



Resolución Ministerial

Lima, 21 de AGOSTO de 1996

Visto el Oficio N° 1003-96-DGSP, presentado por el Director General de Salud de las Personas, solicitando la aprobación del Manual de Acreditación de Hospitales.

CONSIDERANDO:

Que mediante Resolución Vice Ministerial N° 316-96-SA/DVM se conformó la Comisión Interinstitucional Sectorial de Acreditación de Hospitales encargada de la elaboración del correspondiente "Manual de Acreditación de Hospitales";

Que la citada Comisión ha cumplido con el encargo conferido, proponiendo un instrumento que contiene inicialmente los estándares de acreditación para veintiocho servicios o áreas que conforman los hospitales y clínicas del Sector Público y Privado;

Con la opinión favorable del Vice Ministro de Salud:

SE RESUELVE :

Aprobar el adjunto MANUAL DE ACREDITACION DE HOSPITALES, como norma de referencia nacional, de aplicación en Hospitales y Clínicas tanto públicos como privados.

2º El Manual entrará en vigencia al día siguiente de la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Diario Oficial "El Peruano".





Las diferentes Instituciones Públicas y privadas a cargo de Hospitales y Clínicas, deberán iniciar proceso de Autoevaluación como una etapa previa al inicio de la Acreditación.

Derogar la Resolución Vice Ministerial N° 118-88-SA-DVM, así como las disposiciones legales y administrativas que se opongan a la presente.

Regístrese y Comuníquese.



DR. MARINO COSTA BAUER
Ministro de Salud

Ministerio de Salud
Dirección General de Salud de las Personas
Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud

MANUAL DE ACREDITACION DE HOSPITALES

Lima, Perú

1996



DOCUMENTO ELABORADO POR :

MINISTERIO DE SALUD

- Dr. Eduardo Zárate Cárdenas
- Dra. Nydya Guardia Aguirre
- Lic. Ana Borja Hernani

INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL

- Dr. Walter Menchola Vásquez
- Dra. Ximena Fernández Zapata

SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU

- Dr. Teódulo Basaldua Inga

ASOCIACION DE CLINICAS Y HOSPITALES PARTICULARES

- Dr. Jorge Ruiz Portal

COLEGIO MEDICO DEL PERU

- Dr. Manuel Sotelo Baselli
- Dr. Arturo Vasi Paez



ASOCIACION PERUANA DE HOSPITALES

- Dr. Edgard Velarde Ponce
- Arq. Jorge De Los Ríos Mazure

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

- Dr. Ezequiel Paz Zavallia
- Dr. Javier Santacruz Varela



AGRADECIMIENTO

La *Comisión Interinstitucional de Acreditación de Hospitales* desea expresar su reconocimiento a los profesionales de las diferentes instituciones de Salud, Públicas y Privadas, Colegios Profesionales, Sociedades Científicas y Universidades, por sus valiosos aportes y el tiempo dedicado al análisis y enriquecimiento del presente **Manual de Acreditación de Hospitales**.

Asimismo, es necesario resaltar el apoyo y asesoría técnica brindada por los funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), en la persona de los Doctores *Humberto de Moraes de Novaes, Ezequiel Paz y Javier Santacruz*.

Para todos y cada uno de ellos, nuestros más sinceros agradecimientos.



INDICE

Presentación	6
Introducción	7
Marco Conceptual	8
Antecedentes	9
Generalidades	10
Definición, Justificación, Objetivos, Ambito - Base Legal	
Consideraciones Metodológicas	12
Estándares de Acreditación:	
Dirección	20
Administración	22
Epidemiología	24
Consulta Externa	26
Emergencia	29
Hospitalización	33
Centro Quirúrgico	37
Esterilización Central	41
Centro Obstétrico	44
Neonatología	48
Cuidados Intensivos	51
Rehabilitación	54
Patología Clínica	58
Banco de Sangre	62
Anatomía Patológica	65



Imágenes	68
Radioterapia	71
Medicina Nuclear	73
Enfermería	77
Farmacia	79
Trabajo Social	82
Nutrición y Dietética	84
Registros Médicos y Estadística	88
Lavandería	91
Mantenimiento	94
Limpieza	97
Seguridad	100



PRESENTACION

La Política de Salud concede prioridad al fortalecimiento y desarrollo de los servicios de salud, orientados a mejorar sus condiciones de eficacia, eficiencia y a elevar la calidad de atención que se brinda a los usuarios.

