



RED DE SALUD  
**SATIPO**



PERÚ

Ministerio  
de Salud

## PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL MANUEL ANGEL HIGA ARAKAKI



**Elaborado:** Equipo de evaluadores internos.

**SATIPO  
2025**

## INDICE

I.- INTRODUCCIÓN.....	02
II.- JUSTIFICACION.....	03
III.- OBJETIVO .....	03
IV.- ALCANCE .....	04
V.- BASE LEGAL .....	04
VI.- METODOLOGIA DE EVALUACION.....	06
VII.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A y B.....	11
VIII.- EQUIPO DE EVALUACION .....	14
XI. FINANCIAMIENTO.....	17
X. ASPECTO ADMINISTRATIVOS.....	17
XI.ANEXOS.....	19

### **I.- INTRODUCCION**

A través de los últimos tiempos la calidad ha transitado de ser un atributo del producto o servicio, tal como se le percibía inicialmente, para posteriormente relacionarla con una forma integral de gestionar a la organización. Actualmente la calidad viene abarcando aspectos relacionados al desarrollo del sistema de salud y su contribución con la calidad de vida.

Por eso, hoy en día, la Gestión de la Calidad se ha convertido en una de las disciplinas centrales de la gerencia moderna no sólo en razón de la potencialidad que ha demostrado en las organizaciones para conseguir buenos resultados, sino, en su aporte central para mejorar el sistema de salud aproximándola de manera integral a las necesidades de la población y desarrollando un conjunto de tecnologías orientadas al ejercicio de uno de los derechos de cuarta generación como lo constituye el derecho a una atención de calidad. Dentro de los objetivos de las políticas de salud en el Perú se encuentra mejorar el acceso de la población a una atención de salud integral de calidad, con especial énfasis en los grupos más vulnerables.

El proceso de acreditación en el país se inició en junio de 1993 y ha experimentado una evolución significativa a lo largo de los años. La acreditación es un proceso de evaluación periódica que se basa en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y alcanzables. Su objetivo principal es promover acciones de mejora continua en la calidad de la atención y fomentar el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de salud en el establecimiento.

Este proceso consta de dos fases: la autoevaluación y la evaluación externa. Y la finalidad de la acreditación es garantizar a los usuarios que los establecimientos de salud acreditados disponen de recursos y capacidades para optimizar la calidad de la atención, mitigando así las deficiencias atribuibles a los servicios de salud. La Autoevaluación institucional es la primera fase obligatoria para lograr la acreditación. Este proceso es llevado a cabo por el equipo interno de evaluadores previamente capacitados, quienes se basan en estándares establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional. Utilizan el "Listado de Estándares de Acreditación", que es el único instrumento para evaluar internamente los elementos relacionados con la calidad: estructura, procesos y resultados, que los establecimientos de salud deben cumplir para obtener la acreditación.

La Autoevaluación se fundamenta en la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicio Médico de Apoyo (NTS N° 050- MINS/DGSP – V.02), aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 456- 2007/MINS. Esta normativa tiene como objetivo principal reorientar los esfuerzos, hacia la implementación de acciones de mejora continua en cada departamento, servicio, oficina y/o unidad del hospital, siguiendo los principios de universalidad, gradualidad, unidad y confiabilidad. En este contexto, el Equipo de Acreditación del Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki, clasificado como un establecimiento de salud de nivel II- 1, en colaboración con la Unidad de Gestión de la Calidad, se compromete a implementar el proceso de Autoevaluación-2025. Esto garantiza que nuestro hospital disponga de un mecanismo de monitoreo para la mejora continua de la calidad. Dicho proceso se llevará a cabo aplicando los criterios de evaluación establecidos en la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobada mediante la Resolución Ministerial N.º 270-2009/MINS.

## **II. JUSTIFICACION**

Fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital Manuel A. Higa Arakaki, a través del proceso de evaluación interna. Esto se logrará generando una dinámica de mejora continua y garantizando el cumplimiento de los criterios establecidos. La meta es que estos criterios sean adoptados en la práctica diaria, lo que resultará en una mejora significativa en la calidad de las atenciones.

