[Nombre de la compañía] | [Dirección de la compañía]



**MICRO RED CANDUNGOS**

**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2024**

**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2024**

**MICRO RED CANDUNGOS**

**INDICE**

1. INTRODUCCIÓN…………………………………………………………………………………3
2. JUSTIFICACIÓN………………………………………………………………………………… 4
3. OBJETIVOS………………………………………………………………………………………4
   1. General……………………………………………………………………………. 4
   2. Especifico…………………………………………………………………………. 4
4. ALCANCE………………………………………………………………………………………... 5
5. BASE LEGAL……………………………………………………………………………………. 5
6. ASPECTOS GENERALES………………………………………………………………………6
7. METODOLOGIA DE EVALUACIÓN…………………………………………………………. 10
8. EQUIPO DE EVALUADORES…………………………………………………………………11
9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN………………….....12
10. **INTRODUCCION**

El ministerio de salud como ente rector del sistema de salud de nuestro país, impulsa la implementación de sistema de gestión de la calidad, para lo cual ha emitido políticas, normas y objetivos de calidad orientados a la búsqueda permanente de la mejora continua de la calidad.

La acreditación es un mecanismo de gestión y evaluación de la calidad de los servicios de salud, y que va dirigido a comprobar si una entidad prestadora cumple con estándares superiores que brindan seguridad en la atención en salud y que generan ciclos de mejoramiento continuo y sostenible en el tiempo, manifestado por la alta calidad de sus prestaciones a beneficios de los usuarios.

El Proceso de Autoevaluación interna y externa es parte del proceso de Acreditación que permite identificar fortalezas y debilidades para superar adecuadamente en base a estándares de calidad, es realizado por un Equipo Interno multidisciplinario de profesionales de salud. La Micro Red Candungos, asumiendo su responsabilidad institucional de brindar servicios de salud enmarcados por las disposiciones del MINSA y en ejercicio pleno de su autonomía, reconoce la importancia de ser parte del proceso que nos llevara a la acreditación, realizando la primera fase que es la Autoevaluación.

La Autoevaluación se rige por la normativa de “Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo” y la RM N.º 270-2009/MINSA que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de los establecimientos de Salud y Servicios medico de apoyo. Esta fase se realiza mínimo una vez al año con la finalidad de verificar el cumplimiento de las recomendaciones y lograr el nivel aprobatorio mínimo para poder pasar a una evaluación externa.

La evaluación externa está a cargo de un equipo de evaluadores externos seleccionados por la comisión de DIRESA, es de carácter voluntario y es el que califica a los establecimientos de salud como acreditados o no acreditados, en este caso esta última fase se realizara una vez que el porcentaje de cumplimiento de los criterios sea igual o mayor al 85%, calificado como aprobatorio.

Para este año en el mes de agosto, siguiendo lo establecido en la Ficha N° 44: Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de salud, se comunicará formalmente el inicio del proceso de Autoevaluación y las actividades correspondientes consignados en el Plan de Autoevaluación.

1. **JUSTIFICACION**

La Micro Red Candungos, consciente de la importancia de la mejora continua en sus procesos de la atención, considera que la acreditación es un proceso importante, que permite la promoción y desarrollo de la gestión institucional, así mismo genera interés por la satisfacción del usuario. Es por ello que ha conformado su equipo de Acreditación y Evaluadores Internos para iniciar el primer proceso en tres (3) de sus EE.SS: C.S. Candungos, C.S. Cucuasa y P.S. Soledad.

El presente Plan de Acreditación se desarrollará en el Proceso de Autoevaluación 2024, usando la Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, haciendo uso de manuales e instrumentos, listado de estándares de acreditación, que permitirán la calificación por macro procesos de las unidades productoras de salud del hospital para identificar problemas e implementar acciones de mejora. Así mismo se realizará la capacitación del equipo de evaluadores teniendo en cuenta que es una actividad que se realizara anualmente y es necesario la actualización en el manejo del aplicativo y otros aspectos.