Los esfuerzos que se realicen en búsqueda de la "calidad", permitirán dar inicio a un proceso de renovación de ideas, sustituyendo antiguos conceptos o hábitos, incorporándose conceptos "modernos" sobre la misión social de la organización para brindar servicios de salud descables en la que la responsabilidad no es individual sino, más bien, de todos los integrantes de las instituciones hospitalarias.

El Ministerio de Salud, en aplicación de su rol de gobierno, viene estableciendo el marco regulatorio para el accionar de los prestadores y demás agentes del sector salud con el fin de incrementar progresivamente la equidad en la provisión de los servicios, la eficacia de las intervenciones, la eficiencia en el uso de los recursos y la calidad de los servicios brindados.

Es en este contexto que el inicio de la acreditación, se considera como un mecanismo impostergable para el mejoramiento progresivo y continuo de la calidad de atención en los establecimientos hospitalarios del país, debido a que la acreditación permite analizar y evaluar su planeamiento, organización y funcionamiento contrastándolos con un conjunto de estándares e indicadores previamente seleccionados.

En mérito al trabajo realizado por los integrantes de la *Comisión Interinstitucional Sectorial de Acreditación de Hospitales (CISAH)*, contando con el invalorable aporte recibido en numerosas oportunidades, de los profesionales de diversas instituciones públicas y privadas relacionadas con el quehacer en salud, se ha elaborado el presente *MANUAL DE ACREDITACION DE HOSPITALES*, como documento de referencia nacional, adaptado a la realidad del país y de los resultados de su aplicación, dependerá su enriquecimiento futuro.

Finalmente, estamos seguros que el *MANUAL DE ACREDITACION* se constituirá en el instrumento que posibilite iniciar un proceso que promueva y garantice el mejoramiento continuo de la calidad de la prestación del servicio, considerando a la persona como razón y esencia de la institución hospitalaria.

Dr. MARINO COSTA BAUER
Ministro de Salud



INTRODUCCION

La *Acreditación de Hospitales* es un proceso tendiente a incentivar la mejora de la calidad de atención en los centros hospitalarios del país. Una parte importante de este proceso consiste en contrastar la situación de un determinado establecimiento con estándares prefijados, para llegar a determinar si éste, debe o no, ser acreditado. Los estándares contenidos en este Manual, fueron cuidadosamente seleccionados por destacados profesionales de la salud, con un adecuado conocimiento de la realidad sanitaria, y que pudieron darles la especificidad necesaria, considerando que puedan cumplir su cometido al ser aplicados.

Los estándares, para cada área o servicio de un hospital, establecidos en el presente Manual, permiten orientar la búsqueda intencionada de aspectos específicos vinculados con la calidad de atención. Su correcta aplicación estará a cargo de equipos técnicos calificados, que realizarán las evaluaciones de acuerdo a una periodicidad determinada, a fin de permitir una evaluación continua de la calidad.

En la construcción del Manual predominó un enfoque de tipo sistémico, incluyéndose estándares que se relacionan con la parte estructural del hospital, con los procesos y con los resultados que se logran, habiéndose obtenido un instrumento que permite valorar al Hospital con una visión de conjunto y propiciar el desarrollo armónico de sus diferentes servicios.

Es necesario reiterar que los estándares considerados en el Manual son mínimos y constituyen el punto de partida o el "piso" de calidad que un hospital debe aprobar, si es que éste desea obtener el certificado de acreditación. A partir de esa línea basal de calidad, un hospital podrá obtener en el futuro una acreditación basada en la aprobación de estándares de más elevado nivel.

Comisión Interinstitucional de Acreditación de Hospitales
CISAH



MARCO CONCEPTUAL

En el Perú al igual que en otros países de la América Latina, en los últimos años, han sucedido grandes transformaciones sociales, políticas y económicas, que son la expresión de la aspiración de los gobiernos y la sociedad por lograr el desarrollo de sus pueblos.

El Sector Salud, se ve influenciado por el proceso de cambio que atraviesa el país, el que se refleja en los Lineamientos de Política de Salud 1995 - 2000, documento donde se precisan las estrategias orientadas a concertar esfuerzos para impulsar una **cultura de calidad** en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud, las cuáles a través del tiempo han venido aplicando sus propios modelos de atención y criterios de calidad en la prestación de servicios asistenciales, no siempre considerando al usuario como eje central de los mismos.