La Autoevaluación no significa otra cosa que tener el valor de mirarse uno mismo para establecer dónde se sitúan exactamente nuestros puntos fuertes y nuestras debilidades; es mirarse en el espejo para examinar la calidad de los servicios que brindamos y buscar las mejoras posibles de hacer. La autoevaluación es fuente de conocimiento y objeto de transformación a partir del reconocimiento, caracterización y enfrentamiento de los problemas de calidad por quienes los confrontan cotidianamente; es decir, los trabajadores de salud y las comunidades.

## **III. OBJETIVOS**

### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Planificar y ejecutar las actividades necesarias para llevar a cabo la autoevaluación institucional 2025, asegurando el cumplimiento de los estándares y criterios definidos en los diversos macroprocesos establecidos en la Norma Técnica de Salud actual y aplicables dentro del Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki

### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Sensibilizar a la dirección ejecutiva y al equipo de gestión (jefes de departamentos, servicios, áreas y unidades) sobre la relevancia del proceso de autoevaluación, garantizando su compromiso y participación en todas las actividades planificadas.

- Proporcionar capacitación adecuada al equipo de evaluadores internos, sobre los estándares y criterios de la Norma Técnica de Salud para la acreditación, así como sobre el proceso de autoevaluación en sí.
- Identificar los diferentes macroprocesos establecidos en la Norma Técnica de Salud y asignar responsables para cada uno de ellos.
- Recolectar la información necesaria para evaluar el cumplimiento de los estándares y criterios en cada uno de los macroprocesos identificados.
- Realizar una evaluación exhaustiva de cada uno de los macroprocesos, en las unidades orgánicas correspondientes, comparando su desempeño con los estándares y criterios establecidos en la Norma Técnica de Salud (teniendo en cuenta que nuestro hospital pertenece al nivel II- 1).

## PLAN DE ACREDITACIÓN DE SALUD MAHA 2025

- Analizar la información del proceso de autoevaluación e identificar las áreas en las que se observen deficiencias o incumplimientos de los estándares y criterios, y proponer acciones correctivas o de mejora.
- Realizar un seguimiento continuo de la implementación de las acciones de mejora y revisar periódicamente el progreso realizado en el cumplimiento de los estándares y criterios establecidos.
- Elaborar un informe final con los resultados de la autoevaluación y las acciones de mejora propuestas, para ser presentado a las instancias correspondientes

### IV. ALCANCE

IPRESS	CATEGORIA
RED DE SALUD SATIPO	S/C
HOSPITAL MANUEL ANGEL HIGA ARAKAKI	II-1

### V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba 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° 016-2009-SA, que aprueba el “Plan Esencial de Aseguramiento Universal en Salud- PEAS”.
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el “Reglamento de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema

de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud”.

- Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA que aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NT 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° 270–2009/ MINSA, que aprueba la “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Resolución Ministerial N° 370–2009/ MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 151-MINSA/DGSP-V.01 “Directiva Administrativa que regula la Organización y Funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 727–2009/ MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 491–2012/ MINSA, que incorpora el Anexo 04: “Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2” a la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.

## VI. METODOLOGIA DE EVALUACIÓN

La Metodología de Evaluación y las Técnicas de Medición serán las establecidas en la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

Para ello, se considerará las siguientes definiciones de la norma:

### 1. Técnicas para la autoevaluación.

El equipo de evaluadores internos del Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki utilizará las siguientes técnicas

#### **Verificación/ revisión de documentos**

Mediante lo cual se analizará los registros e informes de nuestro hospital, el estudio de mapa de procesos, observación directa de procesos, entrevistas y auditorías de registros médicos.

#### **Observación directa de procesos**

Se podrá observar el desenvolvimiento del personal asistencial y administrativo tanto en la práctica como profesional y entorno laboral.

#### **Entrevista**

Mediante la entrevista se dará el intercambio de ideas y opiniones del personal, lo cual servirá como un método de recolección de datos importantes, que nos servirán como herramientas para la mejora continua.

