



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERESA REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 409
DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA



“ AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA “

SICUANI, 20 DE ABRIL 2021.

OFICIO N° 209 -2021 GR.CUSCO/GRSC/U.E.-409-HACRS/OGC/DE.

ASUNTO PRESENTACION DEL PLAN DE AUTOEVALUACION, PERIODO 2021.
A DIRECTOR GENERAL DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO.
 DR. JUAN ALBERTO SPELUCIN RUNCIMAN
DE DIRECTOR DE U.E.409-HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ-S
 DR. CHRISTIAN JOEL CAMACHO PEREZ.
ATENCION DIRECCION GESTION CALIDAD SANITARIA GERESA CUSCO.

Mediante el presente, me dirijo a su representada con la finalidad de remitirle, el Plan de Autoevaluación, Periodo 2021.

SE adjunta la R.D. N° 114-2021-DRSC/UE.409-HACR-S/ORRHH, emitido con fecha 30 de marzo del 2021, aprobación del Plan de Autoevaluación para la Acreditación (15 folios), Adjuntando el primer cronograma, reajustando el cronograma con presupuesto de acuerdo a lo solicitado con la finalidad de homogenizar.

Dando cumplimiento a la R.M. N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02.Acreditacion de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

Sin otro particular, reitero los cordiales saludos y deferencia personal.

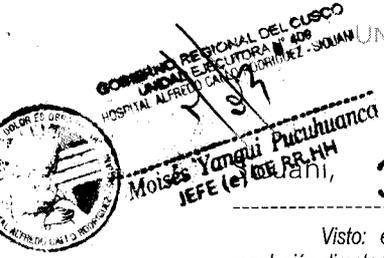
ATENTAMENTE,

c.c. archive
OGC/lr



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 409 H.A.C.M. SICUANI

Christian Joel Camacho Pérez
C.M.P. 088121 R.N.E. 025045
DIRECTOR EJECUTIVO



RESOLUCION DIRECTORAL

Nº. 114 -2021-DRSC/UE.409-HACR-S/ORRH.

30 MAR. 2021

Visto: el informe N° 123-2021-GR.CUSCO/GRSC/U.E.409-HACR-/OGC, emitido por el Jefe de Oficina de Calidad que solicita la resolución directoral de aprobación del Plan de Autoevaluación de la Unidad Ejecutora 409 hospital Alfredo Callo Rodríguez, para el año fiscal 2021.

CONSIDERANDO:

Que, conforme establece el Artículo 124° de la Ley N° 26842, en aplicación y cumplimiento de las normas de salud que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional, los órganos desconcentrados o descentralizados quedan facultados para disponer, dentro de su ámbito, medidas de prevención y control de carácter general o particular en las materias de su competencia;

Que, el Artículo 74° del decreto supremo N° 005-90PCM, Reglamento del Decreto Legislativo N° 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público, establecen las condiciones para la Asignación de Funciones; asimismo de conformidad a lo establecido por Decreto Legislativo N° 1057 que regula el régimen de Contratación Administrativa de Servicios y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 075-2008- PCM, precisan que el personal contratado bajo este régimen puede conformar comisiones temporales;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual establece como uno de sus componentes la Garantía y Mejora de la Calidad, que implica que se genere, mantenga y mejore la calidad de los servicios de salud a través de procesos, siendo uno de ellos la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" establece en los Procedimientos para el proceso de acreditación, inciso 4, los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, debiendo ser aprobado por la autoridad institucional;

Que, mediante Resolución ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, con informe N° 123-2021-GR.CUSCO/GRSC/U.E.409-HACR-SUCUANI. La responsable de Oficina de Calidad solicita la emisión de la Resolución Directoral de aprobación del Plan de Autoevaluación para la acreditación de la Unidad Ejecutora 409 Hospital Alfredo Callo Rodríguez, 2021, con el objetivo de dar cumplimiento al cronograma de actividades a desarrollarse en el presente año, para lo cual adjunta el documento en físico, que forma parte de la presente Resolución;

Que, con Memorandum N° 287-2021-GR.CUSCO/DRSC/UE.409-HACRS/DE, el Director Ejecutivo de la Unidad Ejecutora 409 Hospital Alfredo, dispone la emisión de la resolución directoral de aprobación del "Plan de Autoevaluación para la acreditación del Hospital Alfredo Callo -Rodríguez 2021", para tal efecto se adjunta el documento de la referencia en folios (11);

