



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA



Red de Salud de Huarochiri

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°0151- 2023 DIRESA LIMA-UE 1404 – DE/AL

Santa Eulalia, 20 de setiembre del 2023




VISTO:

El Informe N° 0375 – 2023-DIRESA LIMA-UE 1404-DE-OSI, de fecha 19 de diciembre del 2023; emitido por el Director de la Oficina de Salud Integral, el informe N° 0040-2023-DIRESA LIMA-UE1404-DE-OSI/GC, de fecha 19 de setiembre del 2023, emitido por la Coordinadora de Gestión de la Calidad; y,



CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptables de Seguridad, Oportunidad y Calidad;



Qué, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de calidad en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo";

Que, el artículo 9° del decreto Supremo N° 013-2006 SA, que aprueba el "Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo", establece que: "...los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la seguridad y calidad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda...";

Que, por otro lado, debemos señalar que la norma acotada en su artículo 96° dispone que: "...A fin de dar cumplimiento a los dispuesto en el artículo 9° del presente reglamento los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, deben evaluar continuamente la calidad de atención en salud que brindan, con el fin de identificar y corregir las deficiencias que afectan al proceso de atención y que eventualmente genera riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios...";



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA



Red de Salud de Huarochiri

Qué, mediante Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA, de fecha 23 de abril de 2009, se aprobó la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo, como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector que pertenecen a los niveles I, II, III y la categoría en el ámbito nacional, incluyendo a los servicios prestados por terceros, el cual tiene por finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las 2 fases de proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Qué, a través del Decreto Supremo N° 006-2017-3US, se aprobó el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, y establece en el numeral 70.2 del artículo 70° que, toda Entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos, así como para la distribución de las atribuciones que se encuentren comprendidas dentro de su competencia;

Que, con informe N° 0040-2023/DIRESA LIMA-UE1404-DE-OSI/SGC de fecha 19 de setiembre del 2023, emitido por la Coordinadora de Gestión de la Calidad, solicita la aprobación la resolución directoral de Plan de Autoevaluación 2023, aplicado en establecimientos de salud del primer nivel de atención, hospital y RIS;

Que, con informe N° 0375-2023-DIRESALIMA-UE1404/OSI, de fecha 19 de setiembre del 2023, emitido por la Dirección de la Oficina de Salud Integral, solicita la emisión del acto resolutivo aprobando el Plan de Autoevaluación 2023, adjuntando al informe el PLAN DE AUTOEVALUACION 2023, aplicado a Establecimientos del Primer Nivel y Hospital San Juan de Matucana;

Que, en uso de las facultades conferidas mediante Resolución Directoral N° 0116-2023-GRL-GGR, de fecha 06 de junio del 2023, donde se designa al **M.C JAIME WALTER VILLOSLADA LLANTOY**, en el cargo de Director Ejecutivo de la Red de Salud de Huarochiri de la Dirección Regional de Salud de Lima, del Gobierno Regional de Lima, y en concordancia con el Reglamento de Organización y Funciones de la U.E. Red de Salud de Huarochiri, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 005-2011- CR-RL;

Contando con el visto bueno del Director Ejecutivo, del Director de la Oficina de Administración, del Director de la Oficina de Salud Integral y de Asesoría Legal de la Unidad Ejecutora 408, Red de Salud de Huarochiri;

SE RESUELVE:

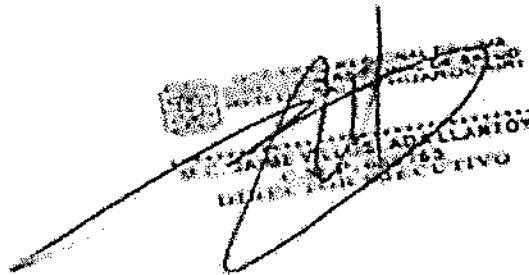
ARTICULO PRIMERO. – APROBAR el PLAN DE AUTOEVALUACION 2023, aplicado a Establecimientos del Primer Nivel y Hospital San Juan de Matucana, de la RIS de Salud Huarochiri, Microredes y Hospital San Juan de Matucana.