### **Listado de Estándares de Acreditación**

Será el correspondiente para la categoría II.1, el cual contiene un conjunto de estándares organizados por macroprocesos. Los estándares son genéricos y específicos según corresponda, y se despliegan en criterios de evaluación y éstos a su vez tienen variables de evaluación con una puntuación predefinida

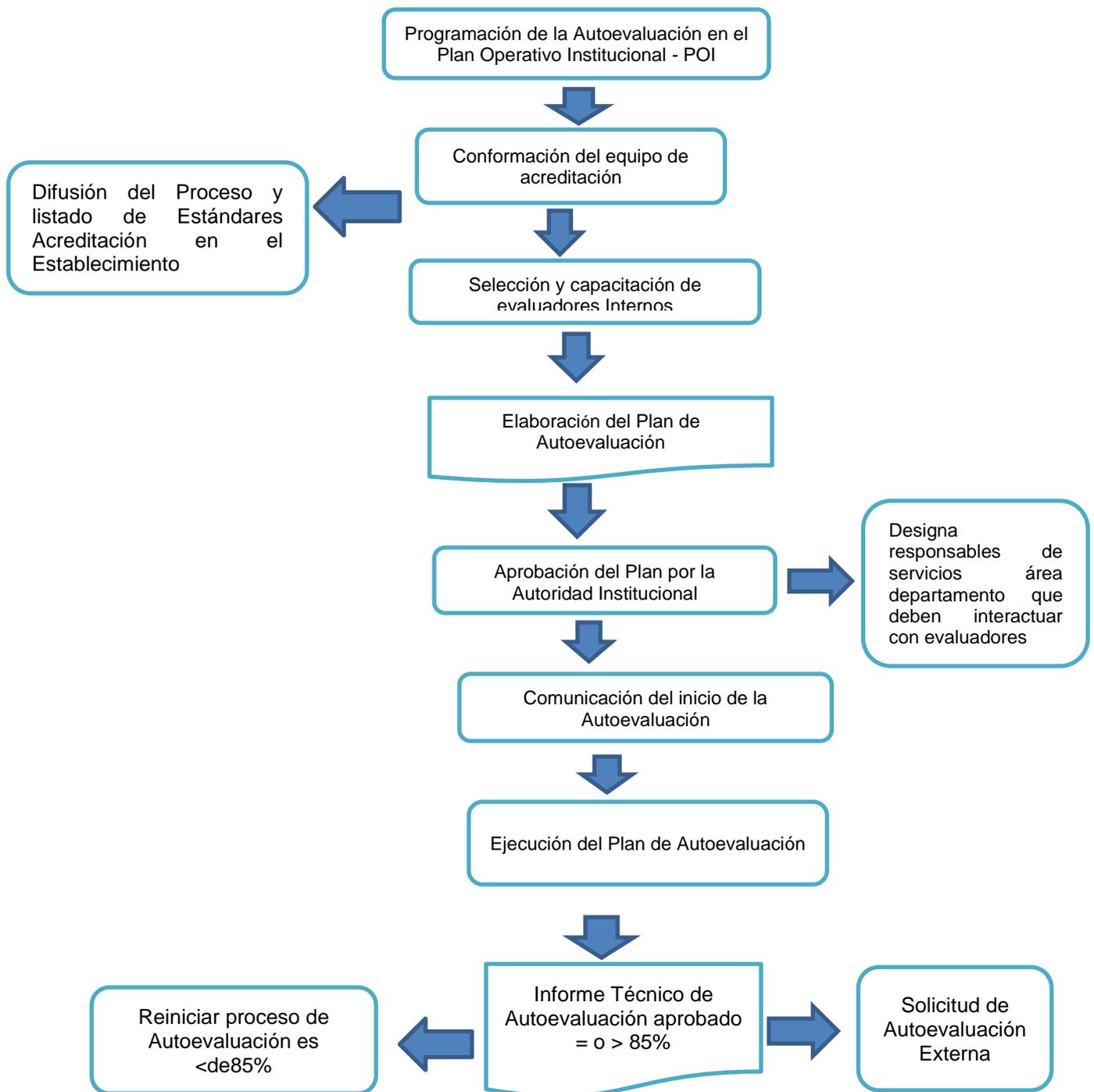
**Evaluadores pares:** Profesionales y/o técnicos de la salud, de perfil asistencial y administrativo, quienes son seleccionados entre los evaluadores internos de los establecimientos de salud, y realizan la evaluación de un establecimiento de salud con características similares, en una jurisdicción diferente a la que laboran, y cumplen con criterios específicos de elegibilidad.