En uso de las facultades administrativas delegadas mediante Resolución Ministerial N° 963-2017/MINSA, que delega facultades y atribuciones sobre acciones de personal, Ley 27783 Ley de Bases de Descentralización, Ley 27867 Ley orgánica de Gobiernos Regionales y su Modificatoria aprobada por Ley 27902 y Resolución Directoral N° 0645-2020-OGRH y Resolución Directoral N° 903-2020-DRSC/OGRH de ratificación de asignación de funciones de la Dirección de la Unidad Ejecutora N° 409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez;

Estando al visto bueno de la Jefatura de la Unidad de Recursos Humanos, Administración y Asesoría Legal Interna, de la Unidad Ejecutora 409 Hospital -Alfredo Callo Rodríguez-Siquani;

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°. APROBAR, el "Plan de Autoevaluación para la Acreditación de la Unidad Ejecutora 409 Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2021" el mismo que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución, con once folios.

ARTICULO 2°. ENCARGAR, a el Jefe de Oficina de Calidad, realice la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión que se aprueba por el primer numeral de la presente Resolución.

ARTICULO 3°. TRANSCRIBIR, el tenor de la presente resolución a las instancias administrativas y entidades correspondiente para su conocimiento y fines consiguientes.

ARTICULO 4°. DISPONER, la publicación de la presente Resolución Directoral en la página web de la Unidad Ejecutora 409 Hospital Alfredo Callo Rodríguez.
Regístrese y Comuníquese,



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 409 H.A.C.R. SUCUANI

Anton Joel Camacho Pérez
C.M.P. 06821 R.N.E. 02045
DIRECTOR EJECUTIVO



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERESA REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 409
DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA



PLAN

DE

AUTOEVALUACION

EQUIPO DE ACREDITACION

Dr. Christian Joel Camacho Pérez.

Dr. German Silva Rodríguez.

Lic. Lucia Ramos Chura.

SICUANI-2021



INDICE



	Página
Introducción	3
Justificación	4
Objetivos	4
Alcance	5
Base legal	5
Metodología de la Evaluación	5
Cronograma de actividades para la autoevaluación	6



PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION
U.E. N° 409
HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ
SICUANI 2021

I. INTRODUCCIÓN



La calidad de salud requiere mencionar algunas definiciones, como por ejemplo Edwards Deming, padre de la gerencia de calidad total, define la calidad como: "Hacer lo correcto en forma correcta y de manera inmediato". Por otro lado Ávedis Donabedian, afirma que la calidad técnica, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos (aspecto de control de la calidad: Estructura, proceso y Resultado), y para la cooperación técnica de OPS (1998), la calidad es el conjunto de características de los bienes y servicios que logran satisfacer las necesidades y expectativas, tanto del usuario como de la comunidad y también del trabajador en salud, que presta sus servicios dentro del equipo de atención.

En nuestro País, la Acreditación se inicia con la conformación de la Comisión Interinstitucional Sectorial para la Acreditación de Hospitales (1993), cuyo producto resaltante fue la aprobación, con una Resolución Ministerial, de la Guía y Manual para la Acreditación de Hospitales (1996).

La actualización o el replanteo del proceso de acreditación en el nuevo contexto Internacional y Nacional (cambios de escenario político, económico, social) especialmente a fines de la década de los 90 e inicios de los años 2000, donde se inicia la implementación del proceso de descentralización, y se precisa las funciones, facultades y roles explícitos para cada nivel de gobierno.

El 2007 el Ministerio de salud 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", cuya finalidad es "Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definido" de aplicación en todo los establecimientos de salud de los sub sectores públicos, privados y mixtos en el ámbito Nacional.

A partir de la aprobación de la Norma técnica de acreditación de establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo la Dirección regional de salud (ahora GERESA), realiza acciones de difusión de la norma, conformación de la Comisión Regional Sectorial para la Acreditación y el desarrollo de la autoevaluación (evaluación interna) en el



ámbito regional, sin haber desarrollado la segunda fase de Evaluación Externa hasta la fecha.