La calidad definida como un conjunto de propiedades o características de un producto o de un servicio, que le confiere "**capacidad para satisfacer necesidades explícitas o implícitas de los usuarios o beneficiarios**", es en consecuencia, un término relativo que refleja "**seguridad y excelencia**".

Los Programas de Garantía de Calidad y los procesos de acreditación, entre otros, son algunas de las estrategias que se vienen implementando en algunos países de la región de las Américas y el Caribe, con la finalidad de incentivar e iniciar procesos continuos de evaluación y mejoramiento de la calidad.

A fin de iniciar la acreditación en el país, era necesaria la elaboración de un instrumento en el cual se establecieran estándares que permitieran la evaluación de los diferentes servicios de un hospital. En consecuencia se ha elaborado el *Manual de Acreditación de Hospitales*, el cual adquirirá su pleno sentido cuando al ser aplicado, como instrumento de evaluación, integre el concepto de la Institución, lugar donde se conjugan la estructura, los procesos y resultados, con la recuperación de profundos valores humanos en la relación de quienes son prestadores y usuarios de la atención de salud.



ANTECEDENTES

En Junio de 1994, la Organización Panamericana de la Salud (**OPS**) y la Federación Latinoamericana de Hospitales, celebraron un acuerdo general de cooperación para el desarrollo de actividades tendientes al mejoramiento de la calidad de atención de salud, en los establecimientos hospitalarios.

En el marco de este acuerdo, los esfuerzos se concentraron en la elaboración de un instrumento: el "**Manual de Acreditación de Hospitales de América Latina y el Caribe**" (**HSD/SILOS 13**), el cual se constituye en un documento de referencia para la implementación de la acreditación en los países de la región.

En Junio de 1993, concordante con la realidad del país y la voluntad política de ejercer su responsabilidad de coordinar las acciones de las Instituciones que conforman el Sector, la Alta Dirección del Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud de las Personas, conforma la Comisión Interinstitucional Sectorial de Acreditación de Hospitales (**CISAH**), con la finalidad de formular una propuesta base para iniciar el proceso de Acreditación de Hospitales en el Perú.

Una vez constituida la **CISAH**, se abocó a la elaboración de los estándares de acreditación para siete servicios del hospital, los cuales fueron presentados en la **1era. Reunión de Acreditación de Hospitales**, evento organizado por el Ministerio de Salud, el Instituto Peruano de Seguridad Social y la Oficina Panamericana de la Salud.

Dichos estándares fueron analizados y enriquecidos por representantes de entidades nacionales vinculadas a la atención de la salud. La propuesta de los estándares en mención fue presentada en la Reunión Subregional de Acreditación realizada en Bogotá - Colombia, 1994.

Posteriormente se elaboraron los estándares de 18 Servicios adicionales. De esta manera, se concluyó con la elaboración preliminar del Manual de Acreditación, que fue puesto a consideración en la **2da. Reunión Nacional de Acreditación**, realizada en la ciudad de Tacna en Junio de 1995.

El segundo semestre de 1995, algunos integrantes de la **CISAH**, representaron a nuestro país en la Reunión Subregional y Regional de Acreditación de Hospitales, realizadas en Río de Janeiro y Washington, respectivamente.

La **CISAH** ha continuado su trabajo, mejorando el Manual inicial con los aportes obtenidos en las diferentes reuniones, y aquellos provenientes de su validación en hospitales de diversa complejidad.



GENERALIDADES

DEFINICION :

La acreditación es el procedimiento de evaluación periódica de los recursos institucionales que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente definidos.

JUSTIFICACION :

En el país, los servicios de salud de las diferentes instituciones que integran el Sector Salud se han desarrollado aisladamente con problemáticas propias, que inciden tanto en los modelos de atención como en los criterios de calidad utilizados en la prestación de servicios. Es por lo tanto ineludible, en el contexto actual, garantizar a los usuarios que la atención que se les brinde en éstos sea segura y efectiva.

Consideramos por ello que el proceso de acreditación, basado en estándares comunes para todos, se constituye en un mecanismo apropiado para lograr un sistema continuo y progresivo de mejoramiento de la calidad de atención.

OBJETIVOS :

Establecer los Estándares de Acreditación que permitan el desarrollo armónico de los servicios hospitalarios y promuevan el mejoramiento continuo de la calidad de atención que se brinda en ellos.