**Evaluadores externos:** Profesionales de la salud, de perfil asistencial y administrativo, expertos en métodos de evaluación externa de la calidad, quienes realizan la evaluación de un establecimiento de salud, y que cumplen con criterios de elegibilidad relacionados a la independencia, autonomía y experticia.

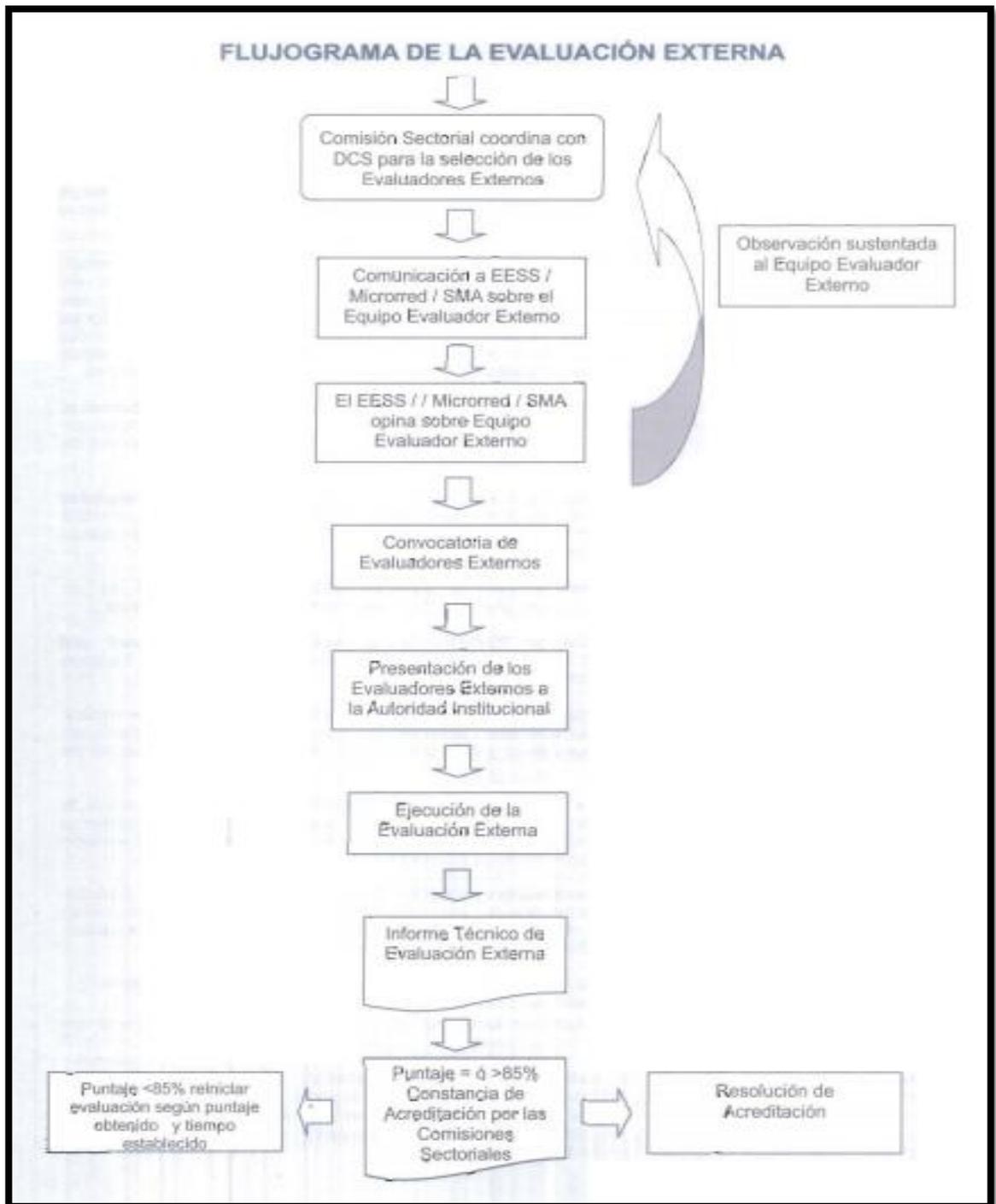
Se considerará además el proceso de Acreditación de acuerdo a lo establecido en la norma.

