETRO DE PULSO BASICO	1			
E-2.4039		TENSIOMETRO ANEROIDE RODABLE	1			
E-2.4040		CONSULTORIO EXTERNO - NIÑO (CRED -PAI - ENFERMERIA)	CAMILLA PARA EXÁMEN DE USO MULTIPLE	1		
E-2.4041	MESA ESCRITORIO CON CAJONES		1			
E-2.4042	SILLA		1			
E-2.4043	BALANZA METALICA CON TALLIMETRO		1			
E-2.4044	BALANZA MECANICA PEDIÁTRICA DE SOBREMESA		1			
E-2.4045	TENSIOMETRO ANEROIDE PEDIÁTRICO		1			
E-2.4046	ESTETOSCOPIO PEDIÁTRICO		1			
E-2.4047	BIOMBO METÁLICO DE DOS CUERPOS		1			
E-2.4048	VITRINA METÁLICA PARA MATERIAL DE UN CUERPO		1			
E-2.4049	NEGATOSCOPIO DE 2 CAMPOS		1			
E-2.4050	PANTOSCOPIO PEDIÁTRICO	1				
E-2.4051	CONSULTA EXTERNA MUJER (OBSTETRICO)	CAMILLA PARA EXAMEN GINECO OBSTÉTRICO	1			
E-2.4052		ESCALINATA DE DOS PELDAÑOS	1			
E-2.4053		TABURETE GIRATORIO RODABLE	1			
E-2.4054		LÁMPARA DE CUELLO DE GANSO	1			
E-2.4055		MESA RODABLE PARA CURACIONES	1			
E-2.4056		BIOMBO METÁLICO DE DOS CUERPOS	1			
E-2.4057		MESA ESCRITORIO CON CAJONES	1			
E-2.4058		SILLA	1			
E-2.4059		NEGATOSCOPIO DE 2 CAMPOS	1			
E-2.4060		DETECTOR DE LATIDOS FETALES, SOBREMESA	1			
E-2.4061		BALANZA MECANICA DE PIE CON TALLIMETRO ADULTO	1			
E-2.4062		TENSIOMETRO ANEROIDE	1			
E-2.4063		ESTETOSCOPIO ADULTO	1			
E-2.4064		SET INSTRUMENTAL PARA EXAMEN GINECOLÓGICO I	1			
E-2.4065		SET INSTRUMENTAL PARA INSERCIÓN DE DIU	1			
E-2.4066		VITRINA METÁLICA PARA INSTRUMENTAL DE DOS CUERPOS	1			
E-2.4067		CONSULTA EXTERNA MEDICINA	CAMILLA PARA EXAMEN	1		
E-2.4068	ESCALINATA DE DOS PELDAÑOS		1			
E-2.4069	BIOMBO METÁLICO DE DOS CUERPOS		1			
E-2.4070	MESA ESCRITORIO CON CAJONES		1			
E-2.4071	SILLA		1			
E-2.4072	NEGATOSCOPIO DE 2 CAMPOS		1			
E-2.4073	BALANZA MECANICA DE PIE CON TALLIMETRO ADULTO		1			
E-2.4074	TENSIOMETRO ANEROIDE		1			
E-2.4075	ESTETOSCOPIO ADULTO		1			
E-2.4076	VITRINA METÁLICA PARA INSTRUMENTAL DE DOS CUERPOS		1			
E-2.4077	PANTOSCOPIO	1				

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

E-2.4078		AMALGAMADOR	1		
E-2.4079		DESTARIZADOR ULTRASONICO	1		
E-2.4080		AUTOCLAVE ELÉCTRICA 16 LT.	1		
E-2.4081		UNIDAD DENTAL COMPLETA	1		
E-2.4082		EQUIPO DE RAYOS X DENTAL CON REVELADOR	1		
E-2.4083		SET INSTRUMENTAL PARA EXODONCIA	1		
E-2.4084		SET INSTRUMENTAL DE DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO	1		
E-2.4085	CONSULTORIO DE ODONTOLOGIA	SET INSTRUMENTAL DE CIRUGIA DENTAL	1		
E-2.4086		SET INSTRUMENTAL DE ENDODONCIA	1		
E-2.4087		MESA MODULAR	1		
E-2.4088		ESCRITORIO CON CAJONES	1		
E-2.4089		SILLA	1		
E-2.4090		LAMPARA DE LUZ HALOGENA	1		
E-2.4091		NEGATOSCOPIO DE UN CAMPO	1		
E-2.4092		VITRINA DENTAL PARA MATERIAL DE DOS CUERPOS	1		
E-2.4093		TABURETE GIRATORIO RODABLE	1		
E-2.4094		CAMILLA GINECOLÓGICA	1		
E-2.4095	TABURETE GIRATORIO	1			
E-2.4096	LAMPARA DE CUELLO DE GANSO	1			
E-2.4097	MESA DE CURACIONES	1			
E-2.4098	PORTASUEROS	1			
E-2.4099	ESCALINATA DE DOS PELDAÑOS	1			
E-2.4100	MESA METÁLICA RODABLE TIPO MAYO	1			
E-2.4101	ASPIRADOR DE SECRECIONES, SOBREMESA	1			
E-2.4102	TABURETE GIRATORIO RODABLE	1			
E-2.4103	CIALITICA PORTATIL	1			
E-2.4104	INOXIDABLE	1			
E-2.4105	PORTASUERO METÁLICO RODABLE	1			
E-2.4106	ESCALINATA DE DOS PELDAÑOS	1			
E-2.4107	EQUIPO DE ANESTESIA	1			
E-2.4108	NACIDO I	1			
E-2.4109	BALANZA MECANICA PEDIATRICA DE SOBREMESA	1			
E-2.4110	ESTUFA DE CALEFACCIÓN DE AMBIENTE	1			
E-2.4111	CILINDRO DE OXIGENO MEDICINAL 3.4 M3 CON ACCESORIOS	1			
E-2.4112	RESUCITADOR MANUAL ADULTO	1			
E-2.4113	RESUCITADOR MANUAL PEDIATRICO/NEONATAL	1			
E-2.4114	LARINGOSCOPIO NEONATAL	1			
E-2.4115	ESTETOSCOPIO ADULTO	1			
E-2.4116	ESTETOSCOPIO NEONATAL	1			
E-2.4117	TENSIOMETRO ANEROIDE PEDIÁTRICO	1			
E-2.4118	SET INSTRUMENTAL PARA ATENCIÓN DEL PARTO	1			
E-2.4119	SET INSTRUMENTAL EPISIOTOMIA	1			
E-2.4120	SET INSTRUMENTAL PARA REVISIÓN DE CUELLO UTERINO	1			
E-2.4121	SET INSTRUMENTAL PARA LEGRADO PUERPERAL	1			
E-2.4122	CUNA ACRÍLICA RODABLE PARA RECIÉN NACIDOS	1			
E-2.4123	VITRINA PARA INSTRUMENTAL DE DOS CUERPOS	1			
E-2.4124	INCUBADORA DE TRANSPORTE	1			
E-2.4125	OXÍMETRO DE PULSO, PORTÁTIL	1			
E-2.4126	CUNA METALICA RODABLE	1			
E-2.4127	ASPIRADOR DE SECRECIONES	1			
E-2.4128	TINA	1			
E-2.4129	INCUBADORA STANDAR	1			
E-2.4130	LARINGOSCOPIO NEONATAL	1			
E-2.4131	MECANICA-HIDRAULICA	1			
E-2.4132	(UNIDAD DE ANESTESIA)	1			
E-2.4133	ASPIRADOR DE SECRECIONES RODABLE	1			
E-2.4134	CIALITICA DE TECHO	1			
E-2.4135	PORTASUEROS	1			
E-2.4136	MESA PARA ANESTESIA	1			
E-2.4137	VITRINA PARA INSTRUMENTAL	1			
E-2.4138	MESA CURVA TIPO MAYO	1			
E-2.4139	NEGATOSPOCIO DE DOS CUERPOS	1			
E-2.4140	CILINDRO DE OXIGENO	1			
E-2.4141	TABURETE GIRATORIO	1			
E-2.4142	PORTABALDE RODABLE CON BALDE	1			
E-2.4143	PORTALATORIO CON LAVATORIOS	1			
E-2.4144	ESCALINATA DE DOS PELDAÑOS	1			
E-2.4145	MONITOR DE 5 PARAMETROS	1			
E-2.4146	DEFIBRILADOR CON MONITOR	1			
E-2.4147	SET DE INTERVENCIONES DE CIRUGIA MENOR	1			
E-2.4148	SET PARA LEGRADOS	1			
E-2.4149	SET PARA CESAREAS	1			
E-2.4150	SET DE LAPAROTOMIA	1			
E-2.4151	LARINGSOSCOPIO ADULTO - PEDIATRICO	1			
E-2.4152	RESUCITADOR MANUAL ADULTO	1			
E-2.4153	RESUCITADOR MANUAL NEONATAL	1			
E-2.4154	BOMBA DE INFUSION DE UN CANAL	1			
E-2.4155	CAMILLA DE TRANSPORTE	1			
E-2.4156	COCHE DE PARO (MOBILIARIO) - (COCHE DE PARO)	1			
E-2.4157	ESTETOSCOPIO ADULTO	2			
E-2.4158	ESTETOSCOPIO PEDIATRICO	2			
E-2.4159	LAMPARA CIALITICA RODABLE	1			
E-2.4160	OXIMETRO DE PULSO BASICO	1			
E-2.4161	RESUCITADOR MANUAL PEDIATRICO	1			
E-2.4162	SET DE INTUBACION DIGITAL CON COCHE (COCHE PARA INTUBACION DIGITAL)	1			
E-2.4163	TENSIOMETRO ANEROIDE RODABLE	1			
E-2.4164	UNIDAD DE ELECTROCIRUGIA	1			

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

E-2.4165	PATOLOGÍA CLÍNICA (LABORATORIO)	MICROSCOPIO BINOCULAR ESTÁNDAR	1		
E-2.4166		CENTRIFUGA UNIVERSAL DE TUBOS	1		
E-2.4167		CENTRIFUGA PARA MICROHEMATOCRITO	1		
E-2.4168		CONTADOR DIFERENCIAL DE CÉLULAS SANGUÍNEAS	1		
E-2.4169		REFRIGERADORA	1		
E-2.4170		BAÑO MARIA DE 10-15 LT	1		
E-2.4171		FOTOMETRO DIGITAL	1		
E-2.4172		ROTADOR SEROLOGICO	1		
E-2.4173		BALANZA ANALÍTICA DE PRECISIÓN	1		
E-2.4174		INCUBADORA DE LABORATORIO	1		
E-2.4175	CONSERVADORA PORTATIL DE BOLSAS DE SANGRE	1			
E-2.4176	INTERNAMIENTO (VARONES Y MUJERES)	CAMA CLINICA RODABLE PARA ADULTOS	1		
E-2.4177		PORTASUERO METÁLICO RODABLE	1		
E-2.4178		ESCALINATA DE DOS PELDAÑOS	1		
E-2.4179		CUBO METALICO CON TAPA Y PEDAL	1		
E-2.4180		PORTAHISTORIAS	1		
E-2.4181		CUNA ACRÍLICA RODABLE PARA RECIÉN NACIDOS	1		
E-2.4182		BIOMBO METÁLICO DE UN CUERPO	1		
E-2.4183		TENSIOMETRO ANEROIDE	1		
E-2.4184		CAMILLA CON BASTIDOR RODABLE (TRASLADO DE PACIENTE)	1		
E-2.4185		VELADOR CON TABLERO	1		
E-2.4186		MESA RODABLE PARA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE	1		
E-2.4187		CHATAS	1		
E-2.4188		PAPAGAYOS	1		
E-2.4189		ESTETOSCOPIO ADULTO	1		
E-2.4190		PORTASUEROS	1		
E-2.4191	ESTERILIZACIÓN	ESTERILIZADOR DE CALOR SECO DE 50-55 LTS	1		
E-2.4192		AUTOCLAVE DE SOBREMESA, ELÉCTRICA DE 25-30 LT	1		
E-2.4193		VITRINA METÁLICA PARA MATERIAL DE DOS CUERPOS	1		
E-2.4194		ESTANTERÍA METÁLICA DE ÁNGULOS RANURADOS	1		
E-2.4195		MESA	1		
E-2.4196	COCHE PARA TRANSPORTAR MATERIAL ESTERIL	1			
E-2.4197	FARMACIA / BOTIQUIN	REFRIGERADORA ELECTRICA 12 F3	1		
E-2.4198		ESTANTERÍA METÁLICA DE ÁNGULOS RANURADOS	1		
E-2.4199		TRANSPORTADOR DE VACUNAS	1		
E-2.4200		ESCRITORIO	1		
E-2.4201		COMPUTADORA CON IMPRESORA	1		
E-2.4202	SALA DE USOS MÚLTIPLES	ESCALINATA DE TRES PELDAÑOS	1		
E-2.4203		CONGELADORA	1		
E-2.4204		SOPORTE PARA ROTAFOLIO	1		
E-2.4205		PIZARRA ACRÍLICA	1		
E-2.4206		TELEVISOR 29"	1		
E-2.4207		REPRODUCTOR DE VIDEO	1		
E-2.4208		RETROPROYECTOR	1		
E-2.4209		MICROFONO Y PARLANTE	1		
E-2.4210		DATA DISPLAY - PROYECTOR MULTIMEDIA	1		
E-2.4211		MESA DE TRABAJO	1		
E-2.4212	SILLAS	1			
E-2.4213	OTROS	GRUPO ELECTRÓGENO DE 8 KVA	1		
E-2.4214	EQUIPO DE RADIOCOMUNICACION	1			
E-2.4215	MOTOCICLETA	1			
E-2.4216	TANQUE ELEVADO	1			
E-2.4217	ELECTROBOMBA O EQUIPO HIDRONEUMATICO	1			
E-2.4218	MOTOR FUERA DE BORDA 40 HP (*)	1			
E-2.4219	CAMIONETA PICK UP 4X4 DOBLE CABINA	1			
E-2.4220	AMBULANCIA I	1			
TOTAL			223		

(\*) EQUIPAMIENTO OPCIONAL, SEGÚN EVALUACIÓN TÉCNICA PREVIA

Observaciones:

---



---



---

Nombre, Firma y sello del Responsable del levantamiento de información

Nombre, Firma y sello del Jefe de Establecimiento de Salud



**LISTA DE CHEQUEO N° 03**  
**EL RECURSOS HUMANO CONOCE SUS DEBERES Y DERECHOS EN EL EESS**

DERECHOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gozar de vacaciones remuneradas de acuerdo a su condición laboral.										
Hacer uso de permisos o licencias por causas justificadas o motivos personales.										
Tiene derecho a ejercer la docencia universitaria, sin ausentarse del servicio más de seis horas semanales.										
Recibe reconocimiento o afines de acuerdo a los méritos personales.										
Es trasladado a otro EESS distinto sin su consentimiento.										
Constituir sindicatos con arreglo a Ley.										
Hacer uso de la huelga en la forma que la Ley determine.										
DEBERES										
Cumplir personal y diligentemente los deberes que impone el servicio público.										
Salvaguardar los intereses del Estado y emplear austeramente los recursos públicos.										
Concurrir puntualmente a su centro de labores y en los horarios establecidos.										
Conocer las labores del cargo/puesto y capacitarse para su mejor desempeño.										
Observar buen trato y lealtad hacia el público en general hacia los superiores y compañeros.										
Guardar absoluta reserva en los asuntos que revisten tal carácter.										
Informar a la autoridad del EESS los actos delictivos o de inmoralidad cometida en el ejercicio de la función pública.										



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**LISTA DE CHEQUEO N° 04**

**EL PERSONAL DE SALUD APLICA MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA EL MANEJO DEL PACIENTE DE ALTO**

No	ITEMS	1		2		3		4		5	
		CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Lavado de manos.										
2	Uso de guantes.										
3	Uso de mascarilla.										
4	Uso de mandil y delantal según corresponda.										
5	Ambiente con adecuada ventilación e iluminación.										
6	Desinfección, esterilización o descarte adecuado de los instrumentos.										
7	Manejo adecuado de material punzo cortante.										
8	Manejo de material punzo cortante.										
9	Manejo y eliminación de residuos según tipo de residuo.										



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**LISTA DE CHEQUEO N° 05**

<b>Almacén de Medicamentos Farmacia</b>		<b>CUMPLE SI / NO</b>
<b>N°</b>	<b>Ítem</b>	
1	El almacén está ubicado en un lugar donde se tenga un fácil acceso a la fuente de abastecimiento.	
2	El tamaño del almacén está de acuerdo a la variedad y volumen de productos a almacenar.	
3	Las paredes y techos son lisos y fáciles de limpiar.	
4	Los pisos son de concreto y están a nivel.	
5	El diseño de la puerta brinda seguridad y facilita el tránsito del personal, de los productos y equipos.	
6	La temperatura es controlada periódicamente (2 veces diarias cuando menos), registrándose las mediciones, y asegurándose que nunca pase los 30°C.	
7	Los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios son almacenados según sus especificaciones y características de almacenamiento indicadas por el fabricante (entre 15°C y 25°C, refrigerados, congelados, etc.).	
8	Cuenta con parihuelas, termo higrómetro (o termómetro ambiental) o equipo electrógeno en cantidades suficientes para un adecuado almacenamiento y conservación de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios	
9	No existen productos colocados directamente en el piso (eso incluye sus contenedores).	
10	Se cumple con el cronograma de chequeos médicos al personal del almacén, según lo indicado en los procedimientos.	
11	Cuenta con extinguidores (extintores) con carga vigente.	
12	Tiene una adecuada iluminación.	
13	Tiene una adecuada ventilación y circulación de aire (cuenta con ventanas protegidas, ventiladores, aire acondicionado, extractor de aire, etc.).	
14	La distancia entre los estantes y la pared permite una adecuada limpieza de los productos y de las áreas del almacén.	
15	La distancia entre los anaqueles permite el libre tránsito del personal y la limpieza adecuada del almacén y de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.	
16	Los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios se encuentran protegidos de la incidencia directa de la luz solar.	
17	Cuenta con las áreas, según lo indicado en el Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento (Recepción, almacenamiento, área administrativa y despacho), debidamente separadas y/o señalizadas e identificadas.	
18	Se evita la acumulación de materiales combustibles (cajas de cartón, plásticos u otros materiales).	
19	Se mantiene un adecuado orden y limpieza en todas las áreas del almacén.	




**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**LISTA DE CHEQUEO N° 06**

<b>Área de Dispensación o expendio - Farmacia</b>		<b>CUMPLE SI / NO</b>
<b>N°</b>	<b>Item</b>	
1	El tamaño del área de dispensación o expendio está de acuerdo con la variedad y volumen de productos a dispensar o expendir	
2	Las paredes y techos son impermeables y lisos, fáciles de limpiar y recubiertos con pintura lavable	
3	Los pisos son de cemento o losetas y están a nivel	
4	Tiene anaqueles en número suficiente para almacenar correctamente los productos, protegiéndolos de la incidencia directa de la luz solar.	
5	La temperatura es controlada periódicamente (2 veces diarias cuando menos), registrándose las mediciones, y asegurándose que nunca pase los 30°C.	
6	Los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios son almacenados según sus especificaciones y características de almacenamiento indicadas por el fabricante (entre 15°C y 25°C, refrigerados, congelados, etc.).	
7	No existen productos colocados directamente en el piso (eso incluye sus contenedores).	
8	Se cumple con el cronograma de chequeos médicos al personal del almacén, según lo indicado en los procedimientos.	
9	Cuenta con extinguidores (extintores) con carga vigente.	
10	Tiene una adecuada iluminación	
11	Tiene una adecuada ventilación y circulación de aire (cuenta con ventanas protegidas, ventiladores, aire acondicionado, extractor de aire, etc.)	
12	La distancia entre los anaqueles permite el libre tránsito del personal y la limpieza adecuada de las áreas y de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.	
13	Se evita la acumulación de materiales combustibles (cajas de cartón, plásticos u otros materiales).	
14	Se mantiene un adecuado orden y limpieza en todas las áreas del almacén.	
15	Los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios vencidos, deteriorados o alertados considerados no aptos para su uso están retirados del stock de farmacia.	

**MODELO DE RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA**



**Establecimiento de Salud**

**RECETA UNICA ESTANDARIZA**

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_ Edad

Código de atención del SIS  H.C.

<b>USUARIO</b>	<b>ATENCIÓN</b>	<b>ESPECIALIDAD MEDICA</b>
Demanda <input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> Intervención sanitaria <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	Consulta externa <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Odontología <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	Medicina <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Gineco - Obstetricia <input type="checkbox"/> Pediatría <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>

Diagnóstico (Definitivo/Presuntivo) \_\_\_\_\_ (CIE-10)


Rp. \_\_\_\_\_

Medicamento o Insumo (Obligatorio DCI)	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad
---	---------------	--------------------	----------

\_\_\_\_\_  
Sello / Firma / Col. Profesional

\_\_\_\_\_  
Fecha de atención

\_\_\_\_\_  
Valido hasta



**Establecimiento de Salud**

**RECETA UNICA ESTANDARIZA**

**INDICACIONES**

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_

Medicamento o insumo	Dosis	Via	Frec	Duración
----------------------	-------	-----	------	----------

\_\_\_\_\_  
Sello / Firma / Col. Profesional

\_\_\_\_\_  
Fecha de atención

\_\_\_\_\_  
Valido hasta

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**LISTA DE CHEQUEO N° 07**

<b>No</b>	<b>ITEMS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	Evidencia de mapa de peligros natural, antrópico y social del año en medición.	Mapa ubicado en lugar visible actualizado del año en medición.	No presenta mapa de daños
2	Actas o Informes de Listado de principales peligros natural, antrópico y social en la jurisdicción.	Informe de los peligros natural, antrópico y social en la jurisdicción.	No presenta informe
3	Actas o Informes de Listado de Recursos locales para la Respuesta.	Informe de los Prestadores de Salud, Recursos Humanos, Sistemas de comunicación local, medios de transporte, abastecimiento y almacenamiento de agua, energía eléctrica y las Instituciones multisectoriales de nivel local que podrían apoyar frente a una Emergencia.	No presenta informe



C. AGOSTA S.



**LISTA DE CHEQUEO N° 08**

**CATEGORÍA I-1**

No.	UPS	I-1	DETALLES UPS	SI	NO
1	Salud Comunitaria y Ambiental	X	<p>Técnico de enfermería u otro profesional de la salud (Enfermera u Obstetriz)</p> <p><u>Capacidad resolutive cualitativa:</u>                      i) Actividades de cuidados esenciales individuales y grupales intra y extramurales (persona y familia)                      ii) Actividades de fortalecimiento de la organización y participación ciudadana.                      iii) Actividades de fomento a la corresponsabilidad ciudadana                      iv) Actividades de intervención y control de riesgos ambientales para la salud</p>		
2	Consulta Externa	X	Consulta Externa de Médico Itinerante		
<b>ACTIVIDADES</b>					
3	Atención de Urgencias Atención del Parto Inminente y atención básica del RN Esterilización Botiquín Unidad de Toma de Muestras Jefatura Administración Registros de Información Mantenimiento, Transportes y Comunicaciones	X			



C. ACOSTA S.

**LISTA DE CHEQUEO N° 08**  
**CATEGORÍA I-2**

No.	UPS	I-2	DETALLES UPS	SI	NO
1	Salud Comunitaria y Ambiental	x	Técnico de enfermería u otro profesional de la salud (Enfermera u Obstetrix)  <u>Capacidad resolutive cualitativa:</u> i) Actividades de cuidados esenciales individuales y grupales intra y extramurales (persona y familia) ii) Actividades de fortalecimiento de la organización y participación ciudadana. iii) Actividades de fomento a la corresponsabilidad ciudadana iv) Actividades de intervención y control de riesgos ambientales para la salud		
2	Consulta Externa (*)	x	Consulta Externa de Médico (*)		
3	Botiquin	x	Petitorio según capacidad resolutive  Recurso humano: <u>Botiquin:</u> Técnico de Enfermería capacitado		
<b>ACTIVIDADES</b>					
4	Atención de Urgencias Atención del Parto Inminente y atención básica del RN Esterilización Botiquin Unidad de Toma de Muestras Jefatura Administración Registros de Información Mantenimiento Transportes y Comunicaciones	x			

(\*) Unidad Productora de Servicios en el establecimiento de salud que lo distingue de la categoría inmediata precedente.



**LISTA DE CHEQUEO N° 08**

**CATEGORIA I-3**

No.	UPS	I-3	DETALLES UPS	SI	NO
1	Salud Comunitaria y Ambiental	x	Técnico de enfermería u otro profesional de la salud (Enfermera u Obstetriz)  <u>Capacidad resolutive cualitativa:</u> i) Actividades de cuidados esenciales individuales y grupales intra y extramurales (persona y familia) ii) Actividades de fortalecimiento de la organización y participación ciudadana. iii) Actividades de fomento a la corresponsabilidad ciudadana iv) Actividades de intervención y control de riesgos ambientales para la salud		
2	Consulta Externa	x	Consulta Externa de Médico y Odontólogo.		
3	Farmacia/Botiquín	x	Petitorio según capacidad resolutive  Recurso humano: Técnico de Farmacia regentado o supervisado por un Químico Farmacéutico de la Microrred		
4	Patología Clínica (Laboratorio Clínico) (*)	x	Técnico de Laboratorio		
<b>ACTIVIDADES</b>					
5	Atención de Parto (partos inminentes y la respectiva atención inmediata) Esterilización Emergencia (atención médica, manejo y estabilización de emergencias) Nutrición y Dietética Trabajo Social Jefatura Administración y Servicios Generales (Administración) Transporte y comunicación Registros médicos e Información.	x			

(\*) Unidad Productora de Servicios en el establecimiento de salud que lo distingue de la categoría inmediata precedente.



C. ACOSTA S.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº -Minsa/DGSP-V.01  
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
 DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

**LISTA DE CHEQUEO Nº 08**

**CATEGORIA I-4**

No.	UPS	I-4	DETALLES UPS	SI	NO
1	Salud Comunitaria y Ambiental	x	Técnico de enfermería u otro profesional de la salud (Enfermera u Obstetrix)  <u>Capacidad resolutive cualitativa:</u> i) Actividades de cuidados esenciales individuales y grupales intra y extramurales (persona y familia) ii) Actividades de fortalecimiento de la organización y participación ciudadana. iii) Actividades de fomento a la corresponsabilidad ciudadana iv) Actividades de intervención y control de riesgos ambientales para la salud		
2	Consulta Externa	x	Consulta Externa de Médico General Consulta Externa de Médico Especialista prioritariamente: Gineco-Obstetra y Pediatría. Consulta de Otros profesionales de la salud (Odontólogo, Obstetrix)		
3	Farmacia	x	Petitorio según capacidad resolutive  Recurso humano: Técnico de Farmacia y/o Químico Farmacéutico		
4	Patología Clínica (Laboratorio Clínico)	x	Técnico de Laboratorio		
5	Sala de Atención de Partos (*)	x	Médico, Enfermera y Obstetrix		
<b>ACTIVIDADES</b>					
6	Internamiento (*)	x			
7	Sala de Intervención Quirúrgica. (*)	x			
8	Atención de Parto (partos inminentes y la respectiva atención inmediata) Esterilización Emergencia (atención médica, manejo y estabilización de emergencias) Nutrición y Dietética Trabajo Social Jefatura Administración y Servicios Generales (Administración) Transporte y comunicación Registros médicos e Información.	x			

(\*) Unidades Productoras de Servicios en el establecimiento de salud que lo distingue de la categoría inmediata precedente.



**LISTA DE CHEQUEO N° 09**

**CATEGORIA I-1**

No.	Personal mínimo	I-1	SI	NO
1	Técnico de Enfermería y/o Enfermera y/o Obstetriz  Profesional Itinerante: Médico	X		

**CATEGORIA I-2**

No.	Personal mínimo	I-2	SI	NO
1	Médico General Enfermera Obstetriz Técnicos y/o Auxiliares de Enfermería	X		

**CATEGORIA I-3**

No.	Personal mínimo	I-3	SI	NO
1	Médico Cirujano o Médico Familiar Enfermera Obstetriz Técnico o Auxiliar de Farmacia Odontólogo, Técnico de Laboratorio Técnico de Farmacia Técnico o Auxiliar de estadística	X		

**CATEGORIA I-4**

No.	Personal mínimo	I-4	SI	NO
1	<p><u>Profesionales:</u>                      Médico Cirujano o Médico Familiar, Médicos de la Especialidad prioritariamente Gineco-Obstetra y Pediatra,                      Personal de Enfermería                      Personal de Obstetricia                      Odontólogo.</p> <p><u>Puede haber:</u>                      Químico-Farmacéutico                      Nutricionista y                      Asistente Social.</p> <p><u>Técnicos y/o Auxiliares:</u>                      Técnico de Laboratorio                      Técnico de Farmacia                      Técnico o Auxiliar de Estadística, Técnico Administrativo</p>	X		



**LISTA DE CHEQUEO N° 10**

**PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

No.	Ítems	SI	NO	Fuente de Verificación
1	El establecimiento de salud realiza el llenado completo de la Hoja de Referencia y Contrarreferencia en forma clara y adecuada.			Historia Clínica / Archivo de Hojas de referencia)
2	El establecimiento de salud cuenta con las Hojas de Referencia y Contrarreferencia.			Observación directa
3	El establecimiento de salud coordina previamente con el establecimiento de destino.			Verificar Hojas de Referencias / Historia Clínica
4	El establecimiento de salud mantiene un registro de las hojas de contrarreferencia y retroalimenta a los establecimientos que le refirieron.			Medio de registro ( libro, cuaderno, entre otros)
5	La referencia de emergencia se realiza con el acompañamiento de un personal de salud.			Verificar Hoja de Referencia
6	El Establecimiento de salud utiliza el software de Referencias y contrarreferencias (REFCON) para el registro de las referencias y contrarreferencias. De no tener acceso a Internet, conoce y envía al punto de digitación las Hojas de Referencia y Contrarreferencia para el registro respectivo.			Verificar Hojas de Referencia con los cargos



C. ACOSTA S.

**LISTA DE CHEQUEO N° 11**

**EQUIPAMIENTO BÁSICO UNIDAD TRANSPORTE ASISTIDO TERRESTRE**

No.	Equipamiento Básico (Tipo I)	SI	NO
1	Tensiómetro con manguito para niños y adultos		
2	Estetoscopios para niños y adultos		
3	Linterna para examen halógena		
4	2 Balones de oxígeno fijo y/o portátil tipo E		
5	Equipo de aspiración		
6	Camilla telescópica de aluminio, con cinturones para el traslado seguro del paciente y con dispositivos que permitan sujetar la camilla al piso de la ambulancia y lateralmente		
7	Set de collarines cervicales para inmovilización de diferentes tamaños (mínimo 3)		
8	Tabla rígida para inmovilizar pacientes con traumatismos de columna		
9	Juego de férulas / chaleco de extricación		
10	Maletín de soporte básico de vida, conteniendo:		
	▲ Resucitador manual para adultos:		
	e Bolsa de silicona o bolsa de ventilación manual asistida		
	e Dos mascarillas		
	e Válvula de paciente y válvula PEEP		
	e Bolsa de reservorio de oxígeno		
	▲ Resucitador manual para niños:		
	e Bolsa de silicona o bolsa de ventilación manual asistida		
	e Dos mascarillas		
	e Válvula de paciente y válvula de seguridad de sobre presión (relief)		
	e Bolsa de reservorio de oxígeno		
	▲ Laringoscopio con tres hojas para adultos y de una hoja para niños		
	▲ Accesorios:		
	e Tubos orofaríngeos		
	e Dos tipos obturador esofágico para adultos		
	e Tubos nasofaríngeos con guía		
	e Tubos endotraqueales con guía		
	e Pinza tipo Magill de 17 cm pediátricos		
	e Pinza tipo Magill de 25 cm pediátricos		
	e Cilindro de aluminio para oxígeno portátil con regulador		
No.	Equipamiento Tipo II	SI	NO
	Además del Equipamiento Básico Tipo I, adicionalmente:		
	Oxímetro de pulso		
	Monitor desfibrilador		
No.	Equipamiento Tipo III	SI	NO
	Además del Equipamiento Básico Tipo II, adicionalmente:		
	Oxímetro de pulso		
	Monitor desfibrilador		
	Ventilador mecánico portátil		
	Bomba de Infusión		



D. ACOSTA S.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -MINSA/DGSP-V.01  
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
 DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

**LISTA DE CHEQUEO N° 12**

**TIPO DE UNIDAD TRANSPORTE ASISTIDO TERRESTRE**

<b>Listado mínimo de medicamentos según tipo de Unidad Transporte Asistido terrestre</b>						
<b>Listado Mínimo de Medicamentos / Tipo de Ambulancia</b>		<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	Agua destilada 1000ml	X	X	X		
2	Agua destilada 10ml	X	X	X		
3	Amiodarona 150mg			X		
4	Atropina de 1mg	X	X	X		
5	Adrenalina 1/10.000 1ml	X	X	X		
6	Bicarbonato de sodio 8.4% x 20ml	X	X	X		
7	Bromuro de vecuronio 4mg			X		
8	Solvente de bromuro de vecuronio			X		
9	Captopril 25mg	X	X	X		
10	Clorfenamina 10mg	X	X	X		
11	Cloruro de potasio 14. %	X	X	X		
12	Cloruro de sodio 0.9% 1000ml	X	X	X		
13	Cloruro de sodio 20%	X	X	X		
14	Dexametasona 4mg	X	X	X		
15	Dextrosa 33% x 20ml	X	X	X		
16	Dextrosa al 5%1000ml	X	X	X		
17	Diclofenaco 75mg	X	X	X		
18	Dimenhidrinato 50mg	X	X	X		
19	Dobutamina 250mg			X		
20	Dopamina 200mg			X		
21	Escopolamina amp.		X	X		
22	Fenobarbital sódico 200mg		X	X		
23	Fenoterol 0.5% fco.	X	X	X		
24	Furosemida 20mg	X	X	X		
25	Expansor de plasma 500ml	X	X	X		
26	Metilprednisolona		X	X		
27	Lidocaina spray 10%	X	X	X		
28	Metamizol 1gr	X	X	X		
29	Midazolam 5mg		X	X		
30	Neostigmina 0.5mg			X		
31	Ranitidina 50mg		X	X		
32	Salbutamol (inhalador)	X	X	X		
33	Suero fisiológico 10ml	X	X	X		
34	Sulfato de magnesio 20%		X	X		
35	Verapamilo 5mg			X		
36	Lidocaina jalea 2%	X	X	X		
37	Lidocaina 2%	X	X	X		





**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**LISTA DE CHEQUEO N° 13**

<b>Listado mínimo de material e insumo según tipo de Unidad Transporte Asistido terrestre</b>						
<b>Listado Mínimo de Material e Insumo / Tipo de Ambulancia</b>		<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	Agua Oxigenada	X	X	X		
2	Agua descartable	X	X	X		
3	Alcohol yodado	X	X	X		
4	Algodón estéril en torundas	X	X	X		
5	Baja lenguas	X	X	X		
6	Bolsa colectora	X	X	X		
7	Cánula binasal	X	X	X		
8	Catéter periférico	X	X	X		
9	Electrodos		X	X		
10	Equipo de microgotero	X	X	X		
11	Equipo de cirugía de 2 piezas	X	X	X		
12	Equipo de cirugía de 6 piezas	X	X	X		
13	Equipo de venoclisis	X	X	X		
14	Espaciador aero-cámara pediátrica	X	X	X		
15	Férula neumática	X	X	X		
16	Gasas estériles	X	X	X		
17	Guantes descartables estériles	X	X	X		
18	Guantes descartables para examen	X	X	X		
19	Guía para colocación de tubo endotraqueal	X	X	X		
20	Jeringa descartable	X	X	X		
21	Máscara nebulización adulto y pediátrica	X	X	X		
22	Máscara reservorio adulto y pediátrica	X	X	X		
23	Máscara venturi adulto	X	X	X		
24	Mascarillas descartables	X	X	X		
25	Sonda de aspiración	X	X	X		
26	Sonda Foley	X	X	X		
27	Sonda nasogástrica Sonda Nelaton	X	X	X		
28	Termómetro oral y rectal	X	X	X		
29	Tubo de Mayo	X	X	X		
30	Tubo endotraqueal	X	X	X		



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**LISTA DE CHEQUEO N° 14**

Claves de Emergencias Obstétricas		SI	NO
<b>CLAVE ROJA: MANEJO INMEDIATO DEL SHOCK HIPOVOLEMICO GINECO - OBSTETRICO</b>			
1	1 Balón con Oxígeno con manómetro y flujómetro o suministro de oxígeno empotrado		
2	1 Tensiómetro		
3	Cloruro de sodio 0.9%		
4	Poligelina		
5	Oxitócico parenteral		
6	Balón intrauterino		
7	Sutura absorbible (catgut)		
8	Pinzas (para hemostasia)		
9	Sonda Foley No 14		
10	Bolsa colectora		
11	Ergometrína maleato (ergovinicos) 0.200mg		
12	Misoprostol (04 tabletas por paciente)		
13	Faja puerperal		
14	Vendas elásticas		
<b>CLAVE AZUL: MANEJO INMEDIATO DE LA PRE ECLAMPSIA SEVERA Y ECLAMPSIA</b>			
1	1 Balón con Oxígeno con manómetro y flujómetro o suministro de oxígeno empotrado		
2	Aspirador de secreciones		
3	Equipo de resucitación		
4	Tubo de Mayo No 4		
5	Sulfato de magnesio		
6	Jeringa 5, 10, y 20cc		
7	Agujas 25G, 21G y 18G		
8	Antihipertensivos: Metildopa, Nifedipino		
9	Diazepam 10mg		
10	1 Tensiómetro		
11	Cloruro de sodio 0.9%		
12	Sonda Foley No 14		
13	Bolsa colectora		
<b>CLAVE AMARILLA: MANEJO INMEDIATO DE SEPSIS SEVERA Y SHOCK SEPTICO GINECO - OBSTETRICO*</b>			
1	1 Balón con Oxígeno con manómetro y flujómetro o suministro de oxígeno empotrado		
2	Equipo de monitoreo fetal		
3	Inotrópicos		
4	Diuréticos: Furosemida		
5	Corticoides: Hidrocortisona, Betametasona, Dexametasona parenteral.		
6	Sonda Foley No 14		
7	Bolsa colectora		
8	Jeringa 5, 10, y 20cc		
9	Agujas 25G, 21G y 18G		
10	Cloruro de sodio 0.9%		
11	Jeringa 5, 10, y 20cc		
12	Agujas 25G, 21G y 18G		
13	Catéter No 18		
14	Llave de doble vía		
15	Antibióticos (**): Gentamicina 160mg		
16	Ranitidina 50mg		
17	Oxitócico parenteral		
18	Antifebriles: Paracetamol 500mg, Metamizol 1.5g,		
19	1 Tensiómetro		

\* En Mapa de Flujos de Emergencias, se debe haber considerado referencia a Hospital con Unidad de Cuidados Intensivos.