En el año 2019, la Dirección de Calidad Sanitaria de la DIRESA CUSCO, enfoco la Actualización de las normativas de la Lista de Acreditación, verificación de los Anexos de cada macro proceso, razón por la que se programó el desarrollo de la Autoevaluación de la IPRESS Hospital Alfredo Callo Rodríguez para los meses Enero, febrero del año 2020, llegando a un resultado final de cumplimiento de estándares al 51%

Finalmente es necesario realizar la autoevaluación para poder evaluar el cumplimiento de los estándares e identificar las oportunidades de mejora que serán abordados a través de acciones, programas, proyectos o planes de mejora y que luego podamos acceder a la evaluación externa y lograr la Acreditación progresiva de los Establecimientos de Salud del Ámbito Regional.



II. JUSTIFICACIÓN

El Documento Técnico “Sistema de gestión de la Calidad en Salud”, en su componente de Garantía y Mejora establece la implementación del proceso de acreditación de los servicios de salud; así como el documento técnico de “Política Nacional de Calidad en Salud” en su séptima política, plantea como objetivo, mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente a través de la aplicación de la estrategia de acreditación de establecimientos y servicios médicos de apoyo.

La Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, establece que la acreditación de servicios de salud debe estar incorporado en los planes operativos institucionales y que se debe realizar la fase inicial con el proceso de autoevaluación en los establecimientos de salud.

El nivel nacional estableció los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2021, donde incorporan la autoevaluación como indicador de proceso de mejora para el presente ejercicio fiscal.

El Hospital Alfredo Callo Rodríguez, incorporó el proceso de autoevaluación en el Plan táctico de la Oficina de Calidad, en el plan operativo institucional en proceso de desarrollo para el presente ejercicio fiscal, en concordancia a las disposiciones de la GERESA y las normas Nacionales.

III. OBJETIVO

Determinar el grado de cumplimiento de los Macroprocesos, Procesos, Estándares y Criterios establecidos en la Norma Técnica de Acreditación de Servicios de Salud, a través de la autoevaluación en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez, priorizado para el ejercicio fiscal 2021



IV. ALCANCE

El proceso de autoevaluación será de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud de los órganos desconcentrados del Hospital Alfredo Callo Rodríguez, así como en sus respectivas unidades orgánicas de línea, asesor y de apoyo

V. BASE LEGAL

Ley N° 26842, Ley General de Salud
Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
Ley N° 30895, Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud
Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos regionales.
Ley N° 27444, Ley General de Procedimientos Administrativos
Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
D.S. N° 013-2006-SA, que aprueba el "reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo
R.M. N° 405-2005/MINSA, Reconocen que las Direcciones Regionales de Salud Constituyen la Única Autoridad de Salud en cada Gobierno regional
R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de gestión de la Calidad en Salud"
R.M. N° 727-2009/MINSA, que aprueba el documento técnico de "Política Nacional de Calidad en Salud"
R.M. N° 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 modifica la NTS N°050-MINSA/DGSP V 02 respecto a los miembros de las Comisiones sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud
R.M. N° 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo"
R.M. N° 370-2009/MINSA, Aprobar la Directiva Administrativa N°151-MINSA/DGSP-V.01 "Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funciones de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud"
D.S. N° 035-2020-SA, que establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2021

VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

- Se inicia con la planificación de evaluación por parte del equipo de evaluadores internos con la participación del equipo de salud,
- Presentación y socialización de los estándares de acreditación al personal del establecimiento de salud,
- La implementación de las acciones de autoevaluación se utilizará las técnicas:





DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
 DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA



- Verificación – Revisión de documentos: una de las fuentes a las que se recurre para obtener información es la revisión de documentos, planes, registros e informes de la UPS y analizarlos.
- Observación: permite seguir la manera como se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas y el entorno.
- Entrevista: Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de Acreditación.
- Encuestas: Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
- Auditorias: Evaluación de registro de la Historia Clínica
- El instrumento que se empleará durante la autoevaluación será el listado de estándares de acreditación aprobados y vigentes

VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

Anexo A y B

VIII. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS (IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR LÍDER) (SEGÚN RD)

EQUIPO DE ACREDITACION

Dr. Christian Joel Camacho Pérez.	Coordinador
Dr. German Silva Rodríguez.	Sub-coordinador.
Lic. Lucia Ramos Chura.	Secretaria.

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS.