**Proceso de autoevaluación:** fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud, cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, quienes hacen uso del listado de estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categorías I-1 hasta el III-2 y servicios médicos de apoyo y realizar una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

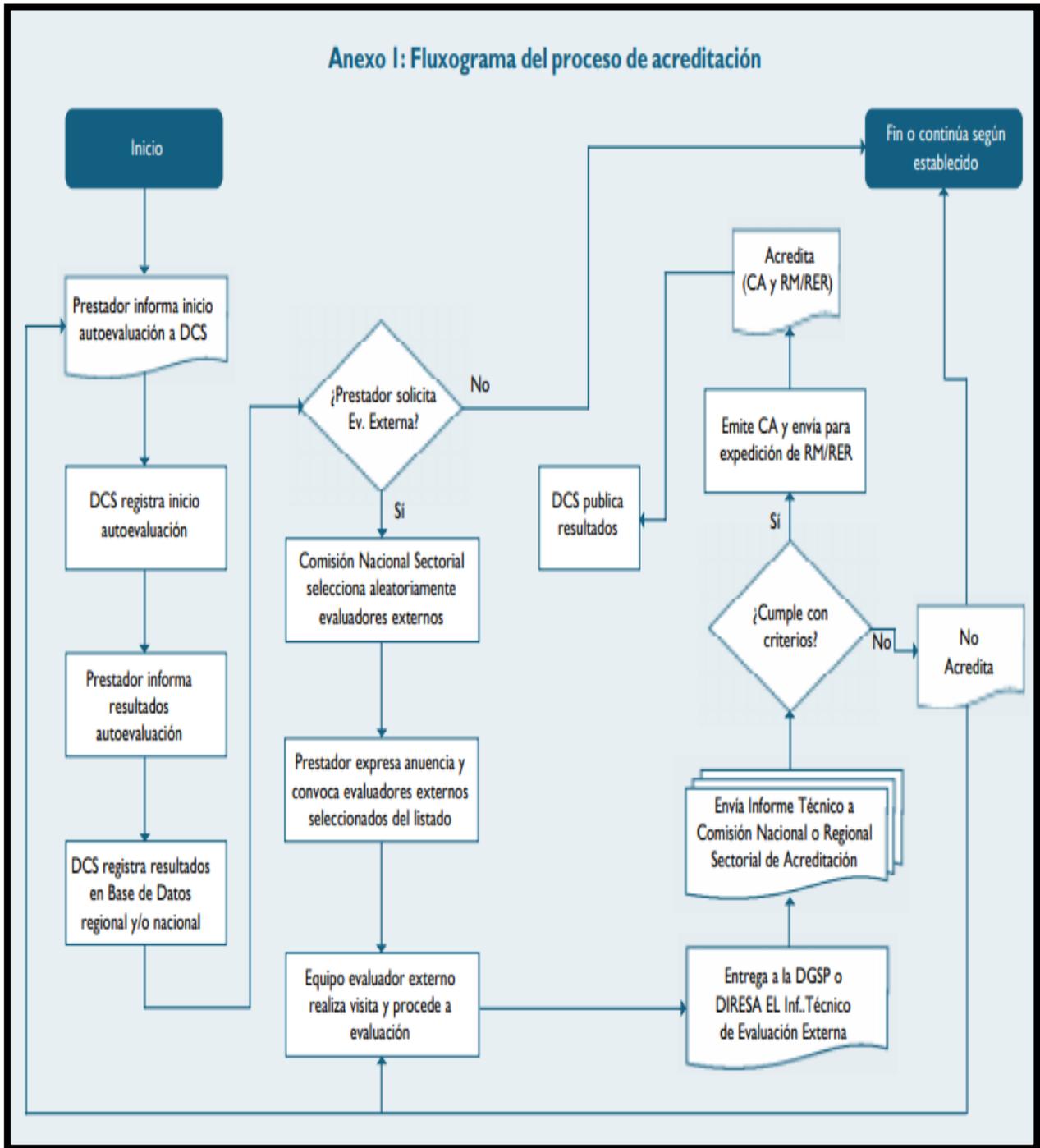
**FLUJOGRAMA DE AUTOEVALUACIÓN**



**Evaluación Externa:** segunda fase del proceso de Acreditación, está orientada a garantizar que la fase anterior fue realizada con idoneidad, u por lo tanto, expide o niega la opinión de conformidad según escalas de calificación preestablecidas. Es una fase necesaria para acceder a la constancia de Acreditación otorgada por la comisión sectorial correspondiente.



**FLUJOGRAMA DEL RESUMEN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN EN GENERAL**



PLAN DE ACREDITACIÓN DE SALUD MAHA 2025  
**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION – A**

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	MARZ	ABRI L	MA YO	JUN	AGOSTO				SETIEMBRE	
						1° SEM	2° SEM	3° SEM	4° SEM	1° SEM	2° SEM
CONFORMACION DE LOS EQUIPOS DE EVALUADORES INTERNOS	LIC. ENF. FELICITA AGUI DÀVILA	X									