\*\* Antibiótico para Segundo Nivel de Atención: Ceftriaxona 1g, Clindamicina 600 mg, Amikacina 500 mg.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -MINSA/DGSP-V.01  
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

**LISTA DE CHEQUEO N° 15**

Funciones Obstétricas Neonatales Primarias - FONP		SI	NO
<b>Equipo</b>			
1	1 Balón con Oxígeno con manómetro y flujómetro o suministro de oxígeno empotrado.		
2	1 Depósito para desechos con bolsa descartable.		
3	1 Lámpara de pie con cuello de ganso.		
4	1 linterna a pilas o similar operativa		
5	1 Mesa para examen con pierneras, tobilleras o taconeras / Camilla.		
6	1 Recipiente para descontaminación.		
7	Aspirador de secreciones.		
8	1 Tallímetro de sobremesa.		
9	Balanza de pie con tallímetro.		
10	Coche de curaciones (disponible).		
11	Balanza pediátrica de mesa.		
12	Mesa para recepción del recién nacido.		
13	Lámpara para fuente de calor.		
14	Cinta métrica.		
<b>Instrumental</b>			
15	1 Bolsa autoinflable de reanimación con máscara para adulto		
16	1 Bolsa autoinflable de reanimación con reservorio y máscara para recién nacido a término y prematuro.		
17	Espéculos Vaginales de Graves.		
18	1 Cánula Mayo Guedel (2 o 3).		
19	1 Estetoscopio biauricular.		
20	1 Estetoscopio pediátrico.		
21	1 Fetoscopio de Pinard.		
22	1 Tensiómetro		
<b>Material fungible</b>			
23	Algodón		
24	Catéter endovenoso No 18.		
25	Catéter endovenoso No 23, 25.		
26	Equipo de venoclisis		
27	Esparadrapo		
28	Gasa estéril		
29	Guantes quirúrgicos No 6.5 - 7 - 8		
30	1 Termómetro oral / axilar		
<b>Ropa disponible en función al número de procedimientos</b>			
31	Batas para pacientes,		
32	Mandilón estéril,		
33	Sábanas para camilla,		
34	Soleras		
35	Toallas para recepción del recién nacido,		
<b>Soluciones</b>			
36	Agua estéril		
37	Alcohol yodado		
38	Bencina yodada		
39	Alcohol al 90%		
40	Jabón líquido		
41	Solución antiséptica (yodo-povidona),		
42	Solución hipoclorito de sodio,		



C. ACOSTA S.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**LISTA DE CHEQUEO N° 16**

<b>Funciones Obstétricas Neonatales Primarias - FONB</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Establecimientos de Salud I – 4</b>			
<b>Equipo</b>			
1	1 Aspirador eléctrico con sonda de aspiración		
2	Balanza de pie		
3	1 Balón con Oxígeno con manómetro y flujómetro o suministro de oxígeno empotrado		
4	1 Cinta obstétrica CLAP		
5	Coche de curaciones		
6	1 Depósito para desechos con bolsa descartable		
7	1 Gestograma		
8	1 Lámpara de pie con cuello de ganso		
9	1 Linterna a pilas o similar operativa		
10	1 Mesa para examen con pierneras, tobilleras o taconeras / Camilla		
11	1 Oxímetro de pulso portátil		
12	1 Pantoscopio		
13	1 Recipiente para descontaminación		
14	1 Soporte para soluciones		
<b>Instrumental</b>			
15	1 Bolsa autoinflable de reanimación con máscara para adulto		
16	1 Bolsa autoinflable de reanimación con reservorio y máscara para recién nacido a término y prematuro		
17	1 Cánula Mayo Guedel (2 o 3)		
18	1 Equipo de flebotomía		
19	1 Equipo Doppler de detección de latidos fetales		
20	Espéculos Vaginales de Graves		
21	1 Estetoscopio biauricular		
22	1 Estetoscopio pediátrico		
23	1 Fetoscopio de Pinard		
24	1 Martillo de reflejos		
25	1 Tensiómetro		
<b>Material fungible</b>			
26	Algodón		
27	Catéter endovenoso No 18		
28	Catéter endovenoso No 23, 25		
29	Cinta reactiva para albúmina en orina o ácido sulfo salicílico		
30	Cinta reactiva para glucosa		
31	Equipo de venoclisis		
32	Esparadrapo		
33	Gasa estéril		
34	Guantes quirúrgicos N° 6.5 - 7 - 8		
35	Papel tornasol rosado o nitrazina		
36	Sondas Nelaton N° 12 ó 14		
37	1 Termómetro oral / axilar		



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº -Minsa/DGSP-V.01  
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
 DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

Funciones Obstétricas, Neonatales Primarias - FONB Establecimientos de Salud I - 4		SI	NO
<b>Ropa disponible en función al número de procedimientos</b>			
38	Batas para pacientes		
39	Mandilón estéril		
40	Piñeras de tela estéril o campos		
41	Sábanas para camilla		
42	Soleras		
43	Vestuario: pantalón, chaqueta, botas, gorra y máscara		
<b>Soluciones</b>			
44	Alcohol yodado		
45	Bencina yodada		
46	Jabón líquido		
47	Solución antiséptica (yodo-povidona)		
48	Solución hipoclorito de sodio		
<b>Medicamentos e insumos</b>			
49	Agujas No 25G, 23G		
50	Analgésicos orales y/o parenterales		
51	Antibióticos orales y/o parenterales		
52	Antiespasmódicos orales y parenterales		
53	Antihipertensivos: Metildopa, Nifedipino		
54	Bicarbonato de sodio 8.4%		
55	Cloruro de sodio 0.9%		
56	Corticoides: Hidrocortisona, Betametasona, Dexametasona parenteral.		
57	Dextrosa al 33% / 20cc		
58	Dextrosa al 5% / 500cc		
59	Dextrosa al 5% / 1000cc		
60	Diazepam 10mg parenteral		
61	Digitálicos parenterales		
62	Diuréticos orales y parenterales		
63	Equipo de venoclisis con cámara de microgotero		
64	Epinefrina		
65	Ergovínicos parenterales		
66	Etilefrina		
67	Expansores plasmáticos		
68	Fenobarbital parenteral		
69	Fitomenadiona (Vit. K)		
70	Jeringa de tuberculina con aguja No 23		
71	Jeringas descartables 3, 5, 10 y 20cc		
72	Gluconato de Calcio 10% parenteral		
73	Lidocaína al 1% y 2% sin epinefrina, sin preservativos parenteral		
74	Oxítocico parenteral		
75	Sondas de aspiración 5F y 8F		
76	Sondas vesicales Foley 14 y 16		
77	Sulfato de atropina		
78	Sulfato de magnesio		
79	Tocolíticos		



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**LISTA DE CHEQUEO N° 17-A**  
**CATEGORIA I-4**

No.	PROCEDIMIENTOS (**)	SI	NO
<b>INMUNOLOGÍA</b>			
1	Identificación de anticuerpo Brucella en Placa (Aglutinaciones)		
2	Test de Rosa de Bengala		
3	Test de RPR		
4	Identificación de anticuerpo Tífico O (Aglutinaciones)		
5	Identificación de anticuerpo Tífico H (Aglutinaciones)		
6	Test de VDRL		
7	Test de Antiestreptolisina O por Látex		
8	Test de Proteína C Reactiva		
<b>HEMATOLOGÍA</b>			
1	Constantes corpusculares		
2	Gota gruesa		
3	Hematocrito manual		
4	Hemoglobina manual		
5	Hemograma manual		
6	Recuento de plaquetas		
7	Recuento de reticulocitos		
8	Tiempo de coagulación		
9	Tiempo de Protrombina		
10	Tiempo de sangría		
11	Tiempo de Tromboplastina Parcial Activado		
12	Velocidad de Sedimentación		
13	Grupo Sanguíneo y Factor RH		
14	Frotis de Sangre Periférica (*)		
<b>BIOQUÍMICA</b>			
1	Dosaje de Ácido Úrico		
2	Dosaje de Bilirrubina Directa		
3	Dosaje de Bilirrubina Total		
4	Dosaje de Colesterol Total		
5	Dosaje de Creatinina		
6	Dosaje de Fosfatasa Alcalina		
7	Dosaje de Glucosa		
8	Dosaje de Proteínas Totales		
9	Dosaje de Transaminasa TGO – AST		
10	Dosaje de Transaminasa TGP – ALT		
11	Dosaje de Triglicéridos		
12	Dosaje de Urea		
13	Test de Embarazo en Orina		
14	Examen completo de Orina		
<b>MICROBIOLOGÍA</b>			
1	Tinción de Gram		
2	Tinción con Azul de Metileno		
3	Investigación Directa de Hongos		
4	Investigación Directa de Acaros		
5	B.K. esputo		
6	Heces Parasitológico de Heces Directo		
7	Heces Parasitológico de Heces Concentrado		
8	Investigación de sangre oculta en heces		
9	Coprológico funcional		
10	Reacción inflamatoria		
11	Test de Sudán		
12	Sustancias reductoras		
13	Examen completo de Orina		

(\*) Según Funciones Obstétricas Neonatales Básicas (FONB)

(\*\*) Cumplimiento mayor del 80%: 40 procedimientos



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**LISTA DE CHEQUEO N° 17-A**  
**CATEGORIA I-3**

PROCEDIMIENTOS (**)		SI	NO
<b>INMUNOLOGÍA</b>			
1	Identificación de anticuerpo Brucella en Placa (Aglutinaciones)		
2	Test de Rosa de Bengala		
3	Test de RPR		
4	Identificación de anticuerpo Tífico O (Aglutinaciones)		
5	Identificación de anticuerpo Tífico H (Aglutinaciones)		
6	Test de VDRL		
<b>HEMATOLOGÍA</b>			
1	Gota gruesa		
2	Hematocrito manual		
3	Hemoglobina manual		
4	Hemograma manual		
5	Tiempo de sangría		
6	Velocidad de Sedimentación		
7	Grupo Sanguíneo y Factor RH (*)		
<b>BIOQUÍMICA</b>			
1	Dosaje de Glucosa (*)		
2	Examen completo de Orina (*)		
<b>MICROBIOLOGÍA</b>			
1	B K en esputo		
2	Heces Parasitológico de Hece Directo		

(\*) Según Funciones Obstétricas Neonatales Primaria (FONP)

(\*\*) Cumplimiento mayor del 80%: 14 procedimientos

**CATEGORIA I-2**

PROCEDIMIENTOS (**)		SI	NO
<b>HEMATOLOGÍA</b>			
1	Tiempo de sangría		
2	Tiempo de coagulación		
3	Velocidad de Sedimentación		

(\*\*)

Cumplimiento mayor del 80%: 02 procedimientos.



C. ACOSTA S.

**LISTA DE CHEQUEO N° 17-B**

**CATEGORÍA I-4**

PROCEDIMIENTOS		SI	NO
1	Urocultivo, identificación y antibiograma		
2	Cultivo de Líquido Cefalorraquídeo		
3	Papanicolau		
4	Cultivo BK		

**CATEGORÍA I-3**

PROCEDIMIENTOS		SI	NO
1	Papanicolau		
2	Cultivo BK		

**CATEGORÍA I-2**

PROCEDIMIENTOS		SI	NO
1	Papanicolau		
2	BK en esputo		

**CATEGORÍA I-1**

PROCEDIMIENTOS		SI	NO
1	BK en esputo		





**LISTA DE CHEQUEO N° 18**

**BIOSEGURIDAD**

No.	Items	SI	NO	Fuente de Verificación
1	Lavado de manos	El personal cumple con la técnica correcta del lavado de manos (clínico).		Demostración de un personal Médico, Enfermería u Obstetricia.
2		El personal ha recibido capacitación sobre lavado de manos en los últimos 6 meses.		Informe de Capacitación
3	Uso de Equipos de Protección Personal (EPP) (Gorro, Lentes, Mascarilla, Mandilón, Guantes, Botas)	El personal cumple con el uso del Equipo de Protección personal (EPP).		Demostración de uso en Atención de Parto
4	Manejo de cortopunzantes	El personal de salud utiliza los contenedores para eliminación de residuos punzo cortantes.		Observación en Tópico / Área de Emergencia



**LISTA DE CHEQUEO N° 19**

**Esterilización y Desinfección**

No.	Items	SI	NO	Fuente de Verificación
1	Se cuenta con manual de desinfección y esterilización y es conocido por el personal responsable de este proceso.			Manual y entrevista a personal responsable
2	El personal responsable está capacitado para realizar sus funciones.			Observación directa o Entrevista a personal responsable
3	El personal utiliza los EPP para realizar el proceso de esterilización según etapas.			Observación directa EPP: Mascarillas, lentes protectores, mandilón impermeable y guantes para el lavado del material y desinfección. Para el empaque se agregará el uso de gorro.
4	El establecimiento de salud cuenta con los insumos mínimos para el proceso de esterilización.			<u>Limpieza</u> Prelavado o Descontaminación: Agua arrastre mecánico Lavado: Agua y Detergente (enzimático de preferencia) <u>Desinfección:</u> Desinfectante (hipoclorito de sodio 0.5 % ó 5/1000, Amonio cuaternario) <u>Empaque:</u> Papel grado médico, papel Kraft, para tejido de algodón, indicador químico, indicador físico <u>Esterilización:</u> Control de calidad
5	Se realiza la limpieza y desinfección del material de acuerdo a los procedimientos establecidos por tipo de material/equipo			Observación directa Lavado de agua a presión y uso de detergente enzimático (desinfección) de todo tipo de material previamente clasificado ( vidrio, goma, metálico, polietileno o plástico); para el I-4 utilizar agua blanda para autoclaves
6	Se empaqa y esteriliza el material/equipos de acuerdo a los procedimientos estipulados			Observación directa Para los I-4 se utilizará empaque de tejido de algodón para las autoclaves Para establecimientos del I-3 al I-1 se utilizará papel kraft para los pupíneles.
7	Se realiza el almacenamiento del material/ equipo de acuerdo a los procedimientos estipulados			Observación directa Los artículos deben ser manipulados lo menos posible, registrados e inventariados, almacenados a temperatura ambiente y distribuidos según orden cronológico de esterilización.
8	Se realiza la distribución/entrega del material/equipos conforme a los criterios normados (sellos, rotulaciones, entre otros)			Observación directa El material esterilizado debe registrar un rótulo con: fecha de esterilización, fecha de vencimiento y código del paquete.
9	El personal responsable y/o asignado controla y registra el proceso de esterilización y sus ocurrencias.			Debe evidenciarse un registro ordenado y actualizado del proceso de esterilización.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**LISTA DE CHEQUEO N° 20**

No.	Ítems	SI	NO	Fuente de Verificación
1	El personal cuenta con EPP (Equipos de Protección Personal: Guantes de goma, lentes protectores, gorro, botas de jebe, delantal o ropa para limpieza, mascarilla)			Observación directa
2	El establecimiento cuenta con los insumos necesarios (Desinfectante: Hipoclorito de sodio 0.1% ó 1/1000, Lejía al 0.1%)			Observación directa
3	Se realiza la limpieza en las áreas de atención al paciente por turnos.			Registro de limpieza por turno
4	El personal de limpieza elimina residuos sólidos según norma			Observación directa Colocación de bolsa roja y bolsa negra en área alejada de áreas de atención al paciente.

Áreas de atención al paciente: Consultorios, Tópico /Área de emergencia, Sala de Partos, Internamiento, Área de Intervención Quirúrgica.



**ANEXO N° 03**

**Instrumento de Medición del Desempeño de Establecimientos del Segundo y Tercer  
 Nivel de Atención en Salud.**

<b>COMPONENTE N° 01</b>		<b>GESTIÓN INSTITUCIONAL Y ADMINISTRATIVA</b>		
<b>MACROPROCESO N° 01</b>		<b>GESTIÓN DE LA PLANIFICACIÓN Y CONTROL INSTITUCIONAL</b>		
<b>ESTÁNDAR N° 01</b>		<b>EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CUMPLE CON LAS METAS Y OBJETIVOS DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL Y PLAN OPERATIVO ANUAL.</b>		
N°	PROCESOS CLAVE	VERIFICADORES	CRITERIOS	
			SI	NO
1	El establecimiento de salud cuenta con el ASIS Institucional actualizado y aprobado anualmente.	ASIS del año anterior. RD de aprobación.		
2	El establecimiento de salud cuenta con Plan Estratégico vigente, aprobado y enmarcado en las Políticas Nacionales-Regionales, según corresponda y se ha distribuido a las UPSS.	Plan Estratégico aprobado con RD y documento de distribución a sus UPSS.		
3	El establecimiento de salud cuenta con Plan Operativo Anual aprobado y articulado al Plan Estratégico Institucional, demuestra su difusión a las UPSS y cuenta con la evaluación e informe del último trimestre.	Plan Operativo aprobado con RD, documento de distribución a todas las UPSS e Informe de evaluación del último trimestre.		
4	El establecimiento de salud cuenta con documentos de gestión actualizados y enmarcados en la normatividad.	Presentación del ROF, MOF, CAP, PAP, MAPRO y TUPA.		
5	El establecimiento de salud cuenta con proyectos de inversión aprobados y en proceso de ejecución.	Relación de proyectos aprobados. Informe de avance de ejecución.		
6	El establecimiento de salud cuenta con instrumentos de monitoreo y evaluación de la gestión y los implementa.	Instrumento de monitoreo. Instrumento de evaluación. Informe de aplicación de ambos instrumentos.		



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 01</b>		<b>GESTIÓN INSTITUCIONAL Y ADMINISTRATIVA</b>		
<b>MACROPROCESO N° 02</b>		<b>GESTIÓN DEL RIESGO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES.</b>		
<b>ESTÁNDAR N° 02</b>		<b>EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ESTA PREPARADO, ORGANIZADO, E IMPLEMENTADO PARA ENFRENTAR CON ÉXITO LAS EMERGENCIAS Y DESASTRES.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento de salud cuenta con la estimación del riesgo (social, antrópico, naturales, entre otros).	Verificación en el Plan de Emergencias y Desastres actualizado.		
2	El establecimiento de salud cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad de Defensa Civil, solicitado al gobierno local.	Presentación del Certificado de Inspección Técnica de Seguridad de Defensa Civil.		
3	El establecimiento de salud implementa acciones de reducción del riesgo frente a emergencias y desastres.	Verifica en el Plan de Emergencia y Desastres actualizado. Informe de actividades ejecutadas según programación.		
4	El establecimiento de salud está organizado, preparado e implementado para la respuesta y rehabilitación ante situaciones de emergencias y desastres.	Relación de brigadistas activos Informe de capacitación Listado de materiales, indumentaria, equipos, entre otros.		
5	El establecimiento de salud cuenta con la infraestructura, equipamiento, materiales y demás recursos necesarios para la atención intra y extrahospitalaria.	Relación actualizada de equipos, materiales, insumos, recursos humanos, entre otros; para la atención. (Énfasis: emergencia, UCI, hospitalización, centro quirúrgico, laboratorio, diagnóstico por imágenes).		

<b>COMPONENTE N° 01</b>		<b>GESTIÓN INSTITUCIONAL Y ADMINISTRATIVA</b>		
<b>MACROPROCESO N° 03</b>		<b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN.</b>		
<b>ESTÁNDAR N° 03</b>		<b>EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONE DE UN SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN GERENCIAL.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento de salud identifica las necesidades de información de manera participativa con las áreas técnicas.	Informes Técnicos. Acta de reuniones. Listado de participantes.		
2	El establecimiento de salud dispone de la tecnología adecuada para automatizar la información (software, hardware, entre otros) de manera oportuna y objetiva.	<b>Aplicación de Lista de Chequeo N° 01.</b>		
3	El establecimiento de salud realiza sistemáticamente el análisis de la información comprobando su veracidad, confiabilidad y oportunidad.	Acta de reuniones Informe de análisis sistemático.		
4	El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones, basada en el análisis de la información.	Acta de reuniones Documento de acción implementada.		
5	El establecimiento de salud retroalimenta y difunde la información procesada a las UPSS y áreas involucradas en la gestión.	Documento de envío de información procesada a UPSS u otra área. Información en pág. web o boletines.		



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 01</b>		<b>GESTIÓN INSTITUCIONAL Y ADMINISTRATIVA</b>		
<b>MACROPROCESO N° 04</b>		<b>GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS.</b>		
<b>ESTANDAR N° 04</b>		<b>EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DESARROLLA CAPACIDAD PARA LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS.</b>		
N°	PROCESOS CLAVE	VERIFICADORES	CRITERIOS	
			SI	NO
1	El establecimiento de salud desarrolla capacidad para incorporar, contratar y preservar los recursos humanos para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	Documentos de requerimiento, constancia de selección y contrato. Manual de Organización y Funciones.		
2	Cuenta con un plan anual de incentivos laborales y lo está implementando (no es incentivo laboral económico).	Plan Anual Aprobado con RD. Informes de actividades.		
3	El establecimiento de salud incorpora acciones Bienestar Social y condiciones adecuadas de trabajo digno al personal de salud.	Informe de actividades ejecutadas. Verificación <i>in situ</i> en áreas asistenciales. (consultorios, emergencias, hospitalización, UCI, centros obstétrico y quirúrgicos)		
4	El establecimiento de salud identifica las necesidades de capacitación en forma participativa y realiza la programación anual de actividades de capacitación.	Documento de programación de actividades educativas e incorpora el diagnóstico de necesidades de capacitación. Lista de participantes en la programación.		
5	El establecimiento de salud cuenta con recursos humanos competentes para la prestación de servicios de salud con oportunidad y calidad.	Informes Técnicos de evaluación del desempeño. Informe de Fortalecimiento de capacidades.		
6	El establecimiento de salud dispone de medidas de seguridad para la salud de los trabajadores de áreas de riesgo.	<b>Aplicación de</b> <b>Lista de Chequeo N° 02.</b>		



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 01</b>		<b>GESTIÓN INSTITUCIONAL Y ADMINISTRATIVA</b>		
<b>MACROPROCESO N° 05</b>		<b>GESTIÓN LOGÍSTICA.</b>		
<b>ESTÁNDAR N° 05</b>		<b>EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DESARROLLA CAPACIDAD PARA PROVEER DE MANERA OPORTUNA LOS RECURSOS LOGÍSTICOS NECESARIOS, PARA EL CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES.</b>		
N°	PROCESOS CLAVE	VERIFICADORES	CRITERIOS	
			SI	NO
1	El establecimiento de salud cuenta con capacidad de gestión para el mantenimiento.	Plan de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos y electromecánicos, infraestructura y otros. Informe de actividades realizadas, según programación.		
2	El establecimiento de salud cuenta con capacidad de gestión en los procesos de programación y adquisición de bienes y servicios, en el marco del cumplimiento del Plan Anual de Adquisiciones.	Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones aprobado. Informe de actividades ejecutadas, según programación del PAAC.		
3	El establecimiento de salud cuenta con capacidad de gestión para el almacenamiento y distribución adecuada de los bienes de la institución.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 03 y Reporte SIGA (distribución).		
4	El establecimiento de salud cuenta con servicios generales (lavandería, transporte, costura, nutrición, cocina, entre) organizados e implementados adecuadamente, según normatividad.	Verificación in situ por servicio. Listado actualizado de bienes por servicios.		
5	El establecimiento de salud, dispone de reporte SIGA de bienes patrimoniales, actualizado acorde con la normatividad.	Reporte SIGA semestral actual.		
6	El establecimiento de salud cuenta con plan de baja de equipamiento tecnológico y se ejecuta según lo programado.	Plan de Baja. Documentos de implementación del plan.		



CLASIFICADO

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 01</b>		<b>GESTIÓN INSTITUCIONAL Y ADMINISTRATIVA</b>		
<b>MACROPROCESO N° 06</b>		<b>GESTIÓN DEL FINANCIAMIENTO</b>		
<b>ESTÁNDAR N° 06</b>		<b>EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DESARROLLA CAPACIDAD PARA GESTIONAR LOS RECURSOS PRESUPUESTALES INTERNO Y EXTERNO CON EFICIENCIA, EN EL MARCO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento de salud recibe de manera íntegra los reembolsos del SIS en relación a las prestaciones realizadas.	Informes o reporte de reembolsos. Actas de conciliación.		
2	El establecimiento de salud ejecuta los ingresos del SIS, con oportunidad y acorde con la normatividad vigente.	Reporte de ingresos Informe de ejecución de ingresos.		
3	El establecimiento de salud dispone de los estados de balance presupuestal, comprobación y financiero.	Reporte de recaudación por fuente de financiamiento.		
4	El establecimiento de salud realiza la revisión periódica de los procedimientos operativos aprobados.	Copia de RD de caja. Informe mensual de arqueo de caja.		
5	El establecimiento de salud cuenta con tarifario actualizado de acuerdo a la política tarifaria nacional.	Tarifario actualizado y aprobado con RD Documento normativo de política tarifaria nacional.		
6	El establecimiento de salud ejecuta oportunamente las partidas presupuestales autorizadas.	Documento de ejecución de compromiso. Marco presupuestal vigente.		

<b>COMPONENTE N° 01</b>		<b>GESTIÓN INSTITUCIONAL Y ADMINISTRATIVA</b>		
<b>MACROPROCESO N° 07</b>		<b>GESTIÓN DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS.</b>		
<b>ESTÁNDAR N° 07</b>		<b>EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DESARROLLA CAPACIDAD DE GESTIÓN PARA GARANTIZAR EL ACCESO OPORTUNO Y DE CALIDAD DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento de salud se encuentra organizado para realizar la gestión de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, con eficiencia, equidad y calidad.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 04-A		
2	En el establecimiento de salud el proceso de estimación, programación y adquisición de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, se efectúa con eficiencia.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 04-B		
3	El establecimiento de salud realiza una adecuada gestión de stocks en el Almacén Especializado de Medicamentos y en los servicios de farmacia.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 04-C		
4	El establecimiento de salud planifica y gestiona el financiamiento para desarrollar con eficiencia el suministro de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 04-D		





**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 01</b>		<b>GESTIÓN INSTITUCIONAL Y ADMINISTRATIVA</b>		
<b>MACROPROCESO N° 08</b>		<b>GESTIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS.</b>		
<b>ESTÁNDAR N° 08</b>		<b>EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DESARROLLA CAPACIDAD PARA ADMINISTRAR LOS RESIDUOS SÓLIDOS EN COMPATIBILIDAD CON EL MEDIO AMBIENTE Y LA SALUD PÚBLICA, EN CONFORMIDAD CON SUS COMPETENCIAS Y NORMATIVIDAD VIGENTE.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento de salud cuenta e implementa el Plan Integral de Residuos Sólidos, conforme la normatividad vigente.	Plan Integral de Residuos Sólidos aprobado con RD. Informe de actividades, según programación.		
2	El establecimiento de salud está organizado e implementado para el manejo de los residuos sólidos.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 05-A		
3	El establecimiento de salud cuenta con el sistema de recolección, tratamiento y disposición final de los residuos sólidos.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 05-B		
4	El establecimiento de salud cuenta con personal capacitado en el manejo adecuado de los residuos sólidos.	Plan de capacitación. Informe de capacitación, incluye relación de participantes.		
5	El Establecimiento de Salud aplica instrumentos de monitoreo y analiza el manejo de residuos sólidos hospitalarios.	Instrumento de monitoreo. Informe Técnico de Monitoreo (incorpora análisis)		

<b>COMPONENTE N° 01</b>		<b>GESTIÓN INSTITUCIONAL Y ADMINISTRATIVA</b>		
<b>MACROPROCESO N° 09</b>		<b>GESTIÓN DE LA TRANSPARENCIA Y ANTICORRUPCIÓN.</b>		
<b>ESTÁNDAR N° 09</b>		<b>EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REALIZA UNA GESTIÓN TRANSPARENTE E IMPLEMENTA POLÍTICAS DE ANTICORRUPCIÓN.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento de salud cuenta con un sistema de acceso a la información pública, que permita atender las solicitudes en forma oportuna.	Verificar in situ el sistema de acceso a la información (pág. web, libro de reclamaciones, boletines, entre otros). Reporte de solicitudes de información. Documento de atención a solicitudes.		
2	El establecimiento de salud cumple con publicar la información que exige la normatividad en los portales institucionales oportunamente.	Verificación in situ en el portal institucional de información actualizada.		
3	El establecimiento de salud adopta medidas de anticorrupción.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 06.		
4	El establecimiento de salud cumple con el levantamiento de las observaciones realizadas por el Órgano de Control Interno.	Informe de acción de control especial. Informe de levantamiento de observaciones		
5	El establecimiento de salud realiza programas de capacitación en normas preventivas de corrupción, dirigido al personal encargado de adquisiciones y contrataciones del Estado.	Plan e informe de capacitación.		



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE Nº 02</b>		<b>GESTIÓN SANITARIA</b>		
<b>MACROPROCESO Nº 10</b>		<b>GESTIÓN DE LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)</b>		
<b>ESTÁNDAR Nº 10</b>		<b>EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REALIZA LA GESTIÓN ADECUADA DE LAS UPSS DE ATENCIÓN DIRECTA (*) Y CUMPLE CON LOS ESTÁNDARES DE INDICADORES DE DESEMPEÑO CLÍNICO.</b>		
<b>Nº</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento de salud cuenta y evalúa el Plan de Gestión Clínica (incluye atención directa y de soporte).	Plan de Gestión Clínica anual aprobado. Informe de evaluación del plan.		
2	El equipo de gestión realiza el monitoreo de los indicadores de desempeño clínico por UPSS.	Informe de Monitoreo de indicadores desempeño clínico por trimestre.		
3	El personal de salud aplica las guías de práctica clínica y procedimientos en los servicios de atención directa.	Verificación en Historias Clínicas(02) por cada UPSS		
4	La UPSS consulta externa del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y brinda atención integral a los usuarios según etapas de vida.	Aplicación de Lista de Chequeo Nº 07-A.		
5	La UPSS emergencia del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar la atención de usuarios en situación de urgencia y emergencia, según su categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo Nº 07-B.		
6	La UPSS hospitalización del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar la atención y estancia de usuarios, según su categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo Nº 07-C.		
7	La UPSS centro quirúrgico del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar la atención y estancia de usuarios, según su categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo Nº 07-D.		
8	La UPSS centro obstétrico del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar la atención y estancia de usuarios, según su categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo Nº 07-E.		
9	La UPSS unidad de cuidados intensivos (UCI) del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar la atención y estancia de usuarios, según su categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo Nº 07-F.		



(\*) CONSULTA EXTERNA, EMERGENCIA, HOSPITALIZACIÓN, CENTRO QUIRÚRGICO, CENTRO OBSTÉTRICO Y UCI.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 02</b>		<b>GESTIÓN SANITARIA</b>		
<b>MACROPROCESO N° 10</b>		<b>GESTIÓN DE LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS).</b>		
<b>ESTÁNDAR N° 11</b>		<b>EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REALIZA LA GESTIÓN ADECUADA DE LAS UPSS DE ATENCIÓN DE SOPORTE (*) Y CUMPLE CON LOS ESTÁNDARES DE INDICADORES DE DESEMPEÑO CLÍNICO.</b>		
<b>N°</b>	<b>PROCESOS CLAVE</b>	<b>VERIFICADORES</b>	<b>CRITERIOS</b>	
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	El establecimiento de salud cuenta con el apoyo al diagnóstico necesario para la prestación (diagnóstico por imágenes, procedimiento de patología clínica, entre otros), según su categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 08-A.		
2	La UPSS nutrición y dietética del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar la atención de usuarios, según su categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 08-B.		
3	La UPSS de hemodiálisis del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar terapéutica sustitutiva, dialítica a pacientes con insuficiencia renal, según su categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 08-C.		
4	La UPSS medicina de rehabilitación del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar la atención de usuarios, según su categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 08-D.		
5	El servicio de farmacia del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para el manejo adecuado de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, según su categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 08-E.		
6	El Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I o II según corresponda, cumple con los requisitos mínimos de funcionamiento y realizan procedimientos para garantizar sangre segura.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 08-F.		
7	La UPSS Central de Esterilización del establecimiento de salud cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar la atención de usuarios según su categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 08-G.		



(\*) DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES, PATOLOGÍA CLÍNICA, FARMACIA, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA, MEDICINA DE REHABILITACIÓN, HEMODIÁLISIS, CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCOS DE SANGRE Y ESTERILIZACIÓN.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº -MINS/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE Nº 02</b>	<b>GESTIÓN SANITARIA</b>
<b>MACROPROCESO Nº 11</b>	<b>CALIDAD DE LA ATENCIÓN</b>
<b>ESTÁNDAR Nº 12</b>	<b>EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ELEVA LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD A NIVELES ACEPTABLES, CLARAMENTE PERCIBIDOS POR LOS USUARIOS (INTERNO Y EXTERNO).</b>

Nº	PROCESOS CLAVE	VERIFICADORES	CRITERIOS	
			SI	NO
1	El establecimiento de salud cuenta con Plan de Gestión de Calidad aprobado e implementado según normatividad.	RD, Plan de Gestión de Calidad, Informes ejecución de actividades, según programación.		
2	El establecimiento de salud implementa el proceso de acreditación.	Informes de implementación del proceso de acreditación.		
3	El establecimiento de salud ha realizado la medición de la satisfacción del usuario externo y el clima organizacional.	Informe de medición de satisfacción del usuario externo. Informe de medición del clima organizacional.		
4	El establecimiento de salud implementa estrategias para la seguridad del paciente.	Plan de Seguridad del Paciente. Informe de ejecución de actividades, según cronograma del plan.		
5	El establecimiento de salud implementa y hace seguimiento del plan de auditoría de calidad de la atención.	Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención. Informe de ejecución de actividades, según cronograma del plan.		
6	El establecimiento de salud cuenta con la evaluación de tiempos de espera en las UPSS emergencia y consulta externa.	Informe de evaluación de tiempos de espera en las UPSS emergencia y consulta externa.		
7	El establecimiento de salud promueve el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad, en base a los resultados de las mediciones realizadas.	Listado de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad. Informes de implementación de los proyectos.		
8	El establecimiento de salud desarrolla acciones de vigilancia y control de infecciones intrahospitalarias.	Informe de acciones de vigilancia y control de infecciones intrahospitalarias.		
9	El establecimiento de salud cuenta con Lactario Institucional implementado y en funcionamiento.	<b>Aplicación de Lista de Chequeo Nº 09.</b>		



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01  
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
 DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

<b>COMPONENTE N° 02</b>		<b>GESTIÓN SANITARIA</b>		
<b>MACROPROCESO N° 12</b>		<b>CONTINUIDAD Y ACCESO A LA ATENCIÓN.</b>		
<b>ESTÁNDAR N° 13</b>		<b>EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD HA INCREMENTADO COBERTURA DE ATENCIÓN Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.</b>		
N°	PROCESOS CLAVE	VERIFICADORES	CRITERIOS	
			SI	NO
1	El establecimiento de salud cuenta con estrategias de mejora de acceso a los servicios de salud.	Informe de estrategias implementadas (mejora acceso a los servicios de salud)		
2	El establecimiento de salud desarrolla estrategias para incrementar la cobertura de afiliación y atención al SIS.	Informe de estrategias implementadas (incremento de afiliación y atención SIS).		
3	El establecimiento de salud trabaja en la consolidación del sistema de referencia y contrarreferencia (SRCR).	Aplicación de Lista de Chequeo N° 10.		

<b>COMPONENTE N° 03</b>		<b>GESTIÓN DE LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN</b>		
<b>MACROPROCESO N° 13</b>		<b>PLANEAMIENTO, ORGANIZACIÓN Y APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.</b>		
<b>ESTÁNDAR N° 14</b>		<b>EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD APORTA CON EVIDENCIAS CIENTÍFICAS PARA LA EMISIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS DE RELEVANCIA PARA LA POLÍTICA INSTITUCIONAL Y NACIONAL.</b>		
N°	PROCESOS CLAVE	VERIFICADORES	CRITERIOS	
			SI	NO
1	El establecimiento de salud tiene definido sus políticas y planificación institucional de la investigación.	Plan de investigación anual aprobado. Documentos de políticas de investigación.		
2	El establecimiento de salud cuenta con una estructura orgánica, tecnológica, financiamiento y marco normativo necesarios para el desarrollo de investigaciones.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 11.		
3	El establecimiento de salud difunde los resultados producto de la ejecución de los proyectos de investigación.	Documento de difusión de investigación. Publicaciones de artículos de investigación (nacional/internacional).		
4	El establecimiento de salud aporta a la institución y al país con el desarrollo de normas, relacionados a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad prioritariamente.	Documentos normativos aprobados.		
5	El establecimiento de salud ha realizado la transferencia de tecnología de investigación al personal de salud (dentro y fuera del establecimiento).	Documento de requerimiento o programación de asistencia técnica. Informe de Asistencia Técnica.		



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 03</b>		<b>GESTIÓN DE LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN</b>		
<b>MACROPROCESO N° 14</b>		<b>FORMACIÓN Y DESARROLLO DE CAPACIDADES.</b>		
<b>ESTÁNDAR N° 15</b>		<b>EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CONTRIBUYE A LA FORMACIÓN Y DESARROLLO DE CAPACIDADES DEL PERSONAL DE SALUD (INTERNO Y EXTERNO) DENTRO Y FUERA DEL ESTABLECIMIENTO.</b>		
N°	PROCESOS CLAVE	VERIFICADORES	CRITERIOS	
			SI	NO
1	El establecimiento de salud está organizado e implementado para el desarrollo de pasantías.	Documento de implementación de pasantías Informe de pasantías ejecutadas		
2	El establecimiento de salud ha organizado y ejecutado el desarrollo de cursos en el área asistencial, administrativa e investigación, según prioridades institucionales.	Plan Anual de Capacitación. Informe de cursos ejecutados.		
3	El establecimiento de salud dispone de un sistema de registro del personal capacitado y certificado según temas de competencia de la institución.	Verificación in situ del sistema de información. Reporte de personal capacitado y certificado según competencia de la institución.		
4	El establecimiento de salud tiene definido su campo clínico por especialidades y sub-especialidades.	Aplicación de Lista de Chequeo N°12.		

<b>COMPONENTE N° 04</b>		<b>GESTIÓN POR COMPETENCIAS</b>		
<b>MACROPROCESO N° 15</b>		<b>GESTIÓN POR COMPETENCIAS.</b>		
<b>ESTÁNDAR N° 16</b>		<b>EL DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CUENTA CON COMPETENCIAS PARA SER GESTOR Y LIDER DENTRO Y FUERA DE SU INSTITUCIÓN.</b>		
N°	PROCESOS CLAVE	VERIFICADORES	CRITERIOS	
			SI	NO
1	El Director y su equipo de gestión tienen visión estratégica para la conducir a su institución de manera exitosa.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 13.		
2	El Director y su equipo de gestión mantienen buenas relaciones con su entorno interno y externo formando alianzas estratégicas.	Acta de acuerdos con los estamentos formales de la institución (gremios de profesionales y técnicos) Convenios con otras instituciones (universidades, ONG, cooperación internacional, entre otros		
3	El Director desarrolla capacidad de negociación para la resolución de conflictos.	Acta de acuerdos, de resolución de conflictos. Verifica ausencia de paros o huelgas.		
4	El Director y su equipo de gestión han desarrollado capacidad de innovación y creatividad para mejorar la función de asistencial, administrativa, de investigación y docencia.	Informe de estrategia de innovación implementada.		
5	El Director reúne los atributos de liderazgo individual e institucional.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 14.		



U. ACOSTA S.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01  
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
 DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

**Lista de Chequeo N° 01**

**Sistema de Información Integrado y Automatizado**

ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
Los procedimientos médicos están identificados con sus códigos.			
Los productos farmacéuticos están identificados con sus códigos.			
Los usuarios están siendo identificados con sus códigos (códigos de 11 dígitos).			
El establecimiento y los servicios médicos de apoyo están identificados con sus códigos.			
Las UPS están identificadas con sus códigos.			
Identifican "el episodio de atención" en salud de acuerdo a la norma (siete dígitos) Uso solo en informática.			
La identificación del personal esta adecuada a la norma (usan código de 11 dígitos).			
Los financiadores están identificados con sus respectivos códigos.			

**Si alguno no aplica no se disminuirá también en los criterios de calificación.**



C. ACOSTA S.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -MINSA/DGSP-V.01  
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
 DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

<b>Lista de Chequeo N° 02</b>
<b>Medidas de Seguridad para los trabajadores</b>

ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
El almacén está ubicado en un lugar donde se tenga un fácil acceso a la fuente de abastecimiento.			
El tamaño del almacén está de acuerdo a la variedad y volumen de productos a almacenar.			
Las paredes y techos son lisos y fáciles de limpiar.			
Los pisos son de concreto y están a nivel.			
Las ventanas cuentan con malla metálica o barrotes.			
El diseño de la puerta brinda seguridad y facilita el tránsito del personal, de los productos y equipos.			
No existen productos colocados directamente en el piso (eso incluye sus contenedores).			
Cuenta con refrigerador para almacenar productos que lo requieran.			
Se revisa la presencia de certificados médicos de todo el personal que labora en el almacén.			
Cuenta con extinguidores con carga vigente.			
Tiene una adecuada iluminación.			
La distancia entre los estantes y la pared es mínimo de 30cm.			
Cuenta con las áreas del almacén debidamente separadas y/o señaladas e identificadas.			
Se evita la acumulación de materiales combustibles como cajas de cartón.			
Los estantes, pisos, paredes y techos se encuentran limpios y mantenidos.			



C. ACOSTA S.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**Lista de Chequeo N° 03**

**Buenas Prácticas de Almacenamiento en Almacén de Farmacia**

ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
El almacén está ubicado en un lugar donde se tenga un fácil acceso a la fuente de abastecimiento.			
El tamaño del almacén está de acuerdo a la variedad y volumen de productos a almacenar.			
Las paredes y techos son lisos y fáciles de limpiar.			
Los pisos son de concreto y están a nivel.			
Las ventanas cuentan con malla metálica o barrotes.			
El diseño de la puerta brinda seguridad y facilita el tránsito del personal, de los productos y equipos.			
La temperatura es controlada, verificándose que se encuentre entre 15°- 25° y nunca más de 30°.			
Cuenta con parihuelas, termo higrómetro, equipo electrógeno.			
No existen productos colocados directamente en el piso (eso incluye sus contenedores).			
Cuenta con refrigerador para almacenar productos que lo requieran.			
Se revisa la presencia de certificados médicos de todo el personal que labora en el almacén.			
Cuenta con extinguidores con carga vigente.			
Tiene una adecuada iluminación.			
Tiene una adecuada circulación de aire (aire acondicionado).			
La distancia entre los estantes y la pared es mínimo de 30cm.			
Sus medicamentos se encuentran protegidos de la luz solar.			
Cuenta con las áreas del almacén debidamente separadas y/o señaladas e identificadas.			
Se evita la acumulación de materiales combustibles como cajas de cartón.			
Los estantes, pisos, paredes y techos se encuentran limpios y mantenidos.			
Cada lote de producto ingresa con su respectivo protocolo de análisis.			
La evaluación del protocolo de análisis, muestreo y verificación de las características organolépticas de los suministros es efectuada por el Químico farmacéutico responsable.			



C. ACOSTA S.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -MINS/DGSP-V.01  
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
 DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

**Lista de Chequeo N° 03**

**Buenas Prácticas de Almacenamiento en el Servicio de Farmacia**

ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
El tamaño del establecimiento está de acuerdo con la variedad y volumen de productos a dispensar.			
Las paredes y techos son impermeables y lisos, fáciles de limpiar y recubiertos con pintura lavable.			
Los pisos son de cemento o losetas y están a nivel.			
Tiene estantes y/o anaqueles en número suficiente para almacenar correctamente los productos, protegiéndolos de la luz solar.			
La temperatura es controlada, verificándose que se encuentre entre 15°- 25° y nunca más de 30°.			
No existen productos colocados directamente en el piso.			
Cuenta con refrigerador para almacenar productos que lo requieran.			
Se revisa la presencia de certificados médicos de todo el personal que labora en el almacén.			
Cuenta con extinguidores con carga vigente.			
Tiene una adecuada iluminación.			
Tiene una adecuada circulación de aire (ventiladores o aire acondicionado).			
La distancia entre estantes y/o anaqueles facilita el movimiento del personal que dispensa y la manipulación de productos.			
Hay vitrina con llave para almacenar estupefacientes			
Se evita la acumulación de materiales combustibles como cajas de cartón			
Los estantes , pisos, paredes y techos se encuentran limpios y mantenidos			
Se retira de la venta y del área de dispensación los productos con fecha de expiración vencida.			



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01  
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
 DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

**Lista de Chequeo N° 04-A**

**Organización para la gestión de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.**

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El establecimiento de salud cuenta con plan estratégico aprobado el cual incluye el componente de la gestión de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.			
2	El plan operativo incluye actividades de suministro de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios y se ejecutan de acuerdo a lo programado.			
3	El ROF/MOF actualizado incorpora funciones del servicio de farmacia y sus áreas, según normatividad.			
4	El Jefe de Farmacia integra el Comité de Gestión del establecimiento de salud.			
5	La gestión actual de farmacia ha asignado funciones a todo el personal a su cargo.			