Garantizar a los usuarios que los establecimientos acreditados cuentan con los recursos y la capacidad de gestión adecuados para ofrecer servicios hospitalarios efectivos, eficientes y de calidad.

Fomentar en los funcionarios y personal de los establecimientos hospitalarios, procesos de autoevaluación permanente que permitan identificar puntos críticos y establecer mecanismos para mejorar la calidad de atención.

Establecer una sana competencia y una racionalización de la oferta de servicios como producto de la evaluación de la calidad de atención.



AMBITO :

El presente Manual de Acreditación de Hospitales es un documento de referencia nacional para las Instituciones que integran el Sector Salud.

BASE LEGAL :

Constitución Política del Estado

Decreto Ley N° 17505
Código Sanitario

Decreto Legislativo N° 584
Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud

Decreto Supremo N° 002-92-SA
Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud

Decreto Supremo N° 005-90-SA
Reglamento General de Hospitales del Sector Salud

Decreto Supremo N° 023-87-SA/DM
Reglamento General de Establecimientos de Salud del Sub Sector No Público



CONSIDERACIONES METODOLOGICAS

El presente Manual ha sido elaborado considerando se constituya en un instrumento normativo, objetivo, flexible, de fácil aplicación y concordante con la realidad de los diferentes establecimientos hospitalarios del Sector. En él se establecen los estándares mínimos para evaluar en cada área o servicio, los siguientes componentes :

Administración

Recursos Humanos

Normación

Resultados

Infraestructura Física : Planta Física y Equipamiento

Para cada uno de estos componentes que corresponden a los elementos de estructura, proceso y resultado se han definido estándares mínimos de acreditación.

El término "estándar" expresa un punto de referencia para el logro de un grado satisfactorio, en un atributo determinado, basado en un nivel de seguridad que garantiza la calidad de atención.

La identificación y utilización de estándares de Acreditación de los Servicios Hospitalarios no debe buscar una descripción exhaustiva de los mismos, sino la verificación de la existencia de datos específicos y sensibles para la valoración de la situación actual.

El proceso de acreditación hace necesario la utilización de indicadores cuali-cuantitativos, cuya comprobación sea de fácil verificación.



Procedimientos para Solicitar la Acreditación

Las autoridades del establecimiento presentarán la solicitud para la acreditación de su establecimiento adjuntando :

- a. Constancia de la adquisición del Manual de Acreditación, por lo menos con 30 días hábiles y previos a la evaluación.
- b. Comprobante de pago por derecho de evaluación según Tarifa estipulada.
- c. La documentación correspondiente de apertura y funcionamiento del establecimiento expedidos por la autoridad de salud respectiva.
- d. Declaración Jurada de la Dirección del establecimiento, señalando el cumplimiento de los requisitos preliminares que se especifican a continuación :
 - Tener por lo menos un año continuo de funcionamiento.
 - Garantizar el mantenimiento, disponibilidad y operatividad de sus instalaciones y servicios durante las 24 horas y los 365 días del año.
 - Contar con un equipo de profesionales médicos y otros, debidamente habilitados, que garanticen en forma permanente la continuidad de la atención.
 - Haber realizado la autoevaluación del establecimiento aplicando el Manual de Acreditación.

Procedimiento para Realizar la Evaluación :

Para realizar la evaluación de los servicios del establecimiento solicitante, se procederá de la manera siguiente :

- a. Revisión del expediente técnico según los requisitos exigidos.
- b. El Grupo Evaluador se constituirá en el establecimiento a fin de realizar los estudios y verificaciones necesarias, utilizando la Guía de aplicación del Manual.

La Guía a utilizar contiene en detalle la codificación y calificación por cada estándar, las planillas de consolidación de resultados, los rangos de valoración, las tablas de referencia de puntajes máximos y la determinación de los resultados.

- d. Las autoridades del establecimiento, con la suficiente anticipación, habrán comunicado al personal y a los pacientes hospitalizados que la Institución será sometida a un proceso de evaluación externa.