1.- Lic. Heydi Yesica Zambrano Choque	Evaluador Líder del Sub-equipo.
2.- Lic. Celia Cruz Callo.	Integrantes del equipo
3.- Lic. Nahit Kéty Mercado Visa.	Integrantes del equipo
4.- Lic. Dancy Labra Huamanvilca	Integrantes del equipo
5.- Lic. María Huahasoncco Puma.	Integrantes del equipo
6.- Lic. Victoria Araoz Fernández.	Integrantes del equipo
7.- M.C. German Silva Rodríguez.	Evaluador Líder del Sub-equipo
8.- QF. Gleny Orcotorio Quispe.	Evaluador Líder del Sub-equipo
9.- Sr. Moisés Gutiérrez Flores.	Integrantes del equipo
10.- Lic. Lucia Ramos Chura.	Integrantes del equipo
11.- Obst. Eliana Ramos Villavicencio.	Evaluador Líder del Sub-equipo
12.- Lic. Yeny Cumpa Questloya.	Integrantes del equipo



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
 U.E. 409 G.A.C.H. SICUANI
 Christian Joel Camacho Pérez
 C.M.P. 016121 - R.R.E. 02004
 DIRECTOR EJECUTIVO



Lic. Lucia Ramos Chura
 C.E.P. 14088



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERESA REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 409
DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA
“ AÑO DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD ”

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION – HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ

ACTIVIDADES MACROPROCESOS	RESPONSABLE	AGOSTO-SEPTIEMBRE 2021																						
		17	18	19	20	24	25	26	31	01	02	07	08	09	10	14	15	16	17	21	22	23		
Direccionamiento	Dr. German Silva Rodríguez	T																						
Gestión de Recursos Humanos			T																					
Gestión de la Calidad																								
Manejo del Riesgo en la Atención						M	M	M	M													T	T	
Emergencias y Desastres.									M															
Control de la Gestión y prestación											T	T												
Atención Ambulatoria	QF. Gleny Orccotorio Quispe	M	M	M																				
Atención de Hospitalización						M	M	T	T															
Atención de Emergencias.										M	M	M	M											
Atención Quirúrgica.																								
Apoyo al diagnóstico y tratamiento	Lic. Heydi Zambrano																							



Gobierno Regional del Cusco
GerESA Regional de Salud Cusco
Unidad Ejecutora 409
Dirección Hospital Alfredo Callo Rodríguez Sicuani
Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria
"Año de la Universalización de la Salud"



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION 2021

RESPONSABLE POR SUB-EQUIPO	MACROPROCESO	EQUIPOS DE EVALUADORES INTERNOS	Mes de AGOSTO												Mes de SETIEMBRE									
			17	18	19	20	24	25	26	31	01	02	07	08	09	10	14	15	16	17	21	22	23	
Dr. German Silva Rodríguez	Direccionamiento	Lic. Kety -lic. Yeny	T																					
	Gestión de recursos Humanos	Lic. Maria-lic. Victoria			T																			
	Gestión de la Calidad	Dr. German																						
	Manejo del Riesgo en la atención	Lic. Kety -lic. Lucía-OBT.Eliana				M	M	M	M															
	Emergencias y Desastres	Lic. Heydi-Sr. Moises								M	M													
QF. Gleny Orcotorio Quispe	Control de la Gestión y prestación	Lic. Dancy-lic. Celia																						
	Atención ambulatoria	Dr. German-lic. Heydi-lic. Maria.			M	M																		
	Atención de Hospitalización	Lic. Lucia -lic. Heydi -lic. Victoria -Obst.Eliana					M	M	T	T														
	Atención de	Lic. Dancy-lic.								M	M													



Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria

Dirección Regional de Servicios de Salud - Hospital de Cuzco

Gerente Regional de Salud Cusco



ANEXO A: ACTIVIDADES/MACROPROCESOS, RESPONSABLES Y CRONOGRAMA DEL PAES. RS

ACTIVIDADES/MACROPROCESOS	RESPONSABLES DE LAS ACTIVIDADES/SUB EQUIPO DE MACROPROCESOS	EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS	MAYO								
			LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES		
Reunión del Equipo Evaluador: asignación del Líder/Coordinador/Responsable	Jefe de la Unidad/Oficina de Calidad de la Red/Hospital	Dr. Christian Camacho.									
Reunión del Equipo, para el análisis del Listado de Estándares de Acreditación	Líder/Coordinador/Responsable	Lic. Lucía Ramos									
Organización para la elaboración del PAES: Designación de responsables por macroprocesos	Líder/Coordinador/Responsable	Dr. Christina Camacho Perez, Dr. German Silva Rodriguez.									
Elaboración del PAES	Equipo de Autoevaluación	Lic. Lucía Ramos, Dr. German Silva, Lic. Lucía Ramos, Lic. Victoria Araoz, Obst. Eliana Ramos.									
Presentación del PAES a la Dirección para su Aprobación con RD	Equipo de Autoevaluación	Lic. Lucía Ramos.									
Reunión del Equipo Evaluador con el Equipo Evaluador/ jefes/responsables: presentación del Plan y revisión de los estándares.	Equipo de Autoevaluación	Dr. German Silva, Lic. Lucía Ramos, Lic. Victoria Araoz, Obst. Eliana Ramos.									
Comunicación del Inicio de la Autoevaluación a la Unidad/Oficina de Calidad de la Red/ Hospital	Líder/Coordinador/Responsable	Dr. German Silva Rodriguez.									
Aplicación del MP: Direccionamiento		Responsable del Macroproceso	Lic. Kety Mercado.	Lic. Yeny Cumpa							
Aplicación del MP: Gestión de recursos Humanos		Responsable del Macroproceso	Lic. Maria Huahuasonco.	Lic. Victoria Araoz							
Aplicación del MP: Gestión de la Calidad		Responsable del Macroproceso	Dr. German Silva								
Aplicación del MP: Manejo del riesgo de atención		Responsable del Macroproceso	Lic. Kety Mercado.	Lic. Eliana Ramos							
Aplicación del MP: Emergencias y desastres		Responsable del Macroproceso	Lic. Heydi Zambrano.								
Aplicación del MP: Control de la gestión y prestación		Responsable del Macroproceso	Abog. Moises Gutierrez	Lic. Dancy Labra.	Lic. Celia Cruz.						
Aplicación del MP: Atención Ambulatoria		Responsable del Macroproceso	Dr. German Silva	Lic. Heydi Zambrano	Lic. Maria Huahuasonco.						
Aplicación del MP: Atención de Hospitalización		Responsable del Macroproceso	Lic. Heydi Zambrano.	Lic. Eliana Ramos	Lic. Victoria Araoz, Obst. Eliana Ramos.						
Aplicación del MP: Atención de Emergencia		Responsable del Macroproceso	Lic. Dancy Labra	Lic. Celia Cruz	Lic. Dancy Labra						
Aplicación del MP: Atención Quirúrgica		Responsable del Macroproceso	QF. Gleny Orcottorio, Lic. Victoria Araoz, Lic. Kety Mercado.								
Aplicación del MP: Apoyo al diagnóstico y tratamiento		Responsable del Macroproceso	Lic. Yeny Cumpa	Sr. Moises Gutierrez							
Aplicación del MP: Admisión y Alta		Responsable del Macroproceso	Lic. Lucía Ramos, Lic. Heydi Zambrano, Lic. Celia Cruz								
Aplicación del MP: Referencia y Contrarreferencia		Responsable del Macroproceso	Lic. Dancy Labra	Lic. Maria Huahuasonco							
Aplicación del MP: Gestión de Medicamentos		Responsable del Macroproceso	Lic. Kety Mercado	Lic. Yeny Cumpa.							

Aplicación del MP: Gestión de la Información		Responsable del Macroproceso	Lic. Lucía Ramos, lic. Heydi Zambrano							
Aplicación del MP: esterilización, lavandería y limpieza		Responsable del Macroproceso	Sr. Moises Gutierrez, obst. Eliana Ramos, lic. Dancy Labra.							
Aplicación del MP: Manejo del riesgo social		Responsable del Macroproceso	Lic. Lucía Ramos, lic. Heydi Zambrano							
Aplicación del MP: Manejo de nutrición de pacientes		Responsable del Macroproceso	Lic. Lucía Ramos, lic. Heydi Zambrano							
Aplicación del MP: gestión de insumos y materiales		Responsable del Macroproceso	Lic. Dancy Labra, Sr. Moises Gutierrez.							
Aplicación del MP: Gestión de Equipos e Infraestructura		Responsable del Macroproceso	Dr. GERMAN Silva, - LIC. Yeny Cumpa							
Aplicación del MP: Procesamiento de Datos		secretaria del equipo de acreditación								
Aplicación del MP: Análisis de resultados		EQUIPO DE ACREDITACION								
Elaboración del Informe técnico										
Presentación del Informe técnico a la Unidad/Oficina de Calidad										
Levantamiento de Observaciones (siempre que exista, de la unidad/ Oficina de calidad o la dirección)										
Entrega del informe técnico final.										