**Lista de Chequeo N° 04-B**

**Estimación, programación y adquisición de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.**

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Se realiza la estimación de necesidades, programación y requerimiento de productos farmacéuticos y dispositivos médicos utilizando una adecuada metodología (consumo histórico, perfil de morbilidad, máximos y mínimos) y criterios técnicos (días de desabastecimiento, meses de stock disponibles, disponibilidad, necesidad de los servicios, entre otros).			
2	El ES ha formulado y remitido a DIGEMID el requerimiento para la compra corporativa nacional de productos farmacéuticos para el período anual en curso.			
3	Farmacia tiene definido y aprobado el procedimiento de estimación y programación de productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos.			
4	Farmacia ha formulado y enviado a la Dirección de Administración/logística el requerimiento para la compra institucional de productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos, no incluidos en la compra nacional para el período anual en curso.			
5	Logística realiza el monitoreo/seguimiento de los procesos de compra en curso.			
6	Logística cumple con la ejecución de los contratos suscritos de productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos.			
7	Logística aplica lo señalado en la Ley de Adquisiciones del Estado para situaciones de incumplimiento de contrato.			



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**Lista de Chequeo N° 04-C**

**Gestión de stocks en el Almacén Especializado de Medicamentos y en los servicios de farmacia.**

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El ES garantiza la conservación de los productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos en el marco de las BPA en las áreas de almacén especializado de medicamentos, de dispensación/expediente de farmacia y otra dependientes de farmacia donde se almacene.			
2	Farmacia ha implementado el procedimiento para control de inventarios, monitoreo de existencias de productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos.			
3	Farmacia ha implementado el procedimiento para la rotación de stocks y productos próximos a vencer en el establecimiento de salud.			
4	El ES no dispone de productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos vencidos, deteriorados, sustraídos, robados, entre otros; para la baja respectiva.			
5	El almacén general del establecimiento de salud realiza el procedimiento administrativo indicado en la Directiva del SISMED para el ingreso y traslado de los productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos al AEM.			
6	Farmacia envía mensualmente a la Oficina de Logística el consumo de productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos, desagregado por tipo de atención para que éste a su vez emita la pecosa respectiva.			
7	Logística elabora la pecosa del consumo de productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos en forma mensual por tipo de salida (ventas, SIS, intervenciones sanitarias, exoneraciones, donaciones) de acuerdo a lo informado por farmacia.			

**Lista de Chequeo N° 04-D**

**Gestiona el financiamiento para el eficiente suministro.**

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Farmacia monitoriza la situación del fondo rotario del SISMED, los reembolsos por consumo de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios por atenciones SIS y participa en la autorización de los gastos.			
2	Farmacia comunica mensualmente a la Oficina Local de Seguros los importes correspondientes al consumo de productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos por atenciones a pacientes del SIS solicitando el reembolso respectivo.			
3	Farmacia coordina y participa en la distribución del reembolso del SIS en lo que corresponde a la deuda por consumo de productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos.			
4	El ES prioriza y asigna mensualmente lo correspondiente al consumo de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, según el reembolso recibido del SIS Central para la gestión farmacéutica.			
5	El ES efectúa el gasto administrativo vinculado al SISMED de acuerdo a normativa vigente.			
6	El calendario asignado para la compra de farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos está de acuerdo al requerimiento formulado por la Farmacia.			
7	La Oficina de Planeamiento y Presupuesto reserva el marco presupuestal correspondiente al reembolso por atención a pacientes del SIS para la compra de farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos y gastos operativos del SISMED.			
8	Farmacia participa en la ejecución del PpR en lo correspondiente al pago/compra de productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos de soporte para las atenciones de pacientes de las intervenciones sanitarias.			



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**Lista de Chequeo N° 05-A**

**Organización e implementación para el manejo de Residuos Sólidos.**

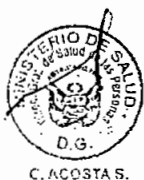
N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Cuenta con Comité de Residuos Sólidos en el establecimiento de salud aprobado con Resolución Directoral.			
2	El establecimiento de salud cuenta con Plan de Manejo de Residuos Sólidos aprobados.			
3	En los últimos tres meses el personal del establecimiento de salud recibió asistencia técnica o capacitación en el manejo de residuos sólidos.			
4	El establecimiento de salud está cumpliendo en remitir la Declaración Anual de sus residuos sólidos.			
5	El establecimiento de salud está cumpliendo en remitir los manifiestos de manejo de residuos sólidos peligrosos de acuerdo a normatividad.			
6	Las UPPS de atención directa (*) cuentan con los insumos necesarios para la eliminación de los residuos sólidos.			
7	Las UPPS de atención de soporte (**) cuentan con los insumos necesarios para la eliminación de los residuos sólidos.			
8	El establecimiento de salud cuenta con un número adecuado de trabajadores para el manejo de residuos sólidos.			
9	El establecimiento de salud ha definido la distribución, turnos y horario de los trabajadores para el manejo de los residuos sólidos.			
10	Al personal encargado del manejo de residuos sólidos cuenta con el control médico adecuado.			
11	El personal encargado del manejo de residuos sólidos conoce los procedimientos para el reporte en caso de accidentes laborales.			
12	Existe reporte o registro de enfermedades más frecuentes del personal que realiza el manejo de residuos sólidos en el establecimiento de salud.			

(\*) CONSULTA EXTERNA, EMERGENCIA, HOSPITALIZACIÓN, CENTRO QUIRÚRGICO, CENTRO OBSTÉTRICO Y UCI.

(\*\*) DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES, PATOLOGÍA CLÍNICA, FARMACIA, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA, MEDICINA DE REHABILITACIÓN, HEMODIÁLISIS, CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCOS DE SANGRE.

**NOTA:**

En caso no aplicara algún ítem de la lista de chequeo no será considerado en la calificación final de aplicación del instrumento.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**Lista de Chequeo N° 05-B**  
**Recolección, tratamiento y disposición de Residuos Sólidos.**

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>ACONDICIONAMIENTO</b>				
1	Cuentan con recipientes adecuados, cantidad, color y capacidad en los servicios de atención directa y de apoyo.			
2	Los recipientes para residuos biocontaminados tienen bolsa roja y tapa respectiva.			
3	Los recipientes para residuos comunes tienen bolsa negra y tapa respectiva.			
4	Los recipientes para residuos especiales tienen bolsa amarilla y tapa respectiva.			
5	Se utiliza recipientes adecuados para desechar material punzo cortante (plástico, cartón corrugado resistente) debidamente rotulados.			
<b>SEGREGACIÓN Y ALMACENAMIENTO PRIMARIO</b>				
6	Se realiza la segregación de los residuos sólidos comunes y biocontaminados en los servicios de atención directa y de apoyo.			
7	La segregación de residuos punzo-cortantes se realiza en contenedores resistentes y rígidos.			
8	Las jeringas con residuos radiactivos se colocan en recipientes rígidos, simbolizados según manejo establecido por IPEN.			
9	Los medicamentos vencidos, en mal estado considerados residuos sólidos son dados de baja según normatividad de DIGEMID.			
10	Los residuos generados en el área de microbiología son tratados previamente (autoclavados).			
<b>ALMACENAMIENTO INTERMEDIO</b>				
11	Cuenta con ambiente apropiado para el almacenamiento intermedio de residuos sólidos de acuerdo a lo establecido en la normatividad.			
12	El ambiente cuenta con recipientes identificados y de uso exclusivo para los residuos sólidos.			
13	Los recipientes están debidamente rotulados, con bolsas respectivas y con tapas.			
14	Los ambientes y los recipientes están sujetos a una limpieza y desinfección permanente.			
<b>RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE INTERNO</b>				
15	La recolección de residuos sólidos se realiza de manera manual.			
16	La recolección de los residuos sólidos se realiza en coches adecuados y de uso exclusivo para residuos biocontaminados.			
17	La recolección de residuos sólidos de los tachos se realiza cuando llega hasta las $\frac{3}{4}$ partes.			
18	La recolección de residuos sólidos se realiza en horas adecuadas que no interfiere con otras actividades.			
19	El traslado de los residuos sólidos interfiere con las rutas de circulación de pacientes, rutas de alimentos y circulación de ropa limpia.			
20	Las rutas de transporte se encuentran señalizadas en el establecimiento de salud.			
<b>ALMACENAMIENTO CENTRAL</b>				
21	El lugar de almacenamiento es adecuado (puertas, techo, letreros, señalización y sistema de lavado).			
22	Se realiza el almacenamiento de residuos sólidos en tachos tipo sansón con su bolsa diferenciada y tapa respectiva.			
23	La ubicación del punto de almacenamiento en el establecimiento es adecuado.			
24	El ambiente cuenta con un programa de higiene y desinfección de manera definitiva.			
25	El tiempo de permanencia de los residuos en el almacenamiento central/final es por un período no mayor de 24 horas.			
26	El ambiente se encuentra señalizado para la ubicación de residuos punzo cortantes, biocontaminados, comunes y especiales.			



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

..... Continuación de la Lista de Chequeo N° 05-B.

<b>Lista de Chequeo N° 05-B</b>				
<b>Recolección, tratamiento y disposición de Residuos Sólidos.</b>				

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>TRATAMIENTO</b>				
27	El establecimiento cuenta con un sistema de tratamiento para residuos biocontaminados.			
28	Se realiza quema artesanal de los residuos sólidos (al aire libre u otra forma).			
29	El equipo de tratamiento (autoclave, incinerador y otro alternativo) se encuentra en óptimas condiciones.			
30	El sistema de tratamiento cuenta con un instrumento ambiental: Estudio de Impacto Ambiental-EIA o Programa de Adecuación y Manejo Ambiental-PAMA aprobado por DIGESA.			
<b>TRANSPORTE Y DISPOSICIÓN FINAL</b>				
31	El vehículo que transporta los residuos sólidos (EPS-RS) está debidamente autorizado por la Municipalidad Provincial o el Ministerio de Transporte y Comunicaciones y cuenta con Registro de DIGESA.			
32	El personal que realiza la operación cuenta con indumentaria de protección adecuada.			
33	El horario y la frecuencia de recolección se realiza en horas y número de veces adecuada.			
34	Se cuenta con registro de la cantidad de residuos sólidos recolectados.			
36	Los manifiestos de residuos sólidos devueltos por la EPS-RS cuentan con firmas y sellos correspondientes.			
37	La disposición final de residuos sólidos se dispone en un relleno sanitario autorizado.			
<b>RECUPERACIÓN Y RECICLAJE DE RESIDUOS SÓLIDOS</b>				
38	Se realiza reciclaje, reutilización de los residuos sólidos generados (plásticos, cartones, vidrios, entre otros).			
39	Se realiza comercialización de los residuos sólidos generados (plásticos, cartones, vidrios, entre otros) a través de una EC-RS.			
40	Se realiza la comercialización de los residuos de alimentos sin contaminación (comunes)			
<b>GENERACIÓN DE RESIDUOS RADIOACTIVOS</b>				
41	Se genera residuos radiactivos en el establecimiento.			
42	Existe tratamiento previo a la disposición final (almacenamiento prolongado en recipientes plomados u otro).			
43	La disposición final de los residuos radioactivos se realiza de manera adecuada.			



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -MINSA/DGSP-V.01  
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
 DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

**Lista de Chequeo N° 06**

**Medidas de Anticorrupción**

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Informe de rendición de cuentas a la ciudadanía.			
2	Declaraciones juradas de funcionarios.			
3	Constancia de antecedentes judiciales de funcionarios.			
4	Informe de Capacitación en Ética y Anticorrupción, incluye relación de participantes.			





**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**Lista de Chequeo N° 07-A**

**Condiciones mínimas en Consultorio Externo.**

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>INFRAESTRUCTURA</b>				
1	Los ambientes se encuentran adecuadamente iluminados y ventilados.			
2	Las ventanas están íntegras y limpias.			
3	Los focos o fluorescentes están operativos y limpios.			
4	La instalación eléctrica y cableada se encuentra protegida y en buen estado.			
5	Las instalaciones sanitarias se encuentran en buen estado, operativas y limpias (incluye agua fría y caliente, red para oxígeno, red de aire comprimido, desagüe)			
6	Los servicios higiénicos diferenciados para pacientes y el personal, por sexo y con insumos para el lavado de manos.			
7	Extintores operativos y vigentes.			
8	Cuentan con lavamanos operativo, en buen estado y limpio en cada consultorio con jabón y elementos de secado.			
9	Las paredes se encuentran pintadas y en buen estado.			
10	Los pisos son impermeables, antideslizantes, resistentes, secos, libres de grietas, en buen estado y limpios.			
<b>REGULACIÓN Y GESTIÓN</b>				
11	Cuenta con Manual de Organización y Funciones del Servicio aprobado y actualizado.			
12	Guías de Práctica Clínica aprobadas y disponibles para las 10 patologías más frecuentes, en correspondencia a la categoría del ES.			
13	Manual de procesos y procedimientos del servicio aprobado y actualizado.			
14	Cuenta con un Plan de Mejoramiento de Procesos.			
<b>EQUIPOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS</b>				
15	Se aprecia equipo, materiales o muebles inoperativos u obsoletos.			
16	Se dispone de equipos esenciales para la atención. ( ver Ficha N° 01)			
17	Se dispone de equipos de telecomunicaciones cercano.			
<b>RECURSOS HUMANOS</b>				
18	Todo el personal usa uniforme de protección en su trabajo diario y posee identificación visible.			
19	Se verifica la permanencia del personal programado según cronograma de turnos (horario).			
20	El personal presenta indumentaria limpia, arreglo personal adecuado y uñas recortadas.			
<b>VERIFICACIÓN DE PROCESOS</b>				
21	Los residuos sólidos son colocados en tachos con tapa según tipo (uso de bolsa negra, amarilla y roja).			
22	Los materiales punzocortantes son dispuestos en envase rígido, y las agujas no son reencapuchadas.			
23	Personal de salud se lava las manos entre paciente y paciente de manera adecuada.			
24	Las recetas son escritas en DCI, indicando forma de presentación, concentración, número de unidades y forma de administración (VO, EV, IM).			
25	El tiempo de espera entre la llegada a la Sala de Espera y la atención no es mayor a 30 minutos.			
26	Se cumple con el doble horario de atención (mañana y tarde).			
27	Existe un Sistema de Citas en consultorio externo.			
28	El personal de salud utiliza el formato de consentimiento informado.			
29	El personal de salud aplica la normatividad de Historia Clínica: llenado adecuado, letra legible, firma y sello de responsables, uso de formato de consentimiento informado, entre otros aspectos.			



C. ACOSTA S.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01  
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
 DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

FICHA N° 01

**RELACIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y EQUIPAMIENTO BÁSICOS EN  
 CONSULTORIO EXTERNO**

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>INSUMOS</b>				
1	Guantes de examen			
2	Gasas			
3	Algodón			
4	Bajalenguas			
<b>EQUIPAMIENTO</b>				
1	Pantoscopio			
2	Estetoscopio			
3	Tensiómetro			
4	Negatoscopio de 02 campos.			
5	Termómetro			
<b>MATERIALES</b>				
1	Formatos de apoyo al diagnóstico.			
2	Recetario estandarizado (RUE).			



C. ACOSTA S.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**Lista de Chequeo N° 07-B**

**Condiciones mínimas en Emergencia.**

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>INFRAESTRUCTURA</b>				
1	Las instalaciones cuentan con señalización externa e interna visible y según normatividad.			
2	Los ambientes cumplen con los requerimientos mínimos de infraestructura: Admisión (5m2 x persona), caja e informes (2,5m2 x persona), triaje (15m2), shock-trauma (20m2), sala de espera: 24m2, aislados: 12m2, Tópico adultos, Gineco-Obstetricia, niños y yeso: 15m2, inyectables: 5m2, Observación Adulto: 8m2 x camilla, Observación pediátrico (2.50 m2/cuna, 4m2/camilla pre-escolar, 5 mt2 /escolar), Ambulancia (15m2 por c/u).			
3	Los ambientes se encuentran adecuadamente iluminados y ventilados.			
4	Las ventanas están íntegras y limpias.			
5	Los focos o fluorescentes están operativos y limpios.			
6	Las instalaciones eléctricas y cableado se encuentran protegidos y en buen estado.			
7	Las instalaciones sanitarias se encuentran en buen estado, operativas y limpias (incluye agua fría y caliente, red para oxígeno, red de aire comprimido, desagüe).			
8	Las Unidades de Shock Trauma (II-2), Observación y UVIs cuentan con: Sistemas de Oxígeno, Aspiración y Aire Comprimido cada una con 2 salidas x cama, Sistema de Aire Acondicionado, Sistema de Tomacorriente (06 x cama) y línea telefónica interna.			
9	Los servicios higiénicos están diferenciados para pacientes y el personal, por sexo.			
10	Los servicios higiénicos están diseñados para pacientes discapacitados.			
11	Los servicios higiénicos cuentan con jabón y elementos de secado (no toalla de tela).			
12	Cuenta con extintores operativos y vigentes.			
13	Existe al menos un lavamanos operativo, en buen estado y limpio por cada tópico con jabón y elementos de secado.			
14	Las paredes se encuentran pintadas y en buen estado.			
15	Los pisos son impermeables, antideslizantes, resistentes, secos, libres de grietas, en buen estado y limpios.			
16	Cuenta con área destinada a triaje.			
<b>REGULACIÓN Y GESTIÓN</b>				
17	Cuenta con Manual de Organización y Funciones del Servicio aprobado y actualizado.			
18	Guías de Práctica Clínica aprobadas y disponibles para las 10 patologías más frecuentes, en correspondencia a la categoría del ES.			
19	Manual de procesos y procedimientos del servicio aprobado y actualizado.			
20	Cuenta con formato de consentimiento informado.			
21	Cuenta con un Plan de Mejoramiento de Procesos.			
<b>EQUIPOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS</b>				
22	Se aprecia equipos, vehiculos, materiales o muebles inoperativos u obsoletos.			
23	Se dispone de equipos esenciales para la atención. ( ver Ficha N° 02)			
24	Cuenta con ambulancia equipada y en buen estado según complejidad.			
25	Se dispone de equipos de telecomunicaciones.			
26	Se cuenta con agua corriente las 24 horas del día.			
<b>RECURSOS HUMANOS</b>				
27	Todo el personal usa uniforme de protección en su trabajo diario y posee identificación visible.			
28	Se verifica la permanencia del personal programado según cronograma de turnos (horario).			
29	El personal presenta indumentaria limpia, arreglo personal adecuado y uñas recortadas.			



C. ACOSTA S.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

..... Continuación de la Lista de Chequeo N° 07-B.

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>VERIFICACIÓN DE PROCESOS</b>				
30	Los residuos sólidos son colocados en tachos con tapa según tipo (uso de bolsa negra, amarilla y roja).			
31	Los materiales punzocortantes son dispuestos en envase rígido, y las agujas no son reencapuchadas.			
32	Personal de salud se lava las manos entre paciente y paciente de manera adecuada.			
33	El Tiempo de Espera de Emergencia es Prioridad I (0 min), Prioridad II (< 10min) y Prioridad III (< 20min).			
34	El personal de salud utiliza el formato de consentimiento informado.			
35	Pacientes en observación presentan menos de 12 horas de estancia.			
36	El personal de salud aplica la normatividad de Historia Clínica: llenado adecuado, letra legible, firma y sello de responsables, uso de formato de consentimiento informado, entre otros aspectos.			
37	Uso de guantes cuando se realizan venipunturas o cuando se manipula sangre, otros fluidos corporales, membranas mucosas o piel no intacta.			
38	Recetas son escritas en DCI, indicando forma de presentación, concentración, número de unidades y forma de administración (VO, EV, IM).			

**FICHA N° 02**  
**RELACIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y EQUIPAMIENTO BÁSICOS EN EMERGENCIA**

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>MEDICAMENTOS</b>				
1	Dopamina			
2	Adrenalina			
3	Dobutamina			
4	Atropina			
5	Cloruro de Sodio 0.9%			
6	Dextrosa al 5%			
7	Expansor plasmático			
8	Insulina			
9	Lidocaína			
10	Diazepam			
11	Fenitoína			
12	Morfina			
13	Sulfato de magnesio			
14	Dextrosa al 33%			
15	Dexametasona			
16	Manitol			
17	Fenoterol/salbutamol			
<b>INSUMOS</b>				
1	Guantes de examen			
2	Gasas			
3	Apósitos			
4	Algodón			
5	Soluciones de limpieza para heridas			
6	Esparadrappo antialérgico			
7	Bajalenguas			
<b>EQUIPAMIENTO</b>				
1	Pantoscopio			
2	Estetoscopio			
3	Tensiómetro			
4	Negatoscopio a dos campos			
5	Pinzas			
6	Tijeras			
7	Riñoneras			
8	Coche de paro equipado			
9	Equipo de nebulización			
10	Maletín de reanimación cardiopulmonar portátil			
11	Electrocardiógrafo			
12	Cilindro de oxígeno medicinal con accesorios.			



C. AGOSTA S.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**Lista de Chequeo N° 07-C**

**Condiciones mínimas en Hospitalización.**

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>INFRAESTRUCTURA</b>				
1	Los ambientes cumplen con los requerimientos mínimos de infraestructura (9m2 en unipersonales y 7.20m2 x cama en las otras con separación 1.5m entre camas).			
2	Los ambientes se encuentran adecuadamente iluminados y ventilados.			
3	Las ventanas están íntegras y limpias.			
4	Los focos o fluorescentes están operativos y limpios.			
5	La instalación eléctrica y cableada se encuentra protegida y en buen estado.			
6	Las instalaciones sanitarias se encuentran en buen estado, operativas y limpias (incluye agua fría y caliente, red para oxígeno, red de aire comprimido, desagüe)			
7	Los servicios higiénicos diferenciados para pacientes y el personal, por sexo y con insumos para el lavado de manos.			
8	Los servicios higiénicos están diseñados para pacientes discapacitados.			
9	Extintores operativos y vigentes.			
10	Cuentan con lavamanos operativo, en buen estado y limpio en cada consultorio con jabón y elementos de secado.			
11	Cuentan con ambiente para aislamiento.			
12	Las paredes se encuentran pintadas y en buen estado.			
13	Los pisos son impermeables, antideslizantes, resistentes, secos, libres de grietas, en buen estado y limpios.			
<b>REGULACIÓN Y GESTIÓN</b>				
14	Cuenta con Manual de Organización y Funciones del Servicio aprobado y actualizado.			
15	Guías de Práctica Clínica aprobadas y disponibles para las 10 patologías más frecuentes, en correspondencia a la categoría del ES.			
16	Manual de procesos y procedimientos del servicio aprobado y actualizado.			
17	Cuenta con un Plan de Mejoramiento de Procesos.			
18	Cuentan con consentimiento informado.			
<b>EQUIPOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS</b>				
19	Se aprecia equipo, materiales o muebles inoperativos u obsoletos.			
20	Se dispone de equipos esenciales para la atención. ( ver Ficha N° 03)			
21	Se dispone de equipos de telecomunicaciones en cada sala.			
22	Se cuenta con agua corriente las 24 horas del día.			
<b>RECURSOS HUMANOS</b>				
23	Todo el personal usa uniforme de protección en su trabajo diario y posee identificación visible.			
24	Se verifica la permanencia del personal programado según cronograma de turnos (horario).			
25	El personal presenta indumentaria limpia, arreglo personal adecuado y uñas recortadas.			
<b>VERIFICACIÓN DE PROCESOS</b>				
26	Los residuos sólidos son colocados en tachos con tapa según tipo (uso de bolsa negra, amarilla y roja).			
27	Los materiales punzocortantes son dispuestos en envase rígido, y las agujas no son reencapuchadas.			
28	Personal de salud se lava las manos entre paciente y paciente de manera adecuada.			
29	Las recetas son escritas en DCI, indicando forma de presentación, concentración, número de unidades y forma de administración (VO, EV, IM).			
30	Uso de guantes cuando se realizan venipunturas o cuando se manipula sangre, otros fluidos corporales, membranas mucosas o piel no intacta			
31	Se cumple con el doble horario de atención (mañana y tarde).			
32	El personal de salud utiliza el formato de consentimiento informado.			
33	El personal de salud aplica la normatividad de Historia Clínica: llenado adecuado, letra legible, firma y sello de responsables, uso de formato de consentimiento informado, entre otros aspectos.			
34	Se cumple con la normatividad de aislamiento hospitalario.			



C. ACOSTA S.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

FICHA N° 03

**RELACIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y EQUIPAMIENTO BÁSICOS EN HOSPITALIZACIÓN**

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>MEDICAMENTOS EN COCHE DE PARO</b>				
1	Adrenalina			
2	Vasopresina			
3	Bicarbonato de sodio			
4	Amiodarona			
5	Cloruro de Sodio 0.9%			
6	Dextrosa al 5%			
7	Cloruro de Potasio			
8	Hipersodio			
9	Lidocaína			
10	Atropina			
11	Procainamida			
12	Sulfato de magnesio			
<b>INSUMOS</b>				
	Tubo endotraqueal			
2	Catéter venoso central			
3	Tubo de mayo			
4	Líneas para bomba de infusión			
5	Sonda nasogástrica			
6	Jeringas para gases arteriales			
7	Sonda de aspiración			
8	Equipos de venoclisis			
<b>EQUIPAMIENTO</b>				
1	Desfibrilador			
2	Monitor			
3	Electrocardiógrafo			
4	Oxímetro de pulso			
5	Laringoscopio			
6	Coche de paro equipado			
7	Bomba de infusión			
8	Pantoscopio			
9	Monitor invasivo			
10	Aspirador de secreciones			
11	Grupo electrógeno			
12	Hemoglobinometro			
13	Ambú de adulto y niños			
14	Glucómetro			
15	Nebulizador			
16	Oxígeno y máscara operativos			
17	Tensiómetros y Estetoscopios			
18	Equipo de Flebotomía Completo			
19	Negatoscopio de 02 campos			



C. ACOSTA S.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**Lista de Chequeo N° 07-D**  
**Condiciones mínimas en Centro Quirúrgico.**

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>INFRAESTRUCTURA</b>				
1	Los ambientes cumplen con los requerimientos mínimos de infraestructura: SOP: 30-36m <sup>2</sup> x 3m alto.			
2	Los ambientes se encuentran adecuadamente iluminados y ventilados.			
3	Las ventanas están íntegras y limpias.			
4	Los focos o fluorescentes están operativos y limpios.			
5	Zonificación según norma: Zona No Rígida: Espera, admisión y control, jefatura y cambio de camillas. Zona Semirígida: Control de enfermeras, recuperación con trabajo de enfermeras, anestesiólogo, prelavado de instrumentos, cuarto de limpieza, cuarto séptico (ropa sucia y lavachatas), baños y vestuario de médicos, baños y vestuarios de enfermeras, cambio de botas, Zona Rígida: lavabos de cirujanos, sala de operaciones, rayos X portátil, depósito de material estéril, depósito de equipos.			
6	Las instalaciones eléctricas y cableadas se encuentran protegidas y en buen estado (comprende: subestación ventilada y de fácil acceso, grupo electrógeno, alumbrado, intercomunicaciones, servicio telefónico, redes, entre otros).			
7	Las instalaciones sanitarias se encuentran en buen estado, operativas y limpias (incluye agua fría y caliente, red para oxígeno, red de aire comprimido, desagüe)			
8	Extintores operativos y vigentes.			
9	Cuentan con un lavamanos a pedal, cerrado "por codo" o por sensor, operativo, en buen estado, limpio con jabón antiséptico.			
10	Posee esquinas pared-piso curvas de fácil limpieza.			
11	Las paredes se encuentran pintadas y en buen estado.			
12	Los pisos son impermeables, antideslizantes, resistentes, secos, libres de grietas, en buen estado y limpios.			
<b>REGULACIÓN Y GESTIÓN</b>				
13	Cuenta con Manual de Organización y Funciones del Servicio aprobado y actualizado.			
14	Guías de Práctica Clínica aprobadas y disponibles para las 10 patologías más frecuentes, en correspondencia a la categoría del ES.			
15	Manual de procesos y procedimientos del servicio aprobado y actualizado.			
16	Cuenta con un Plan de Mejoramiento de Procesos.			
17	Cuentan con consentimiento informado.			
<b>EQUIPOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS</b>				
18	Se aprecia equipo, materiales o muebles inoperativos u obsoletos.			
19	Se dispone de equipos esenciales para la atención. ( ver Ficha N° 04)			
20	Se dispone de equipos de telecomunicaciones.			
21	Se cuenta con agua corriente las 24 horas del día.			
<b>RECURSOS HUMANOS</b>				
22	Todo el personal usa uniforme de protección en su trabajo diario y posee identificación visible.			
23	Se verifica la permanencia del personal programado según cronograma de turnos (horario).			
24	El personal presenta indumentaria limpia, arreglo personal adecuado y uñas recortadas.			
<b>VERIFICACIÓN DE PROCESOS</b>				
25	Ropa Quirúrgica no es usada fuera de los ambientes que le corresponden.			
26	Los residuos sólidos son colocados en tachos con tapa según tipo (uso de bolsa negra, amarilla y roja).			
27	Los materiales punzocortantes son dispuestos en envase rígido, y las agujas no son reencapuchadas.			
28	Se cumplen procesos de lavado quirúrgico.			
29	Uso de guantes cuando se realizan venipunturas o cuando se manipula sangre, otros fluidos corporales, membranas mucosas o piel no intacta.			
30	Se cumple al menos con el 95% de las Operaciones Programadas.			
31	El personal de salud utiliza el formato de consentimiento informado.			
32	Libro de Registro de Cirugía está debidamente llenado de manera legible y firmado por los médicos responsables con nombre completo y CMP, de acuerdo a normatividad.			
33	Anestesiólogo acompaña a paciente hasta Sala de Recuperación.			



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01  
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
 DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

FICHA N° 04

**RELACIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y EQUIPAMIENTO BÁSICOS EN  
 CENTRO QUIRÚRGICO**

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>MEDICAMENTOS EN COCHE DE PARO</b>				
1	Adrenalina			
2	Dopamina			
3	Dobutamina			
4	Atropina			
5	Cloruro de Sodio 0.9%			
6	Expansor plasmático			
7	Adenosina			
8	Diazepam			
9	Midazolam			
10	Morfina			
11	Halotano			
12	Desfluorano			
13	Fentanilo			
14	Succinil Colina			
15	Rocuronio			
16	Prostigmine			
17	Tiopental sódico			
<b>INSUMOS</b>				
1	Tubo endotraqueal			
2	Catéter venoso central			
3	Tubo de mayo			
4	Líneas para bomba de infusión			
5	Bolsas colectoras			
6	Bolsas calentadora fluidos			
7	Máscara nebulizadora			
8	Sonda aspiración endotraqueal			
<b>EQUIPAMIENTO</b>				
1	Desfibrilador			
2	Monitor			
3	Electrocardiógrafo			
4	Oxímetro de pulso			
5	Laringoscopio			
6	Coche de paro equipado			
7	Bomba de infusión			
8	Monitor invasivo			
9	Unidad de anestesia			
10	Ventilador mecánico			
11	Vaporizador			
12	Resucitador Manual			
13	Aspirador de secreciones			
14	Electrocauterio			
15	Cialítica Fija			
16	Cialítica portátil			
17	Calentador corporal			
18	Cilindro de oxígeno medicinal accesorios			



C. ACOSTA S.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01  
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
 DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

**Lista de Chequeo N° 07-E**  
**Condiciones mínimas en Centro Obstétrico**

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>INFRAESTRUCTURA</b>				
1	Los ambientes cumplen con los requerimientos mínimos de infraestructura: S. Dilatación: 9m2 x cama + 20m2 para Trabajo de Enfermeras, S. Parto: Puerta batiente 1.20m, Área: 30m2 x 3m alto; S. Puerperio Inmediato: 7m2 x cama, S. Legrado: 25m2, S. Recién Nacido: 6m2.			
2	Se cumple con la relación de: 1 cama de T. parto x 10 camas obstétricas, 1 S. Partos x 20 camas obstétricas, 3 camas de T. Parto x 1 S. Partos, 2 camas recuperación x 1 S. Partos, 1 S. legrado si hay >2 S. Parto.			
3	Se ubica inmediato a la Unidad de Centro Quirúrgico y Emergencia.			
4	Los ambientes se encuentran adecuadamente iluminados y ventilados.			
5	Los focos o fluorescentes están operativos y limpios.			
6	Zonificación según norma: Zona Semirrígida: Recepción y control, un espacio para camillas y sillas de ruedas, una sala de evaluación y preparación de pacientes, sala de dilatación (trabajo de parto), sala de expulsión (sala de partos), trabajo de enfermeras, limpieza de instrumental, cuarto de limpieza, cuarto séptico (ropa sucia y lavachatas), vestuarios y servicios higiénicos de personal médico y enfermeras. Zona Rígida: sala de cirugía obstétrica, sala de legrado, sala de recuperación post-parto, sala de atención al recién nacido, depósito de material estéril.			
7	Las instalaciones eléctricas y cableado se encuentran protegidos y en buen estado.			
8	Las instalaciones sanitarias se encuentran en buen estado, operativas y limpias (incluye agua fría y caliente, red para oxígeno, red de aire comprimido, desagüe)			
9	Los servicios higiénicos cuentan con jabón y elementos de secado (no toalla de tela).			
10	Extintores operativos y vigentes.			
11	Cuentan con un lavamanos a pedal, cerrado "por codo" o por sensor, operativo, en buen estado, limpio con jabón antiséptico.			
12	Posee esquinas pared-piso curvas de fácil limpieza.			
13	Las paredes se encuentran pintadas y en buen estado.			
14	Los pisos son impermeables, antideslizantes, resistentes, secos, libres de grietas, en buen estado y limpios.			
<b>REGULACIÓN Y GESTIÓN</b>				
15	Cuenta con Manual de Organización y Funciones del Servicio aprobado y actualizado.			
16	Guías de Práctica Clínica aprobadas y disponibles para las 10 patologías más frecuentes, en correspondencia a la categoría del ES.			
17	Manual de procesos y procedimientos del servicio aprobado y actualizado.			
18	Cuenta con un Plan de Mejoramiento de Procesos.			
19	Cuentan con consentimiento informado.			
<b>EQUIPOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS</b>				
20	Se aprecia equipo, materiales o muebles inoperativos u obsoletos.			
21	Se dispone de equipos esenciales para la atención. ( ver Ficha N° 05)			
22	Se dispone de equipos de telecomunicaciones.			
23	Se cuenta con agua corriente las 24 horas del día.			
<b>RECURSOS HUMANOS</b>				
24	Todo el personal usa uniforme de protección en su trabajo diario y posee identificación visible.			
25	Se verifica la permanencia del personal programado según cronograma de turnos (horario).			
26	El personal presenta indumentaria limpia, arreglo personal adecuado y uñas recortadas.			

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

..... Continuación de la Lista de Chequeo N° 07-E.

VERIFICACIÓN DE PROCESOS				
27	Los residuos sólidos son colocados en tachos con tapa según tipo (uso de bolsa negra, amarilla y roja).			
28	Los materiales punzocortantes son dispuestos en envase rígido, y las agujas no son reencapuchadas.			
29	Se cumplen procesos de lavado manos para la atención del parto.			
30	Uso de guantes cuando se realizan venipunturas o cuando se manipula sangre, otros fluidos corporales, membranas mucosas o piel no intacta.			
31	El personal de salud utiliza el formato de consentimiento informado.			
32	Libro de Registro de Cirugía está debidamente llenado de manera legible y firmado por los médicos responsables con nombre completo y CMP, de acuerdo a normatividad.			
33	Se aplica procedimientos según Guías de Práctica Clínica o Guías Nacionales de Salud sexual y Reproductiva			

**FICHA N° 05**

**RELACION DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y EQUIPAMIENTO BÁSICOS EN**  
**CENTRO OBSTÉTRICO**

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>MEDICAMENTOS EN COCHE DE PARO</b>				
1	Adrenalina			
2	Atropina			
3	Ergotamina			
4	Cloruro de Sodio 0.9%			
5	Dextrosa al 33%			
6	Expansor plasmático			
7	Diazepam			
8	Lidocaína			
9	Fenitoína			
10	Sulfato de magnesio			
11	Metil Dopa			
<b>INSUMOS</b>				
1	Tubo endotraqueal			
2	Catéter venoso central			
3	Tubo de mayo			
4	Agujas epidurales			
5	Sonda nasogástrica			
6	Sonda vesical			
7	Catgut Crómico			
8	CLAMP			
<b>EQUIPAMIENTO</b>				
1	Desfibrilador			
2	Monitor Fetal			
3	Oxímetro de pulso			
4	Coche de paro equipado			
5	Aspirador de secreciones			
6	Acceso al servicio de ecografía			
7	Bomba de infusión			
8	Cilindro de oxígeno medicinal accesorios			



C. ACOSTA B.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -MINS/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**Lista de Chequeo N° 07-F**

**Condiciones mínimas en UCI**

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>INFRAESTRUCTURA</b>				
1	Los ambientes cumplen con los requerimientos mínimos de infraestructura: 12 m <sup>2</sup> x cama, separación 2.5m entre camas.			
2	Se cumple relación: N° camas UCI 5-8% (II-2 y III-1), 8% a 12% (III-2) del total de camas hospitalarias; 1 cama UCI neonatal x 1000 nacimientos/año incrementadas en razón a los neonatos referidos.			
3	Zonificación según norma: Zona negra: Jefatura médica, jefatura de enfermería, secretaria, área de espera, área de recepción e informes a los familiares; Zona gris: Vestuario con duchas y baños diferenciado por sexo, salas de descanso del personal, SSHH para el personal y para el público, área de trabajo sucio, área de trabajo limpio, depósito de ropa limpia, depósito de ropa sucia, área de eliminación de excretas o cuarto séptico; Zona blanca: área de tratamiento de diseño modular, máximo 6 camas x módulo con acabados sin juntas.			
4	Cuenta con área de aislamiento.			
5	Ambientes con luz natural y sistema de iluminación general e individual graduables en intensidad.			
6	Cuenta con Sistema de aire acondicionado.			
7	Cuenta con Sistema de oxígeno empotrado, sistema de aspirador empotrado y sistema de aire comprimido, todos con doble salida por cama.			
8	Sistema de tomacorriente (12 enchufes por cama) con alimentación independiente, conectado a tierra.			
9	Grupo electrógeno y equipo de luz auxiliar + 2 enchufes de alto amperaje x cama.			
10	Las instalaciones eléctricas y cableadas se encuentran protegidos y en buen estado (comprende: subestación ventilada y de fácil acceso, grupo electrógeno, alumbrado, intercomunicaciones, servicio telefónico, redes, entre otros).			
11	Las instalaciones sanitarias se encuentran en buen estado, operativas y limpias (incluye agua fría y caliente, red para oxígeno, red de aire comprimido, desagüe)			
12	Extintores operativos y vigentes.			
13	Cuentan con un lavamanos x cada 3 camas, operativos, en buen estado, limpios, con jabón líquido y papel toalla individual.			
14	Posee esquinas pared-piso curvas de fácil limpieza.			
15	Los pisos son impermeables, antideslizantes, resistentes, secos, libres de grietas, en buen estado y limpios.			
<b>REGULACIÓN Y GESTIÓN</b>				
16	Manual de organización y funciones del servicio aprobado y actualizado.			
17	Guías de Práctica Clínica aprobadas y disponibles para las 08 patologías más frecuentes, en correspondencia a la categoría del ES.			
18	Manual de procesos y procedimientos del servicio aprobado y actualizado.			
19	El ES cuenta con criterios de admisión y egreso aprobados.			
20	Dispone y aplica la normatividad de UCI e Intermedios.			
<b>EQUIPOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS</b>				
21	Se aprecia equipo, materiales o muebles inoperativos u obsoletos.			
22	Se dispone de equipos esenciales para la atención ( ver Ficha N° 06)			
23	Dispone de medicamentos e insumos esenciales para la atención (Ver Ficha N° 06).			
24	Se dispone de equipos de telecomunicaciones en cada sala.			
<b>RECURSOS HUMANOS</b>				
25	Todo el personal usa uniforme de protección en su trabajo diario y posee identificación visible.			
26	Se verifica la permanencia del personal programado según cronograma de turnos (horario).			
27	El personal presenta indumentaria limpia, arreglo personal adecuado, libre de alhajas y uñas recortadas.			
28	La dotación de recursos humanos adecuada a la cartera de servicios y categoría. (01 médico por cada 6 camas, 01 enfermera por dos camas, 01 técnico de enfermería por cada 6 camas).			



C. ACOSTA S.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

..... Continuación de la Lista de Chequeo N° 07-F.

VERIFICACIÓN DE PROCESOS				
29	Ropa de UCI no es usada fuera de los ambientes que le corresponden.			
30	Los residuos sólidos son colocados en tachos con tapa según tipo (uso de bolsa negra, amarilla y roja).			
31	Los materiales punzocortantes son dispuestos en envase rígido, y las agujas no son reencapuchadas.			
32	El personal de salud del servicio cumple con los procesos de lavado de manos.			
33	El personal de salud siempre utiliza guantes cuando realiza venipunturas o cuando se manipula sangre, otros fluidos corporales, membranas mucosas o piel no intacta.			
34	El personal de salud aplica la normatividad de Historia Clínica: llenado adecuado, letra legible, firma y sello de responsables, uso de formato de consentimiento informado, entre otros aspectos.			