ARTICULO SEGUNDO. - NOTIFICAR, la presente Resolución Directoral a todas las unidades orgánicas pertinentes e integrantes, los cuales dese plena las funciones propias del comité de la cual forman parte, sin perjuicio de las funciones que en forma permanente vienen desarrollando

ARTICULO TERCERO. - ENCARGAR, al responsable de actualización del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, de la Red de Salud de Huarochiri, la publicación de la presente Resolución Directoral en la página web institucional www.redhuarochiri.gob.pe.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase


 DIRECCIÓN REGIONAL ESPECIALIZADA EN SALUD DE HUAROCHIRI
 M. C. GABRIELA VILLAS ADRIANTE
 DIRECTORA EJECUTIVA

- Dirección Ejecutiva
- Salud Integral
- Administración
- Asesoría Legal
- Intersección (2)



PLAN DE AUTOEVALUACION 2023

APLICADO A ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL Y HOSPITAL SAN

JUAN DE MATUCANA



COORDINACIÓN DE
GESTION DE CALIDAD DE RSH

OBSTA. KARINA LOAYZA
CÁRDENAS

2023



PLAN DE AUTOEVALUACION 2023

APLICADO A ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL Y HOSPITAL SAN

JUAN DE MATUCANA



COORDINACIÓN DE
GESTION DE CALIDAD DE RSH

OBSTA. KARINA LOAYZA
CÁRDENAS

2023



PLAN DE AUTOEVALUACION 2023

APLICADO A ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL Y HOSPITAL SAN

JUAN DE MATUCANA



COORDINACIÓN DE
GESTION DE CALIDAD DE RSH

OBSTA. KARINA LOAYZA
CÁRDENAS

2023

INDICE

| Nº | ITEM | PÁGINA |
|-------|--|--------|
| I | Introducción | 3 |
| II | Justificación | 5 |
| III. | Objetivos | 6 |
| IV | Aléance | 6 |
| V | Base Legal | 6 |
| VI. | Metodología de la evaluación | 7 |
| VII. | Cronograma de actividades para la autoevaluación A y B | 12 |
| VIII. | Equipo de evaluadores internos RIS,HOSPITAL y MICROREDES | 14 |
| IX. | Anexos | 21 |
| | 1. Distribución de EE.SS de la RIS HUAROCHIRI | |
| | 2. Macroprocesos y responsables de seguimiento de procesos en RIS HUAROCHIRI | |
| | 3. Cronograma de tele capacitación | |
| | 4. Cronograma de autoevaluación de macro procesos en los establecimientos de salud de primer nivel y hospital san juan de Matucana de RIS HUAROCHIRI | |
| | 5. Afiche comunicacional de autoevaluación 2023 | |

I.-INTRODUCCIÓN

La Autoevaluación que es la fase inicial obligatoria 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 realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

La autoevaluación capitaliza los modernos aportes teóricos y metodológicos de las ciencias sociales y administrativas que tienden a dar prioridad al trabajo colectivo, la calidad total y la participación de proveedores y usuarios en las decisiones del servicio. Se rescata la finalidad sustantiva del servicio, del trabajo de equipo, de las relaciones que éste establece con los usuarios y otros grupos, y del reconocimiento de la importancia que tienen los enfoques educativos para la reflexión y transformación de la práctica de los trabajadores.

La acreditación en salud es una metodología de evaluación externa, establecida y reconocida desde hace casi 50 años en Norteamérica, específicamente diseñada para el sector salud, que permite asegurar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad. Se basa en requisitos de procesos de atención en salud, orientados a resultados y se desarrolla por profesionales de salud que son pares o contrapartes del personal de las entidades que desean acreditarse y de reconocimiento público, con efectos de mejoramiento de calidad demostrados.

Los estándares de acreditación han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad, se ajustan periódicamente. El objetivo de la Acreditación, además de incentivar el manejo de las Buenas prácticas en salud, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la Acreditación y decidir la implementación de mejoras.

Los principios de la acreditación nacen en 1913, cuando el Dr. Cadman del estado de Massachusetts, establece los requisitos para la certificación del profesional médico, y la acreditación de los establecimientos de Salud. Esta propuesta se concreta en 1918, al crearse el Programa Nacional de Normalización Hospitalaria.

Esta estrategia sentó las bases para un proceso de acreditación, actualmente administrado por la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones prestadoras de servicios de salud, 1951).