REUNION DEL EQUIPO EVALUADOR PARA LA ELABORACION DEL PLAN Y DESIGNACION DEL EVALUADOR LIDER		X									
PRESENTACION DEL PLAN DE TRABAJO PARA LA AUTO EVALUACION		X									
REUNION DE TRABAJO CON EL EQUIPO EVALUADOR, ANALISIS DE ESTANDARES DE ACREDITACION				X							
PRESENTACION DEL PLAN A LOS JEFES DE SERVICIO Y PERSONAL				X							
COMUNICADO OFICIAL DEL INICIO DE AUTOEVALUACION						X					
<b>MACROPROCESOS</b>											
DIRECCIONAMIENTO	DIRECTOR DEL MAHA					X					
GESTION DE RECURSOS HUMANOS	JEFATURA DE RRHH					X					
GESTION DE CALIDAD	RESPONSABLE DE GESTION DE CALIDAD					X					
MANEJO DE RIESGO DE ATENCION	RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL					X					
EMERGENCIA Y DESASTRES	RESPONSABLE DE ATENCION DE EMERGENCIA POR DESASTRES					X					
CONTROL DE LA GESTION Y PRESTACION	MEDICO AUDITOR						X				
ATENCION AMBULATORIA	RESPONSABLE DE CONSULTORIOS EXTERNOS/OFICINA DE SALUD PUBLICA						X				
ATENCION DE HOSPITALIZACION	JEFATURA DE HOSPITALIZACION DE MEDICINA						X				
ATENCION DE EMERGENCIAS	JEFATURA DE EMERGENCIA						X				
ATENCION QUIRURGICA	JEFATURA DE CENTRO QUIRURGICO						X				
APOYO AL DIAGNOSTICO	JEFATURA DE LABORATORIO/JEFATURA DE RAYOS X							X			
ADMISION Y ALTA	JEFATURA DE ADMISION							X			