**FICHA N° 06**  
**RELACION DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y EQUIPAMIENTO BÁSICOS EN UCI**

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>MEDICAMENTOS</b>				
1	Dopamina			
2	Adrenalina			
3	Dobutamina			
4	Atropina			
5	Cloruro de Sodio 0.9%			
6	Dextrosa al 5%			
7	Expansor plasmático			
8	Insulina			
9	Adenosina			
10	Diazepam			
11	Midazolam			
12	Morfina			
13	Heparina, de bajo peso			
14	Hidrocortisona			
15	Dexametasona			
16	Manitol			
17	Nitroprusiato			
<b>INSUMOS</b>				
1	Tubo endotraqueal			
2	Catéter venoso central			
3	Tubo de mayo			
4	Líneas para bomba de infusión			
5	Transductores			
6	Jeringas para gases arteriales			
<b>EQUIPAMIENTO</b>				
1	Desfibrilador			
2	Monitor			
3	Electrocardiógrafo			
4	Oxímetro de pulso			
5	Coche de paro equipado			
6	Bomba de infusión			
7	Monitor invasivo			
8	Aspirador de secreciones			
9	Camilla tipo STRYKER			
10	Aire Comprimido			
11	Ventilador mecánico			
12	Oxígeno empotrado			
13	Maletín de reanimación			



C. AGOSTAS.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01  
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
 DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

**Lista de Chequeo N° 08-A**

**Condiciones mínimas para procedimientos de Patología Clínica.**

**CATEGORIA II-1**

ITEMS		SI	NO	OBSERVACIONES
<b>Recursos Humanos</b>	Médico Especialista en Patología Clínica o Licenciado en Tecnología Médica en Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica o Biólogo supervisado por Patólogo Clínico de la Red de Servicios de Salud. Además de personal técnico de Laboratorio Clínico.			
<b>Infraestructura</b>	Áreas específicas para la toma de muestras, recepción y procesamiento de muestras biológicas de acuerdo a la NTS de la UPSS.			
<b>Equipamiento</b>	Mobiliario, equipos biomédicos e insumos necesarios para realizar la toma, recepción y procesamientos de muestras de acuerdo a NTS de la UPSS. Comprende áreas de bioquímica, hematología, inmunología, microbiología y banco de sangre.			
<b>Organización de la atención</b>	Garantizar 24 horas de atención, en especial para atención de emergencias.			
<b>Capacidad Resolutiva</b>	Realizan procedimientos de Bioquímica, Hematología y Microbiología correspondiente a su categoría, según NTS de la UPSS.			
<b>Control de Calidad</b>	Realiza control de calidad interno, interlaboratorial y envío.			
<b>Indicadores de Calidad</b>	Tiene definido e implementado indicadores relacionados a los procesos de: registro de pedido de análisis, toma de muestra, proceso analítico, resultados de interpretación /opinión diagnóstica, transcripción de resultados y porcentaje de satisfacción de usuarios.			

**CATEGORIA II-2**

ITEMS		SI	NO	OBSERVACIONES
<b>Recursos Humanos</b>	Médico Especialista en Patología Clínica o Licenciado en Tecnología Médica en Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica o Biólogo supervisado por Patólogo Clínico de la Red de Servicios de Salud. Además de personal técnico de Laboratorio Clínico.			
<b>Infraestructura</b>	Áreas específicas para la toma, recepción y procesamiento de muestras biológicas de acuerdo a la NTS de la UPSS. Comprende áreas de bioquímica, hematología, inmunología, microbiología y banco de sangre.			
<b>Equipamiento</b>	Mobiliario, equipos biomédicos e insumos necesarios para realizar la toma, recepción y procesamientos de muestras de acuerdo a NTS de la UPSS.			
<b>Organización de la atención</b>	Garantizar 24 horas de atención, en especial para atención de emergencias.			
<b>Capacidad Resolutiva</b>	Realizan procedimientos de Bioquímica, Hematología, Microbiología e Inmunología, correspondiente a su categoría, según NTS de la UPSS.			
<b>Control de Calidad</b>	Realizan el control de calidad interno, interlaboratorial y externo.			
<b>Indicadores de Calidad</b>	Tiene definido e implementado indicadores relacionados a los procesos de: registro de pedido de análisis, toma de muestra, proceso analítico, resultados de interpretación /opinión diagnóstica, transcripción de resultados y porcentaje de satisfacción de usuarios.			



C. ACOSTA S.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**Lista de Chequeo N° 03-A**

**Condiciones mínimas para procedimientos de Patología Clínica.**

**CATEGORIA III-1**

ITEMS		SI	NO	OBSERVACIONES
<b>Recursos Humanos</b>	Médico Especialista en Patología Clínica o Licenciado en Tecnología Médica en Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica o Biólogo supervisado por Patólogo Clínico de la Red de Servicios de Salud. Además de personal técnico de Laboratorio Clínico.			
<b>Infraestructura</b>	Áreas específicas para la toma de muestras, recepción y procesamiento de muestras biológicas de acuerdo a la NTS de la UPSS. Comprende áreas de bioquímica, hematología, inmunología, microbiología, banco de sangre, biología molecular y laboratorio de histocompatibilidad.			
<b>Equipamiento</b>	Mobiliario, equipos biomédicos e insumos necesarios para realizar la toma, recepción y procesamientos de muestras de acuerdo a NTS de la UPSS.			
<b>Organización de la atención</b>	Garantizar 24 horas de atención, en especial para atención de emergencias.			
<b>Capacidad Resolutiva</b>	Realizan procedimientos de Bioquímica, Hematología, Microbiología, Inmunología, Biología molecular e histocompatibilidad correspondiente a su categoría, según NTS de la UPSS.			
<b>Control de Calidad</b>	Realiza control de calidad interno, interlaboratorial y externo.			
<b>Indicadores de Calidad</b>	Tiene definido e implementado indicadores relacionados a los procesos de: registro de pedido de análisis, toma de muestra, proceso analítico, resultados de interpretación /opinión diagnóstica, transcripción de resultados y porcentaje de satisfacción de usuarios.			

**CATEGORIA III-2**

ITEMS		SI	NO	OBSERVACIONES
<b>Recursos Humanos</b>	Médico Especialista en Patología Clínica o Licenciado en Tecnología Médica en Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica o Biólogo supervisado por Patólogo Clínico de la Red de Servicios de Salud. Además de personal técnico de Laboratorio Clínico.			
<b>Infraestructura</b>	Áreas específicas para la toma de muestras, recepción y procesamiento de muestras biológicas de acuerdo a la NTS de la UPSS. Comprende áreas de bioquímica, hematología, inmunología, microbiología, banco de sangre, biología molecular y laboratorio de histocompatibilidad.			
<b>Equipamiento</b>	Mobiliario, equipos biomédicos e insumos necesarios para realizar la toma, recepción y procesamientos de muestras de acuerdo a NTS de la UPSS.			
<b>Organización de la atención</b>	Garantizar 24 horas de atención, en especial para atención de emergencias.			
<b>Capacidad Resolutiva</b>	Realizan procedimientos de Bioquímica, Hematología, Microbiología, Inmunología, Biología molecular e Histocompatibilidad correspondiente a su categoría y especialidad, según NTS de la UPSS.			
<b>Control de Calidad</b>	Realizan el control de calidad interno, interlaboratorial y externo.			
<b>Indicadores de Calidad</b>	Tiene definido e implementado indicadores relacionados a los procesos de: registro de pedido de análisis, toma de muestra, proceso analítico, resultados de interpretación /opinión diagnóstica, transcripción de resultados y porcentaje de satisfacción de usuarios.			

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**Lista de Chequeo N° 08-B**  
**Condiciones mínimas en el servicio de Nutrición y Dietética**

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>INFRAESTRUCTURA FÍSICA</b>				
1	El Servicio de Nutrición y Dietética considera los factores relacionados a la distancia hacia las unidades usuarias, transporte horizontal y vertical y la zona de carga y descarga de víveres.			
2	El servicio está ubicado en la planta baja con distribución, con fácil acceso a la unidad de hospitalización, preferentemente.			
3	Su ubicación debe asegurar la recepción y la distribución fácil, rápida y cómoda de alimentos y tener acceso a ascensores o montacargas de carácter exclusivo.			
4	Las áreas de almacenamiento y conservación de alimentos, mantienen la temperatura adecuada según norma.			
5	Cuenta con área de control y recepción de materia prima e insumos.			
6	Cuenta con área de almacenamiento y conservación.			
7	Cuenta con área de producción de regímenes dietéticos y dietoterapéuticos.			
8	Cuenta con área central de fórmulas enterales (CFE) y lácteas.			
9	Cuenta con área periférica de distribución de alimentos.			
10	Cuenta con área de zona de limpieza.			
11	Cuenta con área administrativa.			
12	Cuenta con área de personal de la unidad.			
13	Cuenta con área de comedor central.			
14	El servicio cuenta con suministro interrumpido de agua fría y caliente.			
15	El servicio cuenta con sistema de aire acondicionado.			
16	El servicio cuenta con extintores operativos y vigentes.			
<b>EQUIPAMIENTO DE LA UNIDAD DE PRODUCCIÓN DE REGIMENES Y FORMULAS ESPECIALES</b>				
<b>ÁREA DE CONTROL Y RECEPCIÓN DE MATERIA PRIMA E INSUMOS</b>				
1	Balanza con sensibilidad de 100 g y con una medición máxima de 1 tonelada.			
2	Cuenta con termómetro para alimentos.			
3	Cuenta con tarima de 20cm por encima del nivel del piso para productos cárnicos.			
4	Cuenta con mesa de 20cm por encima del nivel del piso para verduras y frutas.			
<b>ÁREA DE ALMACENAMIENTO DE MATERIAS PRIMAS E INSUMOS</b>				
1	Cuenta con anaqueles.			
2	Cuenta con equipo deshumedecedor.			
3	Cuenta con balanza con sensibilidad de 50g y con una medición máxima de media tonelada.			
4	Cuenta con balanza con sensibilidad de 1g y con una medición de 5 kg como máximo.			
5	Cuenta con coches o tarimas móviles.			
6	Cuenta con superficies para fraccionamiento y despacho.			
<b>ÁREA DE CONSERVACIÓN</b>				
1	Cuenta con Cámaras de congelación.			
2	Cuenta con Cámaras de refrigeración			
3	Cuenta con termómetro para alimentos.			
4	Cuenta con equipo deshumedecedor.			
<b>ÁREA DE PRODUCCIÓN DE REGIMENES DIETÉTICOS Y DIETOTERAPÉUTICOS.</b>				
<b>SUB ÁREA DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS.</b>				
1	Mesas de trabajo con superficies de acero quirúrgico.			
2	Mesas con lavaderos de acero inoxidable, provistas de agua caliente y fría.			
3	Unidades de Refrigeración			
4	Unidades de Congelamiento			
5	Cocina de alta presión con quemadores industriales, parilla o plancha			
6	Horno Industrial (Cocina semi industrial, industrial según nivel de complejidad)			
7	Campana con extractora de grasa de acero quirúrgico.			
8	Licuadoras industriales volcables			
9	Licuadoras semi industriales			
10	Estantes y tarimas de acero.			
11	Hornos Microondas			
12	Cafetera Industrial			
13	Abridor de tarros			
14	Balanza digital			
15	Pelador de naranjas			
16	Exprimidor industrial.			
17	Extractor de jugo industrial.			
18	Termos industriales.			
19	Dispensador de agua de acero quirúrgico agua fría y caliente			
20	Procesador de vegetales o máquina universal			
21	Balanza de 5 kilos digital			
22	Balanza digital con plataforma de 150 a 500 kg.			
23	Peladora de papas industriales.			



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

..... Continuación de la Lista de Chequeo N° 08-B

<b>ÁREA DE PRODUCCIÓN DE REGIMENES DIETÉTICOS Y DIETOTERAPEÚTICOS.</b>			
<b>SUB ÁREA DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS.</b>			
24	Freidoras industria volcable		
25	Marmitas volcables		
26	Marmitas fijas		
27	Taboas		
28	Esterilizadora de charolas		
29	Lavador de vajilla		
30	Lavador de charolas		
31	Equipos de Baño María.		
32	Sartenes volcables industriales		
33	Purificador de agua (medidor de cloro residual)		
34	Pelador de papas industrial		
35	Cortadora de papas		
36	Sierra para cortar carnes		
<b>SUB ÁREA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS PREPARADOS</b>			
1	Coches térmicos transportadores de alimentos de acero quirúrgico.		
2	Coches térmicos transportadores de bandejas de acero quirúrgico.		
3	Cajas refrigerantes o térmicas.		
4	Termos rodables, de acero inoxidable con dispensador.		
<b>SUB ÁREA LAVADO DE VAJILLAS</b>			
1	Mesón íntegramente en acero inoxidable, provisto de terminación ajustable que permitan nivelación.		
2	Lavadero triple, íntegramente de acero inoxidable o lavadero simple según complejidad del establecimiento.		
3	Lavamanos de acero inoxidable con combinación de agua fría y caliente.		
4	Dispensador de jabón líquido.		
5	Dispensador de toallas desechables.		
6	Depósito para desechos, de acero inoxidable con tapa accionada con pedal.		
7	Estantería de acero inoxidable destinado al almacenamiento de vajilla limpia.		
<b>SUB ÁREA LAVADO Y ALMACENAMIENTO DE COCHES TÉRMICOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS</b>			
1	Carros de transporte de acero inoxidable, provisto de puertas, repisas de altura regulable.		
2	Carro para aseo con mapa de uso exclusivo para cada área.		
3	Lavamanos de acero inoxidable		
4	Compresor de aire para el secado de carros en CFE según complejidad.		
<b>ÁREA DE CENTRAL DE FORMULAS ENTERALES (CFE) Y LACTEAS.</b>			
<b>SUB ÁREA DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO Y SANITIZADO DE INSUMOS.</b>			
1	Mueble o mesón cerrado, íntegramente en acero inoxidable, provisto de patas ajustables que permitan nivelación, destinado al almacenamiento de materias primas (alimentos en polvo).		
2	Mueble o mesón cerrado, íntegramente en acero inoxidable provisto de patas ajustables que permitan nivelación, destinado al almacenamiento de insumos como jeringas, guantes, mascarillas, cubre calzado, gorro, entre otros.		
3	Mueble o mesón, íntegramente en acero inoxidable provisto de patas ajustables que permitan nivelación, destinado al almacenamiento de bombas de infusión enteral, cuando corresponda, con acceso a toma corriente.		
4	Lavadero cuba simple íntegramente de acero inoxidable.		
<b>SUB ÁREA DE EXCLUSA O FILTRO SANITARIO.</b>			
1	Lavamanos		
2	Dispensador de jabón líquido.		
3	Dispensador toallas desechables.		
4	Depósito para desechos, de acero inoxidable con tapa accionada con pedal.		
5	Mueble cerrado para almacenamiento de vestuario y material de trabajo estériles.		
6	Depósito individualizado para disposición del vestuario sucio.		
7	Banqueta lavable.		
8	Percheros metálicos.		
9	Mueble cerrado destinado a guardar implementos de calzado limpio o botas desechables.		
<b>SUB ÁREA DE PRODUCCIÓN Y DISTRIBUCIÓN.</b>			
Ambiente de preparación			
1	Mesón íntegramente en acero inoxidable recomendable con patas ajustables que permitan regular su altura.		
2	Mezclador industrial o batidor manual, según necesidad.		
3	Balanza de precisión e idealmente digital.		
4	Lavadero doble cuba con grifería combinada.		
5	Lavamanos estampado de acero inoxidable (u otro metal de igual o superior calidad), con combinación de agua fría y caliente.		
6	Dispensador de jabón líquido.		
7	Dispensador de producto desinfectante.		



ACOSTA S.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

..... Continuación de la Lista de Chequeo N° 08-B

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>SUB ÁREA DE PRODUCCIÓN Y DISTRIBUCIÓN.</b>				
<b>AMBIENTE DE PREPARACIÓN</b>				
8	Dispensador de toalla desechable.			
9	Contenedores de acero inoxidable o vidrio pírex graduados.			
10	Dosificadores graduados para productos líquidos y en polvo, en acero inoxidable, calidad sanitaria.			
11	Menaje y utilería, cucharas, cucharones de acero inoxidable con mangos de seguridad.			
12	Depósito con tapa accionada a pedal, de acero inoxidable para disposición de desechos.			
13	Reloj mural.			
<b>AMBIENTE DE ENVASE Y REFRIGERACIÓN.</b>				
1	Mesón íntegramente en acero inoxidable provisto de patas ajustables que permitan nivelación.			
2	Equipo de refrigeración provisto de termómetro para control de temperatura en cámara y producto o tipo refrigerador doméstico provisto de termómetros de control máxima/mínima y termómetro para el control de temperatura en cámara según complejidad de CFE.			
3	Autoclave. Aplíquese en CFE de alta y mediana complejidad, con ciclo de esterilización terminal de fórmulas enterales naturales, dotado de puerta de entrada y salida. En CFE de baja complejidad, sólo de una puerta para esterilización terminal.			
4	El equipo debe estar certificado por una institución autorizada y el operador acreditado por la Autoridad Sanitaria.			
5	Depósito para desechos, de acero inoxidable con tapa accionada con pedal.			
6	Jarros graduados de 500 a menos cc de capacidad, en vidrio termo resistente.			
7	Contenedores de acero inoxidable y/o vidrio termo resistente.			
8	Material de escritorio mínimo necesarios para la rotulación.			
<b>AMBIENTE DE ESTERILIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN.</b>				
1	Lavamanos de acero inoxidable, con combinación de agua fría y caliente, accionada a pedal, codo rodilla o sensor automático.			
2	Mesón íntegramente en acero inoxidable, provisto de patas ajustables que permitan nivelación.			
3	Carros de acero inoxidable, provisto de puertas con cierre hermético y bandejas desmontables para CFE de alta complejidad, canastillos cerrados en los de mediana y baja complejidad.			
4	Depósito para desecho provisto de tapa accionada a pedal.			
5	Autoclave para esterilización inicial de envases en CFE de alta complejidad dotado de puerta de entrada y salida, para la conexión entre el área de lavado y el área de producción. El equipo debe contar con certificación de la Autoridad Sanitaria. No aplicable a los Servicios de menor complejidad.			
<b>ÁREA PERIFÉRICA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS.</b>				
1	Cocina eléctrica de 4 hornillas.			
2	Thermas eléctricas medianas para agua caliente.			
3	Refrigeradora chica.			
4	Mesas de trabajo de acero inoxidable.			
5	Coches térmicos con puertas y bandejas térmicas en cantidad proporcional al número de pacientes a atender			
6	Paredes revestidas con mayólicas hasta el techo y con armarios sin puertas para colocar los enseres, vajilla.			
7	Menaje y vajilla en el número según pacientes a atender.			
8	Lavadora de vajilla.			
9	Esterilizadora de bandejas, menaje y vajilla.			
<b>ÁREA ADMINISTRATIVA</b>				
1	Escritorio y sillas ergonómicas.			
2	Equipo de computo con impresora			
3	Servicio de internet			
4	Equipo de comunicaciones (teléfono y anexo con línea abierta)			
5	Estantes, credenzas, armarios.			
6	Depósito para disposición de desechos, con tapa accionada con pedal.			
<b>ÁREA DE COMEDOR</b>				
1	Lavadora, esterilizadora de vajillas y cubiertos			
2	Táboas Caldas (Mesa caliente con baño maría)			
3	Reposteros de pie y pared, mínimo de tres cuerpos			
4	Mesa y sillas de acuerdo al número de comensales			



C. ACOSTA S.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

..... Continuación de la Lista de Chequeo N° 08-B

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>AREA DE COMEDOR</b>				
5	Contenedor grande de apertura con pedal y con tapa			
6	Vajilla de loza y portacubiertos de acero inoxidable.			
7	Lavabo de manos y dispensador de gel satinizante			
<b>UNIDAD DE TRATAMIENTO DE PACIENTES ADULTOS EN HOSPITALIZACIÓN.</b>				
1	Una balanza por cada 30 pacientes hospitalizados, de preferencia digital, con una precisión mínima de +/- 50 g.			
2	Un tallímetro estandarizado			
3	Un plicómetro estandarizado por cada 40 pacientes			
4	Bioimpedanciometro multifrecuencia, como mínimo 5kHz, 50kHz, 100kHz, 200kHz.			
<b>UNIDAD DE TRATAMIENTO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EN HOSPITALIZACIÓN.</b>				
1	Dos tipos de balanzas, de preferencia digitales: Balanza de plato para lactantes, con sensibilidad de 50 gramos, por cada 30 pacientes y Balanza de pie para niños preescolares y mayores con sensibilidad de 50 gramos, por cada 30 pacientes.			
2	Un infantómetro estandarizado que reúna las siguientes condiciones: tallímetro estandarizado y plicómetro estandarizado por cada 40.			
<b>UNIDAD DE NUTRICIÓN INTEGRADA DEL CONSULTORIO DE NUTRICIÓN PEDIÁTRICA.</b>				
1	Dos tipos de balanzas, de preferencia digitales: Balanza de plato para lactantes, con sensibilidad de 50 g y Balanza de pie para niños preescolares y mayores con sensibilidad de 500 gramos.			
2	Un infantómetro estandarizado según normativa nacional.			
3	Un tallímetro estandarizado según normativa nacional.			
4	Un plicómetro estandarizado.			
5	Cinta métrica estandarizada inextensible.			
<b>UNIDAD DE NUTRICIÓN INTEGRADA DEL CONSULTORIO DE NUTRICIÓN DE ADULTOS.</b>				
1	01 balanza, de preferencia digital, con un nivel de precisión de +/- 50g			
2	Un tallímetro estandarizado			
3	Un plicómetro estandarizado			
4	Cinta métrica estandarizada inextensible.			
<b>RECURSOS HUMANOS</b>				
1	El servicio de Nutrición y Dietética, cuenta con el recurso humano necesario para garantizar su correcto funcionamiento; el número de este recurso será según la complejidad y demanda del establecimiento.			
2	El personal que labora en el servicio debe contar con carnet de sanidad vigente			
3	El personal que labora en el servicio debe usar el uniforme en las horas de trabajo			
4	El establecimiento de salud debe garantizar que al personal del Servicio de Nutrición y Dietética se le realicen 02 exámenes médicos anuales y los siguientes auxiliares: examen parasitológico, coprológico, serológico y radiografía de tórax (condicionado al examen médico, para disminuir el riesgo de exposición)			
<b>REGULACIÓN Y GESTIÓN</b>				
1	El servicio cuenta con los documentos de gestión aprobados y vigentes: Manual de organización y funcionamiento, Cuadro de asignación de personal y Manual de procesos y procedimientos.			
2	El servicio cuenta con planes de mantenimiento preventivo y recuperativo de la infraestructura física y del equipamiento.			
3	El servicio cuenta con su POI anual aprobado.			
<b>PROCESOS</b>				
1	El servicio solo brinda alimentación exclusivamente a los pacientes hospitalizados y al personal del establecimiento que se encuentre de guardia			
2	El servicio asegurara que los regimenes y/o fórmulas especiales proporcionadas por el hospital se almacenen, prepararen y transporten de modo que se garantice la seguridad y el contenido nutricional de los mismos.			
3	Los residuos sólidos producidos por el servicio de Nutrición y Dietética deben ser clasificados, almacenados y acondicionados en el área donde hayan sido generados, de acuerdo al tipo de residuo: Los residuos sólidos provenientes de los restos alimentarios de los pacientes se reúnen y ser manejan como residuos biocontaminados, almacenados en bolsas de color rojo y los residuos sólidos originados en la preparación de alimentos, se almacenan en bolsas negras.			



C. ACOSTA S.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº -Minsa/DGSP-V.01  
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
 DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

**Lista de Chequeo Nº 08-C**  
**Condiciones mínimas en el Servicio de Hemodiálisis**

Nº	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>PERSONAL</b>				
1	Cuenta con médico especialista en nefrología (título y registro de especialista).			
2	Licenciado en enfermería titulado y colegiado con experiencia mínima de 06 meses en hemodiálisis.			
3	Técnico de enfermería para sala de hemodiálisis con experiencia mínima de 06 meses.			
4	Técnico de enfermería para lavado, cebado y almacenamiento de dializadores con experiencia mínima de 06 meses.			
5	Técnico de mantenimiento de máquinas con estudios de electrónica y manejo de equipos de diálisis.			
6	Psicólogo(a), nutricionista y Lic. en Trabajo Social del establecimiento, prestan atenciones en la UPSS de Hemodiálisis.			
<b>ORGANIZACIÓN</b>				
7	Cuenta con consultorio(s).			
8	Cuenta con sala para hemodiálisis.			
9	Cuenta con sala de lavado, cebado y almacenamiento.			
10	Cuenta con área de almacenamiento.			
11	Cuenta con área limpia y biocontaminada.			
12	Cuenta con servicios higiénicos para pacientes y personal del establecimiento.			
13	Cuenta con sistema de tratamiento de agua.			
<b>REGULACIÓN Y GESTIÓN</b>				
14	Manual de Organización y Funciones.			
15	Manual de Procedimientos de la atención en hemodiálisis.			
16	Manual de Bioseguridad en hemodiálisis.			
17	Guías de Práctica Clínica de las complicaciones más frecuentes derivadas del tratamiento.			
18	Cuenta con el registro de indicadores de producción y de calidad.			
19	Cuenta con el registro de complicaciones más frecuentes.			
20	Cuenta con el registro de pacientes en hemodiálisis: pacientes nuevos, hospitalizados, fallecidos, trasplantados y transferidos.			
21	Cuenta con un programa de educación para el paciente y familiares.			
22	Cuenta con plan y programa de capacitación para el personal del establecimiento.			
23	Cuenta con plan de contingencia ante emergencias como: sismos, incendio, falta de fluido eléctrico, interrupción del funcionamiento de las máquinas, entre otros.			
24	Cuenta con un programa de mantenimiento preventivo y correctivo de máquinas.			
<b>EQUIPAMIENTO</b>				
25	Máquina de Hemodiálisis y accesorios.			
26	Monitor-Desfibrilador			
27	Aspirador de secreciones			
28	Coche de paro			
29	Sistema de oxígeno de uso clínico			
30	Sillones-camillas			
31	Conductivímetros			
32	Grupo electrógeno			
33	Tensiómetro rodante			
34	Estetoscopio clínico			
35	Silla de ruedas, uno por módulo como mínimo.			
36	Camilla con ruedas y baranda			
37	Balanza, de pie mecánica/electrónica			
38	Refrigeradora			
39	Extintores contra-incendios			



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

..... Continuación de Lista de Chequeo N° 08-C

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>INFRAESTRUCTURA</b>				
40	Cuenta con instalaciones generales: sala de espera, consultorio médico, área de administración, vestuarios, baños, almacén de materiales.			
41	Sala para hemodiálisis, superficie entre seis y ocho m2 para cada uno de los pacientes dializados y con espacio para circulación entre cada puesto de diálisis (sillón-cama), como mínimo sesenta centímetros.			
42	Sala de lavado, cebado y almacén de filtros.			
43	Local aislado, con baño propio, para diálisis de pacientes con enfermedades infectocontagiosas u otras indicaciones médicas de aislamiento, con las mismas dimensiones.			
44	Las paredes y pisos de las instalaciones del servicio están revestidos o pintadas con material que asegure impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección.			
45	Sala para tratamiento de agua.			
46	Las áreas de atención al paciente están en el primer piso y cuentan con rampas de acceso, en caso contrario se encuentra en un área de fácil acceso a través de rampas o ascensor.			
47	Los pisos de las salas de hemodiálisis, salas de lavado, cebado y almacenamiento, áreas y cuartos biocontaminados tienen superficie no porosa, de alto tránsito, antideslizante, resistente a químicos, de fácil limpieza desinfección, con zócalo sanitario.			



C. ACOSTA

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**Lista de Chequeo N° 08-D**

**Condiciones mínimas en Medicina de Rehabilitación**

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>INFRAESTRUCTURA</b>				
1	Las áreas de atención están adecuadas a los servicios que se brinda según categoría y normatividad vigente.			
2	Las áreas de consulta ambulatoria y de terapia se encuentran ubicadas en el primer piso del establecimiento de salud y tienen acceso inmediato y directo a la calle.			
3	El acceso las áreas de medicina de rehabilitación están claramente señalizadas, según normatividad vigente.			
4	Las características de los ambientes están en relación con la categoría del establecimiento y de acuerdo a normatividad vigente.			
5	Ambientes con luz natural y sistema de iluminación general e individual graduables en intensidad.			
6	Cuenta con sistema de aire acondicionado y/o calefacción.			
7	Cuenta con sistema eléctrico empotrado.			
8	Las instalaciones sanitarias se encuentran en buen estado, operativas y limpias (incluye agua fría y caliente, red para oxígeno, red de aire comprimido, desagüe).			
9	Extintores operativos y vigentes.			
10	Cuentan con lavamanos, operativos, en buen estado, limpios, con jabón líquido y papel toalla individual.			
11	Posee esquinas pared-piso curvas de fácil limpieza.			
12	Los pisos son impermeables, antideslizantes, resistentes, secos, libres de grietas, en buen estado y limpios.			
13	Los servicios higiénicos cuentan con jabón y elementos de secado (no toalla de tela).			
<b>REGULACIÓN Y GESTIÓN</b>				
14	Manual de organización y funciones del servicio aprobado y actualizado.			
15	Guías de Práctica Clínica aprobadas y disponibles para las 10 patologías más frecuentes, en correspondencia a la categoría del ES.			
16	Manual de procesos y procedimientos del servicio aprobado y actualizado.			
<b>EQUIPOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS</b>				
17	Se aprecia equipo, materiales o muebles inoperativos u obsoletos.			
18	Se dispone de equipos esenciales para la atención ( ver Ficha N° 07)			
19	Cuenta con teléfono con acceso interno y externo.			
<b>RECURSOS HUMANOS</b>				
20	Todo el personal usa uniforme de protección en su trabajo diario y posee identificación visible.			
21	Se verifica la permanencia del personal programado según cronograma de turnos (horario).			
22	El personal presenta indumentaria limpia, arreglo personal adecuado, libre de alhajas y uñas recortadas.			
23	La dotación de recursos humanos adecuada a la cartera de servicios y categoría, según norma vigente.			



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01  
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
 DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

FICHA N° 07  
 RELACION DE MATERIAL, INSUMOS Y EQUIPAMIENTO BÁSICOS EN REHABILITACIÓN  
 ESTABLECIMIENTO II-1

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>CONSULTORIO</b>				
1	Equipo médico básico			
2	Podoscopio			
3	Set de Goniómetro			
4	Espejo para evaluación postural			
5	Kit de Alzas de 0.5 hasta 5 cm			
6	Nivel pélvico con plomada			
7	Equipo láser			
<b>GIMNASIO</b>				
1	Bicicleta estacionaria adulto			
2	Bicicleta estacionaria niños			
3	Barras paralelas			
4	Colchoneta para ejercicios			
5	Escalera combinada con rampa			
6	Kit de bandas elásticas			
7	Circuito de psicomotricidad			
8	Polea para ejercicios de hombros			
9	Rueda para ejercicios de hombros			
10	Set de pelotas terapéuticas (Bobath, Pilates y otras)			
11	Set de pesas			
12	Muletas y andadores			
13	Escalera Sueca			
14	Espejos de pared			
15	Equipo de sonido			
<b>AGENTES FÍSICOS</b>				
1	Tens			
2	Equipo de electroterapia de corrientes múltiples			
3	Equipo de Terapia de Ultrasonido			
4	Equipo de Terapia combinada			
5	Tanque de parafina			
6	Tanque de compresas calientes			
7	Set de compresas calientes			
8	Tanque de compresas frías			
9	Set de compresas frías			
10	Lámpara de terapia con rayos infrarrojos			
<b>HIDROTERAPIA</b>				
1	Tanque de hidroterapia para miembros superiores			
2	Tanque de hidroterapia para miembros inferiores			



C. ACOSTA S.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01  
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
 DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

FICHA N° 07  
 RELACION DE MATERIAL, INSUMOS Y EQUIPAMIENTO BÁSICOS EN REHABILITACIÓN  
 ESTABLECIMIENTO II-2

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>CONSULTORIO</b>				
1	Equipo médico básico			
2	Juego de diapasones			
3	Set para evaluación de funciones mentales superiores			
4	Algómetro			
5	Podoscopio			
6	Set de goniómetro			
7	Espejo para evaluación postural			
8	Kit de alzas de 0.5 hasta 5 cm			
9	Batería CONAII INR			
10	Nivel pélvico con plomada			
11	Equipo de electro acupuntura			
<b>GIMNASIO</b>				
1	Bicicleta estacionaria adulto			
2	Bicicleta estacionaria niños			
3	Barras paralelas graduables adultos-niños			
4	Colchonetas para ejercicios			
5	Escalera combinada con rampa			
6	Kit de bandas elásticas			
7	Circuito de psicomotricidad			
8	Polea para ejercicio de hombros			
9	Polea para ejercicio de hombros			
10	Set de pelotas terapéuticas (Bobath, Pilates y otra)			
11	Set de pesas			
12	Muletas andadores y bachas			
13	Escalera Sueca			
14	Camilla de tracción cervical y lumbar			
15	Espejos de pared			
16	Equipo de sonido			
<b>TERAPIA DEL LENGUAJE</b>				
1	Juguetes de estimulación cognitiva y coordinación vasomotora			
2	Mobiliario pediátrico, niños			
3	Espejo de pared			
4	Set de estimulación lingüística			
<b>TERAPIA OCUPACIONAL</b>				
1	Mesa de trabajo			
2	Set de actividades funcionales (tablero inclinado, bolsas de arena de diferente peso, mancuernas)			
3	Set de confección de férulas (pistola de aire caliente, tijeras, sierra, remachador)			
4	Set de herramientas para carpintería, mecánica, gasfitería, entre otros.			
<b>AGENTES FÍSICOS</b>				
1	Tens			
2	Equipo láser			
3	Equipo de Electroterapia			
4	Equipo de Terapia con ultrasonido			
5	Equipo de Terapia combinada			
6	Equipo de magnetoterapia			
7	Tanque de parafina			
8	Tanque de compresas calientes			
9	Set de compresas calientes			
10	Tanque de compresas frías			
11	Set de compresas frías			
12	Lámpara de terapia con rayos infrarrojos			
13	Set de estimulación lingüística			
14	Set de juegos de estimulación multisensoriales			
<b>HIDROTERAPIA</b>				
1	Tanque de hidroterapia para miembros superiores			
2	Tanque de hidroterapia para miembros inferiores			



C. ACOSTAS

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01  
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
 DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

FICHA N° 07  
 RELACION DE MATERIAL, INSUMOS Y EQUIPAMIENTO BÁSICOS EN REHABILITACIÓN  
 ESTABLECIMIENTO III-1

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>CONSULTORIO</b>				
1	Equipo médico básico			
2	Juego de diapasones			
3	Set para evaluación de funciones mentales superiores			
4	Algómetro			
5	Podoscopio			
6	Set de goniómetro			
7	Espejo para evaluación postural			
8	Kit de alzas de 0.5 hasta 5 cm			
9	Batería CONAII INR			
10	Nivel pélvico con plomada			
11	Equipo de electro acupuntura			
<b>PROCEDIMIENTOS MÉDICOS</b>				
1	Faja Ergométrica con electrocardiógrafo			
2	Pulsóximetro			
3	Electromiógrafo			
4	Espirómetro			
5	Equipo láser			
<b>GIMNASIO ADULTOS</b>				
1	Bicicleta estacionaria adulto			
2	Bicicleta ergométrica			
3	Barras paralelas adultos			
4	Tarimas con colchonetas para ejercicios			
5	Colchonetas individuales			
6	Equipo de fortalecimiento de cuádriceps			
7	Mesa de bipedestación adultos			
8	Faja Ergométrica			
9	Escalera combinada con rampa			
10	Polea con pesas para ejercicios de miembros superiores e inferiores			
11	Rueda para ejercicios de hombros			
12	Kit de pelotas para terapia			
13	Escalera Sueca			
14	Espejos de pared			
15	Equipo de sonido			
<b>GIMNASIO NIÑOS</b>				
1	Bicicleta estacionaria niños			
2	Barras paralelas niños			
3	Escalera combinada con rampa niños			
4	Escalera Sueca niños			
5	Mesa de bipedestación niño			
6	Kit de pelotas para terapia niños			
7	Sillas y sillines de relajación			
8	Espejos de pared			
9	Rodillos, cuñas de diferentes tamaños			
10	Balancines			
11	Circuito de psicomotricidad			
12	Colchonetas para ejercicios			
<b>TERAPIA DEL LENGUAJE</b>				
1	Juguetes de estimulación cognitiva y coordinación vasomotora			
2	Mobiliario pediátrico, niños			
3	Espejo de pared			
4	Set de estimulación lingüística			
<b>TERAPIA OCUPACIONAL</b>				
1	Mesa de trabajo			
2	Set de actividades funcionales (tablero inclinado, bolsas de arena de diferente peso, mancuernas)			
3	Set de confección de férulas (pistola de aire caliente, tijeras, sierra, remachador)			
4	Máquina de coser			
5	Set de equipamiento para entrenamiento en AVD (ambiente de dormitorio, baño, cocina con adaptaciones).			
<b>AGENTES FÍSICOS</b>				
1	Tens			
2	Equipo de Electroterapia de corrientes múltiples			
3	Equipo de Terapia con ultrasonido			
4	Equipo de Terapia con onda corta			



C. ACOSTA S.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

..... Continuación de la Ficha N°07

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>AGENTES FÍSICOS</b>				
5	Equipo de Terapia combinada			
6	Equipo de Tracción cervical lumbar			
7	Tanque de parafina			
8	Tanque de compresas calientes			
9	Tanque de compresas frías			
10	Lámpara de terapia con rayos infrarrojos			
11	Lámpara de terapia con rayos ultravioletas (opcional)			
12	Mesa de tratamiento			
13	Set de estimulación lingüística			
14	Set de estimulación multisensorial			
15	Escalinata metálica de 2 peldaños			
<b>HIDROTERAPIA</b>				
1	Tanque de hidroterapia para miembros superiores			
2	Tanque de hidroterapia para miembros inferiores			
3	Tanque Hubbard (opcional)			

**Lista de Chequeo N° 08-E**

**Condiciones mínimas del servicio de Farmacia**

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El establecimiento de Salud tiene implementado un mecanismo de monitoreo de la prescripción de los medicamentos en DCI.			
2	El establecimiento de Salud tiene implementado un mecanismo de monitoreo del uso de la Receta Única Estandarizada (RUE) y la Receta Especial (para el uso de estupefacientes y psicotrópicos).			
3	El establecimiento de Salud realiza el monitoreo de la prescripción de los medicamentos en el marco del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales.			
4	El establecimiento de Salud tiene implementado un Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU).			
5	El establecimiento de Salud tiene implementado el proceso de reporte y evaluación de las sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM).			
6	El Área de Farmacotecnia desarrolla actividades de preparación de mezclas parenterales y enterales especializadas, elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales, acondicionamiento y/o reenvasado de productos farmacéuticos, según corresponda a su nivel de categoría.			



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**Lista de Chequeo N° 08-F**  
**REQUISITOS MÍNIMOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE**  
**HEMOTERAPIA Y BANCOS DE SANGRE TIPO I**

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>GENERALIDADES</b>				
1	Relación del personal con experiencia y/o certificación en bancos de sangre, emitida por entidad acreditada (*)			
2	Declaración Jurada otorgada por el PRONAHEBAS.			
3	Croquis de distribución de ambientes del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, consigna áreas y metraje (sólo estructura física construida).			
4	Copia simple del convenio vigente con Centro de Hemoterapia y banco de Sangre Tipo II, que asegure el aporte de unidades de sangre tamizadas de acuerdo a la demanda.			
5	Certificación del control de calidad de los lotes de reactivos empleados, con fecha de vencimiento mínimo de 06 a 12 meses, expedido por el INS.			
6	Copia del Informe de Ensayo de las pruebas realizadas por el Instituto Nacional de Salud, de acuerdo a lo declarado y lo establecido en la normatividad vigente para la obtención del Registro Sanitario, ante la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios – ANM, actualmente DIGEMID.			
<b>ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN</b>				
7	Manual de organización y funciones del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre.			
8	Manual de normas y procedimientos del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre.			
9	Manual de Bioseguridad (Incluido en el Sistema de Gestión de la Calidad).			
10	Programa de capacitación continua al personal del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre.			
11	Programa y registros de control de calidad interno.			
12	Programa de mantenimiento preventivo y recuperativo de equipos.			
13	Plan de promoción de la donación voluntaria de sangre institucional, concordante con el plan nacional de la donación voluntaria del PRONAHEBAS.			
14	Registro de transfusiones de sangre.			
15	Registro de casos e informes de reacciones transfusionales.			
16	Informes estadísticos mensuales actualizados (según formato estadístico del PRONAHEBAS).			
17	Disponer de mecanismos claramente definidos, formalizados, seguros y oportunos de accesibilidad a la atención en el servicio durante las 24 horas del día, de lunes a domingo con profesionales de la salud con experiencia de Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre.			
<b>INFRAESTRUCTURA</b>				
18	Cuenta con área de recepción y atención de solicitudes transfusionales.			
19	Área de inmunohematología y control de calidad.	Recepción de muestras y unidades de sangre en ambientes diferenciados de las áreas de recepción de muestras biológicas.		
		Laboratorio de inmunohematología y control de calidad.		
20	Área de almacenamiento y distribución de componentes, de acuerdo a las necesidades y condiciones ambientales.	Área para congeladora de -20 °C o menos con registro de temperatura (condicional).		
		Área para conservadora de sangre de + 2 a + 6 °C, con registro de temperatura.		
		Área de distribución en ambientes diferenciados de las áreas de recepción de muestras biológicas.		
21	Área administrativa propia o compartida.			
22	Área de lavado, autoclavado y descontaminación propia o compartida con laboratorio o institucional.			



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

..... Continuación de la Lista de Chequeo N° 8-F.

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>EQUIPOS</b>				
23	Baño maría (propia o compartida).			
24	Centrifuga de inmunohematología.			
25	Conservadora de sangre de + 2 a + 6 °C, con registro de temperatura y/o alarma audiovisual.			
26	Congeladora de -20 °C o menos, con registro de temperatura y/o alarma audiovisual. (condicional)			
27	Microscopio óptico (propio o compartido).			
28	Pipetas automáticas (propia o compartida).			
29	Cronómetro.			
30	Termómetros de laboratorio con rangos adaptados a los equipos en uso			
31	Autoclave (compartida).			
32	Esfingomanómetros.*			
33	Estetoscopio *(adultos y niños) según necesidades clínicas.			
34	Termómetro clínico.*			
35	Transportador isotérmico.			
36	Rotador de plaquetas**			
<b>EQUIPOS ADICIONALES</b>				
37	Equipo de cómputo.			
38	Grupo electrógeno o alimentación de emergencia (propio o compartido)			
39	Equipo de comunicaciones dependiendo del requerimiento			
<b>INSTALACIONES</b>				
40	Sistema electrónico con pozo a tierra.			
41	Agua y desagüe.			
42	Punto de Internet.			
43	Sistema de aire acondicionado o calefacción condicional a las características regionales **			
<b>PERSONAL</b>				
44	<b>Jefatura:</b> Médico Patólogo Clínico o Hematólogo Clínico con entrenamiento en banco de sangre designado por la administración. De no contar con el personal que cumple con las características descritas en el párrafo anterior la responsabilidad será asumida por un Médico Cirujano designado o responsable del establecimiento de salud.			
45	<b>Médico Asistente:</b> Médico Patólogo o Hematólogo Clínico con entrenamiento en Banco de Sangre De no contar con el personal que cumple con las características descritas en el párrafo anterior la responsabilidad será asumida por un Médico Cirujano designado o responsable del establecimiento de salud. (opcional)			
46	Tecnólogo Médico con mención en laboratorio clínico y entrenamiento en Banco de Sangre.			
47	Otros profesionales de la salud con entrenamiento en Bancos de Sangre.			
48	Técnico de Laboratorio con entrenamiento en Banco de Sangre.			