La Micro Red Candungos se encuentra convencido de que la acreditación con excelencia será el primero paso hacia la búsqueda de la acreditación que constituya un reto para el año 2025.

1. **OBJETIVOS**
   1. **Objetivo General**

* Ejecutar la autoevaluación en el marco de la Acreditación de los Establecimientos de Salud de la Micro Red Candungos de nivel de complejidad I-1 y I-3 de la provincia de Condorcanqui, para desarrollar las actividades de Autoevaluación Institucional según la Norma Técnica para la acreditación del MINSA.
  1. **Objetivos Específicos**
* Contar con un Equipo de Acreditación reconocido formalmente.
* Contar con un Equipo de Evaluadores Internos conformado, reconocido formalmente.
* Elaboración del Plan de Autoevaluación.
* Fortalecer las competencias de los Evaluadores Internos para la Acreditación del hospital según la Norma Técnica del MINSA, a través de la capacitación.
* Desarrollar la Autoevaluación Institucional por macroprocesos según las Normas Técnicas de salud, para acreditación del establecimiento de salud y servicios de apoyo.
* Registrar los resultados obtenidos de la Autoevaluación en el aplicativo de acreditación MINSA.
* Desarrollar y monitorear las acciones de mejora continua según los resultados de la Autoevaluación, para el cumplimiento de los estándares establecidos en las Normas Técnicas de Acreditación de Establecimiento de Salud del MINSA.
* Generar reportes a través del aplicativo de Acreditación MINSA.
* Elaborar informes finales de la autoevaluación.

1. **ALCANCE**

La autoevaluación se realizará a los EE. SS que pertenecen a la Jurisdicción de la Micro Red Candungos: C.S. Candungos, C.S. Cucuasa y P.S. Soledad, en las áreas asistenciales y administrativas que forman parte del proceso de acreditación.

1. **BASE LEGAL**

* Ley Nº 26642, Ley General de Salud.
* Ley Nº 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social.
* Ley Nº 26842, Ley General de Salud.
* Ley Nº 27658, Ley de Modernización de la Gestión del Estado.
* Ley Nº 27657, Ley del Ministerio de la Salud.
* Ley Nº 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud Nº 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención medica en casos de emergencia y partos.
* Ley Nº 27657, Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo Nº 013-2002-SA.
* Ley Nº 27805, Ley de transparencia y acceso a la información Pública.
* Ley Nº 27680, Ley de Reforma Constitucional del Capítulo XIV del Título IV, sobre Descentralización.
* Ley Nº 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
* Ley Nº 27444-Ley General de Procesos Administrativos.
* Ley Nº 29344, Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los servicios de Salud.
* RM Nº 768-2001.SA/DM Sistema de Gestión de la calidad en salud.
* Decreto Supremo N ° 023-2005 - SA · Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
* Plan Nacional por la Seguridad del paciente 2006-2008 (RM Nº 676-2006/MINSA).
* R.M. Nº 456-2007/MINSA, que aprueba la “Norma Técnica de salud para la acreditación de establecimiento de salud y servicios médicos de apoyo V.02”.