- e. En relación a la evaluación de los estándares de cada componente, el Grupo evaluador observará algunas consideraciones generales que se detallan a continuación:

Administración :

- El responsable del servicio o área debe contar con el documento oficial de designación.
- Se procederá a verificar mediante observación directa, muestreo y revisión documentaria, según corresponda :
 - La disponibilidad de los documentos técnicos y administrativos y el acceso del personal de Servicio a dichos instrumentos, de acuerdo a su cargo y función.
 - El conocimiento y aplicación de los referidos instrumentos en el desarrollo de las actividades.
 - La organización del servicio de acuerdo a lo establecido en el *Reglamento de Organización y Funciones (ROF) y/o Manual de Organización y Funciones (MOF)*, según corresponda.
 - El Plan Operativo Anual (Dirección) y el Plan de Actividades (Servicios), o documentos equivalentes en el Sector Privado, solicitando información sobre su grado de avance y cumplimiento.
 - La existencia y funcionamiento de un Comité Técnico - Asesor de la Dirección, o su equivalente en el Sector Privado.
 - El sistema de información y evaluación de desempeño del personal.
 - El Programa de Capacitación continua para el personal de acuerdo a las necesidades del establecimiento y/o servicios.
 - El Sistema de Monitoreo de la calidad de atención en el establecimiento y los servicios.
 - La elaboración, uso y manejo de la Historia Clínica según normas establecidas.

Los documentos Técnico - Administrativos a que se hace referencia, corresponden a : normas de personal, ejecución presupuestal y logística, referencia y contrarreferencia, procedimientos, bioseguridad, entre otros, según el área o servicio.

En el caso de aprovisionamiento o suministro de un servicio por contrato con terceros, el control de calidad, está bajo responsabilidad directa de la Institución contratante, la que proporcionará al Grupo Evaluador para su conocimiento y evaluación: los mecanismos, requisitos, garantías y pruebas para la supervisión, evaluación, y aceptación del servicio contratado.



Infraestructura :

Areas - Ambientes

- Los espacios físicos podrán ser cerrados o abiertos según sean las exigencias para la función a desarrollar. En algunos casos pueden ser comunes y/o compartidos, si sus funciones son compatibles y sus actividades horarias no coincidentes.
- Las superficies serán propias, definitivas, suficientes y adecuadas.
- Los acabados deben estar en buen estado, ser definitivos, durables, fáciles de limpiar y mantener; apropiados a las actividades que se realizan en el área.

Instalaciones

- Las redes, accesorios y equipos deben de estar en buen estado para el suministro de :
 - Servicios Públicos externos: Sanitarios, Eléctricos, de Comunicación, etc.
 - Servicios Especiales del Hospital: Vapor, Oxígeno, Vacío, Contra incendio, etc.
 - El suministro del servicio o insumo a proporcionar, será adecuado, continuo y oportuno.

Equipos

- La existencia, disponibilidad y estado de conservación del equipamiento médico, electromédico, eléctrico, mecánico, muebles, utensilios, enseres, menaje, etc. serán adecuados y correspondientes al cumplimiento de las necesidades por atender en el servicio.

Adicionalmente y en forma general, en relación al componente de infraestructura, se deberá cumplir con los siguientes requisitos :

- Circulación general prevista para tránsito de minusválidos, rampas y ascensores.
- Señalización por lectura y símbolos de : conducción, ubicación e identificación del servicio y sus ambientes interiores.
- Señalización para la evacuación del establecimiento previsto en emergencias e identificación de zonas de seguridad.



- Disponibilidad o acceso a planos de la planta física e instalaciones, inventario de equipos, sus catálogos e instrucciones de operación, etc.
- Existencia de un programa de mantenimiento.
- Existencia de un programa para el estudio y la reducción de la vulnerabilidad hospitalaria.

Recursos Humanos :

- Verificar mediante observación directa, muestreo y revisión documentaria :
 - La dotación del personal que garantice la continuidad de la atención en los turnos establecidos.
 - Las copias autenticadas de los Títulos, Diplomas y/o Certificados de formación, especialización y capacitación del personal expedidos por Instituciones de carácter Oficial, según corresponda.
 - La programación mensual de personal, en los diferentes servicios y turnos, poniendo especial énfasis en áreas críticas.
 - La presencia física del personal en su área y horario de trabajo (no menos del 80%).

Normación :

- Verificar mediante observación directa, muestreo y revisión documentaria :
 - Las normas técnico - administrativas, actualizadas (antigüedad no mayor de tres años), y aprobadas por la autoridad correspondiente.
 - Las normas de referencia nacionales, en relación a Programas de Salud, Servicios, Vigilancia Epidemiológica, etc.
 - El MOF, Manual de Normas y Procedimientos, protocolos de atención, normas referidas a personal, logística, uso y mantenimiento de equipos instalaciones y planta física (instructivo de uso para el 70% de equipos).
La accesibilidad y conocimiento de los diferentes instrumentos técnico-normativos por el personal de salud según corresponda.