Las áreas y ambientes pueden estar compartidos con los del servicio de laboratorio a excepción del área de almacenamiento y distribución de componentes

(\*) Requieren de Registro Sanitario

(\*\*) Si amerita.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**Lista de Chequeo N° 08-F**

**REQUISITOS MÍNIMOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE HEMOTERAPIA Y BANCOS DE SANGRE TIPO II**

N°	ÍTEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>GENERALIDADES</b>				
1	Relación del personal con experiencia y certificación en bancos de sangre, emitida por entidad acreditada (universidades y colegios profesionales o a través de instituciones calificadas para entregar la certificación).			
2	Presentación de Declaración Jurada.			
3	Croquis de la distribución de los ambientes del Centro de Hemoterapia y Bancos de Sangre, donde se consigne áreas y metraje (sólo de estructura física construida).			
4	Copia del Informe de Ensayo de las pruebas realizadas por el Instituto Nacional de Salud, de acuerdo a lo declarado y lo establecido en la normatividad vigente para la obtención del Registro Sanitario, ante la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios – ANM, actualmente DIGEMID.			
<b>ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN</b>				
5	Manual de organización y funciones del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre.			
6	Manual de normas y procedimientos técnicos del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre.			
7	Guías de procedimientos de atención del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre.			
8	Manual de bioseguridad del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre.			
9	Programa de capacitación continua para personal del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre.			
10	Estudio de costos de las unidades de sangre y/o hemocomponentes.			
11	Programa y registro de control de calidad interno y participación en un programa de control de calidad externo.			
12	Programa de mantenimiento preventivo y recuperativo de equipos.			
13	Plan de promoción de la donación voluntaria de sangre institucional en coordinación con el Plan Nacional de Promoción de la Donación Voluntaria de Sangre del PRONAHEBAS.			
14	Registro de donantes y transfusiones de sangre.			
15	Registro de casos e informes de reacciones adversas: donación, aféresis y transfusión.			
16	Registro de donantes voluntarios.			
17	Registros de transfusiones autólogas.			
18	Informes estadísticos mensuales actualizados (según formato estadístico del PRONAHEBAS).			
19	Archivos de los convenios del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre con los Bancos de Sangre Tipo I.			
	Registro de Transferencias de unidades de sangre y/o hemocomponentes.			
20	Compromiso para el uso obligatorio del Sello Nacional de Calidad de Sangre en todas las unidades procesadas y transfundidas.			
21	Disponer de programación del personal del servicio que garantice la atención oportuna y de la calidad en los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre para brindar atención de trasfusiones las 24 horas del día.			
<b>INFRAESTRUCTURA</b>				
22	Área de recepción y atención de solicitudes transfusionales y entrega de resultados.			
23	Área de promoción, captación y atención de donantes de sangre.	Sala de espera y recepción de donantes.		
		Área de evaluación clínica confidencial		
		Extracción de sangre y de reposo.		
		Sala de aféresis (opcional).		
24	Área de análisis de sangre (inmunoserología e inmunohematología) y control de calidad	Servicios higiénicos.		
		Recepción de muestras y unidades de sangre.		
		Análisis de muestras de los donantes.		
		Inmunoserología de enfermedades infecciosas.		
		Inmunohematología.		
	Área de registro del sistema de gestión de la calidad.			



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

..... Continuación de la Lista de Chequeo N° 8-F.

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>INFRAESTRUCTURA</b>				
25	Área de producción de componentes sanguíneos.	Recepción de muestras y unidades de sangre.		
		Área de inmovilización <sup>1</sup> de unidades de sangre.		
		Área de fraccionamiento.		
26	Seroteca			
27	Área de esterilización y preparación de material.			
28	Área de almacenamiento y distribución de componentes	Área para congeladora de -20 °C o menos, con registro de temperatura.		
		Área para conservadora de sangre de +2 a + 6 °C con registro de temperatura.		
		Área de distribución.		
29	Área para transfusión ambulatoria (opcional)			
30	Área administrativa.			
31	Área de lavado, autoclavado y descontaminación.			
32	Cálculo del área mínima = 0.05 m <sup>2</sup> x total de unidades de sangre procesadas - año.			
<b>EQUIPOS</b>				
33	Balanza digital o de 2 brazos hasta 3 Kg.			
34	Balanza y tallmetro.			
35	Baño maría			
36	Centrífuga de inmunohematología.			
37	Centrífuga de microhematocrito			
38	Centrífuga refrigerada			
39	Conservadora de sangre de + 2 a + 6 °C, con registro de temperatura y/o alarma audiovisual.			
40	Congeladora de - 20° C o menos, con registro de temperatura y/o alarma audiovisual.			
41	Equipo automatizado o semiautomatizado (lector, lavado incubadora e impresora) para enzimoimmuno ensayo (ELISA), u otras técnicas alternativas de acuerdo al avance tecnológico como quimioluminiscencia.			
42	Microscopio óptico.			
43	Agitador de bolsas de sangre con báscula calibrada.			
44	Rotador de plaquetas.			
45	Separador de plasma.			
46	Cámara de Nageotte (opcional).			
47	Pipetas automáticas.			
48	Cronómetro.			
49	Termómetro de laboratorio.			
50	Descongelador de plasma (opcional).			
51	Autoclave (propia o compartida).			
52	Esfingomanómetro.*			
53	Estetoscopio * (adultos y niños).			
54	Termómetro clínico.*			
55	Transportador isotérmico.			
56	Selladores de tubuladura.			
57	Equipo automatizado para inmunohematología (opcional).			
58	Sillones para hemodonación.			
59	Equipo de reanimación cardiopulmonar básico.*			
60	Equipo de aféresis * (opcional).			
<b>EQUIPOS ADICIONALES</b>				
61	Equipo de cómputo con Internet, (intranet opcional).			
62	Grupo electrógeno o alimentación de emergencia (propio o compartido)			
63	Teléfono con línea externa.			
64	Equipo de radiotelefonía para quienes no cuenten con servicio telefónico. **			
<b>INSTALACIONES</b>				
65	Sistema eléctrico con pozo a tierra.			
66	Agua y desagüe.			
67	Sistema de aire acondicionado o calefacción condicional a las características regionales **			



C. ACOSTA S.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -MINS/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

..... Continuación de la Lista de Chequeo N° 8-F.

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>PERSONAL</b>				
68	<b>Jefatura:</b> Médico Patólogo Clínico o Hematólogo Clínico con entrenamiento en Banco de Sangre. De no contar con el personal que cumple con las características descritas en el párrafo anterior la responsabilidad será asumida por un Médico Cirujano designado o responsable del establecimiento de salud.			
69	<b>Médico asistente:</b> Médico Patólogo o Hematólogo Clínico con entrenamiento en Banco de Sangre. De no contar con el personal que cumple con las características descritas en el párrafo anterior la responsabilidad será asumida por un Médico Cirujano designado o responsable del establecimiento de salud.			
70	Tecnólogo Médico con mención en laboratorio clínico y entrenamiento en Banco de Sangre.			
71	Técnico de Laboratorio con entrenamiento en Banco de Sangre.			
72	Enfermera.			
73	Otros profesionales de la salud con entrenamiento en Banco de Sangre.			
74	Secretaria. <sup>2</sup>			
75	Digitador. <sup>2</sup>			

- (\*) Requieren de Registro Sanitario
- (\*\*) Si amerita.
- (2) Condicionado a la disponibilidad presupuestal de la institución.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
**DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**Lista de Chequeo N° 08-G**

**CONDICIONES MÍNIMAS EN CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN**

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>INFRAESTRUCTURA</b>				
1	Cuenta con un ambiente para realizar la desinfección.			
2	Se identifica el Área Técnica zonificada según norma: Zona roja: o área contaminada, recepción, clasificación, limpieza y descontaminación del material; Zona azul: o área de empaquetamiento, preparación de empaques y carga de esterilizadores (esterilización del material); Zona verde: o área restringida de descarga del material esterilizado y almacenamiento, correctamente señalizadas. Además se contará con un Área administrativa (documentación, registro y controles, manuales, entre otros) y con un Área de apoyo (vestuario y depósito de productos químicos, de limpieza y detergentes).			
3	Existe un flujo unidireccional entre las zonas, de fácil acceso y comunicación con las UPSS usuarias.			
4	Debe contar con requerimientos mecánicos, energéticos, sistemas presurizados de aire comprimido, nitrógeno y sistema de vacío. Opcionalmente contará con un sistema de destilado y desmineralizado de agua para la limpieza del material y alimentación de autoclaves.			
5	Los pisos deben ser de material lavable y que no desprendan fibras o partículas, techos con ángulos sanitarios, sistema de ventilación con flujo de aire unidireccional con salida al exterior o con sistema de recirculación por filtro.			
6	Ambiente con controlador de temperatura y humedad. Temperatura entre 18°C y 25°C y humedad relativa de 35 al 50%.			
7	Contará con pileta profunda para el lavado del instrumental para evitar salpicaduras.			
<b>REGULACIÓN Y GESTIÓN</b>				
8	Cuenta con el Manual de desinfección y esterilización hospitalaria.			
9	Cuenta con manuales de procedimientos de desinfección.			
10	Cuenta con instrumentos de monitoreo y supervisión de los procesos de desinfección y esterilización.			
<b>EQUIPOS E INSUMOS</b>				
11	Cuenta con equipos para los procesos de esterilización, operativos y validados( lavadora automática, autoclave con pre vacío, esterilizadora de baja T°, selladora, equipo de oxido de etileno al 100% puro automatizado, equipo de secado)			
12	Los equipos cuentan con mantenimiento preventivo y correctivo.			
13	Cuenta con insumos de limpieza y desinfección con registro o autorización sanitaria (detergente enzimático, desinfectante de alto nivel, lubricantes y antioxidantes) y desinfectantes normados de alto nivel.			
14	Cuenta con controladores (químicos, físicos y biológicos), indicadores de calidad, empaques con barrera bacteriana.			
<b>RECURSOS HUMANOS</b>				
15	Cuenta con profesional de enfermería y personal técnico capacitado en desinfección y esterilización hospitalaria.			
16	Cuenta con un profesional de enfermería responsable, reconocido formalmente.			
17	El profesional de enfermería supervisa todos los procesos de desinfección y esterilización.			
<b>PROCESOS IMPLEMENTADOS</b>				
18	Los procesos están centralizados (limpieza, desinfección, preparación, empaque, esterilización y almacenamiento)			
19	Realizan la Desinfección de Alto Nivel y la Desinfección del Nivel Intermedio del material, instrumental y equipo biomédico de acuerdo a la normatividad vigente, cuando lo requiera.			
20	El personal que realiza los procesos de desinfección y esterilización cumple con el flujo unidireccional desde la recepción hasta la distribución del material y equipos estériles.			
21	El personal cuenta con los equipos de protección personal respectivos para cada etapa del proceso de desinfección y esterilización, y los utiliza correctamente.			
22	En caso de que este proceso no sea centralizado, el profesional de enfermería realizará el monitoreo, supervisión, evaluación y capacitación de las UPSS usuarias que realicen prelavado, lavado, desinfección y esterilización según corresponda.			
23	Abastece con material esterilizado a todas las UPSS usuarias del establecimiento de salud.			



C. ACOSTA S.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01  
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
 DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

<b>Lista de Chequeo N° 09</b>
<b>LACTARIO INSTITUCIONAL</b>

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Área no menor de 10 metros cuadrados.			
2	El ambiente brinda privacidad y comodidad que permita a las madres extraer su leche.			
3	Cuenta con refrigeradora en funcionamiento.			
4	Lavatorio dentro del área o cerca del mismo para el lavado de manos y dispensador de jabón líquido.			
5	Silla reclinable con brazo, mesa cambiadora de pañal con su colchoneta y mesa chica.			
6	Plan de capacitación, consejería y orientación.			





**Lista de Chequeo N° 10**

**Fortalecimiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.**

N°	ITEMS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Cuenta con Cartera de Servicios actualizada.			
2	Ha elaborado los Mapas y Flujos de Referencias.			
3	Cuenta con las Tablas de Información Básica del SRCR.			
4	Realiza la evaluación Mensual de las Referencias.			
5	Cuenta con profesional de la salud responsable.			
6	Cuenta con libro de registro de Referencias y Contrarreferencias.			
7	Usa el software.			
8	Personal técnico de salud a tiempo completo y capacitado en informática y dominio del software.			
9	Cuenta con telefax y línea dedicada.			
10	Esta cerca de la oficina de Admisión.			



**Lista de Chequeo N° 11**

**Estructura Orgánica, Tecnológica y Financiamiento para Investigación.**

ITEM		SI	NO	OBSERVACIONES
<b>Estructura Orgánica</b>	Cuenta con órganos de: Dirección, Control, Administración Interna (de apoyo y asesoría), Línea (atención especializada, de desarrollo de investigación, tecnologías y docencia, de soporte al diagnóstico y tratamiento, de enfermería), según normatividad vigente.			
<b>Manual de Organización MOF</b>	Se describe en el Manual de organización y funciones del Instituto funciones de: promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, gestión, investigación y docencia.			
<b>Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS)</b>	Cuenta mínimamente con las UPPS de: Consulta Externa, Hospitalización, Gestión de Docencia e Investigación, Emergencia, Centro Obstétrico, Centro Quirúrgico, Cuidados Intensivos, Medicina de Rehabilitación, Diagnóstico por Imágenes, Patología Clínica, Anatomía Patológica, Farmacia, Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, Hemodiálisis, Nutrición y Dietética, Central de Esterilización, Radioterapia y Medicina Nuclear (según corresponda a la especialidad).			
<b>Capacidad Resolutiva</b>	Realizan prestación de servicios de la mayor especialización y capacidad resolutiva en atención ambulatoria, hospitalaria y en emergencia en la especialidad del campo que desarrollan, según corresponda.			
<b>Financiamiento</b>	Se aprecia en el POI que las actividades de desarrollo de investigación, tecnologías y docencia cuentan con el financiamiento correspondiente para su ejecución.			



**Lista de Chequeo N° 12**

**Campo Clínico por Especialidades y Subespecialidades.**

N°	ITEM	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Institucionalización del Subcomité de Sede Docente y las actividades están incluidas en el POI.			
2	Instalación orgánica y rutinaria del Subcomité de Sede Docente.			
3	El Subcomité cuenta con plan de actividades y plan de evaluación informados al CONAPRES.			
4	El Subcomité cuenta con un sistema de registro de acciones, decisiones y acuerdos.			
5	El Subcomité ha establecido el número de alumnos, interno y residentes de la sede docente, en referencia a la especialidad o subespecialidad según corresponda.			
6	El Subcomité supervisa de manera conjunta el desarrollo de las competencias y capacidades establecidas en la estructura curricular, por especialidades o subespecialidades según corresponda.			
7	En el establecimiento la sede docente ha sido evaluada de acuerdo al marco normativo del SINAPRES y autorizada por el CONAPRES.			
8	Se cuenta con los convenios específicos de Cooperación Docente Asistencial gestionados en el marco normativo del SINAPRES.			
9	El Subcomité cuenta con la relación de profesores por asignatura y rotación por cada universidad, especificando la carga lectiva asignada.			
10	Se ha implementado la normatividad de consentimiento informado en caso de docencia.			



**Lista de Chequeo N° 13**

**Criterios de Visión Estratégica.**

N°	ITEM	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El equipo de gestión realiza el análisis del entorno interno de la organización, anticipándose a las situaciones problema.			
2	El equipo de gestión realiza el análisis del entorno externo de la organización y evalúa los escenarios alternativos generando oportunidades estratégicas, aún en situaciones restrictivas.			
3	El equipo de gestión genera espacios de diálogo Intrainstitucional, con la finalidad de contribuir en el cumplimiento de los objetivos de la organización.			
4	El equipo de gestión genera y articula alianzas estratégicas que faciliten alcanzar los objetivos institucionales.			

**Lista de Chequeo N° 14**

**Atributos de Liderazgo**

N°	ITEM	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El equipo de gestión desarrolla programas e incentivos para la promoción de valores como la honestidad y confianza.			
2	Se establecen mecanismos que generan un adecuado nivel de compromiso de los trabajadores hacia el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.			
3	El equipo de gestión evalúa los sistemas organizacionales y se motiva la colaboración para asegurar la efectividad del trabajo en equipo en las diferentes áreas o servicios.			
4	El equipo de gestión realiza evaluaciones para medir el progreso de su equipo, brindando feedback y destacando los esfuerzos y éxitos de los equipos de trabajo en las áreas y servicios.			
5	El equipo de gestión transmite claramente la visión institucional, orienta y refuerza en los trabajadores el compromiso hacia el logro de los objetivos propuestos.			
6	El equipo de gestión comparte información relevante con sus colaboradores, valorando y motivando la opinión de ellos.			



## ANEXO N° 04

## GUÍA DEL FACILITADOR PARA MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

<b>Componente 1</b>	<b>SOPORTE ADMINISTRATIVO</b>
<b>Macro proceso 1</b>	<b>DISPONIBILIDAD DE RECURSOS ESTRATÉGICOS DISPONIBLES</b>
<b>Estándar 1</b>	<b>El Establecimiento de Salud cuenta con la Infraestructura adecuada para la atención de acuerdo a su nivel de categoría.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento de salud cuenta con los ambientes físicos adecuados para su nivel de categorización	Observación Directa en servicio, Lista de Chequeo N° 01	Cumple 100% de la Lista de Chequeo N° 01.	No cumple	R.M. N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N°021-MINSA/DGSP/V.03 "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".	Del I-4 al I-1
2. Las áreas físicas se encuentran en buen estado de conservación y operativos	Observación Directa en servicio Lista de Chequeo N° 01	Cumple 100% de Lista de Chequeo N° 01.	No cumple	R.M. N° 1142-2004/MINSA, que aprueba la Guía para la Categorización de los Establecimientos de Salud.	Del I-4 al I-1
3. La infraestructura cuenta con el saneamiento legal correspondiente	Observación directa de documentos: Ficha de Registros Públicos, Título de propiedad, actas de trámite.	Cumple con el 100% de las condiciones (Título o Ficha registral)	No cumple	R.M. N° 970-2005/MINSA, que aprueba la Norma técnica de salud para proyectos de arquitectura, equipamiento y mobiliario de establecimientos de salud del primer nivel de atención.	Del I-4 al I-1
4. El establecimiento de salud cuenta con plan de mantenimiento preventivo y recuperativo de la planta física y servicios básicos, incorporada al plan operativo anual (POA).	Plan de Mantenimiento aprobado, POA o Plan de Trabajo de la Red, Cuadro de Necesidades del Establecimiento.	Tiene Plan, está aprobado, está incorporado en el POA o Plan de Trabajo de la Red.	No cumple con alguna condición	R.M. N° 696-2006/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Operativización del Modelo de Atención Integral.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1



C. AGOSTA S.

<b>Componente 1</b>	<b>SOPORTE ADMINISTRATIVO</b>
<b>Macro proceso 1</b>	<b>DISPONIBILIDAD DE RECURSOS ESTRATÉGICOS DISPONIBLES</b>
<b>Estándar 2</b>	<b>El Establecimiento de Salud cuenta con el Equipamiento Adecuada de acuerdo a su nivel de categoría.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento de salud cuenta el equipamiento básico y adecuado a su nivel de categorización.	Observación Directa en servicio, <b>Lista de Chequeo N° 02</b>	Cumple 100% de la Lista de Chequeo N° 02.	Si no cumple con las condiciones establecidas	<b>R.M. N° 588-2005/MINSA</b> , que aprueba los Listados de Equipos Biomédicos Básicos para Establecimientos de Salud.  <b>R.M. N° 970-2005/MINSA</b> , que aprueba la Norma técnica de salud para proyectos de arquitectura, equipamiento y mobiliario de establecimientos de salud del primer nivel de atención.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
2. Los equipos se encuentran en buen estado de conservación, operativos y en uso.	Observación Directa en servicio, <b>Lista de Chequeo N° 02</b>	Cumple 100% de la Lista de Chequeo N° 02.	Si no cumple con las condiciones establecidas		Del I-4 al I-1
3. Se tiene inventario actualizado de equipos (rótulos visibles) y emisión de informe de resultados (no concordancia, faltantes, entre otros) a niveles decisores.	Informes de inventario, inventario físico actualizado al año anterior.	Cumple con el 100% de las condiciones: (Inventario actualizado, informes a niveles superiores)	No cumple con alguna condición establecida.		Del I-4 al I-1
4. El establecimiento de salud cuenta con plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos, incorporada a plan operativo anual POA).	Plan de reemplazo y de mantenimiento preventivo y recuperativo aprobado, POA o Plan de Trabajo de la Red, Cuadro de Necesidades del Establecimiento.	Tiene Plan, está aprobado, está incorporado en el POA o Plan de Trabajo de la RED.	No cumple con alguna condición establecida.		Del I-4 al I-1
5. Se realiza supervisión y mantenimiento preventivo de los equipos de manera periódica.	Informes de mantenimientos preventivos del año anterior.	Tiene Informes	No tiene Informes		Del I-4 al I-1



<b>Componente 1</b>	<b>SOPORTE ADMINISTRATIVO</b>
<b>Macro proceso 1</b>	<b>DISPONIBILIDAD DE RECURSOS ESTRATÉGICOS DISPONIBLES</b>
<b>Estándar 3</b>	<b>El Establecimiento de Salud cuenta con el personal adecuado para su nivel de categoría.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento de salud dispone de personal profesional Médico suficiente para la atención de acuerdo a su nivel de categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 09	Dispone según norma, verifica con Lista de Chequeo N° 09.	No dispone.	R.M. N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NT N°021-MINSA/DGSP/V.03 "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
2. El establecimiento de salud dispone de personal profesional No Médico suficiente para la atención de acuerdo a su nivel de categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 09	Dispone según norma, verifica con Lista de Chequeo N° 09.	No dispone.		Del I-4 al I-1
3. El establecimiento de salud dispone de personal profesional Técnico y Auxiliar de enfermería suficiente para la atención de acuerdo a su nivel de categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 09	Dispone según norma, verifica con Lista de Chequeo N° 09.	No dispone.		Del I-4 al I-1
4. El establecimiento de salud dispone de personal profesional Técnico y Auxiliar administrativo suficiente para la atención de acuerdo a su nivel de categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 09	Dispone según norma, verifica con Lista de Chequeo N° 09.	No dispone.		Del I-4 al I-1



C. ACOSTA S.

<b>Componente 1</b>	<b>SOPORTE ADMINISTRATIVO</b>
<b>Macro proceso 1</b>	<b>DISPONIBILIDAD DE RECURSOS ESTRATÉGICOS DISPONIBLES</b>
<b>Estándar 4</b>	<b>Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo a los procedimientos establecidos.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. Se tienen programadas las necesidades de insumos y materiales por cada área o servicios.	Informes, <b>VERIFICAR IN SITU</b>	Tiene programación de todas las áreas.	Tiene programación pero no están todas las áreas.	R.M. N° 616-2003-SA/DM que aprueba el Modelo de Organización y Funciones de los Hospitales.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
2. Se realiza el requerimiento de insumos y materiales de acuerdo a programación por cada área/servicio.	Informes, cuadro de requerimientos <b>VERIFICAR IN SITU</b>	Tiene requerimiento de todas las áreas o servicios.	Tiene requerimiento pero no de todas las áreas o servicios.		Del I-4 al I-1
3. Se tiene control visible actualizado de los insumos y materiales en el área de distribución (almacén) y su cuantificación está acorde a esperado por institución.	Tarjetas visibles, muestrear los materiales de mayor rotación y verificar stock adecuado.	Los servicios cuentan con material para la atención regular (Escritorio, médico y de Limpieza).	Se evidencia ausencia de algún material importante para la atención en algún servicio.		Del I-4 al I-1



C. ACOSTA S.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -MINSA/DGSP-V.01  
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

<b>Componente 2</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>Macro proceso 2</b>	<b>PLANEAMIENTO Y CONTROL</b>
<b>Estándar 5</b>	<b>El Establecimiento de Salud cuenta con su Plan de Trabajo Anual, enmarcado en el PSL y POA de la Red, lo implementa y es conocido por todo el personal.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento de salud ha participado continuamente del análisis de la situación de salud con las autoridades regionales/locales para definir el direccionamiento de la atención de la salud y el desarrollo de sus servicios y consta en actas.	Plan de Trabajo (PT) o PSL aprobado del presente año. Informes o actas de talleres de formulación del PT o PSL, con lista de participantes.	Cumple con las 02 condiciones	No cumple con las 02 condiciones	Ley N° 29124 y Decreto Supremo N° 017-2008-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley que establece la Cogestión y Participación Ciudadana para el Primer Nivel de Atención en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud y de las Regiones"  R.M. N° 625-2008/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 141-2008/MINSA/OGPP-V.01: Directiva Administrativa para la formulación, seguimiento, evaluación y reprogramación del Plan Operativo 2009 de las Entidades y Dependencias del Ministerio de Salud. Documentos normativos regionales.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-3
2. El Plan de Trabajo o Plan de Salud Local responde a las cinco principales causas de morbilidad, por cada etapa de vida.	Verificar en el Plan de Trabajo o PSL aprobado para el presente año.	Diagnóstico del PT o PSL, se identifica las cinco principales causas de morbilidad por etapas de vida.	No cumple con la condición		Del I-4 al I-3
3. Se han identificado las principales necesidades de salud de los usuarios del establecimiento por etapas de vida.	Verificar en el Plan de Trabajo o PSL aprobado para el presente año.	Diagnóstico (incluye resultados) del PSL o Plan de Trabajo identifica las principales necesidades de salud de los usuarios por etapas de vida.	No cumple con la condición		Del I-4 al I-3
4. El establecimiento cuenta con plan de trabajo o PSL aprobado para el presente año.	PT del establecimiento de salud aprobado por el jefe del establecimiento o PSL aprobado según ley.	Cuenta con PT o PSL el cual ha sido aprobado en referencia al marco legal y normativo vigente que define el técnico normativo que define el proceso de planeamiento.	si no cumple con la condición		Del I-4 al I-2
5. El PT o PSL del establecimiento ha sido socializado al personal del establecimiento.	Documentos e Informes o actas de reunión de socialización.	Cumple con las 02 condiciones	No cumple con las 02 condiciones		Del I-4 al I-2
6. El establecimiento de salud, ejecuta su plan de acuerdo a lo programado.	PT o PSL aprobado Informes de actividades	Ha ejecutado >80% de lo programado hasta el mes anterior de la visita, el cual se evidencia a través de informes en correspondencia con el PT o PSL aprobado.	No cumple con la condición		Del I-4 al I-2



<b>Componente 2</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>Macro proceso 2</b>	<b>PLANEAMIENTO Y CONTROL</b>
<b>Estándar 6</b>	<b>El Establecimiento de Salud aplica mecanismos sistemáticos de monitoreo, evaluación, supervisión y control que velen por el cumplimiento de la planificación.</b>

No	Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
			SI	NO		
1	El Plan de Trabajo o PSL del establecimiento incluye actividades de seguimiento, monitoreo y evaluación.	Plan de Trabajo o PSL aprobado (incluye actividades de seguimiento, monitoreo y evaluación presupuestadas)	Cumple con la condición	No cumple con la condición	Ley N° 29124 y Decreto Supremo N° 017-2008-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley que establece la Cogestión y Participación Ciudadana para el Primer Nivel de Atención en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud y de las Regiones"  R. M. N° 625-2008/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 141-2008/MINSA/OGPP-V.01: Directiva Administrativa para la formulación, seguimiento, evaluación y reprogramación del Plan Operativo 2009 de las Entidades y Dependencias del Ministerio de Salud.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-2
2	Se cuenta con procedimientos (metodología e instrumentos) establecidos para realizar el seguimiento o monitoreo y evaluación de las actividades del PT o PSL.	Documentos técnicos de seguimiento-monitoreo y evaluación aprobados.	Cumple con la condición	No cumple con la condición		Del I-4 al I-2
3	Se realiza el seguimiento o monitoreo y evaluación de las actividades del PT o PSL.	Informes de seguimiento o monitoreo y evaluación del presente año.	Cumple con las 02 condiciones	No cumple con las 02 condiciones		Del I-4 al I-2
4	Se realiza la supervisión y control interno de la ejecución de las actividades del PT o PSL del establecimiento.	Informes de supervisión y control interno de las actividades del presente Plan de Trabajo o PSL. Informe de medidas correctivas implementadas.	Cumple con las 02 condiciones	No cumple con las 02 condiciones		Del I-4 al I-2



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>Componente 2</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>Macro proceso 3</b>	<b>RECURSOS HUMANOS</b>
<b>Estándar 7</b>	<b>El Establecimiento de Salud está organizado para incorporar y controlar los recursos humanos para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación	
		SI	NO			
1. El establecimiento de salud identifica la brecha de recurso humano a nivel del establecimiento de salud.	Informe/Documento actualizado de análisis de brechas.	Cumple con la condición	No cumple con la condición	R.M. N° 1007-2005/MINSA, que aprueba los "Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud"  Decreto Supremo N° 003-2010-SA, que Modifican el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.	Del I-4 al I-3	
2. El establecimiento de salud tiene documentado el requerimiento de nuevo RH debidamente sustentado de acuerdo a la normatividad vigente	Documento de requerimiento. Documento de sustento de necesidades de RH	Cumple con las 02 condiciones	No cumple con las 02 condiciones		Del I-4 al I-3	
3. El establecimiento de salud tiene documentado el procedimiento de incorporación del recurso humano para el establecimiento de salud según modalidad.	Documento de requerimiento, constancia de seleccionado y contrato	Cumple con las 03 condiciones	No cumple con las 03 condiciones		Del I-4 al I-3	
4. El establecimiento de salud tiene definido y aplica el procedimiento de inducción al recurso humano que se incorpora a la institución, el cual se encuentra establecido en un Programa de Inducción.	Documento Programa de Inducción Informe de ejecución del Programa con lista de participantes.	Cumple con las 02 condiciones	No cumple con las 02 condiciones		Del I-4 al I-3	
5. El establecimiento de salud ha definido formalmente las funciones del recurso humano y comunica acorde al cargo que ocupa.	MOF actualizado y aprobado. Acta de reunión de información del MOF. Documento de asignación de funciones del RH.	Cumple con las 03 condiciones	No cumple con las 03 condiciones		I-4	
6. El recurso humano conoce sus deberes y derechos en el establecimiento de salud.	<b>Aplicación de Lista de Chequeo N° 03</b>	Cumple con todos los ítems de la Lista de Chequeo N°03.	No cumple con todos los ítems de la Lista de Chequeo N° 03		Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
7. Las Jefaturas de Servicios / Unidades/ Áreas según corresponda reporta la producción de servicios de las actividades del RH según las funciones asignadas por el puesto de trabajo y según normas institucionales.	Informe/ Documento de monitoreo de producción mensual de servicios y personal de salud. Reporte 40 del HIS- MIS.	Cumple con las 02 condiciones	No cumple con las 02 condiciones		Del I-4 al I-1	
8. El establecimiento de salud controla la asistencia, permanencia del recurso humano de acuerdo a las normas vigentes.	Cuaderno de asistencia (cruce de información con la programación mensual) y Matriz de rol de programación de actividades del EESS.	Cumple con las 02 condiciones, asistencia y permanencia.	No cumple con las 02 condiciones		Del I-4 al I-1	



**Componente 2**  
**Macro proceso 3**  
**Estándar 8**

<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>RECURSOS HUMANOS</b>
<b>El Establecimiento de Salud dispone de acciones de salud ocupacional (Seguridad y Protección del prestador) del personal de salud.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El personal de salud se encuentra protegido contra enfermedades ocupacionales como Hepatitis B, Tétano, Fiebre Amarilla, H1N1 según el perfil epidemiológico, de acuerdo a normas institucionales de las áreas de riesgo.	Libro de registro de vacunados en la que se verifique que al menos el 90% del RH se encuentra protegido.	Cumple con la condición	No cumple con la condición	Decreto Supremo N° 009-2005-TR.  Decreto Supremo 011-2008-SA, que Modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
2. El personal de salud aplica las medidas de bioseguridad para el manejo del paciente de alto riesgo.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 04	Cumple con todos los ítems de la Lista de Chequeo N° 04.	No cumple con la Lista de Chequeo N° 04.		Del I-4 al I-1
3. El establecimiento de salud realiza la vigilancia de accidentes punzo cortante, accidentes laborales y factores de riesgo ocupacional en el recurso humano.	Reporte de registro de la notificación. Resultados de la evaluación. Documento de medidas a adoptar	Cumple con las 03 condiciones.	No cumple con las 03 condiciones.		Del I-4 al I-1
4. El establecimiento de salud evalúa las medidas de respuesta de la salud ocupacional del recurso humano de acuerdo a la normatividad vigente.	Informe de evaluación	Cumple con la condición.	No cumple con la condición.		Del I-4 al I-1



C. ACOSTA S.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>Componente 2</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>Macro proceso 3</b>	<b>RECURSOS HUMANOS</b>
<b>Estándar 9</b>	<b>El Establecimiento de Salud cuenta con Recursos Humanos capacitados para la prestación de servicios de salud.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento de salud identifica las necesidades de capacitación en forma participativa y realiza la programación anual de las actividades de capacitación.	Documento de programación de actividades educativas, que incorpora el diagnóstico de las necesidades de capacitación. Lista de participantes en la programación.	Cumple con las 02 condiciones	No cumple con las 02 condiciones	Decreto Legislativo N° 276, que aprueba la Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público.	Del I-4 al I-3
2. El establecimiento de salud planifica, ejecuta y evalúa las actividades educativas contempladas en el Plan Anual de Capacitación de la instancia correspondiente para el recurso humano (asistencial y administrativo) según modalidad educativa.	Documento de Programación de las actividades educativas. Documento de evaluación de las actividades educativas. Plan de Trabajo del EESS en la que se encuentra incorporado actividades relacionadas a capacitación.	Cumple con las 03 condiciones	No cumple con las 03 condiciones		Decreto Legislativo N° 1025, que aprueba las Normas de Capacitación y Rendimiento para el Sector Público.  Resolución Jefatural N° 940-2005-IDREH/J.
3. El recurso humano aplica la estrategia de Problemización (Análisis Crítico de la Práctica) en sus intervenciones sanitarias.	Informe o Acta de intervenciones sanitarias	Cumple con la condición	No cumple con la condición	Decreto Supremo N° 004-2010-PCM, que aprueba el Plan Nacional de Desarrollo de Capacidades para la Gestión Pública y Buen Gobierno de los Gobiernos Regionales y Locales.  Decreto Legislativo N° 1057, que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios (CAS)	Del I-4 al I-1
4. El equipo de salud se encuentra capacitado en aspectos relacionados a la Atención Integral y Gerencia en Salud.	Registro de capacitados del EESS (mínimo 60% del equipo de salud capacitado)	Cumple con la condición	No cumple con la condición	R. M. N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad".  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1



<b>Componente 2</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>Macro proceso 3</b>	<b>RECURSOS HUMANOS</b>
<b>Estándar 10</b>	<b>El Establecimiento de Salud incorpora las acciones de Bienestar Social del personal de salud.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento de salud cuenta con actividades relacionadas a incentivos (motivación) en su programación anual.	Plan de Trabajo de EESS en la que incorpora actividades relacionadas a incentivos no dinerarios.	Cumple con la condición	No cumple con la condición	R.M. N° 954-2005/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 072-MINSA/OGGRH-V.01: "Procedimiento para la elección del mejor trabajador en las dependencias del Ministerio de Salud"  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
2. El establecimiento ejecuta actividades de recreación, cultura y deportes para sus Recursos Humanos.	Informe de evaluación del Plan Anual. Documentos que oficializan actividades.	Cumple con las 02 condiciones.	No cumple con las 02 condiciones.		Del I-4 al I-1
3. El establecimiento de salud ejecuta actividades de reconocimiento del RH (incentivo no dinerario).	Acta de reuniones. Documento que oficializa el reconocimiento.	Cumple con las 02 condiciones.	No cumple con las 02 condiciones.		Del I-4 al I-1



C. ACOSTA S.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº -MINSA/DGSP-V.01  
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

<b>Componente 2</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>Macro proceso 4</b>	<b>CALIDAD DE ATENCIÓN</b>
<b>Estándar 11</b>	<b>El Establecimiento de Salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento cuenta con Responsable de Calidad formalmente asignado.	Documento oficial de asignación como Responsable de Calidad.	Cuenta con responsable de Calidad formalmente asignado.	No cuenta con Responsable de Calidad formalmente asignado.	R. M. Nº 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.  D.S. Nº 013-2006-SA aprueba Reglamento de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo  R.M. Nº456-2007, que aprueba NTS 050-MINSA V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-3
2. El establecimiento cuenta con al menos un equipo de mejora continuo de la calidad conformado y éste se encuentra activo (cumplan actividades según planificado).	Documento oficial de conformación de equipo de mejora continua Actas oficiales de reuniones en el último trimestre.	Cuenta con un equipo de mejoramiento continuo conformado y activo.	No cuenta con Equipo de Mejora Continua o cuenta y éste no está activo.		Del I-4 al I-3
3. El equipo de mejora continua del establecimiento cuenta con personal capacitado para realizar procedimientos de mejora continua de la calidad.	Libro de registro de capacitación del Personal. Plan de trabajo para la mejora continua de la calidad.	Cuenta con personal capacitado para realizar procedimientos de mejora continua de la calidad.	No cuenta con personal capacitado para realizar procedimientos de mejora continua de calidad.		Del I-4 al I-3
4. Existe un plan de trabajo para la mejora de la calidad en el establecimiento, que responde a las necesidades de usuarios internos y externos.	Plan de trabajo para la mejora continua de la calidad.	Cuenta con plan de trabajo para la mejora continua de la calidad.	No cuenta con plan de trabajo.		Del I-4 al I-3
5. El establecimiento ha implementado por lo menos un proyecto de mejora continua de la calidad.	Documento que contiene proyectos de mejora implementada.	Documenta proyectos de mejora implementada.	No documenta proyectos de mejora implementada.		Del I-4 al I-3
6. El Establecimiento de salud realiza autoevaluación en el marco de la Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud.	El establecimiento está organizado (cuenta con equipo de acreditación y equipo de evaluadores internos), tiene Plan de Autoevaluación, ha comunicado inicio de autoevaluación y tiene informe técnico de autoevaluación.	Cuenta con equipo de acreditación, equipo de evaluadores internos, cuenta con Plan de Autoevaluación, ha comunicado inicio de autoevaluación y cuenta con informe técnico de autoevaluación.	No cuenta con los equipos, ni documentos señalados.		Del I-4 al I-1

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>Componente 2</b> <b>Macro proceso 4</b> <b>Estándar 12</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
	<b>CALIDAD DE ATENCIÓN</b>
	<b>El Establecimiento de Salud tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento ha definido mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de sus usuarios y tiene documentado el procedimiento para su análisis y atención de las quejas y reclamos de los usuarios (metodologías, instrumentos y periodicidad) y lo cumple.	Documento que contiene los mecanismos (buzón sugerencias, encuestas, informes de grupos focales) para recoger sugerencias, quejas y reclamos de sus usuarios y el procedimiento para su análisis y atención.	Cuenta con documento y/o mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de sus usuarios (buzón, encuestas, grupos focales, etc.	No cuenta con documento y/o mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de sus usuarios.	Ley N° 27604, ley que modifica la Ley General de Salud N° 27842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencia y partos.  R. M. N°603-2007/MINSA aprueba la Directiva Administrativa N°118-MINSA/DST-V.02 Directiva Administrativa que Regula el Procedimiento para la atención de consultas, sugerencias, quejas, solicitudes de IBOs y consejería en la defensoría de la salud y transparencia del Ministerio de Salud.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
2. Se cuantifica el porcentaje de quejas o reclamos atendidos oportunamente y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.	Reporte de quejas o reclamos atendidos.	Cuantifica el porcentaje de quejas o reclamos atendidos.	No cuantifica las quejas o reclamos atendidos.		Del I-4 al I-1
3. El establecimiento tiene definido material informativo con contenido sobre el cuidado post-atención de los usuarios y está adecuado culturalmente según realidad local.	Material informativo sobre cuidado post-atención de los usuarios que debe estar adecuado culturalmente.	Tiene definido los documentos de información post-atención a sus usuarios y esta adecuado culturalmente.	No tiene definido los documentos de información post-atención a sus usuarios o no está adecuado culturalmente.		Del I-4 al I-2
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.	Documento que contiene los mecanismos establecidos e implementados que garantiza la privacidad de los usuarios.	Cuenta con mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios.	No cuenta con mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios.		Del I-4 al I-1
5. Se han identificado las principales barreras de acceso de los usuarios a los servicios (de tipo geográfico, económico, cultural, estructural y funcional) y se han implementado estrategias y acciones para disminuirlas.	Documento que contiene las barreras identificadas de acceso de los usuarios a los servicios. Documento de reporte de implementación de estrategias y acciones para disminución de barreras.	Han identificado las barreras de acceso de los usuarios de los servicios y se ha implementado estrategias y acciones para disminuir las barreras de acceso a los usuarios.	No se han identificado las barreras de acceso, ni se han implementado estrategias y acciones para disminuirlas.		Del I-4 al I-1
6. El establecimiento de salud muestra su cartera de servicios, cronograma de atención con responsables, en un lugar visible y están adecuados culturalmente según realidad local.	Panel visible donde este publicado la cartera de servicios y cronograma de atención con responsables, adecuado culturalmente.	Muestra cartera de servicios en lugar visible y tiene cronograma de atención con responsables y están adecuados culturalmente.	No muestra cartera de servicios en lugar visible ni tiene cronograma de atención con responsables o no están adecuados culturalmente.		Del I-4 al I-1
7. El establecimiento tiene flujograma de atención general y por servicios y señalización adecuados culturalmente.	Señalización de servicios, adecuada culturalmente. Documento oficial con flujograma de atención.	Tiene flujograma de atención y señalización adecuado culturalmente.	No cuenta con flujograma de atención, ni señalización o no esta adecuado culturalmente.		Del I-4 al I-1
8. El establecimiento tiene publicado los derechos básicos y deberes de los pacientes en las zonas de contacto emergencia, consulta externa e Internamiento.	Panel visible con material informativo de derechos básicos y deberes de los pacientes de emergencia, consulta externa e internamiento.	Tiene publicado los derechos y deberes de los pacientes en panel visible en lugares de contacto.	No tiene publicado los derechos y deberes de los pacientes en panel visible.		Del I-4 al I-1



C. ACOSTA S.



<b>Componente 2</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>Macro proceso 4</b>	<b>CALIDAD DE ATENCIÓN</b>
<b>Estándar 13</b>	<b>El Establecimiento de Salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento tiene definida una metodología de medición de la satisfacción de los usuarios internos y externos, la cual es aplicada periódicamente.	Documento / encuesta / grupos focales definida Informe de resultados de aplicación de encuesta/ grupo focales.	Cuenta con metodología para medición de satisfacción de usuarios y la aplica periódicamente. De no haber metodología no aplican los criterios 2, 3, 4, 5 y 6.	No cuenta con metodología para medición de satisfacción de usuarios o no la aplica periódicamente.	R. M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
2. Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron buen trato durante la atención y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.	Reporte de resultados de encuesta de usuarios que percibieron buen trato durante la atención	Cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron buen trato.	No cuantifica porcentaje de usuarios.		Del I-4 al I-1
3. Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron que la información post-atención recibida es entendible y completa y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.	Reporte de resultados de encuestas de usuarios que percibieron información post-atención.	Cuantifica porcentaje de usuarios que recibieron información.	No cuantifica porcentaje de usuarios.		Del I-4 al I-1
4. Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron privacidad durante la atención y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.	Reporte de resultados de encuestas de usuarios que percibieron privacidad durante la atención.	Cuantifica porcentaje de usuarios que percibieron privacidad de la atención.	No cuantifica porcentaje de usuarios.		Del I-4 al I-1
5. Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.	Reporte de resultados de encuestas de usuarios satisfechos con los servicios prestados.	Cuantifica porcentaje de usuarios satisfechos.	No cuantifica porcentaje de usuarios.		Del I-4 al I-1
6. Se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.	Reporte de resultados de encuestas de satisfacción de trabajadores con su centro laboral.	Cuantifica porcentaje de trabajadores satisfechos en su centro de labores.	No cuantifica porcentaje de trabajadores.		Del I-4 al I-1



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**Componente 2**  
**Macro proceso 4**  
**Estándar 14**

<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>CALIDAD DE ATENCIÓN</b>
El Establecimiento de Salud realiza auditoría de calidad de registros (Historia Clínicas) y verifica la adherencia a las Guías de Práctica Clínica.