1. **ASPECTOS GENERALES**
   1. **Definiciones operacionales del proceso de acreditación**
2. **Acreditación:** Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una 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 productor de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. La condición de acreditado se otorga por resolución ministerial.
3. **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.
4. **Atributos de calidad:** Propiedades o requisitos que se identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.
5. **Autoevaluación:** Fase inicial de evaluación del proceso de acreditación en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados hacen uso del listado de estándares de acreditación y realiza una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
6. **Constancia para la acreditación:** Documento emitido por la comisión nacional sectorial o la comisión regional sectorial de acreditación de servicios de salud, que garantiza que el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo cumple con los estándares establecidos según niveles luego de la evaluación externa.
7. **Criterios de evaluación:** Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimento dl estándar y permite su clasificación de una manera objetiva.
8. **Establecimiento de salud:** Aquellos que realizan en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidos a mantener o restablecer el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad.
9. **Estándar:** Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar practicas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.
10. **Estándar de estructura:** Nivel de desempeño deseado que se define sobre recursos materiales, organizativos o metodológicos, necesario para desarrollar la tarea asistencial asignada, recuperativa, rehabilitadoras, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad, así como las tareas de gestión de los servicios.
11. **Estándar de proceso:** Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar para desarrollar la laboral asistencial, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad, así como también las labores de gestión.
12. **Estándar de resultado:** Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.
13. **Estándares específicos:** Niveles de desempeño deseado y definido de manera concreta sobre aspectos propios de la realizad sanitaria diferenciada por su complejidad, naturaleza jurídica y prioridades territoriales.
14. **Estándares genéricos:** Niveles de desempeño deseado y definido de manera amplia, que abarcan os diferentes componentes de la gestión y la prestación en todos los niveles de complejidad.
15. **Evaluación externa:** Fase final de evaluación del proceso de acreditación que se orienta a confirmar de manera externa los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación den la fase anterior de autoevaluación. Es una fase necesaria para acceder tanto a la constancia para la acreditación como a la resolución ministerial o resolución ejecutiva regional según corresponda la condición de acreditación.
16. **Eventos adversos en salud:** Lesión, complicación, incidente o en resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.
17. **Guía del evaluador:** Documento técnico que describe la metodología seguir en las diferentes fases de la acreditación. Con especial énfasis en la verificación de los criterios devolución del estándar para su correcta calificación, con la finalidad de garantizar al total objetividad del proceso.
18. **Informe técnico de la autoevaluación:** Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional
19. **Informe técnico de la evaluación eterna:** Documento que contiene los resultados de la evaluación externa realizada por los evaluadores externos y que sirve para precisar el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones de la autoridad institucional, DIRESA, según corresponda, deberá incluir la opinión de calificación parala acreditación.
20. **Informe técnico de seguimiento de la acreditación:** Documento que contiene los resultados de la evaluación de seguimiento anual, a cargo d evaluadores externos. Sirve para verificar el grado de mantenimiento de las condiciones que permitieron la acreditación, así como el cumplimiento de las recomendaciones emitidas en el informe técnico de la evaluación externa.
21. **Instituciones prestadoras de servicio de salud:** Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados mixtos, creados y por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y7o rehabilitación, así como aquellos servicios complementarios auxiliares de la atención médica, que tienen por la finalidad coadyuvar la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.
22. **Listado de estándares de acreditación:** Documento que contiene los estándares, los atributos relaciones, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macroprocesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.
23. **Macroprocesos:** Es un proceso de mayor complejidad en una organización el cual a su vez agrupa varios procesos, por ejemplo, el macroproceso de gestión de medicamentos agrupa entre otros procesos el de abastecimiento, uso racional, vigilancia y control.
24. **Mejoramiento continuo de la calidad:** Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantiza de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor complejidad y encaminarse a construir una organización de excelencia.
25. **Sistema de gestión de la calidad en salud:** Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del sector y a su dependencias públicas y privadas, regional y local, en lo relativo a la calidad de atención y de la gestión.
    1. **Fases de Acreditación**
26. **Autoevaluación:** Inicio del proceso, a cargo de un equipo de evaluadores internos, el cual se conforma mediante un proceso de selección. La fase de autoevaluación se realizará mínimo una vez al año. La red de salud Condorcanqui podrá realizar la autoevaluación las veces necesarias en un año, con la finalidad de verificar el cumplimiento de las recomendaciones del informe técnico de autoevaluación y lograr el nivel aprobatorio mínimo para poder someterse a una evaluación externa.
27. **Evaluación externa:** Proceso de evaluación, a cargo de un equipo de evaluadores externos seleccionados. La evaluación externa es de carácter voluntario y deberá ser realizada en un plazo posterior no mayor a doce meses desde la última autoevaluación con calificación aprobatoria.
    1. **Resultados de la evaluación**

Los resultados de la evaluación para la acreditación se calificarán como:

1. **Acreditación:** Calificación igual o mayor a 85% del cumplimiento de los estándares.
2. **No acreditado:** Calificación menor a 85% del cumplimiento de los estándares.