Resultados :

- Verificar la información básica para la formulación de los indicadores identificados para cada servicio (registros, estadísticas, encuestas y otros mecanismos que se utilicen, según corresponda al indicador).

42



- Verificar las actividades que se realizan para la formulación, elaboración, presentación y evaluación de los indicadores de resultados.

Existen **condiciones elementales** que deberán ser consideradas por el Grupo Operativo debido a que son causales para desestimar la solicitud de acreditación :

- Incumplimiento de las normas de habilitación o apertura.
- Paredes descaradas o revoques deteriorados.
- Superficies rugosas en áreas de circulación restringida (quirófanos, esterilización, cuidados intensivos, etc.)
- Humedad en los cielos rasos y/o paredes no reparadas.
- Interrupción o restricción de la disponibilidad de agua en algunas horas del día.
- Ubicación del establecimiento en zonas inundables.
- Animales domésticos dentro del edificio y/o presencia de cucarachas o roedores.
- Personal con uniformes sucios, desaliñados o de aspecto desprolijo.
- Escombros y/o basura acumulada fuera de los lugares destinados a este fin.
- Carencia de instalaciones para la circulación vertical de camillas y sillas de ruedas (rampas o ascensores en establecimientos de más de una planta).

Formalización de la Acreditación

El Grupo Evaluador una vez finalizada la evaluación y dentro de los siete días hábiles posteriores a la conclusión de la misma, emitirá el Informe Final con toda la documentación necesaria de respaldo.

En el término de quince días hábiles a partir de la fecha de finalización de la evaluación, se informará a las autoridades del establecimiento del dictamen contenido en el informe final. Como consecuencia de ello procederá a :

- Otorgar, el correspondiente certificado de acreditación a las autoridades del establecimiento.



- Condicionar la entrega del certificado de acreditación al cumplimiento, por parte del establecimiento, de los requisitos y los plazos específicos establecidos en el informe final de evaluación del Grupo Operativo.
- Denegar la entrega del certificado de acreditación, por insuficiente calificación del establecimiento.

En caso de denegatoria del certificado de acreditación, el establecimiento en cuestión podrá optar por :

- a) Aceptar su no acreditación y presentarse a un nuevo proceso en el lapso no menor de seis meses.
- b) Solicitar su reconsideración en el término de quince días hábiles a partir de la fecha en que la notificación fue recibida.
- c) El pedido de reconsideración será evaluado y analizándose su sustento se emitirá el fallo correspondiente, el cual es inapelable y será dado a conocer, al interesado, en el plazo máximo de quince días hábiles.





ESTANDARES

DE

ACREDITACION



01. Dirección: Es el órgano encargado de la formulación y desarrollo de las políticas y programas de la institución, acordes con su misión, visión, objetivos y metas. Es responsable de la gestión y conducción técnico-administrativa del establecimiento.

Componentes y Estándares Mínimos por Niveles				
Administración :	I	II	III	IV
- Director responsable de la organización y funcionamiento del Establecimiento	*			
- Director con capacitación básica en Salud Pública y Administración Hospitalaria		*	*	*
- Profesional responsable de la Dirección del Hospital en Horas y Días No-Hábiles		*	*	*
- Comité Técnico Asesor		*	*	*
- Reglamento de Organización y Funciones del Hospital (ROF)	*	*	*	*
- Manual de Organización y Funciones del Órgano de Gestión (MOF)	*	*	*	*
- Normas administrativas actualizadas	*	*	*	*
- Organigrama visible del hospital de acuerdo a la estructura administrativa vigente	*	*	*	*
- Políticas de personal, adquisición de equipos, de incorporación de tecnologías, etc.	*	*	*	*
- Plan Operativo Anual (POA) formulado de acuerdo a las Políticas del Sector Salud	*	*	*	*
- Sistema de Control de Gestión	*	*	*	*
- Análisis y evaluación periódica de informes estadísticos de Servicios Hospitalarios	*	*	*	*
- Programa de capacitación continua para el personal del establecimiento	*	*	*	*
Recursos Humanos :				
- Sub-Director(es) con capacitación en Administración			*	*
- Asistente administrativo con capacitación		*	*	*
- Médico con capacitación en Epidemiología y personal de apoyo técnico en el área			*	*
- Personal de apoyo y de secretaría a tiempo parcial y/o tiempo completo	*	*	*	*
Normación :				
- Manual de Normas y Procedimientos	*	*	*	*
Resultados :				
- Las Metas del Plan Operativo Anual (POA) se cumplen en 70%	*	*	*	*
- Cuenta con mecanismos para recepción de quejas y sugerencias.	*	*	*	*