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento de salud realiza Auditoría de las Historias Clínicas en: Emergencia, Consulta externa e Internamiento.	Informe de auditoría de Historias Clínicas en Emergencia, Consulta externa e Internamiento.  Historias Clínicas.	Cumple con las auditorías de Historias Clínicas en Emergencia, Consulta externa e Internamiento	No cumple con realizar auditorías de Historia Clínica en ninguno de los servicios señalados.	R.M. N°474-2005/MINSA, que aprueba la NT N°029-MINSA/DGSP-V.01 Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.  R.M. N° 511-2005/MINSA, que aprueba las Guías de Práctica Clínica en Emergencia Pediátrica.	Del I-4 al I-2
2. El establecimiento tiene documentado los procedimientos técnico-asistenciales (Guías de Práctica Clínica en Emergencia, Consulta Externa e Internamiento) y administrativos priorizados, vigilando su cumplimiento e identificando oportunidades de mejora continua de la calidad.	Manuales, guías de práctica clínica, directivas de procedimientos técnico-asistenciales.  Manuales, guías, directivas de procedimientos administrativos.  Historias Clínicas.	Cuenta con manuales, guías, directivas de procedimientos técnico-asistenciales y administrativos	No cuenta con ningún documento que sustente procedimientos técnico-asistenciales y administrativos.	R.M. N° 516-2005/MINSA, Que aprueban las Guías de Práctica Clínicas en Emergencia en el adulto.  R.M. N° 386-2006/MINSA, NT 042 -MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -MINSA/DGSP-V.01  
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

**Componente 2**  
**Macro proceso 5**  
**Estándar 15**

<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>GESTIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS.</b>
<b>El Establecimiento de Salud está organizado para el manejo adecuado de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios antes de su dispensación o expendio al usuario.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. La farmacia del establecimiento de salud cuenta con el software del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos médico-quirúrgicos - SISMED, última versión, que registra el movimiento de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, permite la elaboración del Informe de Consumo Integrado (ICI) y proporciona información útil para fortalecer las actividades de farmacia.	Software SISMED instalado y en uso por el personal de farmacia. Reporte del software. Envíos magnéticos del ICI realizados al nivel superior	Farmacia tiene instalado el software SISMED y es usado para el registro del movimiento de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, permite la elaboración del ICI y la emisión de reportes para tomar decisiones	Farmacia no tiene instalado el software del SISMED.	Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.  R.M. N° 1753-2002-SA/DM, que aprueba la Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos médico-quirúrgicos - SISMED.	Del I-4 al I-3
2. La farmacia del establecimiento de salud realiza conteos periódicos del stock y verificación de las salidas e ingresos de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, emite el Informe de Consumo Integrado (ICI) mensualmente y cumple con enviarlo al nivel superior	Tarjetas de Control Visible (TCV), software SISMED (kárdex, ICI), informes. Informes de conteos físicos o inventarios. Dos últimos ICI emitidos. Verificar que éstos hayan sido enviados al nivel superior (sello de recibido u oficio de envío).	Farmacia realiza conteos periódicos del stock y verificación de las salidas e ingresos de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, emite el ICI mensualmente y lo envía al nivel superior	Farmacia no realiza controles periódicos del movimiento de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios o no emite el ICI mensualmente o emite el ICI pero no tiene oficio de envío o firma y sello de recibido.	R. M. N° 1240-2004/MINSA, Política Nacional de Medicamentos.  R.M. N° 367-2005-MINSA, Modificatoria de la Directiva del SISMED.  Resolución Jefatural N° 335-90-INAP/DNA, Aprueban el Manual de Administración de Almacenes para el Sector Público Nacional.	Del I-4 al I-1
3. La farmacia del establecimiento de salud utiliza indicadores de suministro y uso para realizar la gestión de medicamentos.	Informe con indicadores de suministro (disponibilidad, sobre stock, desabastecimiento, medicamentos vencidos) y uso (Prescripción en Denominación Común Internacional -DCI, medicamentos incluidos en el Petitorio local, regional o nacional, uso de antimicrobianos)	Farmacia tiene indicadores de suministro y uso y los utiliza para la toma de decisiones en la gestión de medicamentos	Farmacia no dispone ni utiliza indicadores para realizar gestión de medicamentos	Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01  
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

<b>Componente 2</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>Macro proceso 5</b>	<b>GESTIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS</b>
<b>Estándar 16</b>	<b>El Establecimiento de Salud realiza acciones para que los procesos de requerimiento (pedido), recepción, almacenamiento y gestión de inventarios se realicen de manera eficiente, segura y confiable.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. La Farmacia del establecimiento de salud formula el requerimiento (pedido) de medicamentos enmarcado en el petitorio local o regional o Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME), utilizando una metodología válida o indicada por la DISA/DIRESA (máximos y mínimos, consumo histórico, perfil de morbilidad, otros).	Los dos últimos requerimientos (pedidos) formulados por farmacia. Petitorio Local, Regional o Nacional de Medicamentos. Documento en donde se evidencia el uso de alguna metodología válida para formular el requerimiento (máximos y mínimos, consumo histórico, perfil de morbilidad, otros).	La farmacia formula el requerimiento de medicamentos enmarcado en el petitorio local, regional o nacional y utiliza alguna metodología válida o indicada por la DISA/DIRESA (máximos y mínimos, consumo histórico, perfil de morbilidad, otros)	El requerimiento formulado por farmacia contiene medicamentos no incluidos en el petitorio local, regional o nacional o su elaboración no sigue una metodología válida.	Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.	Del I-4 al I-1
2. El establecimiento de salud almacena y conserva los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, cumpliendo con los criterios mínimos de conservación en el Almacén Especializado de Medicamentos (AEM), área de dispensación o expendio y otras áreas dependientes del servicio de farmacia.	<b>Lista de Chequeo N° 05</b> para almacén de medicamentos (si lo hubiere) y <b>Lista de Chequeo N° 06</b> para el área de dispensación o expendio.	Cumple con el 80% o más de los criterios mínimos indicados en la lista de chequeo respectiva.	Cumple con menos del 80% de los criterios mínimos indicados en la lista de chequeo respectiva.	R.M. N° 585-99-SA/DM, que aprueban el Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de productos farmacéuticos y afines. R. M. N° 1753-2002-SA/DM, que aprueba la Directiva del SISMED.	Del I-4 al I-1
3. En el establecimiento de salud existe disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en cantidades suficientes para atender la demanda de los servicios de hospitalización, ambulatorio y otros, incluyendo aquellos para las intervenciones sanitarias.	Informe o Indicador de disponibilidad de medicamentos. Inspección ocular de 10 productos trazadores.	La disponibilidad de medicamentos, en el establecimiento de salud, es del 90% o más (demostrado en el informe y en la verificación de los 10 medicamentos trazadores).	La disponibilidad de medicamentos, en el establecimiento de salud, es menor al 90% o el informe es incongruente con la verificación de los 10 medicamentos trazadores.	R.M. N° 1240-2004-MINSA, que aprueba la "Política Nacional de Medicamentos" R.M. N° 367-2005-MINSA, Modificatoria de la Directiva del SISMED.	Del I-4 al I-1
4. La farmacia del establecimiento de salud realiza acciones para evitar el vencimiento y optimizar los stocks de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios y cuenta con un registro de los productos vencidos o deteriorados	Informes, actas u otros documentos que evidencien que se han tomado acciones para evitar el vencimiento y sobre stock de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios (canjes, transferencias, devoluciones, etc.). Informe o registro de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios vencidos o deteriorados (si los hubiere).	El personal de farmacia realiza acciones para evitar el vencimiento y sobre stock de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios y no se encuentran productos vencidos, deteriorados o en sobre stock.	Farmacia no realiza acciones para evitar el vencimiento y sobre stock de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios y/o se encuentran productos vencidos, deteriorados o en sobre stock.	Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1



**Componente 2**  
**Macro proceso 5**  
**Estándar 17**

<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>GESTIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS</b>
El Establecimiento de Salud realiza acciones para un uso adecuado de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, velando por su prescripción racional, adecuada dispensación o expendio y promoviendo el uso adecuado en el domicilio.

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
<p>1. La Farmacia del establecimiento de salud realiza acciones de promoción y difusión para el uso adecuado de los medicamentos tanto para el personal de salud como para la comunidad.</p>	<p>Afiches, volantes, informes, documentos, videos, etc. en donde se evidencia que el personal de farmacia promueve y difunde el uso adecuado de medicamentos.</p>	<p>Farmacia ha implementado acciones y estrategias para hacer promoción y difusión sobre el uso adecuado de los medicamentos en el establecimiento de salud y en la comunidad.</p>	<p>Farmacia no ha implementado acciones y estrategias para hacer promoción y difusión sobre el uso adecuado de los medicamentos.</p>	<p>Ley N° 26842, Ley General de Salud.</p> <p>Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.</p> <p>Decreto Supremo N° 015-2009-SA, Establecen modificaciones al Decreto Supremo N° 019-2001-SA.</p> <p>R.M. N° 1753-2002-SA/DM, Aprueban la Directiva del SISMED.</p>	<p>Del I-4 al I-1 1</p>
<p>2. Se hace uso de la Receta Única Estandarizada (RUE) para la prescripción de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios y los medicamentos son prescritos en Denominación Común Internacional (DCI).</p>	<p>Revisar las recetas en farmacia y contrastar con el modelo de la Directiva del SISMED (Ver anexo de la Receta Única Estandarizada).</p> <p>Muestra de 30 recetas del mes en curso o del mes anterior a la visita. Revisar la prescripción.</p>	<p>En el establecimiento de salud se utiliza la RUE para la prescripción y ésta se realiza en DCI.</p>	<p>No se utiliza la RUE para la prescripción y además ésta no se realiza en DCI.</p>	<p>R.M. N° 1240-2004-MINSA, Política Nacional de Medicamentos.</p> <p>R.M. N° 367-2005-MINSA, Modificatoria de la Directiva del SISMED.</p> <p>Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.</p>	<p>Del I-4 al I-1</p>



C. ACOSTA S.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº -MINSA/DGSP-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**Componente 2**  
**Macro proceso 6**  
**Estándar 18**

<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>
<b>El establecimiento de salud promueve una gestión Integral de la Información</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento de salud tiene identificado los puntos de acopio de información para los Sistemas de información (HIS, SIS, SISMED, Noti).	Evidencia física. Verificar los puntos de acopio para los diferentes sistemas de información e informes.	Se identifica plenamente el espacio físico y el equipo de cómputo en el que se registra la información de cada uno de los sistemas.	No se dispone de alguna de las condiciones.	<b>R.M. Nº 461-2008/MINSA,</b> que aprueba la Directiva Administrativa para el Uso Racional de Recursos Informática y de Comunicaciones en las Direcciones de Salud y sus Establecimientos de Salud.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
2. El establecimiento de salud identifica su brecha de recursos informáticos (software, equipos de cómputo y comunicaciones) y de personal de sistemas.	Informe o Plan actualizado (menos de 6 meses) con análisis de brechas de recursos informáticos y de personal de sistemas.	Cuenta con informe o Plan actualizado.	No cuenta con informe o Plan actualizado.		Del I-4 al I-3
3. El establecimiento de salud cuenta con presupuesto para mejora y mantenimiento de los recursos informáticos y de comunicaciones.	Dispone de partida presupuestal específica con fondos para compra y mantenimiento de recursos informáticos y de comunicaciones.	Cumple con la condición	No cumple con la condición.		Del I-4 al I-3
4. El establecimiento de salud cuenta con un Plan de Mejoras de los sistemas de información (control de calidad, capacitación del personal, chartas de inducción, normas y procedimientos, otros) y los ejecuta.	Cuenta con Plan de Mejoras ó actas de acuerdos de mejoras, y de los medios de comprobación de cumplimiento.	Cumple con ambas condiciones.	No cumple con ambas condiciones.		Del I-4 al I-3
5. El establecimiento de salud cuenta con personal permanente capacitado en el uso y operación (subir y bajar información, instalar el sistema, sacar copias de seguridad) de los sistemas de información (HIS, SIS, SISMED, Noti).	Documentos o certificados que acrediten que el establecimiento cuenta a la fecha con personal capacitado en el uso y operación de los sistemas.	Cumple con acreditar por lo menos a una persona por sistema (puede ser la misma persona).	No cumple con la condición.		Del I-4 al I-1
6. El establecimiento de salud cuenta con procedimientos documentados que describen la captura, el análisis, la transmisión, la difusión, el almacenamiento, la conservación y depuración de la información de los sistemas implantados.	Manual del Sistema, Manual de Usuario o Manual de Procedimientos de los sistemas de información implantados	Cuenta con por lo menos uno de los manuales por cada uno de los sistemas implantados.	No cumple con la condición mínima.		Del I-4 al I-1
7. La oficina de Estadística Informática y Telecomunicaciones o la que haga sus veces en las DIRESA, redes o microrredes, verifica como se realiza el registro de información en el establecimiento para cada sistema de información (HIS, SIS, SISMED, Noti).	Libro de actas o informe de monitoreo.	Si está consignado en el libro de actas o se evidencian los informes del monitoreo.	No está consignado en libro de actas ni se evidencia los informes del monitoreo.		Del I-4 al I-1



C. ACOSTA S.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01  
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

<b>Componente 2</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>Macro proceso 6</b>	<b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>
<b>Estándar 19</b>	<b>El Establecimiento de Salud realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad y la oportunidad de la información.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento de salud tiene formalmente definidas las funciones y responsabilidades del personal en el manejo de la información.	ROF, MOF o manual de procedimientos.	En al menos uno de los documentos se definen responsabilidades en el manejo de la información.	No se cumple condición mínima.	R.M. N° 461-2008/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa para el Uso Racional de Recursos Informática y de Comunicaciones en las Direcciones de Salud y sus Establecimientos de Salud.	Del I-4 al I-1
2. El Establecimiento de Salud cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de los resultados.	Informes de evaluación.	Realiza evaluación periódica del sistema local de información.	No realiza evaluación periódica del sistema local de información	Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1



C. AGOSTA S.

<b>Componente 2</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>Macro proceso 6</b>	<b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>
<b>Estándar 20</b>	<b>El Establecimiento de Salud realiza anualmente el Análisis de Situación de Salud Local.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento de salud oficializa la conformación del personal que realizará el ASIS Local.	Oficio, informe o documento ASIS que comunica conformación de personal.	La conformación del personal de salud que elaborará el ASIS Local deberá hacerse 6 meses antes de la aprobación del Plan de Trabajo (Plan de Salud Local)	No cumple con las condiciones establecidas.	Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-3
2. El Establecimiento de Salud cuenta con el ASIS Local oportuno.	Documento de ASIS Local elaborado.	Si cuenta con el Documento de ASIS Local aprobado por la Jefatura de Establecimiento de Salud, un mes antes de la aprobación del Plan de Trabajo	No cuenta con el documento ASIS Local bajo las condiciones establecidas.		Del I-4 al I-2
3. Se difunde el ASIS Local entre todo el personal.	Acta de reunión de presentación. Oficio de entrega de documento.	El Documento de ASIS Local se presenta a todo el personal de salud y/o entregado con oficio.	No se presenta el ASIS Local.		Del I-4 al I-1
4. El documento del Plan de Salud Local se utiliza como insumo para la elaboración del Plan de Trabajo.	Plan de Trabajo Plan de Salud Local	Revisar el Plan de Trabajo del establecimiento de salud. El establecimiento de salud cuenta con el Plan de Salud Local.	El establecimiento de salud no cuenta con el Plan de Salud Local no el Plan de Trabajo.		Del I-4 al I-1



C. ACOSTA S.



**Componente 2**  
**Macro proceso 6**  
**Estándar 21**

<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>
<b>El Establecimiento de Salud promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento de salud usa mecanismos de difusión y retroalimentación de la información.	Página web, publicaciones, panel, documentos remitidos y/o recibidos.	Si usa mecanismos de difusión y retroalimentación.	No usa mecanismos de difusión y retroalimentación.	Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-2
2. Se generan espacios de análisis de información participativa y son documentadas.	Actas de reuniones del equipo de gestión.	Si está consignado en el libro de actas.	No consigna en el libro de actas.		Del I-4 al I-2
3. El establecimiento de salud cuenta con un espacio (Sala de Situación de Salud) donde se muestra la información relevante y está actualizada.	Evidencia física	Si cuenta con sala o ambiente / virtual.	No cuenta con sala o ambiente / virtual		Del I-4 al I-2
4. Se evalúa periódicamente la calidad de la información proporcionada a los usuarios internos.	Libro de actas	Si se evalúa por los usuarios.	No se evalúa por los usuarios.		Del I-4 al I-2



C. ACOSTA S.

<b>Componente 2</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>Macro proceso 7</b>	<b>GESTIÓN DEL FINANCIAMIENTO</b>
<b>Estándar 22</b>	<b>El Establecimiento de Salud ejecuta adecuadamente los presupuestos asignados según normas vigentes.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento de salud ha ejecutado más del 90% del Decreto de Urgencia N° 022-2009, conforme a los procedimientos de la norma.	Informes, actas, Cargos de envío	Si cumple con presentar la información correspondiente que evidencia la ejecución de dicho presupuesto.	No presenta o presenta incompleto.	Decreto de Urgencia N° 022-2009.  Ley de Presupuesto del Año Fiscal correspondiente.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
2. El establecimiento de salud ha rendido oportunamente todo lo ejecutado del presupuesto asignado según el Decreto de Urgencia N° 022-2009.	Informes, actas, Cargos de envío	Si cumple con presentar la información correspondiente que evidencia la rendición de dicho presupuesto.	No presenta o presenta incompleto.		Del I-4 al I-1
3. El establecimiento de salud se ajusta a las norma de austeridad y uso racional de los recursos.	Recibos de agua, luz, teléfono y otros servicios básicos de los últimos tres meses.	En la documentación se evidencia uso racional de los servicios básicos (Llamadas oficiales, y costos fijos adecuados para su realidad)	En la documentación se evidencia uso racional de los servicios básicos (Llamadas oficiales, y costos fijos adecuados para su realidad)		Del I-4 al I-1



C. ACOSTAS.

<b>Componente 2</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>Macro proceso 7</b>	<b>GESTIÓN DEL FINANCIAMIENTO</b>
<b>Estándar 23</b>	<b>El Establecimiento de Salud utiliza los recursos de Rembolso del SIS de manera adecuada con las normas vigentes.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento de salud recibe íntegramente sus reembolsos del SIS.	Informes, actas de conciliación	Cumple con lo establecido	No cumple	R.M. N° 422-2007/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N°112-MINSA/SIS-V.01 "Directiva Administrativa que regula el Proceso de Pago para las prestaciones del Seguro Integral de Salud-SIS.	Del I-4 al I-1
2. El establecimiento de salud ejecuta adecuadamente los reembolsos del SIS de acuerdo a la norma vigente.	Informes, actas de conciliación	Cumple con lo establecido	No cumple	Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso	Del I-4 al I-1



D. ACOSTA S.

<b>Componente 2</b> <b>Macro proceso 8</b> <b>Estándar 24</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
	<b>EMERGENCIAS Y DESASTRES</b>
	El Establecimiento de Salud adopta acciones para la estimación del riesgo.

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. Se tiene establecida la identificación de vulnerabilidades y amenazas o peligros natural, antrópico y social que ocasione emergencias y desastres y es de conocimiento del personal.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 07	Cumple con todo lo establecido en la Lista de Chequeo N° 07.	No cumple con las condiciones establecidas en la Lista de Chequeo N° 07.	R.S.N°009-2004-SA, Plan Sectorial de Prevención y Atención de Emergencias y Desastres del Sector Salud.  R.M. N° 768-2004/MINSA, que aprueba los Procedimiento para la Elaboración de Planes de Contingencia para Emergencias y Desastres,  R.V.M. N° 011-93-SA, que aprueba el Inventario de Recursos del Sector Salud para casos de Emergencia y Desastres.  DIRECTIVA N° 001-ODN-93.  DIRECTIVA N° 040-2004- OGDN/MINSA-V.01.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1



D. ACOSTA S.

**Componente 2**  
**Macro proceso 8**  
**Estándar 25**

**GESTIÓN LOCAL****EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**El Establecimiento de Salud adopta acciones para la reducción del riesgo en la jurisdicción del EESS: reducción de la vulnerabilidad, prevención y preparación.**

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. Se tiene establecida Comité de Emergencias y Desastres y es de conocimiento del personal.	Actas o Informes de funcionamiento del Comité de Emergencias y Desastres.	Libro de actas de las reuniones y acuerdos del Comité de Emergencias y Desastres	No cuenta con libros de actas	R.M. N° 984 - 2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 044-MINSA/OGDN-V.01, Organización y funcionamiento del Centro de Operaciones de Emergencia del Sector Salud C.O.E. – Salud.	Del I-4 al I-3
2. Se cuenta con plan de Prevención y Atención de emergencias y desastres que incluye el análisis de las amenazas (principales emergencias y desastres internos y externos) y la evaluación de la vulnerabilidad institucional actualizado (identificación de vulnerabilidad).	Plan de Prevención y Atención de Emergencia 2010, Documento que lo aprueba por la Microrred y el Médico jefe del ES.	Si cuenta con Plan de prevención y atención frente a Emergencias y desastres.	No cuenta con Plan de Emergencias	Decreto Supremo N° 001-A-2004-DE/SG, que aprueba el Plan Nacional de Prevención y Atención de Desastres (INDECI). R.S.N°009-2004-SA, Plan Sectorial de Prevención y Atención de Emergencias y Desastres del Sector Salud.	Del I-4 al I-1
3. Se cuentan con planes de contingencia específicos frente a eventos recurrentes a nivel local: Temporada de frío, Temporada de Lluvias, Año Nuevo, Fiestas patronales y otros eventos.	Plan de Contingencia 2010 local frente a un evento específico, Documento que lo aprueba por la Microrred y el Médico jefe del ES.	Si cuenta con Plan de Contingencia 2010 local frente a evento específico	No cuenta con Plan de Contingencias.	R.M. N° 768-2004/MINSA, que aprueba el Procedimiento para la Elaboración de Planes de Contingencia para Emergencias y Desastres. Directiva N° 040-2004- OGDN/MINSA-V.01	Del I-4 al I-1
4. Cuenta con financiamiento los Planes de Prevención y Atención, Planes de Contingencia por parte de las unidades ejecutoras (POA) o Gobiernos locales.	Informe, documentación o acta de evidencia del financiamiento del Plan de Emergencias	Si cuenta con Informe	No cuenta con Informe	R.J.N°466-2005-INDECI Manual de Conocimiento Básicos para Comités de Defensa Civil y Oficinas de Defensa Civil. Planes Operativos Institucionales (Regionales).	Del I-4 al I-1
5. Las rutas de acceso externa e interna, vías de circulación interna despejadas y existe la señalización para la evacuación ante emergencias.	Evidencia de señalización, vías de acceso y de circulación despejadas.	Si se evidencia de señalización, vías de acceso y de circulación despejadas.	No se evidencia de señalización, vías de acceso y de circulación despejadas.	R.M. N° 897-2005/MINSA, que aprueba la NTS N° 037-MINSA/OGDN – V.01 "Norma Técnica de Salud para señalización de seguridad de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.	Del I-4 al I-1
6. Personal de salud capacitado frente a emergencias y desastres, brigada de evaluación de daños, brigada de atención inicial y otras.	Informe de capacitación, participación y organización del personal de salud en Emergencias locales o Regionales	Si cuenta con informe de capacitación, participación y organización del personal de salud en Emergencias locales o Regionales	No cuenta con informe de capacitación, participación y organización del personal de salud en Emergencias locales o Regionales	R.M. N°194-2005/MINSA, que aprueba la Directiva N° 053 - 2005-MINSA/OGDN-V.01, " Organización y Funciones de las Brigadas del Ministerio de Salud para atención y control de situaciones de emergencias y desastres. R.M. N° 416-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 035-2004-OGDN/MINSA-V.01, Procedimientos de aplicación del formulario Preliminar de Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades de Salud en Emergencias y Desastres.	Del I-4 al I-1
7. Se participa en las actividades de la Comisión de Salud del Comité Distrital de Defensa Civil, en el Comité de Salud de la localidad para articular actividades a nivel multisectorial en la localidad frente a emergencias masivas y desastres.	Informe, documentación o acta de evidencia de la participación del personal	Si cuenta con informe, documentación o acta de evidencia de la participación del personal.	No cuenta con informe, documentación o acta de evidencia de la participación del personal.	R.M. N°108-2001-SA/DM, que aprueba la Directiva N° 001-SA-DM-ODN, Organización de funciones de los comités de Defensa Civil de las Direcciones de Salud. R.J.N°466-2005-INDECI, Manual de Conocimiento Básicos para Comités de Defensa Civil y Oficinas de Defensa Civil.	Del I-4 al I-3



C. ACOSTA S.

Componente 2 Macro proceso 8 Estándar 26	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
	<b>EMERGENCIAS Y DESASTRES</b>
	<b>El Establecimiento de Salud dispone de estrategias y medios para la Respuesta y Rehabilitación ante situaciones de emergencias y desastres.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. Se cuentan con planes de Respuesta 2010 local frente las emergencias no previsibles, no recurrentes: de las provincias o distritos: Incendios, Inundaciones y otros evento.	Plan de Respuesta 2010, aprobado por la Microrred y el Médico jefe del ES.	Si cuenta con Planes de Respuesta 2010 local frente a evento específico	No cuenta con Plan de Respuesta.	Decreto Supremo N° 098-2007-PCM, se aprueba el Plan Nacional de Operaciones de Emergencia INDECI.  R.M. N°974-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 043-2004- OGDN/MINSA-V.01 Procedimientos para la elaboración de Planes de Respuesta frente a Emergencias y Desastres.	Del I-4 al I-1
2. Se tiene disponible equipos de comunicación alternativa, grupo electrógeno, panel solar, almacén de agua, insumos y materiales para responder a emergencias y desastres.	Inventarios de los materiales, equipos e insumos.	Verificación de insumos, equipos y otros.	No cuenta con insumos, equipos y otros.	R.M. N°247-2010/MINSA, que aprueba el Plan Sectorial de Operaciones de Emergencia del Sector Salud 2010-2011.	Del I-4 al I-1
3. Se cuenta con ambientes dentro o fuera del ES para la expansión asistencial, albergue de afectados y la gestión de cadáveres.	Ambientes dentro o fuera del ES para la expansión asistencial, albergue de afectados y la gestión de cadáveres.	Verificación de ambientes para la expansión asistencial, albergue de afectados y la gestión de cadáveres.	No cuenta con ambientes para la expansión asistencial, albergue de afectados y la gestión de cadáveres.	R.V.M. N° 011-93-SA, que aprueba la Directiva N° 001-ODN-93, Inventario de Recursos del Sector Salud para casos de Emergencia y Desastres.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
4. Se realizan simulacros con la participación de otros sectores y la comunidad frente a emergencias, desastres en forma periódica.	Informe de la actividad: simulacro.	Si cuenta con Informe.	No cuenta con Informe.		Del I-4 al I-1



C. ACOSTA S.

<b>Componente 2</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>Macro proceso 8</b>	<b>EMERGENCIAS Y DESASTRES</b>
<b>Estándar 27</b>	<b>El Establecimiento de Salud dispone de estrategias y medios para la Reconstrucción posterior a las emergencias y desastres.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. Personal de salud capacitado como brigada de evaluación de daños.	Informe de capacitación, participación y organización del personal de salud en evaluación de daños.	Si cuenta con informe de capacitación, participación y organización del personal de salud en evaluación de daños.	No cuenta con Informe de capacitación, participación y organización del personal de salud en evaluación de daños.	R.M. N° 416-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 035-2004-OGDN/MINSA-V.01, Procedimientos de aplicación del formulario Preliminar de Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades de Salud en Emergencias y Desastres,	Del I-4 al I-3
2. Realiza la coordinación con los Gobiernos locales para la gestión de los recursos y el financiamiento para Reconstrucción o Proyectos de Inversión de Emergencia.	Informe, documentación de evidencia para la gestión de los recursos y el financiamiento para Reconstrucción o Proyectos de Inversión de Emergencia.	Si cuenta con Informe, documentación de evidencia para la gestión de los recursos y el financiamiento para Reconstrucción o Proyectos de Inversión de Emergencia.	No cuenta con Informe, documentación de evidencia para la gestión de los recursos y el financiamiento para Reconstrucción o Proyectos de Inversión de Emergencia.	R.M. N°247-2010/MINSA, que aprueba el Plan Sectorial de Operaciones de Emergencia del Sector Salud 2010-2011.  Resolución Directoral N° 002-2006-EF/68.01, que aprueba la Guía metodológica para la identificación, Formulación y Evaluación social de Proyectos de Inversión Pública del Sector Salud a nivel de Perfil.	Del I-4 al I-3



C. AGOSTA S.

Componente 2

Macro proceso 9

Estándar 28

GESTIÓN LOCAL

ATENCIÓN DE RIESGOS

El Establecimiento de Salud garantiza la disponibilidad de agua segura.

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento de salud tiene personal capacitado en medidas de saneamiento básico y agua segura.	Informes de reuniones u actas u otro documento que garantice las mismas.	Cuenta con personal capacitado.	No cuenta con personal capacitado.	Ley 26842, Ley General de Salud.	Del I-4 al I-1
2. El establecimiento de salud cuenta con equipo comparador de cloro y pastillas DPD (dixodialquil 1,4 fenilendiamina o N.N-dietil-p-fenilendiamina) para la determinación del cloro residual libre para el agua segura.	Observación del equipo comparador de cloro operativo.	Tiene equipo comparador de cloro operativo.	No tiene equipo comparador de cloro operativo.	Decreto Supremo N°003-2010-SA; que aprueba el ROF MINSA, Artículo 51°. Artículo 107° Nuevo Reglamento de agua para consumo humano en trámite de aprobación. Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
3. El establecimiento de salud cuenta con insumo (hipoclorito de calcio) para realizar desinfección de agua para consumo humano en caso de que la concentración del cloro residual libre, evaluado en ítem anterior, esté baja (menos de 0.2 ppm)	Observación del insumo en stock.	Tiene insumo (hipoclorito de calcio) para realizar desinfección de agua para consumo humano.	No tiene insumo (hipoclorito de calcio) para realizar desinfección de agua para consumo humano o en stock insuficiente.		Del I-4 al I-1



C. ACOSTA S.



Componente 2 Macro proceso 9  Estándar 29	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
	<b>ATENCIÓN DE RIESGOS</b>
	<b>El Establecimiento de Salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. Existen la identificación, evaluación y control de riesgos ocupacionales y el mapa de riesgos ocupacionales en todos los ambientes de atención en salud.	Informe de Identificación y mapa de riesgos.	Cumple con las dos condiciones: Informe de de identificación y mapa de riesgos.	No cumple con las condiciones: Informe de identificación y mapa de riesgos.	Ley N° 26842, Ley General de Salud Decreto Supremo N° 009-2005/TR Sobre seguridad y Salud en el Trabajo. R.M. N° 554-2007, Comités de Salud Ocupacional en el MINSA. Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
2. Se realiza la vigilancia de la salud de los trabajadores de la salud, los exámenes médicos ocupacionales priorizados.	Ficha Medico Ocupacional por Trabajador.	Se cumple con más del 80% de los trabajadores.	No se cumple con esta condición.		Del I-4 al I-1
3. En el establecimiento existen programas de promoción de la salud en el trabajo y de prevención de infecciones ocupacionales para el VHB, VIH, la TB por riesgos ocupacional, y otros.	Planes de estos programas.	Tiene programas de promoción de la salud.	No tiene programas de promoción de la salud.		Del I-4 al I-1
4. El personal conoce el procedimiento a seguir ante accidentes punzocortantes y efectúa el reporte respectivo y queda registrado.	Registro de Post-exposición.	Tiene Registro de Post-exposición.	No Registro de Post-exposición.		Del I-4 al I-1



G. AGOSTA S.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -Minsa/DGSP-V.01  
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

<b>Componente 2</b>	<b>GESTIÓN LOCAL</b>
<b>Macro proceso 9</b>	<b>ATENCIÓN DE RIESGOS</b>
<b>Estándar 30</b>	<b>El Establecimiento de Salud garantiza el control de residuos sólidos.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. Se cuenta con un Plan de Manejo de Residuos Sólidos.	Plan de Manejo de Residuos Sólidos.	Tiene plan de manejo de residuos sólidos.	No tiene plan de manejo de residuos sólidos.	R.M. N° 217-2009/MINSA, que aprueba la NT N° 008-MINSA/DGSP/V.01 " Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios"	Del I-4 al I-1
2. El establecimiento cuenta con insumos (tachos, bolsas, recipientes rígidos, coches, entre otros) para el manejo de sus residuos sólidos.	Insumos en el ES tachos, bolsas, recipientes rígidos, coches, entre otros.	El ES cuenta con Insumos, tachos, bolsas, recipientes rígidos, coches, entre otros.	El ES No cuenta con Insumos, tachos, bolsas, recipientes rígidos, coches, entre otros.		Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.



C. AGOSTA S.

Componente 3  
Macro proceso 10  
Estándar 31

<b>CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN</b>
<b>REGISTRO Y CATEGORIZACIÓN</b>
<b>El Establecimiento de Salud está registrado en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud (RENAES) y actualiza sus datos permanentemente.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterio De Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento de salud se encuentra registrado en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES) y tiene asignado el Código Único RENAES.	Formato del Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES) o Ficha de inscripción expedida por la autoridad sanitaria.	El establecimiento de salud está registrado en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES) y tiene asignado su Código Único.	El establecimiento de salud no está registrado en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES)	Decreto Supremo N° 024-2005-SA, que aprueba las Identificaciones Estándar de Datos en Salud. Identificación Estándar de Datos en Salud N° 004: "Establecimiento de Salud y Servicio Médico en el Sector Salud".  Decreto Supremo No. 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.	Del I-4 al I-1
2. La información consignada en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES) esta actualizada (datos del establecimiento, datos adicionales, director médico o responsable de la atención).	Formulario Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES) del Establecimiento.	El establecimiento tiene sus datos actualizados en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES)	El establecimiento no tiene datos actualizados en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES)	Resolución Ministerial N° 384-2008/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 131-A/DGSP/OGEI - V.01. Directiva Administrativa para la Implementación y el Mantenimiento del Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1



C. ACOSTA S.

**Componente 3**  
**Macro proceso 10**  
**Estándar 32**

**CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN****REGISTRO Y CATEGORIZACIÓN**

**El Establecimiento de Salud cumple los criterios mínimos para la Categorización adecuada.**

Procesos Claves	Verificadores	Criterio de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento de salud cumple con las Unidades Productoras de Servicios según categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 08 Categorías.	Cumple con todas las Unidades Productoras de Servicios correspondientes a su categoría, según Lista de Chequeo N° 08.	No tiene la (s) Unidades Productoras de Servicios que lo distingue de la categoría inmediata precedente, según Lista de Chequeo N° 08.	R.M. N° 546-2011/ MINSA, que aprueba la Norma Técnica Sanitaria No. 021-MINSA /DGSP V.03. Categorías de Establecimientos del Sector Salud.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
2. Personal de salud que garantiza el funcionamiento del establecimiento de salud, según categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 09 Personal mínimo de acuerdo a categorías.	Cuenta con personal mínimo de acuerdo a Categoría, según Lista de Chequeo N° 09.	No cuenta con personal mínimo de acuerdo a Categoría, según Lista de Chequeo N° 09.		Del I-4 al I-1



6 ACOSTA S.

**Componente 3**  
**Macro proceso 11**  
**Estándar 33**

<b>CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN</b>
<b>REDES – REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA</b>
<b>El Establecimiento de Salud integra una Microrred y Red de Salud.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterio de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento de salud integra formalmente a una Microrred y Red de Salud.	Resolución Directoral de conformación de redes y microrredes de la DIRESA.	Resolución Directoral disponible en el establecimiento de salud que lo integra a una microrred y red de salud.	No existe Resolución Directoral o no está disponible en el establecimiento de salud.	R.M. N° 122-2001/MINSA, que aprueba el documento denominado "Lineamientos para la Delimitación de Redes de Salud".  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
2. El personal del establecimiento de salud conoce a que Microrred y Red de Salud integra.	Preguntar a un personal asistencial y administrativo de salud cual es su red y microrred.	El personal del establecimiento de salud conoce su microrred y red de salud.	El personal del establecimiento de salud no conoce su microrred y red de salud.		Del I-4 al I-1



C. ACOSTAS.

**Componente 3**  
**Macro proceso 11**  
**Estándar 34**

<b>CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN</b>
<b>REDES – REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA</b>
<b>El Establecimiento de Salud está organizado para referir pacientes y recibir contrarreferencias.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterio de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento de salud cuenta con los Mapas de flujos de Referencia y Contrarreferencia.	Mapas de flujos de referencia y contrarreferencia (emergencia, consulta externa y apoyo al diagnóstico) aprobados por Red de Salud.	Cuenta con los tres Mapa de Flujos de referencias y contrarreferencias publicados en lugar visible.	No existen los tres Mapas de Flujos de referencias y contrarreferencias o existen pero no están publicados en lugar visible.	R.M. N° 751-2004/MINSA, que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud"  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
2. El establecimiento de salud realiza la referencia según mapas de flujos (consulta externa, emergencia, apoyo al diagnóstico).	Hoja de referencia en Historia Clínica y Mapas de Flujos de referencias y contrarreferencias.	Referencias se realizan de acuerdo a los mapas de flujos de referencias y contrarreferencias	Referencias no se realizan de acuerdo a los mapas de flujos de referencias y contrarreferencias.		Del I-4 al I-1
3. El establecimiento de salud aplica los procedimientos establecidos documentados para la referencia y contrarreferencia.	<b>Aplicación de Lista de Chequeo N° 10</b> Sistema de Referencia y Contrarreferencia.	Cumple con 5 a 6 ítems de la Lista de Chequeo N° 10.	Cumple con menos de 5 ítems de la Lista de Chequeo N° 10.		Del I-4 al I-1
4. El establecimiento de salud cuenta con la Cartera de Servicios actualizada.	Cartera de Servicios	Cuenta con Cartera de Servicios actualizada.	No existe Cartera de Servicios, o no está actualizada.		Del I-4 al I-1
5. El establecimiento tiene disponible algún mecanismo de comunicación (radial, telefónico, internet u otros), con los puntos de referencia.	Mecanismo de comunicación operativo para las referencias de pacientes.	Existe mecanismo(s) de comunicación operativo(s) disponibles para la referencia de pacientes.	No cuenta con mecanismo de comunicación disponible para la referencia de pacientes.		Del I-4 al I-1



C. ACOSTA S.

**Componente 3**  
**Macro proceso 11**  
**Estándar 35**

<b>CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN</b>
<b>REDES – REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA</b>
<b>El Establecimiento de Salud está organizado para asegurar el traslado oportuno y seguro de los pacientes.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterio de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. Se cuenta con servicio de transporte para traslado de pacientes referidos y está disponible las 24 horas del día.	Unidad de transporte operativa o inspección técnica vigente	El servicio de transporte está disponible.	El servicio de transporte no está disponible.	R.M. N° 464-2011 SA/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad".  R.M. N° 953-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 051- MINSA / OGDN - V.01 "Norma Técnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre".	Sólo I-4
2. Se cuenta con equipamiento básico, listado mínimo de medicamentos e insumos según tipo de transporte asistido.	<p style="text-align: center;"><b>Aplicación de</b></p> <p><b>Lista de Chequeo N° 11</b> Equipamiento básico unidad transporte asistido terrestre</p> <p><b>Lista de Chequeo N° 12</b> Medicamentos unidad transporte asistido terrestre</p> <p><b>Lista de Chequeo N° 13</b> Insumos y materiales unidad transporte asistido terrestre</p>	Cuenta con equipamiento básico, medicamentos e insumos según las tres Listas de Chequeo.	No cuenta con equipamiento básico, medicamentos e insumos según las tres Listas de Chequeo.	R.M. N° 336-2008/MINSA, que aprueba la NTS 065 - MINSA / DGSP - V.01 "Norma Técnica de Salud para el Transporte asistido de Pacientes por Vía Aérea - Ambulancias Aéreas".  R.M. N° 337-2008/MINSA, que aprueba la NTS 066- MINSA / DGSP - V.01 "Norma Técnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Acuática".  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Sólo I-4



C. ACOSTA S.

## Componente 3

## Macro proceso 12

## Estándar 36

## CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN

## ORGANIZACIÓN INTERNA

El Establecimiento de Salud está organizado para facilitar el acceso de los usuarios a los diferentes servicios con atributos de oportunidad, continuidad y confort.