En el caso de que la evaluación externa califique como NO ACREDITADO, los plazos y los procedimientos de evaluación que debe cumplir para continuar el proceso para lograr la acreditación, según puntajes alcanzados, son los siguientes:

* Puntaje obtenido entre 70% y menos de 85% de los estándares. Estos establecimientos de salud deben subsanar por criterios observados y someterse a la evaluación externa en un plazo máximo de seis meses.
* Puntaje obtenido entre 50% y menor a 70% de los estándares. Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y someterse nuevamente a una evaluación externa en un plazo máximo de nueve meses.
* Puntaje menor a 50% de los estándares, estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y reiniciar el proceso desde la autoevaluación.

En el caso de que los plazos no se cumplan, la Red de Salud Condorcanqui deberá reiniciar el proceso desde la fase de autoevaluación.

* 1. **Instrumentos de la acreditación**

Para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo se hará uso de un conjunto de instrumentos. Listado de estándares de acreditación. Guía del evaluador, para el registro de resultados y oros documentos de soporte para el desarrollo del proceso.

1. El listado de estándares de acreditación usados será el de categorías I-1 al II-1. El listado de estándares se despliega en criterios de evaluación y esos a su vez tienen variables de evaluación con la siguiente puntuación predefinida:

-Cero (0) no cumple

-Uno (1) cumple parcialmente

-Dos (2) si cumple con el criterio

El listado de estándares de acreditación contiene tanto estándares genéricos como específicos. Los estándares genéricos son de aplicación universal para cualquier nivel de complejidad. Los estándares específicos se establecen y responden a realidades epidemiológicas propias de cada distrito.

1. **METODOLOGIA DE EVALUACION**

La Metodología de la Autoevaluación es concordante con lo establecido en la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación del Establecimiento de Salud del MINSA, en cada una de sus fases y pasos de ejecución del plan, realizándose de manera sistemática y participativa con participación presencial directa de los miembros del equipo de auto evaluadores con el equipo de acreditación y equipo de gestión del hospital, jefes de departamentos, jefes de unidades responsables de servicios y responsables de área de trabajo.

El registro de datos de la evaluación se realizará en los formatos respectivos por diferentes macroprocesos, según técnicas y criterios establecidos en la guía del evaluador y en el Listado de Estándares para Acreditación de Salud de nivel II-2 del MINSA. La sistematización e identificación de los problemas, formulación de recomendaciones acciones de mejora y posterior integración de la información para la elaboración final del proceso de auto evaluación se realizarán con los atributos de objetividad, imparcialidad, consenso y reserva todas las actividades del plan están sustentadas en las Normas establecidas para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de apoyo del MINSA.

1. **EQUIPO DE EVALUADORES**

Estará integrado por personal de los EE. SS que desempeñan funciones en las áreas asistenciales y administrativas de la Micro Red con perfiles relacionados, personal profesional con equipo multidisciplinario, quedando registrado en actas y con emisión de Resolución Directoral, quedando conformado con R.D. durante los meses de agosto y septiembre.