PLAN DE ACREDITACIÓN DE SALUD MAHA 2025

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION – B**

MACROPROCESOS	EVALUADORES INTERNOS	AGOSTO				EVALUADO
		1° SEM	2° SEM	3° SEM	4° SEM	
DIRECCIONAMIENTO	ADM. JUAN CARLOS PIRCA POTES	X MAÑANA				DIRECTOR DEL MAHA
GESTION DE RECURSOS HUMANOS	PSICOLOGA INES BERROSPI AYALA	X TARDE				JEFATURA DE RRHH
GESTION DE CALIDAD	LIC.ENF. MICHAEL ORLANDO PONCE PADILLA	X MAÑANA				RESPONSABLE DE GESTION DE CALIDAD
MANEJO DE RIESGO DE ATENCION	LIC.ENF. MICHAEL ORLANDO PONCE PADILLA	X TARDE				RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL
SEGURIDAD ANTE DESASTRES	LIC.ENF.DAVID MIGUEL ZARATE SOTO	X MAÑANA				RESPONSABLE DE ATENCION DE EMERGENCIA POR DESASTRES
CONTROL DE LA GESTION Y PRESTACION	C.D. PAUL VARGAS LIRA		X MAÑANA			MEDICO AUDITOR
ATENCION AMBULATORIA	OBSTA. JAQUELINE PAMELA MILLAN RAMOS		X TARDE			RESPONSABLE DE CONSULTORIOS EXTERNOS / OFICINA DE SALUD PUBLICA
ATENCION DE HOSPITALIZACION	LIC. ENF. DAVID ZARATE SOTO		X MAÑANA			JEFATURA DE HOSPITALIZACION
ATENCION DE EMERGENCIAS	LIC. ENF. FELICITA AGUI DAVILA		X TARDE			JEFATURA DE EMERGENCIA
ATENCION QUIRURGICA	LIC. ENF. CARLA QUIÑONES SHAMAYRE		X MAÑANA			JEFATURA DE CENTRO QUIRURGICO
APOYO AL DIAGNOSTICO	LIC.ENF. FELICITA AGUI DAVILA			X MAÑANA		JEFATURA DE LABORATORIO / JEFATURA DE RAYOS X
ADMISION Y ALTA	C.D. PAUL VARGAS LIRA			X TARDE		JEFATURA DE ADMISION
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	LIC.ENF. DAVID ZARATE SOTO			X MAÑANA		RESPONSABLE DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
GESTION DE MEDICAMENTOS	ABG. CESAR ROBERT OCAÑO AYALA			X TARDE		RESPONSABLE DE FARMACIA
GESTION DE LA INFORMACION	BIOLOGO JOSE SONCCO MAYTA			X MAÑANA		RESPONSABLE DE ESTADISTICA
DESCONTAMINACION, LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION	LIC.ENF.MICHAEL PONCE PADILLA				X MAÑANA	RESPONSABLE DE SERVICIOS GENERALES
MANEJO DE RIESGO SOCIAL	Q.F. ALEX NAVARRO CAPCHA				X TARDE	SERVICIO SOCIAL
MANEJO DE NUTRICION DEL PACIENTE	LIC. ENF. CARLA QUIÑONES SHAMAYRE				X MAÑANA	JEFATURA DE NUTRICION
GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES	LIC.ADM. JOSE MEDINA HERNANDEZ				X TARDE	RESPONSABLE DE FARMACIA / RESPONSABLE DE ALMACEN
GESTION DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	OBSTA.JAQUELINE PAMELA MILLAN RAMOS				X MAÑANA	RESPONSABLE DE PATRIMONIO

**VII. EQUIPO DE EVALUACION**

**EQUIPO DE ACREDITACION EN SALUD DEL HOSPITAL MANUEL ÁNGEL HIGA  
ARAKAKI DE SATIPO  
RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 163-2025-RSS/DE**