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. Dispone de señalización externa que identifica al Establecimiento de Salud.	Tablero externo visible en la entrada principal del establecimiento.	Acorde a la norma vigente	No cuenta / No está de acuerdo a norma	<b>R.M. N° 897-2005/MINSA</b> , que aprueba la NTS 037-MINSA/OGDN V.1. Norma Técnica de Salud para la señalización de seguridad de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.  <b>R.M. N° 546-2011/MINSA</b> , NTS 021-MINSA/DGSP-V.03 "Categoría de Establecimientos del Sector Salud".  <b>R.M. N° 696-2006/MINSA</b> , Guía Técnica de Operativización del MAIS.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
2. Dispone de cartera de servicios que oferta el establecimiento a la entrada en lugar visible, identificación de nombres de jefaturas y rol de guardia y cuenta con personal anfitrión que orienta y absuelve las necesidades de información a los usuarios.	Cartel visible al ingreso y actualizado; de acuerdo a su categoría Presencia de personal programado que orienta.	Acorde a la norma vigente y cuenta con personal orientador.	No cuenta / No está de acuerdo a norma No cuenta con personal orientador.		Del I-4 al I-1
3. Dispone de señalización con flujograma del proceso de atención y croquis de ubicación de ambientes que permita la orientación de usuarios nuevos.	Cartel visible de flujograma, actualizado.	Acorde a la norma vigente.	No cuenta / No está de acuerdo a norma.		Del I-4 al I-1
4. Los ambientes se encuentran señalizados y visibles teniendo en cuenta los patrones culturales de la población a la que sirve (rótulos para población analfabeta).	Señalización observable clara y con criterio de interculturalidad.	Acorde a la norma vigente	No cuenta / No está de acuerdo a norma.		Del I-4 al I-1
5. Se tiene consultorios asignados y señalizados por etapas de vida: consultorio de niños, consultorio de adolescentes y joven, consultorio de la mujer, consultorio del adulto y del adulto mayor.	Observación física.	Acorde a la norma vigente.	No cuenta / No está de acuerdo a norma.		Del I-4 al I-1
6. La distribución de ambientes de los servicios, son teniendo los procedimientos que se realizan y existe contigüidad, complementariedad de servicios que facilite la "interconsulta" y el tópico o ambiente de emergencia es fácilmente visible, accesible que permita maniobras de ingreso y salida fácil el tipo de usuario y la demanda.	Observación física de estándares de área y mobiliario necesario.	Acorde a la norma vigente.	No cuenta / No está de acuerdo a norma.		Del I-4 al I-1
7. Se dispone de adecuación arquitectónica: rampas y letreros para la atención preferencial a personas con discapacidad, adultos mayores, gestantes.	Observación física.	Adecuado según norma	No adecuado.		Del I-4 al I-1
8. Se dispone de servicios higiénicos por genero y facilidades arquitectónicas para personas con discapacidad, abiertos permanentemente, debidamente aseados y con agua permanente.	Observación física.	Dispone servicios higiénicos según norma.	No dispone.		Del I-4 al I-1



C. ACOSTA S.



**Componente 3**  
**Macro proceso 12**  
**Estándar 37**

<b>CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN</b>
<b>ORGANIZACIÓN INTERNA</b>
El Establecimiento de Salud está organizado para brindar el proceso de admisión y atención a los usuarios con atributos de oportunidad, continuidad, privacidad, confidencialidad y confort.

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. Cuenta con un directorio o padrón de usuarios de la población adscrita de su jurisdicción y que identifica tipo de seguro, asigna historias clínicas por etapa de vida estandarizadas y ficha familiar.	Verificación del directorio/padrón en físico o automatizado,	Acorde a la norma vigente.	No cuenta / No está de acuerdo a norma.	<b>R.M. N° 776-2004-MINSA</b> , Norma Técnica 022-MINSA/DGSP V.1. Norma Técnica de la Historia Clínica de los establecimientos de salud del sector público y privado.  <b>R.M. N° 162-2005/MINSA</b> , Norma Técnica de Actualización en la atención de pacientes con Tuberculosis MDR.  <b>R.M. N° 696-2006/MINSA</b> , Guía Técnica de operativización del MAIS.  <b>R.M. N° 873-2009-MINSA</b> , Documento Técnico Plan Nacional de Respuesta frente a la Pandemia de Influenza.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
2. El archivo de historias clínicas es en carpeta familiar y por sectores (barrios, comunidades).	Observación física de carpeta familiar.	Acorde a la norma vigente.	No cuenta / No está de acuerdo a norma.		Del I-4 al I-1
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.	Cuaderno de cargos de salida y retorno.	Acorde a la norma vigente	No cuenta / No está de acuerdo a norma.		Del I-4 al I-1
4. Dispone de personal con competencias para orientar a los usuarios según sus necesidades y hace detección de signos y síntomas de enfermedades/riesgos en vigilancia epidemiológica: triaje (no se realiza toma de funciones vitales ni mediciones antropométricas).	Observación de rol de turnos para la función y responde acertadamente sobre las definiciones de VEA.	Cuenta con el personal.	No Cuenta con el personal.		Del I-4 al I-1
5. Se dispone de un mecanismo y ambiente para toma de muestras de enfermedades transmisibles: malaria, gripe, TBC, con condiciones de bioseguridad.	Observación física del ambiente, materiales y papelería.	Cuenta con ambiente.	No Cuenta con ambiente.		Del I-4 al I-1
6. Dispone de un plan de contingencia y el material necesario para separar el flujo de atención en casos de epidemias de dengue, gripe.	Cuenta con plan, observación física del ambiente.	Dispone de plan y cuenta con materiales.	No dispone de plan.		Del I-4 al I-1
7. En los consultorios se dispone de condiciones de privacidad para la atención del usuario.	Observación física.	Consultorio con condiciones de privacidad (biombos, cortinas, entre otros.)	Consultorio sin condiciones de privacidad.		Del I-4 al I-1
8. Usa sistema de citas programadas y tiene establecido el procedimiento.	Verificación del libro de citas físico o electrónico.	Se evidencia la programación de citas actualizada en el libro de citas.	No se evidencia la programación de citas actualizada en el libro de citas.		Del I-4 al I-1



C. ACOSTA S.

Componente 3 Macro proceso 13 Estándar 38	<b>CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN</b>
	<b>IMAGEN INSTITUCIONAL Y MERCADEO SOCIAL</b>
	<b>El Establecimiento de Salud cumple con los lineamientos de identidad visual institucional acorde a la normatividad vigente.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento hace uso del logotipo oficial regional en rotulación externa e interna.	Rótulo, carteles y/o similares.	Si maneja el logotipo oficial.	No maneja el logotipo oficial.	<b>Decreto Supremo 056-2008-PCM</b> "Normas para la documentación oficial de los Ministerios del Poder Ejecutivo y los Organismos Públicos adscritos a ellos"  <b>R.M. N° 861-95 SA/DM</b> "Señalización de Seguridad de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"  <b>R.M. N° 638-2005-MINSA</b> "Manual de Protocolo del Ministerio de Salud".  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
2. El establecimiento hace uso del logotipo oficial regional en documentación interna, externa y material comunicacional.	Memos, Informes y documentos oficiales	Si maneja el logotipo oficial.	No maneja el logotipo oficial.		Del I-4 al I-1
3. El personal del establecimiento hace uso del vestuario institucional.	Uniforme y/o vestimenta por cada grupo ocupacional (consulta externa y emergencia).	Si maneja vestuario adecuado.	No maneja vestuario adecuado.		Del I-4 al I-1
4. Identificación institucional del personal médico, no médico, técnico y administrativo adecuado.	Fotocheck institucional (consulta externa y emergencia).	Si maneja fotocheck.	No maneja fotocheck.		Del I-4 al I-1
5. La ambientación externa e interna del establecimiento cuenta con los colores institucionales.	Color oficial en las instalaciones	Si aplica los colores oficiales	No tiene los colores oficiales.		Del I-4 al I-1
6. Uso oficial de emblemas y símbolos institucionales.	Banderines protocolares.	Si cuenta con banderines protocolares.	No cuenta con banderines protocolares.		Del I-4 al I-1
7. Rotulación vehicular de unidades de transporte y ambulancias.	Rótulos y/o similares	Si tiene en la rotulación con logo oficial regional.	No maneja el logotipo oficial regional.		Del I-4 al I-3



C. ACOSTA S.

**Componente 3**  
**Macro proceso 13**  
**Estándar 39**

<b>CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN</b>
<b>IMAGEN INSTITUCIONAL Y MERCADEO SOCIAL</b>
<b>El Establecimiento de Salud cumple con los estándares de comunicación y difusión institucional.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento realiza el manejo adecuado de acciones de prensa con medios de comunicación.	Convocatorias escritas y/o digitales, notas de prensa, entrevistas.	Si realiza.	No realiza.		Del I-4 al I-3
2. El establecimiento realiza el manejo adecuado de acciones de comunicación organizacional.	Vitrina, panel o mural.	Si maneja materiales de comunicación organizacional.	No maneja materiales de comunicación organizacional.	Decreto Supremo N° 023-2005-SA, modificado por Decreto Supremo N° 007-2006-SA,	Del I-4 al I-1
3. El establecimiento cuenta con el directorio institucional e interinstitucional actualizado.	Directorios	Si maneja directorios institucional e interinstitucional con información actualizada e integrada.	No maneja directorios.	Decreto Supremo N° 001-2007-SA, Decreto Supremo N° 011-2008-SA "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud"	Del I-4 al I-1
4. El establecimiento realiza la organización y soporte de actividades protocolares y las réplica de efemérides.	Cronogramas, programas de actividades, fotografías.	Si organiza actividades propias y/o replica las efemérides de su DIRESA.	No organiza ni replica actividades.	Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-3



C. ACOSTA S.

**Componente 4**  
**Macro proceso 14**  
**Estándar 40**

<b>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>
<b>ATENCIÓN AMBULATORIA</b>
<b>Las Unidades Prestadoras brindan el plan de atención integral a los usuarios según etapas de vida.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El personal de salud que realiza la atención, utiliza la HC normada por etapa de vida y es llenada adecuadamente.	Observación directa en servicio.	Cumple acorde a norma vigente.	No cumple acorde a norma vigente.	R. M. N°776-2004-MINSA, Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud del sector público y privado.	Del I-4 al I-1
2. Cuenta con paquetes de atención según etapas de vida.	Se verifica en la HC el paquete de atención por la etapa de vida correspondiente.	Cumple acorde a norma vigente.	No cumple acorde a norma vigente.	R.M. N° 633-2005/MINSA, NTS 034-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente.	Del I-4 al I-1
3. El personal de salud que realiza la atención identifica las enfermedades y riesgos bajo vigilancia epidemiológica y notifica a la unidad correspondiente.	Verificación de formatos de VEA, llenados correctamente.	Formatos llenados según norma.	Formatos no están llenados según norma.	R.M. N° 292-2006/MINSA, NTS 040-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño.  R.M. N° 529-2006/MINSA, NTS 043-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Personas Adultas Mayores.	Del I-4 al I-1
4. El servicio esta ordenado, cuenta con el mobiliario, material médico, equipo médico, historias clínicas para la realización de los procedimientos según etapa de vida, género y cartera de servicio.	Observación directa en el servicio.	Cumple de acuerdo a norma.	No cumple de acuerdo a norma.	R.M. N° 626-2006/MINSA, NTS 046-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón.  R.M. N° 696-2006/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1



Componente 4  
Macro proceso 14  
Estándar 41

<b>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>
<b>ATENCIÓN AMBULATORIA</b>
<b>El Establecimiento de Salud realiza el seguimiento al cumplimiento de los planes de atención y se tiene un mecanismo de recuperación (visita domiciliaria) para garantizar su cumplimiento.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El personal de salud que realiza la atención utiliza la HC normada por etapa de vida y la llena adecuadamente.	Observación directa en servicio.	Cuenta con la historia clínica por etapa de vida. Cuenta con un Plan de atención elaborado.	No cuenta con la historia clínica por etapa de vida. No cuenta con el Plan de atención integral elaborado.	R.M. No. 751-2004/MINSA, que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.  R.M. N°776-2004/MINSA, norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud del sector público y privado.	Del I-4 al I-1
2. El servicio dispone en físico de la Norma Técnica de Salud / Guía de Práctica Clínica de la ESN / Etapa de Vida según corresponda.	Observación directa en servicio.	Se dispone de documentos técnicos normativos.	No se dispone de documentos técnicos normativos.	R.M. N° 633-2005/MINSA, NTS 034-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente.  R.M. N° 292-2006/MINSA, NTS 040-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño.  R.M. N° 529-2006/MINSA, NTS 043-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Personas Adultas Mayores.	Del I-4 al I-1
3. La Historia Clínica está llena en todos sus acápites y hay coherencia entre examen clínico, hechos vitales con el diagnóstico y el tratamiento según NTS-GPC.	Observación directa de historia clínica.	Historia clínica llena correctamente.	Historia clínica no está llena correctamente, no cuenta con historia clínica por etapas de vida.	R.M. N° 626-2006/MINSA, NTS 046-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón.	Del I-4 al I-1
4. El servicio hace el seguimiento del cumplimiento de sus planes y tiene un mecanismo establecido de recuperación de no cumplimiento o abandono.	Observación directa de historia clínica-Plan de atención.	Plan elaborado y en ejecución.	No cuenta con Plan.	R.M. N° 696-2006/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
5. El servicio dispone de los instrumentos de seguimiento de referencia y contrarreferencia.	Observación directa de instrumentos	Formatos llenados correctamente según norma.	Formatos no están llenados según norma.		Del I-4 al I-1



C. ACOSTA S.

**Componente 4**  
**Macro proceso 15**  
**Estándar 42**

<b>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>
<b>ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS</b>
<b>El tópico o área de emergencia está organizado para brindar la atención de usuarios en situación de urgencia o emergencia.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterio de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento cuenta con señalización externa e interna visible del servicio de tópico o área de emergencia.	Observación directa.	Cuenta con señalización externa e interna visible.	No existe o no es visible la señalización externa ni interna.	Decreto Supremo N° 016-2002-SA, que aprueba el reglamento de Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos.  R.M. N° 386-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 042-MINSA /DGSP-V.01: "Norma Técnica de los Servicios de Emergencia".  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
2. Se cuenta publicado el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia, y está ubicado en un lugar visible de las áreas de atención de emergencias.	Observación directa.	Publicación y en lugar visible.	No está publicado.		Del I-4 al I-1
3. El servicio de tópico o área de emergencia es accesible al ingreso del establecimiento y se cuenta con un flujo para la atención de urgencias / emergencias.	Observación directa Flujograma.	El tópico o área de emergencia es accesible y cuenta con flujo para atención.	El tópico no es accesible y no cuenta con flujo para la atención.		Del I-4 al I-1
4. Se cuenta con programación mensual y diaria de los recursos humanos del tópico o área de emergencia (médicos, enfermeras, técnicos, entre otros) en lugar visible para los usuarios.	Rol de programación.	Rol de programación diario y mensual se publica en lugar visible para los usuarios.	No existe Rol de programación diario ni mensual o existe pero no visible.		Del I-4 al I-1
5. El establecimiento de salud dispone de los medicamentos e insumos para las Claves Roja, Azul y Amarilla, para la atención de las emergencias obstétricas.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 14 Claves: Roja (Hemorragias) Azul (Eclampsia) Amarilla (Sepsis / Shock Séptico)	Dispone de medicamentos e insumos completos para Hemorragias, Eclampsias, Sepsis/Shock Séptico; según listas de chequeo.	No dispone de medicamentos e insumos completos para Hemorragias, Eclampsias, Sepsis/Shock Séptico; según listas de chequeo.		Del I-4 al I-3



C. AGOSTAS.

**Componente 4**  
**Macro proceso 15**  
**Estándar 43**

<b>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>
<b>ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS</b>
El tópico o área de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.

Procesos Claves	Verificadores	Criterio de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento de salud cuenta con un kit completo de equipos, medicamentos e insumos establecidos para atención de las emergencias obstétricas y neonatales y están disponibles para su obtención inmediata.	<p>Aplicación de</p> <p><b>Lista de Chequeo N° 15</b> Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB),</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p><b>Lista de Chequeo N° 16</b> Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias (FONP).</p>	El establecimiento dispone del Kit completo de equipos, medicamentos e insumos, según Lista de Chequeo respectiva.	El establecimiento no dispone del Kit completo de equipos, medicamentos e insumos, según Lista de Chequeo respectiva.	<p>R. M. N° 1001-2005/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.01: "Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud".</p> <p>R.M. N° 386-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 042-MINSA /DGSP-V.01: "Norma Técnica de los Servicios de Emergencia".</p>	<p>FONP: Del I-3 al I-2</p> <p>FONB: I-4</p>
2. El equipamiento para el traslado interno de los pacientes está disponible y en lugar accesible (silla de ruedas, camillas, entre otros).	Observación directa.	El equipamiento para traslado interno de pacientes está disponible en lugar accesible.	No se cuenta con el equipamiento para traslado interno de pacientes.	Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1



C. ACOSTA G.

**Componente 4**  
**Macro proceso 16**  
**Estándar 44**

<b>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>
<b>ATENCIÓN PARA EL INTERNAMIENTO</b>
<b>El área de internamiento está organizada para brindar la atención de usuarios.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterio de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El área de internamiento cuenta con un Libro de registro de ingresos y egresos.	Libro de Registro.	El área de internamiento cuenta con un Libro de registro de ingresos y egresos actualizado.	El área de internamiento no cuenta con un Libro de registro de ingresos y egresos.	Ley N° 26842, Ley General de Salud.  Decreto Supremo No. 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Sólo I-4
2. El establecimiento de salud publica relación de pacientes internados.	Listado de pacientes internados.	Cuenta y publica relación de pacientes internados.	No cuenta con relación de pacientes internados o cuenta pero no pública.		Sólo I-4
3. El establecimiento de salud cuenta con personal de salud asignado al ambiente de internamiento en forma permanente.	Rol de programación /Observación directa	Existe personal de la salud asignado al ambiente de internamiento, de acuerdo a rol.	No tiene rol de programación o no existe personal de la salud asignado al ambiente de internamiento.		Sólo I-4
4. Existen horarios establecidos de visita de profesionales de salud determinados por el establecimiento de salud y se cumplen los mismos.	Rol de programación.	Existe Rol de programación de horarios de visita de profesionales de salud determinados por el EESS y se cumplen los mismos.	No existe Rol de programación de horarios de visita de profesionales de salud.		Sólo I-4
5. Las Historias Clínicas de los pacientes en internamiento están disponibles y permanecen en el área de internamiento hasta su Alta.	Observación directa.	En el área de internamiento se disponen de las Historias Clínicas de los pacientes hasta su Alta.	En el área de internamiento no se disponen de las Historias Clínicas de los pacientes.		Sólo I-4





**Componente 4**  
**Macro proceso 16**  
**Estándar 45**

<b>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>
<b>ATENCIÓN PARA EL INTERNAMIENTO</b>
<b>El área de internamiento garantiza la estancia adecuada del paciente.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterio de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El área de internamiento dispone de ambiente(s) exclusivos y con servicios higiénicos.	Observación directa.	El área de internamiento dispone de ambiente(s) exclusivos con servicios higiénicos que incluye ducha.	El área de internamiento no dispone de ambiente(s) exclusivos.	Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Sólo I-4
2. El establecimiento de salud brinda alimentación a los pacientes de internamiento.	Horario de alimentación para pacientes.  Registro (Kardex / Historia Clínica) de alimentación al paciente.	El establecimiento de salud brinda alimentación al (los) paciente (s) de internamiento.	El establecimiento de salud no brinda alimentación al (los) paciente (s) de internamiento.		Sólo I-4
3. Existe ropa de cama suficiente y en buen estado, de acuerdo al número de camas.	Observación directa Cuaderno de registro de ropa.  Número de mudas por cama existente: <b>3 juegos por cama</b> <b>01 juego:</b> 2 sábanas y 1 cubrecama, ropa del paciente y solera.	La ropa de cama es suficiente de acuerdo al número de camas y está en buen estado.	No existe ropa de cama suficiente y en buen estado de acuerdo al número de camas.		Sólo I-4



**Componente 4**  
**Macro proceso 17**  
**Estándar 46**

<b>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>
<b>ATENCIÓN DE APOYO AL DIAGNOSTICO</b>
<b>El Establecimiento de Salud realiza procedimientos de Patología Clínica de acuerdo a su capacidad resolutiva.</b>

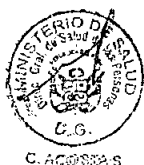
Procesos Claves	Verificadores	Criterio de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento de salud realiza procedimientos de laboratorio de acuerdo a su categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 17A Procedimientos de Patología clínica.	El establecimiento de salud realiza más del 80% de procedimientos según Lista de Chequeo N° 17A.	El establecimiento de salud realiza menos del 80% de procedimientos según Lista de Chequeo N° 17A.	R.M. N° 627-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 072-MINSA/DGSP-V.01. "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica".  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
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.	Registro de exámenes.	Hay registro, manual o electrónico, de los resultados de los exámenes y se incluye los tiempos transcurridos entre la solicitud, la recepción de la muestra y la entrega del resultado.	No hay registro, manual ni electrónico, de los resultados de los exámenes.		Del I-4 al I-1
3. El establecimiento de salud tomador de muestras registra el envío de la muestra, y la recepción de los resultados.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 17B Registro de exámenes Toma de muestras.	Cuenta con registros de toma y envío de muestra, y recepción de resultados, según Lista de Chequeo N° 17B.	No cuenta con registros de toma y envío de muestra, y recepción de resultados, según Lista de Chequeo N° 17B.		Del I-4 al I-1



**Componente 4**  
**Macro proceso 17**  
**Estándar 47**

<b>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>
<b>ATENCIÓN DE APOYO AL DIAGNOSTICO</b>
<b>El Establecimiento de Salud realiza procedimientos de Diagnóstico por Imágenes de acuerdo a su capacidad resolutive.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterio de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento de salud realiza procedimientos de diagnóstico por imágenes según FON (ecografía).	Libros de ecografías-Registro de ecografías (físico o informático).	El establecimiento de salud realiza ecografías, las registra e informa.	El establecimiento de salud no realiza ecografías.	R.M. N° 1001-2005/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.01: "Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud".  R.M. N° 217-2010/MINSA, que dispone se efectúe la pre publicación del proyecto de "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Diagnóstico por Imágenes".	Sólo I-4
2. El Equipo Rayos X cuenta con licencia de operación vigente del Instituto Peruano de Energía Nuclear.	Licencia vigente.	El Equipo Rayos X cuenta con licencia de operación vigente del Instituto Peruano de Energía Nuclear.	El establecimiento de salud no cuenta con equipo de Rayos X, o El Equipo Rayos X no cuenta con licencia de operación.	Decreto Supremo N° 039-2008-EM, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 28028, Ley de Regulación del Uso de Fuentes de Radiación Ionizante	Sólo I-4
3. El personal del servicio de diagnóstico por imágenes cuenta y usa medios de protección y dosímetro para vigilar la exposición potencial a la radiación.	Ultimo informe.	El personal del servicio de diagnóstico por imágenes cuenta y usa medios de protección y dosímetro para vigilar la exposición potencial a la radiación.	El personal del servicio de diagnóstico por imágenes no cuenta ni usa medios de protección ni dosímetro para vigilar la exposición potencial a la radiación.	Decreto Supremo No. 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.  R.M. N° 217-2010/MINSA, que dispone se efectúe el pre publicación del proyecto de "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Diagnóstico por Imágenes".	Sólo I-4



**Componente 4**  
**Macro proceso 18**  
**Estándar 48**

<b>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>
<b>ESTERILIZACIÓN, LAVADO Y LIMPIEZA</b>
<b>El Establecimiento de Salud aplica medidas de bioseguridad.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterio de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. Personal de salud cumple con los principios de bioseguridad (lavado de manos, equipos de protección personal, y eliminación de residuos punzocortantes).	Aplicación de Lista de Chequeo N° 18 Bioseguridad.	Establecimiento de salud cumple con 3 a 4 ítems de verificación.	Establecimiento de salud cumple con menos de 3 ítems de verificación.	Decreto Supremo. N° 009-2005-TR, que aprueba el Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo, y sus modificatorias. .  R.M. N° 452-2003/SA/DM, que aprueba el "Manual de Aislamiento Hospitalario".  R. M. N° 217-2004-MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 008-MINSA/DGSP-V.01: "Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios".  R.M.N° 510-2005/MINSA, que aprueba el "Manual de Salud Ocupacional".  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
2. El personal de salud cuenta con insumos (agua, jabón, papel toalla) para el lavado de manos en todas las áreas de atención al paciente (*).	Observación directa en áreas de atención al paciente: Consultorios, Tópico / Área de Emergencia, Sala de Atención de Partos, Internamiento y Sala de Intervención Quirúrgica.	Cuenta con insumos para el lavado de manos.	No cuenta con insumos para el lavado de manos.		Del I-4 al I-1
3. El personal de salud cuenta con los Equipos de Protección Personal (Gorro, Lentes, Mascarilla, Mandilón, Guantes, Botas).	Observación directa en Tópico / Área de Emergencia, Sala de Atención de Partos, Sala de Intervención Quirúrgica, Ambiente de Patología Clínica y en Ambiente PCT.	Cuenta con los Equipos de Protección Personal.	No cuenta con los Equipos de Protección Personal.		Del I-4 al I-1



**Componente 4**  
**Macro proceso 18**  
**Estándar 49**

<b>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>
<b>ESTERILIZACIÓN, LAVADO Y LIMPIEZA</b>
<b>El Establecimiento de Salud está organizado e implementado para realizar procedimientos de desinfección y esterilización de materiales y equipos.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterio de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento de salud cuenta con recursos y realiza los procedimientos de acuerdo a la normatividad vigente	<b>Aplicación de Lista de Chequeo N° 19</b> Esterilización y Desinfección	Establecimiento de salud cumple con 8 a 9 ítems de verificación.	Establecimiento de salud cumple con menos de 8 ítems de verificación.	<b>R. M. N° 1472-2002/SA/DM</b> , que aprueba el "Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria".  <b>R. M. N° 510-2005/MINSA</b> , que aprueba el "Manual de Salud Ocupacional".  <b>R. M. N° 523-2007/MINSA</b> , que aprueba la "Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias".  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
2. El establecimiento de salud cuenta con área para realizar el proceso de esterilización. (*)	Observación directa del área para realizar el proceso de esterilización <b>ZONAS:</b> área roja ó área contaminada: recepción y clasificación área azul ó área limpia: preparación, empaques y carga (esterilizadores) área verde o estéril o rígida: descarga y almacenamiento	Cuenta con área para realizar el proceso de esterilización.	No cuenta con área para realizar el proceso de esterilización.		Del I-4 al I-1  (*) I-4 deben contar con un área física. I-3 deben contar con área funcional.
3. El establecimiento de salud cuenta con equipos esterilizadores operativos y validados.	Observación directa.	Cuenta con equipos esterilizadores operativos y validados.	No cuenta con equipos esterilizadores operativos y validados.		Del I-4 al I-1  Equipos mínimos: I-4 deben contar con autoclave. I-1 a I-3 deben contar con pupinel.



C. AGUIRRE

**Componente 4**  
**Macro proceso 18**  
**Estándar 50**

<b>PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>
<b>ESTERILIZACIÓN, LAVADO Y LIMPIEZA</b>
<b>El Establecimiento de Salud está organizado e implementado para realizar la limpieza y desinfección de las áreas de atención al paciente.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterio de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento de salud cuenta con recursos y realiza la limpieza y desinfección de las áreas de atención al paciente de acuerdo a norma.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 20 Limpieza de áreas de atención al paciente	Establecimiento de salud cumple con 3 a 4 ítems de verificación.	Establecimiento de salud cumple con menos de 3 ítems de verificación.	R. M. N° 1472-2002/SA/DM, que aprueba el "Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria".	Del I-4 al I-1
2. El establecimiento de salud cuenta con personal capacitado para realizar limpieza y desinfección.	Informe de capacitación	Cuenta con personal capacitado para realizar limpieza y desinfección.	No cuenta con personal capacitado para realizar limpieza y desinfección.	R. M. N° 510-2005/MINSA, que aprueba el "Manual de Salud Ocupacional"  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1



C. ACOROTUS.

**Componente 5**  
**Macro proceso 19**  
**Estándar 51**

<b>ARTICULACIÓN SECTORIAL Y COMUNITARIA</b>
<b>GESTIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DEL RIESGO</b>
<b>El Establecimiento de Salud promueve y fortalece la Gestión Local con un enfoque territorial.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El equipo de gestión del establecimiento de salud integra y fortalece una Instancia de Articulación y Coordinación Distrital -(Mesa de Lucha Contra la Pobreza, Mesa de Concertación Multisectorial de Meta CRECER, entre otros), liderada por el Gobierno Local.	Documento oficial de constitución de la Instancia de Articulación y Coordinación Distrital. Acta de las dos últimas sesiones de trabajo de la Instancia de Articulación y Coordinación Distrital.	Cumple con los dos verificadores.	No cumple.	R.M. N° 111-2005/MINSA: que aprueba los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud  R.M. N° 457-2005/MINSA, Aprueba el Programa de Municipios y Comunidades Saludables.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
2. El equipo de gestión del establecimiento de salud a través de la Instancia de Articulación y Coordinación Distrital promueve la incorporación de acciones de Promoción de la Salud y prevención del riesgo en el Plan Concertado de Desarrollo Local.	Plan Concertado de Desarrollo Local aprobado y que contiene actividades propuestas por el Establecimiento de Salud.	Cumple con el verificador.	No cumple.		Del I-4 al I-1
3. El equipo de gestión del establecimiento de salud dispone de información del grado de avance y ejecución de gasto de las actividades de promoción de la salud y prevención del riesgo del Plan Concertado de Desarrollo Local.	Cuenta con copia de Informe de avance del desarrollo del Plan Concertado de Desarrollo Comunal del último año. Actas de las dos últimas sesiones de trabajo.	Cumple con al menos un verificador.	No cumple.		Del I-4 al I-1
4. El equipo de gestión del establecimiento de salud promueve el desarrollo de la Gestión de la Información distrital mediante cualquier aplicativo (Ejemplo: SIGOL, SISMUNI, entre otros).	Acta de reunión de socialización de la información local. Documentos de difusión de la información local (reportes, boletines, etc.) en impreso o magnético.	Cumple con al menos uno de los verificadores.	No cumple.		Del I-4 al I-1



**Componente 5**  
**Macro proceso 19**  
**Estándar 52**

<b>ARTICULACIÓN SECTORIAL Y COMUNITARIA</b>
<b>GESTIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DEL RIESGO</b>
<b>El establecimiento de salud está organizado para realizar trabajo comunitario en salud</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El establecimiento de salud cuenta con personal de salud asignado y dispone de los datos de la Sectorización Comunal actualizada de todo el ámbito de la jurisdicción del establecimiento de salud.	Documento oficial del establecimiento de salud de asignación de funciones. Mapas de sectorización comunal a la vista, en el establecimiento de salud. Cronograma de actividades mensuales.	Cuenta con los tres verificadores.	No cumple.	R. M. N°111-2005/MINSA: Aprueba los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud	Del I-4 al I-1
2. El personal de salud dispone permanentemente del Directorio de actores sociales del ámbito de la jurisdicción del establecimiento de salud.	Documento oficial del establecimiento de salud. Directorio a la vista en el establecimiento de salud.	Cuenta con los dos verificadores.	No cumple.	R.M. N° 729-2003 SA/DM: Aprueba el documento "Salud Integral Compromiso de Todos"	Del I-4 al I-1
3. El personal de salud dispone de datos del último Censo comunal de todo el ámbito de la jurisdicción del establecimiento de salud.	Documento oficial del establecimiento de salud. Datos censales con antigüedad máxima de tres años a la vista en el establecimiento de salud.	Cuenta con los dos verificadores.	No cumple.	R. M. N° 702-2009/MINSA: Aprueban Documento Técnico "Preparando al Agente Comunitario de Salud para el Cuidado Integral de la Salud y Nutrición de las Gestantes y de las Niñas y Niños menores de 5 años"	Del I-4 al I-1
4. El personal de salud desarrolla tareas planificadas de acciones educativas que generen prácticas saludables.	Reporte HIS de los tres últimos meses. Informes	Cuenta con un verificador.	No cumple.		Del I-4 al I-1
5. El establecimiento de salud cuenta con un registro de Agentes Comunitarios en Salud identificados y capacitados según las prioridades locales.	Informes de capacitación. Directorio de ACS.	Cuenta con los dos verificadores.	No cumple.		Del I-4 al I-1
6. El personal del establecimiento de salud promueve y facilita la implementación del Programa de Familias y Viviendas Saludables.	Informes mensuales POA	Cuenta con los dos verificadores.	No cumple.	R.M. N° 402-2006/MINSA: Aprueba Documento Técnico "Programa de Familias y Viviendas Saludables"	Del I-4 al I-1
7. El personal del establecimiento de salud cuenta con un compromiso intersectorial para implementar el programa de promoción de la salud en Instituciones Educativas.	Acta de compromiso vigente y firmado por Jefe de establecimiento de salud y Director de la Institución Educativa	Cuenta con el verificador.	No cumple.		Del I-4 al I-1
8. El personal del establecimiento de salud promueve y facilita la planificación de la promoción de la salud en la Institución educativa en el marco de la matriz de reconocimiento de logros.	Plan del establecimiento de salud elaborado, Datos de la Institución Educativa (Proyecto Educativo Institucional o Plan Anual de Trabajo) que visualiza la incorporación de la Promoción de la Salud	Cuenta con los dos verificadores.	No cumple.	R.M. N° 277-2005/MINSA: Aprueba el Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas Convenio N° 004-2008/ MINSA. R.M. N° 217-2005/MINSA: Aprueba Directiva "Implementación del Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas"	Del I-4 al I-1
9. El personal de salud realiza capacitación a docentes para el desarrollo de ejes temáticos (**) de promoción de la salud y para la implementación de medidas preventivas de enfermedades prevalentes (***) de su ámbito.	Informe de capacitación que desarrolla al menos un eje temático de Promoción de la Salud. Informe de capacitación que desarrolla al menos un tema preventivo.	Cuenta con los dos verificadores	No cumple		Del I-4 al I-1
10. El personal del establecimiento de salud realiza monitoreo y evaluación de los programas de promoción de la salud.	Reporte de Monitoreo de Instituciones Educativas, Matriz de Evaluación de Logros en Instituciones educativas aplicada. Ficha de Monitoreo del PMyCS Matriz de Monitoreo del PFyVS.	Cuenta con los 3 verificadores.	No cumple.		Del I-4 al I-1



\* (Sesiones demostrativas, visita domiciliaria, consejería nutricional, lavado de manos, etc.), \*\* (Higiene, alimentación y nutrición, Salud Sexual y Reproductiva, etc.), \*\*\* (EDA, IRA, Influenza, Dengue, entre otras).



**Componente 5**  
**Macro proceso 19**  
**Estándar 53**

<b>ARTICULACIÓN SECTORIAL Y COMUNITARIA</b>	
<b>GESTIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DEL RIESGO.</b>	
<b>El Establecimiento de Salud promueve y fortalece la Gestión Comunal.</b>	

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El equipo de gestión del establecimiento de salud promueve y facilita el funcionamiento de una Instancia Articulada de Coordinación Comunal - I.A.C.C. (*) donde participan los Agentes Comunitarios en Salud.	Documento oficial de constitución de la Instancia Articulada de Coordinación Comunal. Acta de las dos últimas sesiones de trabajo de la Instancia Articulada de Coordinación Comunal.	Cumple con los dos verificadores.	No cumple.	<b>R.M. Nº 111-2005/MINSA:</b> Aprueba los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud  <b>R.M. Nº 457-2005/MINSA:</b> Aprueba el Programa de Municipios y Comunidades Saludables  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del I-4 al I-1
2. El equipo de gestión del establecimiento de salud participa en la elaboración del Plan Comunal Anual a cargo de la Instancia Articulada de Coordinación Comunal y facilitado por el Gobierno Local.	Informes del establecimiento de salud con una antigüedad no mayor de doce meses. Plan Comunal Anual aprobado y que contiene actividades propuestas por el establecimiento de salud.	Cumple con al menos un verificador.	No cumple.		Del I-4 al I-1
3. El personal del establecimiento de salud promueve la realización de la Sectorización Comunal a cargo de la Instancia Articulada de Coordinación Comunal del ámbito de su jurisdicción.	Informes del establecimiento de salud con una antigüedad no mayor de doce meses. Documento oficial de sectorización comunal. Mapas de sectorización comunal a la vista en el local comunal.	Cumple con al menos un verificador.	No cumple.		Del I-4 al I-1
4. El equipo de gestión del establecimiento de salud promueve la realización del Censo Comunal a cargo de la Instancia Articulada de Coordinación Comunal del ámbito de su jurisdicción.	Informes del establecimiento de salud con una antigüedad no mayor de doce meses.	Cuenta con el verificador.	No cumple.		Del I-4 al I-1
5. El personal del establecimiento de salud promueve la realización del mapeo de recursos y actores sociales de las comunidades a cargo de la Instancia Articulada de Coordinación Comunal del ámbito de su jurisdicción.	Informes del establecimiento de salud con una antigüedad no mayor de doce meses. Mapa o Directorio de actores sociales por comunidad.	Cumple con al menos un verificador.	No cumple.		Del I-4 al I-1
6. El establecimiento de salud promueve y facilita el funcionamiento de Centros de Vigilancia Comunal - en su jurisdicción.	Informe anual de cada del Centro de Vigilancia Comunal.	Cuenta con el verificador.	No cumple.		Del I-4 al I-1
7. El establecimiento de salud promueve y facilita el funcionamiento de Comités de Referencia Comunal - en su jurisdicción.	Libro de referencia comunal actualizado.	Cuenta con el verificador.	No cumple.		Del I-4 al I-1

\*(Comités Locales de Salud, CODECO, COGECO, CODEL, ECO, SIVICO, Junta Vecinal, Junta de Regantes, Asentamientos Humanos, Asociación de Propietarios, entre otros).