El equipo evaluador conformado por los siguientes profesionales.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CENTRO DE SALUD: CANDUNGOS (I-3)** | |  |  |
|  |  |  |  |
| **EQUIPO DE ACREDITACION DEL CENTRO DE SALUD CANDUNGOS** | | | |
|  | **NOMBRES Y APELLIDOS** | **PROFESIÓN** | **CARGO** |
| **PRESIDENTE** | Myler Anthony Mamani Zeballos | Biólogo | Jefe de la Micro Red Candungos |
| **SECRETARIO** | Esly Antich Pizango | Cirujano Dentista | Odontólogo |
| **PRIMER VOCAL** | Fanny Amones Turpo | Obstetra | Obstetra |
| **SEGUNDO VOCAL** | Nancy Casana Sifuentes | Lic. Enfermería | Enfermera |
| **TERCER VOCAL** | Clovis Santiak Sharian | Tec. Farmacia | Tec. Farmacia |
|  |  |  |  |
| **EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DEL CENTRO DE SALUD CANDUNGOS** | | | |
|  | **NOMBRES Y APELLIDOS** | **PROFESIÓN** | **CARGO** |
| **PRESIDENTE** | Nikolas Santiago Rojas Rodriguez | Médico Cirujano | Médico |
| **SECRETARIO** | Lizeth Riese Nestares | Psicóloga | Jefe de RR.HH. |
| **PRIMER VOCAL** | Fredy Peña Quispe | Obstetra | Obstetra |
| **SEGUNDO VOCAL** | Milagros Sanchez Carills | Lic. Enfermería | Enfermera |
| **TERCER VOCAL** | Claudio Nungume pirucho | Tec. Enfermería | Tec. En enfermería |
|  |  |  |  |
| **CENTRO DE SALUD: CUCUASA (I-3)** | |  |  |
|  |  |  |  |
| **EQUIPO DE ACREDITACION DEL CENTRO DE SALUD CUCUASA** | | | |
|  | **NOMBRES Y APELLIDOS** | **PROFESIÓN** | **CARGO** |
| **PRESIDENTE** | Myler Anthony Mamani Zeballos | Biólogo | Jefe de la Micro Red Candungos |
| **SECRETARIO** | Esly Antich Pizango | Cirujano Dentista | Odontólogo |
| **PRIMER VOCAL** | Fanny Amones Turpo | Obstetra | Obstetra |
| **SEGUNDO VOCAL** | Nancy Casana Sifuentes | Lic. Enfermería | Enfermera |
| **TERCER VOCAL** | Clovis Santiak Sharian | Tec. Farmacia | Tec. Farmacia |
|  |  |  |  |
| **EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DEL CENTRO DE SALUD CUCUASA** | | | |
|  | **NOMBRES Y APELLIDOS** | **PROFESIÓN** | **CARGO** |
| **PRESIDENTE** | Nikolas Santiago Rojas Rodriguez | Médico Cirujano | Médico |
| **SECRETARIO** | Lizeth Riese Nestares | Psicóloga | Jefe de RR.HH. |
| **PRIMER VOCAL** | Fredy Peña Quispe | Obstetra | Obstetra |
| **SEGUNDO VOCAL** | Milagros Sanchez Carills | Lic. Enfermería | Enfermera |
| **TERCER VOCAL** | Claudio Nungume pirucho | Tec. Enfermería | Tec. En enfermería |
|  |  |  |  |
| **PUESTO DE SALUD: SOLEDAD (I-1)** | |  |  |
|  |  |  |  |
| **EQUIPO DE ACREDITACION DEL CENTRO DE SALUD SOLEDAD** | | | |
|  | **NOMBRES Y APELLIDOS** | **PROFESIÓN** | **CARGO** |
| **PRESIDENTE** | Myler Anthony Mamani Zeballos | Biólogo | Jefe de la Micro Red Candungos |
| **SECRETARIO** | Esly Antich Pizango | Cirujano Dentista | Odontólogo |
| **PRIMER VOCAL** | Fanny Amones Turpo | Obstetra | Obstetra |
| **SEGUNDO VOCAL** | Nancy Casana Sifuentes | Lic. Enfermería | Enfermera |
| **TERCER VOCAL** | Clovis Santiak Sharian | Tec. Farmacia | Tec. Farmacia |
|  |  |  |  |
| **EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DEL CENTRO DE SALUD SOLEDAD** | | | |
|  | **NOMBRES Y APELLIDOS** | **PROFESIÓN** | **CARGO** |
| **PRESIDENTE** | Nikolas Santiago Rojas Rodriguez | Médico Cirujano | Médico |
| **SECRETARIO** | Lizeth Riese Nestares | Psicóloga | Jefe de RR.HH. |
| **PRIMER VOCAL** | Fredy Peña Quispe | Obstetra | Obstetra |
| **SEGUNDO VOCAL** | Milagros Sanchez Carills | Lic. Enfermería | Enfermera |
| **TERCER VOCAL** | Claudio Nungume pirucho | Tec. Enfermería | Tec. En enfermería |