<b>PRESIDENTE</b>	DIRECTORA DEL HOSPITAL MANUEL ANGEL HIGA ARAKAKI	<b>M.E. ALBERTH COILA MIRANDA</b>
<b>COORDINADORA</b>	RESPONSABLE DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD	LIC.ENF. FELICITA AGUI DÁVILA
<b>MIEMBROS DEL EQUIPO</b>	UNIDAD DE SEGUROS PÚBLICOS Y PRIVADOS	C.D. ALEXIS VERANO HINOJO
	JEFATURA DE ADMINISTRACION - LOGISTICA	TEC. ADM. JUAN CARLOS PIRCA POVES
	JEFATURA DE LA UNIDAD SALUD PUBLICA	LIC. ENF. CARLA QUIÑONES SHAMAYRE
	JEFATURA DE PLANIFICACIÓN Y PRESUPUESTO	LIC. ADM. TOLOMEO VENTURA HURTADO
	JEFATURA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	LIC.ENF. MICHAEL ORLANDO PONCE PADILLA
	RESPONSABLE DEL AREA FUNCIONAL DE OBSTETRICIA	OBSTA. JAQUELINE PAMELA MILLAN RAMOS

**EQUIPO AUTOEVALUADOR PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL MANUEL  
A. HIGA ARAKAKI  
RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 162-2025-RSS/DE**

<b>EVALUADORES INTERNOS</b>	DIRECTORA DEL HOSPITAL MANUEL ANGEL HIGA ARAKAKI	<b>M.E ALBERTH COILA MIRANDA</b>
	RESPONSABLE DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD	LIC.ENF.FELICITA AGUI DÁVILA
	UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS Y CAPACITACION	ABG. CESAR ROBERT OCAÑO AYALA
	RESPONSABLE DEL AREA FUNCIONAL DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLÍNICA	BIOLOGO JOSE MANUEL SONCCO MAYTA
	RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS POR DESASTRES	LIC.ENF. FELICITA AGUI DÁVILA
	UNIDAD DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACION	LIC. ADM. JOSE MEDINA HERNANDEZ
	UNIDAD DE SEGUROS PÚBLICOS Y PRIVADOS	C.D. ALEXIS VERANO HINOJO
	JEFATURA DEL SERVICIO FUNCIONAL DE FARMACIA	Q.F. ALEX NAVARRO CAPCHA
	RESPONSABLE DE PROYECTO DE MEJORA	M.C. ELIO LIZANO SEDANO
	JEFATURA DE LA UNIDAD DE PATRIMONIO	BACH. ADM. DAVID APÓLINARIO DE LA CRUZ
	JEFATURA DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACION	TEC. ADM. JUAN CARLOS PIRCA POVES
	SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	C.D. PAUL MAXIMO VARGAS LIRA
	UNIDAD SALUD PUBLICA	LIC. ENF. CARLA QUIÑONES SHAMAYRE
	SERVICIO DE ENFERMERIA	LIC.ENF. DAVID MIGUEL ZARATE SOTO
	RESPONSABLE DEL AREA FUNCIONAL DE OBSTETRICIA	OBSTA. JAQUELINE PAMELA MILLAN RAMOS
	RESPONSABLE DE SALUD MENTAL	PSICOLOGA INES BERROSPI ALAYA
	<b>EVALUADOR LIDER</b>	JEFATURA DE ENFERMERIA



GOBIERNO REGIONAL JUNIN  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
DIRECCION DE RED DE SALUD SATIPO

M.E. ALBERTH COILA MIRANDA  
DIRECTOR DEL HOSPITAL MANUEL ÁNGEL HIGA ARAKAKI

GOBIERNO REGIONAL JUNIN  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
DIRECCION DE RED DE SALUD SATIPO  
Lic. Enf. Felicit Agui Davil  
D.P. 40008

**VIII. FINANCIAMIENTO.**

Estará financiada por la oficina de Gestión de la Calidad de Red de Salud Satipo.

**IX. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.**

Para esta fase de autoevaluación se solicitará recursos necesarios como:

- Tableros.
- Lapiceros
- Fotocheck
- Fichas de encuestas.

**X. ANEXOS.**

- ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO:  
[http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000\\_normaacreditacion.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_normaacreditacion.pdf).
- GUIAS TECNICA DEL EVALUADOR PARA LA ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO:  
[http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/816\\_MS-DGSP245.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/816_MS-DGSP245.pdf).
- LISTADO DE ESTANDARES PARA ACREDITACION PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO:  
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/392439/listado-de-estandares-de-acreditacion-para-establecimientos-de-salud.pdf>.