**Componente 5**  
**Macro proceso 20**  
**Estándar 54**

<b>ARTICULACIÓN SECTORIAL Y COMUNITARIA</b>
<b>CLAS - COGESTION Y PARTICIPACION CIUDADANA</b>
<b>Los Establecimientos de Salud CLAS trabajan en el marco de la Ley de la Cogestión y Participación Ciudadana.</b>

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El Gerente ha socializado la normatividad vigente a todo el personal de salud a su cargo y a los miembros de la Asamblea General de la CLAS.	Documento o acta de reunión.	Cuando el Gerente ha socializado la normatividad vigente a todo el personal de salud a su cargo y a los miembros de la Asamblea General de la CLAS, mediante algún documento y/o reuniones realizadas al respecto.	No se evidencia algún documento o acta de reunión.	<b>Ley N° 29124 "Ley que establece la Cogestión y Participación Ciudadana para el Primer Nivel de Atención en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud y de las Regiones"</b> y Reglamento aprobado con Decreto Supremo No. 017-2008-SA.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del 1 -1 al 1 - 4
2. La CLAS cuenta con nuevos miembros de la Asamblea General y Consejo Directivo en el marco normativo vigente y cumplan reuniones periódicas según su Estatuto.	Constancia de registro en SUNARP, Libro de Actas y Estatuto.	Se evidencia en el Libro de Actas las reuniones de elección de los nuevos miembros de la Asamblea General y del Consejo Ejecutivo y se verifica la constancia actualizada de registro en SUNARP del Consejo Directivo. Cuenta con cronograma de reuniones y se ejecuta según programación en referencia al periodo señalado en el Estatuto, se verifica en el libro de actas.	No se evidencia todos los documentos requeridos y actas de reuniones.		Del 1 -1 al 1 - 4
3. El Consejo Directivo de la CLAS ha seleccionado y formalizado al nuevo gerente y este informa mensualmente el Consejo Directivo y semestralmente a la Asamblea general, sobre el avance de ejecución del PSL, los aspectos administrativos, contables, financieros, tributarios y técnicos relacionados al funcionamiento de los establecimientos de salud, las dificultades encontradas, las necesidades identificadas y otros.	Libro de Actas. Informes escritos del Gerente.	Se evidencia en el Libro de Actas de la CLAS, que el Consejo Directivo ha seleccionado y formalizado el nuevo gerente. Consta en actas que el gerente ha informado en el último mes al Consejo Directivo y a la Asamblea General en el último semestre, sobre el avance de ejecución del PSL, los aspectos administrativos, contables, financieros, tributarios y técnicos relacionados al funcionamiento de los establecimientos de salud, las dificultades encontradas, las necesidades identificadas y otros, con lo que se ha tomado nuevas decisiones estratégicas.	No se evidencia todos los documentos requeridos.		Del 1 -1 al 1 - 4
4. La CLAS cuenta y cumple con su Estatuto aprobado en el marco de la normatividad vigente y se encuentra registrado en SUNARP.	Estatuto de la CLAS. Constancia de registro en SUNARP. Libro de Actas.	Se verifica en el Libro de Actas la acta de aprobación del Estatuto por la Asamblea General y las actas donde se señala la toma de decisiones para la CLAS en el marco del Estatuto en mención. Verificar la Constancia de registro del Estatuto en SUNARP, en el marco normativo vigente.	No presenta todos los documentos requeridos.		Del 1 -1 al 1 - 4
5. La CLAS cuenta con Convenio de Cogestión aprobado por el Gobierno Regional y con el monitoreo del cumplimiento de los términos establecidos, el uso de los recursos, los resultados sanitarios esperados en el marco de la normatividad vigente.	Convenio de Cogestión de la CLAS. Resolución Presidencial del Gobierno Regional que aprueba el Convenio. Informes de monitoreo del Convenio.	La CLAS cuenta con el CONVENIO DE COGESTIÓN suscrito por el Gobierno Regional, Gobierno Local y el Presidente de la CLAS; aprobado con Resolución Presidencial del Gobierno Regional. Se evidencia en los informes del monitoreo trimestral del convenio, el cumplimiento de los términos establecidos, el uso de los recursos, los resultados sanitarios esperados en el marco de la normatividad vigente.	No presenta todos los documentos requeridos.		Del 1 -1 al 1 - 4
6. Las partes firmantes del Convenio de Cogestión de la CLAS informan a la ciudadanía sobre los avances de la implementación de la cogestión en salud, el uso de recursos y los resultados sanitarios, en el marco de los procesos de rendición de cuentas mediante un informe público semestral, y publican los resultados en medios de comunicación masivos regional y local.	Informe Semestral de Rendición de Cuentas de la CLAS. Evidencias de publicación en medios de comunicación regional y local.	Se evidencia el informe de Rendición de Cuentas de la CLAS correspondiente al último semestre, realizado por las partes firmantes del Convenio de Cogestión de la CLAS, por el cual han informado a la ciudadanía sobre los avances de la implementación de la cogestión en salud, el uso de recursos y los resultados sanitarios. Se verifica las evidencias de publicación de los resultados en medios de comunicación masivos regional y local.	No se evidencia todos los documentos requeridos.		Del 1 -1 al 1 - 4

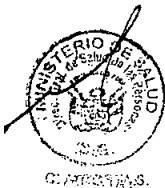


**Componente 5**  
**Macro proceso 20**  
**Estándar 55**

**ARTICULACIÓN SECTORIAL Y COMUNITARIA****CLAS - COGESTIÓN Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA**

**Los Establecimientos de Salud CLAS coordinan acciones de salud con el Gobierno Regional y el Gobierno Local de su jurisdicción.**

Procesos Claves	Verificadores	Criterios de Evaluación		Normatividad de Referencia	Aplicación
		SI	NO		
1. El Consejo Directivo y/o el Gerente de la CLAS coordina y gestiona con el Gobierno Regional, la DIRESA, la Red, Microrred, y el Gobierno Local según corresponda, las acciones de salud y gestión de la administración de los recursos económicos, financieros, humanos, infraestructura y equipamiento en el marco normativo vigente, para el cumplimiento del PSL.	Documentos de gestión y/o coordinación ante Autoridades Regionales y/o locales. Libro de Actas.	Se evidencia algún documento de gestión y/o coordinación; y/o acta en el cual el Consejo Directivo y/o el Gerente de la CLAS ha coordinado y/o gestionado ante el Gobierno Regional, la DIRESA, la Red, Microrred, y/o el Gobierno Local según corresponda, las acciones de salud y gestión de la administración de los recursos económicos, financieros, humanos, infraestructura y equipamiento en el marco normativo vigente, para el cumplimiento del PSL.	No se evidencia todos los documentos requeridos.	Ley Nº 29124 "Ley que establece la Cogestión y Participación Ciudadana para el Primer Nivel de Atención en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud y de las Regiones" y Reglamento aprobado con Decreto Supremo No. 017-2008-SA.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso	Del I - 1 al I - 4
2. Las acciones del PSL y los proyectos de la CLAS están incluidos en los presupuestos participativos y otras fuentes de financiamiento a nivel local y/o regional.	Proyectos de la CLAS aprobados. Constancias de inclusión en los Presupuestos Participativos y/o otras fuentes de financiamiento regional y local.	Se verifica la existencia de proyectos de la CLAS aprobados elaborados para mejorar las acciones del PSL y estos se constatan su inclusión en los presupuestos participativos y/o otras fuentes de financiamiento a nivel local y/o regional. Es NO APLICA cuando no existe algún proyecto elaborado y aprobado de la CLAS.	No se evidencia todos los documentos requeridos.		Del I - 1 al I - 4
3. La CLAS recibe algún tipo de apoyo del Alcalde de su jurisdicción o de alguna otra institución pública o privada (infraestructura, equipamiento, recursos humanos, y otros).	Documento oficial de la Municipalidad y/o de alguna otra institución.	Se evidencia los documentos de donación respecto a infraestructura, equipamiento, recursos humanos, y/u otros, otorgados por la Municipalidad de la jurisdicción de la CLAS y/o de alguna otra institución pública o privada. Es NO APLICA cuando en el último trimestre no hubo ningún apoyo a la CLAS.	No se evidencia algún documento.		Del I - 1 al I - 4
4. El Consejo Directivo de la CLAS informa a la Asamblea General sobre la ejecución presupuestal, la ejecución del PSL, en forma trimestral.	Libro de Actas.	Se evidencia en el Libro de Actas, el acta de reunión donde el Consejo Directivo de la CLAS informó a la Asamblea General sobre la ejecución presupuestal y la ejecución del PSL, en el último trimestre.	No se evidencia el acta de reunión en mención.		Del I - 1 al I - 4
5. El Consejo Directivo de la CLAS participa en forma conjunta con la DIRESA en el proceso de selección del personal a contratar para los establecimientos de salud bajo su jurisdicción.	Documentos del proceso de selección del personal a contratar para la CLAS.	Se evidencia en los documentos del proceso de selección del personal a contratar para los establecimientos de salud de la CLAS, la participación conjunta del Consejo Directivo y de la DIRESA, en el marco normativo vigente.	No se evidencia la participación conjunta.		Del I - 1 al I - 4
6. La CLAS cuenta con los libros y registros de contabilidad completa de acuerdo al Plan Contable General Revisado actualizados al mes anterior, y ha cumplido en presentar el Balance Contable ante SUNAT del último año fiscal.	Libros y registro de Contabilidad Completa de la CLAS. Balance Contable del último año fiscal. Constancia de presentación del Balance ante SUNAT.	Se evidencia la totalidad de los libros y registros de contabilidad de la CLAS, de acuerdo al Plan Contable General Revisado, actualizados al mes anterior. Se evidencia el Balance Contable del último año fiscal y la constancia de presentación ante SUNAT.	No se evidencia todos los documentos requeridos.		Del I - 1 al I - 4



COPIA CLAS.

ANEXO 05:

Guía del Facilitador del proceso de Medición del Desempeño de Establecimientos del II y III Nivel de Atención en Salud.

INSTRUMENTO DE MONITOREO DE LA GESTION INSTITUCIONAL ESTABLECIMIENTOS DEL II Y III NIVEL DE ATENCIÓN	
COMPONENTE N° 01	GESTIÓN INSTITUCIONAL Y ADMINISTRATIVA
MACROPROCESO N° 01	GESTIÓN DE LA PLANIFICACIÓN Y CONTROL INSTITUCIONAL
ESTANDAR N° 01	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CUMPLE CON LAS METAS Y OBJETIVOS DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL Y PLAN OPERATIVO ANUAL.

N°	PROCESOS CLAVE	VERIFICADORES	CUMPLE	NO CUMPLE	NORMATIVIDAD DE REFERENCIA	APLICACIÓN
1	El establecimiento de salud cuenta con el ASIS Institucional actualizado y aprobado anualmente.	ASIS del año anterior. RD de aprobación.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.	Ley N° 2744, Ley del Procedimiento Administrativo General.  R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del nivel II-1 al III-2
2	El establecimiento de salud cuenta con Plan Estratégico vigente, aprobado y enmarcado en las Políticas Nacionales-Regionales, según corresponda y se ha distribuido a las UPSS.	Plan Estratégico aprobado con RD y documento de distribución a sus UPSS.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2
3	El establecimiento de salud cuenta con Plan Operativo Anual aprobado y articulado al Plan Estratégico Institucional, demuestra su difusión a las UPSS y cuenta con la evaluación e informe del último trimestre.	Plan Operativo aprobado con RD, documento de distribución a todas las UPSS e Informe de evaluación del último trimestre.	Cumple con los tres verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2
4	El establecimiento de salud cuenta con documentos de gestión actualizados y enmarcados en la normatividad.	Presentación del ROF, MOF, CAP, PAP, MAPRO y TUPA.	Cumple con los seis verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2
5	El establecimiento de salud cuenta con proyectos de inversión aprobados y en proceso de ejecución.	Relación de proyectos aprobados. Informe de avance de ejecución.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2
6	El establecimiento de salud cuenta con instrumentos de monitoreo y evaluación de la gestión y los implementa.	Instrumento de monitoreo. Instrumento de evaluación. Informe de aplicación de ambos instrumentos.	Cumple con los tres verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2



**INSTRUMENTO DE MONITOREO DE LA GESTION INSTITUCIONAL  
 ESTABLECIMIENTOS DEL II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE N° 01</b>	<b>GESTIÓN INSTITUCIONAL Y ADMINISTRATIVA</b>
<b>MAGROPROCESO N° 02</b>	<b>GESTION DEL RIESGO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES</b>
<b>ESTANDAR N° 02</b>	<b>EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ESTA PREPARADO, ORGANIZADO, E IMPLEMENTADO PARA ENFRENTAR CON ÉXITO LAS EMERGENCIAS Y DESASTRES.</b>

No.	PROCESOS CLAVE	VERIFICADORES	CUMPLE	NO CUMPLE	NORMATIVIDAD DE REFERENCIA	APLICACIÓN
1	El establecimiento de salud cuenta con la estimación del riesgo (social, antrópico, naturales, entre otros).	Verificación en el Plan de Emergencias y Desastres actualizado.	Cumple con el verificador descrito.	No cumple con el verificador descrito.	Decreto Supremo N° 013-2000 PCM, que aprueba el Reglamento de Inspecciones Técnicas de Seguridad Civil.	Del nivel II-1 al III-2
2	El establecimiento de salud cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad de Defensa Civil, solicitado al gobierno local.	Presentación del Certificado de Inspección Técnica de Seguridad de Defensa Civil.	Cumple con el verificador descrito.	No cumple con el verificador descrito.	Decreto Supremo N° 100-2003-PCM, que modifican el Reglamento de Inspecciones Técnicas de Seguridad de Defensa Civil.	Del nivel II-1 al III-2
3	El establecimiento de salud implementa acciones de reducción del riesgo frente a emergencias y desastres.	Verifica en el Plan de Emergencia y Desastres actualizado. Informe de actividades ejecutadas según programación.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.	Decreto Supremo N° 074-2005-PCM, que aprueba el Manual para la ejecución de Inspecciones Técnicas de Seguridad e Defensa Civil. R.M. N°861-95/DM/MINSA, que aprueba la Norma Técnica Identificación y Señalización de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud.	Del nivel II-1 al III-2
4	El establecimiento de salud está organizado, preparado e implementado para la respuesta y rehabilitación ante situaciones de emergencias y desastres.	Relación de brigadistas activos Informe de capacitación Listado de materiales, indumentaria, equipos, entre otros.	Cumple con los tres verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.	R.M. N°335-2005/MINSA, que aprueba Estándares Mínimos de Seguridad para la Construcción, Ampliación, Rehabilitación, Remodelación y Mitigación de Riesgos en los establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo. R.M. N° 897-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 037-MINSA/OGDN-V.01 para la señalización de Seguridad de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.	Del nivel II-1 al III-2
5	El establecimiento de salud cuenta con la infraestructura, equipamiento, materiales y demás recursos necesarios para la atención intra y extrahospitalaria.	Relación actualizada de equipos, materiales, insumos, recursos humanos, entre otros; para la atención. (Énfasis: emergencia, UCI, hospitalización, centro quirúrgico, laboratorio, diagnóstico por imágenes).	Cumple con el verificador por cada servicio descrito.	No cumple con el verificador descrito.	Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del nivel II-1 al III-2



INSTRUMENTO DE MONITOREO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL ESTABLECIMIENTOS DEL II Y III NIVEL DE ATENCIÓN	
COMPONENTE N° 01	GESTIÓN INSTITUCIONAL Y ADMINISTRATIVA
MACROPROCESO N° 03	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN
ESTANDAR N° 03	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONE DE UN SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN GERENCIAL.

No	PROCESOS CLAVE	VERIFICADORES	CUMPLE	NO CUMPLE	NORMATIVIDAD DE REFERENCIA	APLICACIÓN
1	El establecimiento de salud identifica las necesidades de información de manera participativa con las áreas técnicas.	Informes Técnicos. Acta de reuniones. Listado de participantes.	Cumple con los tres verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2
2	El establecimiento de salud dispone de la tecnología adecuada para automatizar la información (software, hardware, entre otros) de manera oportuna y objetiva.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 01.	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.	Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública. R. M. N° 616-2003/MINSA, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.	Del nivel II-1 al III-2
3	El establecimiento de salud realiza sistemáticamente el análisis de la información comprobando su veracidad, confiabilidad y oportunidad.	Acta de reuniones Informe de análisis sistemático.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.	R. M. N° 825-2005/MINSA, que aprueba la Directiva que establece el procedimiento de atención de solicitudes sobre acceso a la información pública.	Del nivel II-1 al III-2
4	El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones, basada en el análisis de la información.	Acta de reuniones Documento de acción implementada.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.	Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del nivel II-1 al III-2
5	El establecimiento de salud retroalimenta y difunde la información procesada a las UPSS y áreas involucradas en la gestión.	Documento de envío de información procesada a UPSS u otra área. Información en pág. web o boletines.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2



**INSTRUMENTO DE MONITOREO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL  
 ESTABLECIMIENTOS DEL II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>COMPONENTE Nº 01</b>	<b>GESTIÓN INSTITUCIONAL Y ADMINISTRATIVA</b>
<b>MAGROPROCESO Nº 04</b>	<b>GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS</b>
<b>ESTÁNDAR Nº 04</b>	<b>EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DESARROLLA CAPACIDAD PARA LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS.</b>

No	PROCESOS CLAVE	VERIFICADORES	CUMPLE	NO CUMPLE	NORMATIVIDAD DE REFERENCIA	APLICACIÓN
1	El establecimiento de salud desarrolla capacidad para incorporar, contratar y preservar los recursos humanos para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	Documentos de requerimiento, constancia de seleccionado y contrato. Manual de Organización y Funciones.	Cumple con los tres verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.	Ley N°26842, Ley General de Salud.  Decreto Legislativo N° 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa.	Del nivel II-1 al III-2
2	Cuenta con un plan anual de incentivos laborales y lo está implementando (no es incentivo laboral económico).	Plan Anual Aprobado con RD. Informes de actividades.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.	ROF-Reglamento de Organización y Funciones del Establecimiento.	Del nivel II-1 al III-2
3	El establecimiento de salud incorpora acciones Bienestar Social y condiciones adecuadas de trabajo digno al personal de salud.	Informe de actividades ejecutadas. Verificación in situ en áreas asistenciales. (consultorios, emergencias, hospitalización, UCI, centros obstétrico y quirúrgicos)	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.	R.M. N° 453-86-SA/DM, que aprueba el Reglamento General de Provisión de Plazas para organismos y dependencias del MINSA.	Del nivel II-1 al III-2
4	El establecimiento de salud identifica las necesidades de capacitación en forma participativa y realiza la programación anual de actividades de capacitación.	Documento de programación de actividades educativas e incorpora el diagnóstico de necesidades de capacitación. Lista de participantes en la programación.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.	N T N° 015 - MINSA / DGSP - V.01 Manual de Bioseguridad.  R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.	Del nivel II-1 al III-2
5	El establecimiento de salud cuenta con recursos humanos competentes para la prestación de servicios de salud con oportunidad y calidad.	Informes Técnicos de evaluación del desempeño. Informe de Fortalecimiento de capacidades.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.	R.M. N° 179-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias.	Del nivel II-1 al III-2
6	El establecimiento de salud dispone de medidas de seguridad para la salud de los trabajadores de áreas de riesgo.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 02.	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.	Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del nivel II-1 al III-2



INSTRUMENTO DE MONITOREO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL ESTABLECIMIENTOS DEL II Y III NIVEL DE ATENCIÓN	
COMPONENTE N° 01	GESTIÓN INSTITUCIONAL Y ADMINISTRATIVA
MACROPROCESO N° 05	GESTIÓN LOGÍSTICA
ESTANDAR N° 05	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DESARROLLA CAPACIDAD PARA PROVEER DE MANERA OPORTUNA LOS RECURSOS LOGÍSTICOS NECESARIOS, PARA EL CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES.

No	PROCESOS CLAVES	VERIFICADORES	CUMPLE	NO CUMPLE	NORMATIVIDAD DE REFERENCIA	APLICACIÓN
1	El establecimiento de salud cuenta con capacidad de gestión para el mantenimiento.	Plan de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos y electromecánicos, infraestructura y otros. Informe de actividades realizadas, según programación.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.	Decreto Legislativo N° 1017, que aprueba la Ley de Contrataciones del Estado y el Decreto Supremo N° 184-2008-EF, que aprueba el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.  R.M. N° 585-99-SA/DM, que aprueba El Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Productos Farmacéuticos y Afines.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del nivel II-1 al III-2
2	El establecimiento de salud cuenta con capacidad de gestión en los procesos de programación y adquisición de bienes y servicios, en el marco del cumplimiento del Plan Anual de Adquisiciones.	Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones aprobado. Informe de actividades ejecutadas, según programación del PAAC.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2
3	El establecimiento de salud cuenta con capacidad de gestión para el almacenamiento y distribución adecuada de los bienes de la institución.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 03 y Reporte SIGA (distribución).	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.		Del nivel II-1 al III-2
4	El establecimiento de salud cuenta con servicios generales (lavandería, transporte, costura, nutrición, cocina, entre) organizados e implementados adecuadamente, según normatividad.	Verificación in situ por servicio. Listado actualizado de bienes por servicios.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2
5	El establecimiento de salud, dispone de reporte SIGA de bienes patrimoniales, actualizado acorde con la normatividad.	Reporte SIGA semestral actual.	Cumple con el verificador descrito.	No cumple con el verificador descrito.		Del nivel II-1 al III-2
6	El establecimiento de salud cuenta con plan de baja de equipamiento tecnológico y se ejecuta según lo programado.	Plan de Baja. Documentos de implementación del plan.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2



C. ACOSTA S.



**INSTRUMENTO DE MONITOREO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL  
ESTABLECIMIENTOS DEL II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**COMPONENTE N° 01****GESTIÓN INSTITUCIONAL Y ADMINISTRATIVA****MACROPROCESO N° 06****GESTIÓN DEL FINANCIAMIENTO****ESTÁNDAR N° 06**

**EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DESARROLLA LA CAPACIDAD PARA GESTIONAR LOS RECURSOS PRESUPUESTALES INTERNO Y EXTERNO CON EFICIENCIA, EN EL MARCO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE.**

No	PROCESOS CLAVES	VERIFICADORES	CUMPLE	NO CUMPLE	NORMATIVIDAD DE REFERENCIA	APLICACIÓN
1	El establecimiento de salud recibe de manera íntegra los reembolsos del SIS en relación a las prestaciones realizadas.	Informes o reporte de reembolsos. Actas de conciliación.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.	R.M. N° 195-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Metodología para la Estimación de Costos Estándar en los Establecimientos de Salud".  Ley de Presupuesto Anual aprobado, correspondiente al Año Fiscal en ejercicio, en la cual se establecen pautas para la ejecución del gasto público y la aplicación de las Medidas de Austeridad, Disciplina y Calidad en el Gasto Público.  R.M. N° 246-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud"  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del nivel II-1 al III-2
2	El establecimiento de salud ejecuta los ingresos del SIS, con oportunidad y acorde con la normatividad vigente.	Reporte de ingresos Informe de ejecución de ingresos.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2
3	El establecimiento de salud dispone de los estados de balance presupuestal, comprobación y financiero.	Reporte de recaudación por fuente de financiamiento.	Cumple con el verificador descrito.	No cumple con el verificador descrito.		Del nivel II-1 al III-2
4	El establecimiento de salud realiza la revisión periódica de los procedimientos operativos aprobados.	Copia de RD de caja. Informe mensual de arqueo de caja.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2
5	El establecimiento de salud cuenta con tarifario actualizado de acuerdo a la política tarifaria nacional.	Tarifario actualizado y aprobado con RD Documento normativo de política tarifaria nacional.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2
6	El establecimiento de salud ejecuta oportunamente las partidas presupuestales autorizadas.	Documento de ejecución de compromiso. Marco presupuestal vigente.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2



C. ACOSTA S.

INSTRUMENTO DE MONITOREO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL ESTABLECIMIENTOS DEL II Y III NIVEL DE ATENCIÓN	
COMPONENTE N° 01	GESTIÓN INSTITUCIONAL Y ADMINISTRATIVA
MACROPROCESO N° 07	GESTIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS
ESTÁNDAR N° 07	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DESARROLLA CAPACIDAD DE GESTIÓN PARA GARANTIZAR EL ACCESO OPORTUNO Y DE CALIDAD DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS.

No	PROCESOS CLAVES	VERIFICADORES	CUMPLE	NO CUMPLE	NORMATIVIDAD DE REFERENCIA	APLICACIÓN
1	El establecimiento de salud se encuentra organizado para realizar la gestión de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, con eficiencia, equidad y calidad.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 04-A	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.	Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.	Del nivel II-1 al III-2
2	En el establecimiento de salud el proceso de estimación, programación y adquisición de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, se efectúa con eficiencia.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 04-B	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.	R.M. N° 585-99-SA/DM, que aprueban el Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de productos farmacéuticos y afines.  R. M. N° 1753-2002-SA/DM, que aprueba la Directiva del SISMED.	Del nivel II-1 al III-2
3	El establecimiento de salud realiza una adecuada gestión de stocks en el Almacén Especializado de Medicamentos y en los servicios de farmacia.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 04-C	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.	R.M. N° 1240-2004-MINSA, que aprueba la "Política Nacional de Medicamentos"	Del nivel II-1 al III-2
4	El establecimiento de salud planifica y gestiona el financiamiento para desarrollar con eficiencia el suministro de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 04-D	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.	R.M. N° 367-2005-MINSA, Modificatoria de la Directiva del SISMED.  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del nivel II-1 al III-2



INSTRUMENTO DE MONITOREO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL ESTABLECIMIENTOS DEL II Y III NIVEL DE ATENCIÓN	
COMPONENTE N° 01	GESTIÓN INSTITUCIONAL Y ADMINISTRATIVA
MACROPROCESO N° 08	GESTIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS
ESTANDAR N° 08	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DESARROLLA CAPACIDAD PARA ADMINISTRAR LOS RESIDUOS SÓLIDOS EN COMPATIBILIDAD CON EL MEDIO AMBIENTE Y LA SALUD PÚBLICA, EN CONFORMIDAD CON SUS COMPETENCIAS Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

No	PROCESOS CLAVES	VERIFICADORES	CUMPLE	NO CUMPLE	NORMATIVIDAD DE REFERENCIA	APLICACIÓN
1	El establecimiento de salud cuenta e implementa el Plan Integral de Residuos Sólidos, conforme la normatividad vigente.	Plan Integral de Residuos Sólidos aprobado con RD. Informe de actividades, según programación.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2
2	El establecimiento de salud está organizado e implementado para el manejo de los residuos sólidos.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 05-A	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.	R.M. N° 217-2009/MINSA, que aprueba la NT N° 008-MINSA/DGSP/V.01 "Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios"  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del nivel II-1 al III-2
3	El establecimiento de salud cuenta con el sistema de recolección, tratamiento y disposición final de los residuos sólidos.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 05-B	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.		Del nivel II-1 al III-2
4	El establecimiento de salud cuenta con personal capacitado en el manejo adecuado de los residuos sólidos.	Plan de capacitación. Informe de capacitación, incluye relación de participantes.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2
5	El Establecimiento de Salud aplica instrumentos de monitoreo y analiza el manejo de residuos sólidos hospitalarios.	Instrumento de monitoreo. Informe Técnico de Monitoreo (incorpora análisis)	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2



INSTRUMENTO DE MONITOREO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL ESTABLECIMIENTOS DEL II Y III NIVEL DE ATENCIÓN	
COMPONENTE N° 01	GESTIÓN INSTITUCIONAL Y ADMINISTRATIVA
MACROPROCESO N° 09	GESTIÓN DE LA TRANSPARENCIA Y ANTICORRUPCIÓN
ESTÁNDAR N° 09	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REALIZA UNA GESTIÓN TRANSPARENTE E IMPLEMENTA POLÍTICAS DE ANTICORRUPCIÓN.

No	PROCESOS CLAVES	VERIFICADORES	CUMPLE	NO CUMPLE	NORMATIVIDAD DE REFERENCIA	APLICACIÓN
1	El establecimiento de salud cuenta con un sistema de acceso a la información pública, que permita atender las solicitudes en forma oportuna.	Verificar in situ el sistema de acceso a la información (pág. web, libro de reclamaciones, boletines, entre otros). Reporte de solicitudes de información. Documento de atención a solicitudes.	Cumple con los tres verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.	Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del nivel II-1 al III-2
2	El establecimiento de salud cumple con publicar la información que exige la normatividad en los portales institucionales oportunamente.	Verificación in situ en el portal institucional de información actualizada.	Cumple con el verificador descrito.	No cumple con el verificador descrito.		Del nivel II-1 al III-2
3	El establecimiento de salud adopta medidas de anticorrupción.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 06.	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.		Del nivel II-1 al III-2
4	El establecimiento de salud cumple con el levantamiento de las observaciones realizadas por el Órgano de Control Interno.	Informe de acción de control especial. Informe de levantamiento de observaciones	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2
5	El establecimiento de salud realiza programas de capacitación en normas preventivas de corrupción, dirigido al personal encargado de adquisiciones y contrataciones del Estado.	Plan e informe de capacitación.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2



**INSTRUMENTO DE MONITOREO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL  
ESTABLECIMIENTOS DEL II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**COMPONENTE N° 02**

**GESTIÓN SANITARIA**

**MACROPROCESO N° 10**

**GESTIÓN DE LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)**

**ESTÁNDAR N° 10**

**EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REALIZA LA GESTIÓN ADECUADA DE LAS UPSS DE ATENCIÓN DIRECTA (\*) Y CUMPLE CON LOS ESTÁNDARES DE INDICADORES DE DESEMPEÑO CLÍNICO.**

No	PROCESOS CLAVES	VERIFICADORES	CUMPLE	NO CUMPLE	NORMATIVIDAD DE REFERENCIA	APLICACIÓN
1	El establecimiento de salud cuenta y evalúa el Plan de Gestión Clínica (incluye atención directa y de soporte).	Plan de Gestión Clínica anual aprobado. Informe de evaluación del plan.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.	Decreto Supremo N° 027-2007-PCM, que define y establece las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional. R.M. N° 422-2005/MINSA, que aprueba la NT N° 027-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica" R.M. N° 566-2005/MINSA, que aprueba los Lineamientos para la adecuación de la Organización de las Direcciones Regionales de Salud en el Marco del Proceso de Descentralización. R.M. N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud". R.M. N° 464-2011 SA/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad". Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del nivel II-1 al III-2
2	El equipo de gestión realiza el monitoreo de los indicadores de desempeño clínico por UPSS.	Informe de Monitoreo de indicadores desempeño clínico por trimestre.	Cumple con el verificador descrito.	No cumple con el verificador descrito.		Del nivel II-1 al III-2
3	El personal de salud aplica las guías de práctica clínica y procedimientos en los servicios de atención directa.	Verificación en Historias Clínicas(02) por cada UPSS	Cumple con el verificador descrito.	No cumple con el verificador descrito.		Del nivel II-1 al III-2
4	La UPSS consulta externa del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y brinda atención integral a los usuarios según etapas de vida.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 07-A.	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.		Del nivel II-1 al III-2
5	La UPSS emergencia del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar la atención de usuarios en situación de urgencia y emergencia, según su categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 07-B.	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.		Del nivel II-1 al III-2
6	La UPSS hospitalización del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar la atención y estancia de usuarios, según su categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 07-C.	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.		Del nivel II-1 al III-2
7	La UPSS centro quirúrgico del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar la atención y estancia de usuarios, según su categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 07-D.	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.		Del nivel II-1 al III-2
8	La UPSS centro obstétrico del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar la atención y estancia de usuarios, según su categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 07-E.	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.		Del nivel II-1 al III-2
9	La UPSS unidad de cuidados intensivos (UCI) del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar la atención y estancia de usuarios, según su categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 07-F.	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.		Del nivel II-1 al III-2

(\*) CONSULTA EXTERNA, EMERGENCIA, HOSPITALIZACIÓN, CENTRO QUIRÚRGICO, CENTRO OBSTÉTRICO Y UCI.



INSTRUMENTO DE MONITOREO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL ESTABLECIMIENTOS DEL II Y III NIVEL DE ATENCIÓN	
COMPONENTE N° 02	GESTIÓN SANITARIA
MACROPROCESO N° 10	GESTIÓN DE LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)
ESTANDAR N° 11	EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REALIZA LA GESTIÓN ADECUADA DE LAS UPSS DE ATENCIÓN DE SOPORTE (*) Y CUMPLE CON LOS ESTÁNDARES DE INDICADORES DE DESEMPEÑO CLÍNICO.

No	PROCESOS CLAVES	VERIFICADORES	CUMPLE	NO CUMPLE	NORMATIVIDAD DE REFERENCIA	APLICACIÓN
1	El establecimiento de salud cuenta con el apoyo al diagnóstico necesario para la prestación (diagnóstico por imágenes, procedimiento de patología clínica, entre otros), según su categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 08-A.	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.	R.M. N° 422-2005/MINSA, que aprueba la NT N° 027-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica"  R.M. N° 464-2011 SA/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad".  R.M. N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del nivel II-1 al III-2
2	La UPSS nutrición y dietética del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar la atención da usuarios, según su categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 08-B.	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.		Del nivel II-1 al III-2
3	La UPSS de hemodiálisis del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar terapéutica sustitutiva, dialítica a pacientes con insuficiencia renal, según su categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 08-C.	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.		Del nivel II-1 al III-2
4	La UPSS medicina de rehabilitación del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar la atención de usuarios, según su categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 08-D.	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.		Del nivel II-1 al III-2
5	El servicio de farmacia del establecimiento de salud, cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para el manejo adecuado de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, según su categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 08-E.	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.		Del nivel II-1 al III-2
6	El Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre Tipo I o II según corresponda, cumple con los requisitos mínimos de funcionamiento y realizan procedimientos para garantizar sangre segura.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 08-F.	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.		Del nivel II-1 al III-2
7	La UPSS Central de Esterilización del establecimiento de salud cumple con adecuadas condiciones de funcionamiento y está organizado e implementado para brindar la atención de usuarios según su categoría.	Aplicación de Lista de Chequeo N° 08-G.	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.		Del nivel II-1 al III-2

(\*) DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES, PATOLOGÍA CLÍNICA, FARMACIA, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA, MEDICINA DE REHABILITACIÓN, HEMODIÁLISIS, CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCOS DE SANGRE.



C. ACOSTA S.

**INSTRUMENTO DE MONITOREO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL ESTABLECIMIENTOS DEL II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**COMPONENTE N° 02**

**GESTIÓN SANITARIA**

**MACROPROCESO N° 11**

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN**

**ESTANDAR N° 12**

**EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ELEVA LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD A NIVELES ACEPTABLES, CLARAMENTE PERCIBIDOS POR LOS USUARIOS (INTERNO Y EXTERNO)**

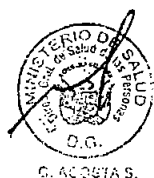
No	PROCESOS CLAVES	VERIFICADORES	CUMPLE	NO CUMPLE	NORMATIVIDAD DE REFERENCIA	APLICACIÓN
1	El establecimiento de salud cuenta con Plan de Gestión de Calidad aprobado e implementado según normatividad.	RD, Plan de Gestión de Calidad, Informes ejecución de actividades, según programación.	Cumple con los tres verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.	R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".  R.M. N° 456-2007/MINSA que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".  R.M. N° 072-2008/MINSA, que Modifican la Norma Técnica de Salud NTS N° 050-MINSA/DGSP-v.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".  R.M. N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del nivel II-1 al III-2
2	El establecimiento de salud implementa el proceso de acreditación.	Informes de implementación del proceso de acreditación.	Cumple con el verificador descrito.	No cumple con el verificador descrito.		Del nivel II-1 al III-2
3	El establecimiento de salud ha realizado la medición de la satisfacción del usuario externo y el clima organizacional.	Informe de medición de satisfacción del usuario externo. Informe de medición del clima organizacional.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2
4	El establecimiento de salud implementa estrategias para la seguridad del paciente.	Plan de Seguridad del Paciente. Informe de ejecución de actividades, según cronograma del plan.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2
5	El establecimiento de salud implementa y hace seguimiento del plan de auditoría de calidad de la atención.	Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención. Informe de ejecución de actividades, según cronograma del plan.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2
6	El establecimiento de salud cuenta con la evaluación de tiempos de espera en las UPSS emergencia y consulta externa.	Informe de evaluación de tiempos de espera en las UPSS emergencia y consulta externa.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2
7	El establecimiento de salud promueve el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad, en base a los resultados de las mediciones realizadas.	Listado de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad. Informes de implementación de los proyectos.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2
8	El establecimiento de salud desarrolla acciones de vigilancia y control de infecciones intrahospitalarias.	Informe de acciones de vigilancia y control de infecciones intrahospitalarias.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2
9	El establecimiento de salud cuenta con Lactario Institucional implementado y en funcionamiento.	<b>Aplicación de Lista de Chequeo N° 09.</b>	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.		Del nivel II-1 al III-2



**INSTRUMENTO DE MONITOREO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL  
ESTABLECIMIENTOS DEL II Y III NIVEL DE ATENCIÓN**

**COMPONENTE N° 02****GESTIÓN SANITARIA****MACROPROCESO N° 12****EQUIDAD DE LA ATENCIÓN****ESTANDAR N° 13****EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD HA INCREMENTADO COBERTURA DE ATENCIÓN Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD**

No	PROCESOS CLAVES	VERIFICADORES	CUMPLE	NO CUMPLE	NORMATIVIDAD DE REFERENCIA	APLICACIÓN
1	El establecimiento de salud cuenta con estrategias de mejora de acceso a los servicios de salud.	Informe de estrategias implementadas (mejora acceso a los servicios de salud)	Cumple con el verificador descrito.	No cumple con el verificador descrito.	Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento aprobado con Decreto Supremo N° 008-2010-SA.  Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).	Del nivel II-1 al III-2
2	El establecimiento de salud desarrolla estrategias para incrementar la cobertura de afiliación y atención al SIS.	Informe de estrategias implementadas (incremento de afiliación y atención SIS).	Cumple con el verificador descrito.	No cumple con el verificador descrito.	R.M. N° 751-2004/MINSA, que aprueba la NT n° 018-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud"  R.M. N° 953-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 051-MINSA/OGDN-V.01 "Norma Técnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre.	Del nivel II-1 al III-2
3	El establecimiento de salud trabaja en la consolidación del sistema de referencia y contrarreferencia (SRCR).	Aplicación de Lista de Chequeo N° 10.	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.	R.M. N° 336-2008/MINSA, que aprueba la NTS 065-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para el Transporte asistido de Pacientes por vía Aérea-Ambulancias Aéreas".  R.M. N° 337-2008/MINSA, que aprueba la NTS 066-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de salud para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Acuática  Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del nivel II-1 al III-2





## INSTRUMENTO DE MONITOREO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL ESTABLECIMIENTOS DEL II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

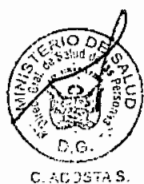
<b>COMPONENTE N° 03</b>	<b>GESTIÓN DE LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN</b>
<b>MACROPOCESO N° 13</b>	<b>PLANEAMIENTO, ORGANIZACIÓN Y APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.</b>
<b>ESTÁNDAR N° 14</b>	<b>EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD APORTA CON EVIDENCIAS CIENTÍFICAS PARA LA EMISIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS DE RELEVANCIA PARA LA POLÍTICA INSTITUCIONAL Y NACIONAL.</b>

No	PROCESOS CLAVES	VERIFICADORES	CUMPLE	NO CUMPLE	NORMATIVIDAD DE REFERENCIA	APLICACIÓN
1	El establecimiento de salud tiene definido sus políticas y planificación institucional de la investigación.	Plan de investigación anual aprobado. Documentos de políticas de investigación.	Cumple con los tres verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.	Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del nivel II-1 al III-2
2	El establecimiento de salud cuenta con una estructura orgánica, tecnológica, financiamiento y marco normativo necesarios para el desarrollo de investigaciones.	<b>Aplicación de Lista de Chequeo N° 11.</b>	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.		Del nivel II-1 al III-2
3	El establecimiento de salud difunde los resultados producto de la ejecución de los proyectos de investigación.	Documento de difusión de investigación. Publicaciones de artículos de investigación (nacional/internacional).	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2
4	El establecimiento de salud aporta a la institución y al país con el desarrollo de normas, relacionados a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad prioritariamente.	Documentos normativos aprobados.	Cumple con el verificador descrito.	No cumple con el verificador descrito.		Del nivel II-1 al III-2
5	El establecimiento de salud ha realizado la transferencia de tecnología de investigación al personal de salud (dentro y fuera del establecimiento).	Documento de requerimiento o programación de asistencia técnica. Informe de Asistencia Técnica.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2



<b>INSTRUMENTO DE MONITOREO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL                  ESTABLECIMIENTOS DEL II Y III NIVEL DE ATENCIÓN</b>	
<b>COMPONENTE N° 03</b>	<b>GESTIÓN DE LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN</b>
<b>MACROPROCESO N° 14</b>	<b>FORMACIÓN Y DESARROLLO DE CAPACIDADES.</b>
<b>ESTANDAR N° 15</b>	<b>EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CONTRIBUYE A LA FORMACIÓN Y DESARROLLO DE CAPACIDADES DEL PERSONAL DE SALUD (INTERNO Y EXTERNO) DENTRO Y FUERA DEL ESTABLECIMIENTO.</b>

No.	PROCESOS CLAVES	VERIFICADORES	CUMPLE	NO CUMPLE	NORMATIVIDAD DE REFERENCIA	APLICACIÓN
1	El establecimiento de salud está organizado e implementado para el desarrollo de pasantías.	Documento de implementación de pasantías Informe de pasantías ejecutadas	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.	Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso	Del nivel II-1 al III-2
2	El establecimiento de salud ha organizado y ejecutado el desarrollo de cursos en el área asistencial, administrativa e investigación, según prioridades institucionales.	Plan Anual de Capacitación. Informe de cursos ejecutados.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2
3	El establecimiento de salud dispone de un sistema de registro del personal capacitado y certificado según temas de competencia de la institución.	Verificación in situ del sistema de información. Reporte de personal capacitado y certificado según competencia de la institución.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2
4	El establecimiento de salud tiene definido su campo clínico por especialidades y sub-especialidades.	Aplicación de Lista de Chequeo N°12.	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.		Del nivel II-1 al III-2



<b>INSTRUMENTO DE MONITOREO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL ESTABLECIMIENTOS DEL II Y III NIVEL DE ATENCIÓN</b>	
<b>COMPONENTE N° 04</b>	<b>GESTIÓN POR COMPETENCIAS</b>
<b>MAGROPROCESO N° 14</b>	<b>GESTIÓN POR COMPETENCIAS</b>
<b>ESTÁNDAR N° 16</b>	<b>EL DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CUENTA CON COMPETENCIAS PARA SER GESTOR Y LÍDER DENTRO Y FUERA DE SU INSTITUCIÓN.</b>

No.	PROCESOS CLAVES	VERIFICADORES	CUMPLE	NO CUMPLE	NORMATIVIDAD DE REFERENCIA	APLICACIÓN
1	El Director y su equipo de gestión tienen visión estratégica para la conducir a su institución de manera exitosa.	<b>Aplicación de Lista de Chequeo N° 13.</b>	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.	Toda aquella normatividad vigente relacionada al proceso.	Del nivel II-1 al III-2
2	El Director y su equipo de gestión mantienen buenas relaciones con su entorno interno y externo formando alianzas estratégicas.	Acta de acuerdos con los estamentos formales de la institución (gremios de profesionales y técnicos) Convenios con otras instituciones (universidades, ONG, cooperación internacional, entre otros)	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2
3	El Director desarrolla capacidad de negociación para la resolución de conflictos.	Acta de acuerdos, de resolución de conflictos. Verifica ausencia de paros o huelgas.	Cumple con los dos verificadores descritos.	No cumple con los verificadores descritos.		Del nivel II-1 al III-2
4	El Director y su equipo de gestión han desarrollado capacidad de innovación y creatividad para mejorar la función de asistencial, administrativa, de investigación y docencia.	Informe de estrategia de innovación implementada.	Cumple con el verificador descrito.	No cumple con el verificador descrito.		Del nivel II-1 al III-2
5	El Director reúne los atributos de liderazgo individual e institucional.	<b>Aplicación de Lista de Chequeo N° 14.</b>	Cumple al 100% con la Lista de Chequeo.	No cumple la Lista de Chequeo.		Del nivel II-1 al III-2



**ANEXO N° 06  
 MATRIZ DE ACUERDOS Y COMPROMISOS**

Nombre del Establecimiento:.....

Fecha: ..... Categoría del Establecimiento: .....

Equipo Monitor: .....

Dificultades en procesos no desarrollados	Propuesta de Mejora	Tiempo de ejecución de la propuesta de mejora	Responsables de implementar la propuesta de mejora



C. ACOSTA S.

.....

Firma y Sello del Director, Gerente o Jefe del Establecimiento