Infraestructura Física	I	II	III	IV
Areas o Ambientes				
- Informes - Mesa de Partes (común con Administración)	*	*	*	*
- Espera - Secretaría	*	*	*	*
- Dirección, con S.H.	*	*	*	*
- Sub Dirección y/o Asistente Administrativo				
- Oficina de Asesoría Legal				
- Sala de Reuniones - Biblioteca				
- Asco del Servicio, depósito de residuos (común con Administración).				
Instalaciones				
- Sanitarias: Agua fría y desagüe por redes empotradas.				
- Aparatos sanitarios y accesorios completos funcionando	*	*	*	*
- Red general contraincendio (común con Administración).	*	*	*	*
- Eléctricas: Empotradas o protegidas, disponibles 24 hrs. Redes y accesorios en buen estado				
- De emergencia por redes. Grupo electrógeno operativo.	*	*	*	*
- Comunicaciones: Teléfono o intercomunicadores internos				
- Teléfono externo		*	*	*
Equipamiento Básico				
- Muebles, útiles y enseres adecuados a los ambientes, en buen estado.				
- Equipos manuales mecánicos y eléctricos en oficinas administrativas	*	*	*	*
- Equipos de reproducción e impresión masiva de documentos (común con Administración)	*	*	*	*
- Equipos electrónicos de apoyo automatizado - computo (Terminal)				
- Equipos portátiles de iluminación de emergencia				
- Equipo contraincendio (común con Administración).	*	*	*	*
	*	*	*	*

Consideraciones Particulares:

- *Relaciones funcionales de Dirección, Supervisión y Control con todo el Hospital.*
- *Ambiente significativo:* Oficina de Dirección con S.H. propio, comunicación directa con espera y secretaria propios.
- *Ubicación:* Lugar discreto.
- *Accesos:* Interno restringido, sin acceso al público.



Infraestructura Física	I	II	III	IV
Areas o Ambientes				
- Informes - Mesa de Partes (común con Administración)	*	*	*	*
- Espera - Secretaría	*	*	*	*
- Administración contable, Tesorería, Compras, Logística, etc.	*	*	*	*
- Administración de Personal		*	*	*
- Sala de Reuniones Públicas o Auditorio		*	*	*
- Cuerpo Médico		*	*	*
- Informática - Centro de Cómputo				*
- Ss. Hs. Personal			*	*
- Aseo del Servicio, depósito de residuos	*	*	*	*
Instalaciones	*	*	*	*
- Sanitarias: Agua fría y desagüe por redes empotradas.				
Aparatos sanitarios y accesorios completos funcionando	*	*	*	*
Red general contraincendio (común con Administración).	*	*	*	*
- Eléctricas: Empotradas o protegidas, disponibles 24 hrs. Redes y accesorios en buen estado				*
De emergencia por redes. Grupo electrógeno operativo.	*	*	*	*
- Comunicaciones: Teléfono o intercomunicadores internos			*	*
Teléfono externo		*	*	*
Equipamiento Básico				
- Muebles, útiles y enseres adecuados a los ambientes, en buen estado.		*	*	*
- Equipos manuales mecánicos y eléctricos en oficinas administrativas	*	*	*	*
- Equipos de reproducción e impresión masiva de documentos	*	*	*	*
- Equipos electrónicos de apoyo automatizado - computo (Terminal)			*	*
- Equipos de iluminación de emergencia portátiles			*	*
- Equipo contraincendio (común con Administración).	*	*	*	*
Consideraciones Particulares:	*	*	*	*

- *Relaciones funcionales de administración general del hospital.*

- *Ambiente significativo:* Oficinas administrativas agrupadas, para facilitar su relación, apoyo y control interno.

- *Ubicación:* Próximas al ingreso del exterior; en zona tranquila, sin interferencias con la circulación de pacientes.

- *Acceso:* Directo o desde el vestíbulo principal.