1. **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION**

Las actividades programadas en el presente Plan, contienen aspectos establecidos en el Plan de Gestión de la Calidad 2024 y criterios contenidos en la Guía del Evaluador para la acreditación de establecimiento de salud y servicios médicos de Apoyo del MINSA.

Cronograma de actividades para la Autoevaluación A y B.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESULTADOS ESPERADOS** | **ACTIVIDADES** | **TAREA** | **META** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **MESES 2024** | | | | | | | | | | | | **2025** |
| **E** | **F** | **M** | **A** | **M** | **J** | **J** | **A** | **S** | **O** | **N** | **D** | **E** |
| CONFORMACIÓN DE EQUIPOS | Conformación de Equipos de Acreditación y Autoevaluación. | Designación de Equipo de Acreditación. | 1 | RD |  |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Designación de evaluadores y reconocimiento de evaluadores y reconocimiento formal con RD. | 1 | RD |  |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DOCUMENTO FORMAL PARA LA EJECUCIÓN | Elaboración del Plan de Autoevaluación-Capacitación | Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación-Capacitación. | 1 | Plan |  |  |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |
| Aprobación del Plan de Autoevaluación-Capacitación. | Gestión para la aprobación del Plan de Autoevaluación. | 1 | RD |  |  |  |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |
| EJECUCIÓN DE AUTOEVALUACIÓN | Capacitación. | Coordinar con Equipo de Acreditación y Equipo de Autoevaluación. | 1 | Informe |  |  |  |  |  |  |  | X |  |  |  |  |  |
| Ejecución de autoevaluación y procesamiento de datos. | Comunico inicio de autoevaluación. | 1 | Documento |  |  |  |  |  |  |  |  | X |  |  |  |  |
| Aplicación de listas de macroprocesos por departamentos, servicios y unidades. | 1 | Resultados en el aplicativo |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X | X |  |  |
| Ingreso de datos al aplicativo. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| INFORME DE AUTOEVALUACIÓN | Elaboración de informe y difusión. | Elaboración del informe según guía del evaluador. | 1 | Informe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X |  |
| Envío de informe a dirección, DIRESA y socializarlo. | 1 | Cargo de envío. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X |  |
| 1 | Libro de Actas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Envío de informe. | Envío de informe a DIRESA. | 1 | Cargo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X |

**CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION – C.S. CANDUNGOS “A”**

**CRONOGRAMA DE LA AUTOEVALUACIÓN - C.S. CANDUNGOS “B”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MACROPROCESO** | **EJECUCIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN** | **INGRESO DE LA INFORMACIÓN-ELABORACIÓN DEL INFORME** | **SOCIALIZACIÓN** |
| **Oct-Nov** | **Dic** | **2 al 6 enero** |
| Direccionamiento (DIR) | X |  |  |
| Gestión Recursos Humanos (GRH) | X |  |  |
| Gestión de la Calidad (GCA) | X |  |  |
| Manejo del Riesgo de la Atención (MRA) | X |  |  |
| Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD) | X |  |  |
| Control de la Gestión y Prestación (CGP) | X |  |  |
| Atención Ambulatoria (ATA) | X |  |  |
| Atención de Hospitalización (ATH) | X |  |  |
| Atención de Emergencia (EMG) | X |  |  |
| Atención Quirúrgica (ATQ) | X |  |  |
| Atención de Apoyo Diagnósticos y Tratamiento (ADT) | X |  |  |
| Admisión y Alta (ADA) | X |  |  |
| Referencia y contra referencia (RCR) | X |  |  |
| Gestión de Medicamentos (GMD) | X |  |  |
| Gestión de la Información (GIN) | X |  |  |
| Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE) | X |  |  |
| Manejo del Riesgo Social (MRS) | X |  |  |
| Nutrición y Dietética (NYD) | X |  |  |
| Gestión de insumos y Materiales (GIM) | X |  |  |
| Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF) | X |  |  |

**CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION – C.S. CUCUASA “A”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESULTADOS ESPERADOS** | **ACTIVIDADES** | **TAREA** | **META** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **MESES 2024** | | | | | | | | | | | | **2025** |
| **E** | **F** | **M** | **A** | **M** | **J** | **J** | **A** | **S** | **O** | **N** | **D** | **E** |
| CONFORMACIÓN DE EQUIPOS | Conformación de Equipos de Acreditación y Autoevaluación. | Designación de Equipo de Acreditación. | 1 | RD |  |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Designación de evaluadores y reconocimiento de evaluadores y reconocimiento formal con RD. | 1 | RD |  |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DOCUMENTO FORMAL PARA LA EJECUCIÓN | Elaboración del Plan de Autoevaluación-Capacitación | Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación-Capacitación. | 1 | Plan |  |  |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |
| Aprobación del Plan de Autoevaluación-Capacitación. | Gestión para la aprobación del Plan de Autoevaluación. | 1 | RD |  |  |  |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |
| EJECUCIÓN DE AUTOEVALUACIÓN | Capacitación. | Coordinar con Equipo de Acreditación y Equipo de Autoevaluación. | 1 | Informe |  |  |  |  |  |  |  | X |  |  |  |  |  |
| Ejecución de autoevaluación y procesamiento de datos. | Comunico inicio de autoevaluación. | 1 | Documento |  |  |  |  |  |  |  |  | X |  |  |  |  |
| Aplicación de listas de macroprocesos por departamentos, servicios y unidades. | 1 | Resultados en el aplicativo |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X | X |  |  |
| Ingreso de datos al aplicativo. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| INFORME DE AUTOEVALUACIÓN | Elaboración de informe y difusión. | Elaboración del informe según guía del evaluador. | 1 | Informe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X |  |
| Envío de informe a dirección, DIRESA y socializarlo. | 1 | Cargo de envío. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X |  |
| 1 | Libro de Actas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Envío de informe. | Envío de informe a DIRESA. | 1 | Cargo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X |

**CRONOGRAMA DE LA AUTOEVALUACIÓN - C.S. CUCUASA “B”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MACROPROCESO** | **EJECUCIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN** | **INGRESO DE LA INFORMACIÓN-ELABORACIÓN DEL INFORME** | **SOCIALIZACIÓN** |
| **Oct-Nov** | **Dic** | **2 al 6 enero** |
| Direccionamiento (DIR) | X |  |  |
| Gestión Recursos Humanos (GRH) | X |  |  |
| Gestión de la Calidad (GCA) | X |  |  |
| Manejo del Riesgo de la Atención (MRA) | X |  |  |
| Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD) | X |  |  |
| Control de la Gestión y Prestación (CGP) | X |  |  |
| Atención Ambulatoria (ATA) | X |  |  |
| Atención de Hospitalización (ATH) | X |  |  |
| Atención de Emergencia (EMG) | X |  |  |
| Atención Quirúrgica (ATQ) | X |  |  |
| Atención de Apoyo Diagnósticos y Tratamiento (ADT) | X |  |  |
| Admisión y Alta (ADA) | X |  |  |
| Referencia y contra referencia (RCR) | X |  |  |
| Gestión de Medicamentos (GMD) | X |  |  |
| Gestión de la Información (GIN) | X |  |  |
| Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE) | X |  |  |
| Manejo del Riesgo Social (MRS) | X |  |  |
| Nutrición y Dietética (NYD) | X |  |  |
| Gestión de insumos y Materiales (GIM) | X |  |  |
| Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF) | X |  |  |

**CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION – P.S. SOLEDAD “A”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESULTADOS ESPERADOS** | **ACTIVIDADES** | **TAREA** | **META** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **MESES 2024** | | | | | | | | | | | | **2025** |
| **E** | **F** | **M** | **A** | **M** | **J** | **J** | **A** | **S** | **O** | **N** | **D** | **E** |
| CONFORMACIÓN DE EQUIPOS | Conformación de Equipos de Acreditación y Autoevaluación. | Designación de Equipo de Acreditación. | 1 | RD |  |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Designación de evaluadores y reconocimiento de evaluadores y reconocimiento formal con RD. | 1 | RD |  |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DOCUMENTO FORMAL PARA LA EJECUCIÓN | Elaboración del Plan de Autoevaluación-Capacitación | Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación-Capacitación. | 1 | Plan |  |  |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |
| Aprobación del Plan de Autoevaluación-Capacitación. | Gestión para la aprobación del Plan de Autoevaluación. | 1 | RD |  |  |  |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  |
| EJECUCIÓN DE AUTOEVALUACIÓN | Capacitación. | Coordinar con Equipo de Acreditación y Equipo de Autoevaluación. | 1 | Informe |  |  |  |  |  |  |  | X |  |  |  |  |  |
| Ejecución de autoevaluación y procesamiento de datos. | Comunico inicio de autoevaluación. | 1 | Documento |  |  |  |  |  |  |  |  | X |  |  |  |  |
| Aplicación de listas de macroprocesos por departamentos, servicios y unidades. | 1 | Resultados en el aplicativo |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X | X |  |  |
| Ingreso de datos al aplicativo. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| INFORME DE AUTOEVALUACIÓN | Elaboración de informe y difusión. | Elaboración del informe según guía del evaluador. | 1 | Informe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X |  |
| Envío de informe a dirección, DIRESA y socializarlo. | 1 | Cargo de envío. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X |  |
| 1 | Libro de Actas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Envío de informe. | Envío de informe a DIRESA. | 1 | Cargo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X |

**CRONOGRAMA DE LA AUTOEVALUACIÓN - P.S. SOLEDAD “B”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MACROPROCESO** | **EJECUCIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN** | **INGRESO DE LA INFORMACIÓN-ELABORACIÓN DEL INFORME** | **SOCIALIZACIÓN** |
| **Oct-Nov** | **Dic** | **2 al 6 enero** |
| Direccionamiento (DIR) | X |  |  |
| Gestión Recursos Humanos (GRH) | X |  |  |
| Gestión de la Calidad (GCA) | X |  |  |
| Manejo del Riesgo de la Atención (MRA) | X |  |  |
| Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD) | X |  |  |
| Control de la Gestión y Prestación (CGP) | X |  |  |
| Atención Ambulatoria (ATA) | X |  |  |
| Atención de Hospitalización (ATH) | X |  |  |
| Atención de Emergencia (EMG) | X |  |  |
| Atención Quirúrgica (ATQ) | X |  |  |
| Atención de Apoyo Diagnósticos y Tratamiento (ADT) | X |  |  |
| Admisión y Alta (ADA) | X |  |  |
| Referencia y contra referencia (RCR) | X |  |  |
| Gestión de Medicamentos (GMD) | X |  |  |
| Gestión de la Información (GIN) | X |  |  |
| Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE) | X |  |  |
| Manejo del Riesgo Social (MRS) | X |  |  |
| Nutrición y Dietética (NYD) | X |  |  |
| Gestión de insumos y Materiales (GIM) | X |  |  |
| Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF) | X |  |  |