En la década de los 80, las fallas en el proceso de inspección, la persistencia de la calidad deficiente y la creación de nuevas técnicas gerenciales en la industria, así como el aumento en costos, llevó a los profesionales de salud en los países desarrollados a reevaluar la garantía de calidad basada en acreditación y estándares. Las organizaciones de salud en USA comenzaron a poner a prueba

las filosofías industriales del Proceso de mejoramiento Continuo de la Calidad y de administración total de la calidad. A su vez, el sistema de acreditación en hospitales amplía su enfoque desde inspecciones hasta promover el mejoramiento de la calidad.

En 1966, Avedis Donabedian, en su artículo fundamental, introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención en salud. Donabedian transformó la concepción tradicional de los sistemas de salud. Gracias al conocimiento que generó, ahora entendemos que la respuesta social a los problemas de salud no es un conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales.

Después de un proceso internacional en el que se presentaron varias ofertas, en 1995 se decidió establecer la secretaría de la International Society for Quality in Health Care Inc. (ISQua) en Australia. Esta sociedad es una organización sin ánimo de lucro, administrada por un Consejo Ejecutivo, que se elige cada dos años. Los miembros regulares del Consejo son de Norteamérica, Europa y de la región de Asia y el Pacífico.

Hoy en día, países como Nueva Zelanda, Japón, Francia, Finlandia, Malasia y Argentina, entre otros, han estructurado e implementado sistemas de evaluación y acreditación en salud con excelentes resultados.

II.-JUSTIFICACIÓN.-

El Ministerio de salud a través del vice ministerio de Prestaciones y Aseguramiento a través de la unidad funcional de Telesalud , ha desarrollado una propuesta técnica de acreditación de servicios de salud para el Perú, la cual ha sido validada con las diferentes DIRESA orientado al cumplimiento por parte de los prestadores del sistema de salud y oficializada con norma técnica mediante RM456-2007 MINSA el 04 de junio del 2007.

La necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud hace necesario disponer de un sistema permanente de evaluación de estándares de estructura, proceso y resultado; los mismos que servirán de base para el mejoramiento continuo planteado en todos los esquemas de calidad.

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, la red de salud Huarochirí el año 2022 logró la autoevaluación de 65 establecimientos de salud alcanzando el 92% de las IPRESS evaluadas, siendo la programación para el presente ejercicio del 100%

Caracterización y enfrentamiento de los problemas de calidad por quienes los confrontan cotidianamente; es decir, los trabajadores de salud y las comunidades

La idea de evaluación ya no sólo como modelo, estrategia, herramienta o discusión, si no postura; o sea, como una actitud sólida de respeto a los involucrados en el proceso evaluativo. Unos y otros se capacitan durante todo el tiempo que hacen algo, en un proceso continuo.

La acreditación no tiene por función clausurar establecimientos, ni otorgar licencias para su apertura (habilitación), ni la categorización de estas funciones que competen a la autoridad de salud del nivel nacional o regional. Es de señalar, que la acreditación no garantiza, por sí misma, la calidad de los servicios, ya que esta se limita a constatar, si las condiciones de estructura proceso y resultados son compatibles con niveles aceptables de calidad. Asimismo, la acreditación, no reemplaza otras modalidades empleadas para garantizar la calidad de atención como son los círculos de calidad, la auditoría médica, comité de auditoría en salud, los comités de morbi mortalidad materno perinatal, etc

III. - OBJETIVOS.

-OBJETIVO GENERAL.

Contribuir a garantizar que los establecimientos de salud del primer nivel de atención y hospital del segundo nivel de la red de salud Huarochirí cuenten con capacidad para brindar prestaciones de calidad mediante cumplimiento de estándares nacionales definidos para establecimientos orientados a maximizar la satisfacción de los usuarios.

-OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Realizar la autoevaluación de los estándares de acreditación Definidos por El MINSA para establecimientos de salud del Primer nivel de atención y hospital del segundo nivel de la red de salud Huarochirí
- Desarrollar acciones de mejoramiento continuo de la calidad para el cumplimiento de los criterios y estándares de Acreditación
- Contar con las evidencias de los procesos, procedimiento administrativo y preventivo promocional se manejan los atributos de calidad con el propósito de maximizar la satisfacción de los usuarios.
- Promover una cultura de calidad en los establecimientos de salud de la red HUAROCHIRI

IV. ALCANCES

El Plan para la Autoevaluación es de aplicación en a todos los establecimientos de salud; comprendidos en la RIS HUAROCHIRI tanto del primer nivel como segundo nivel de atención.

V.-BASE LEGAL

Ley N° 26842, se aprobó la "Ley General de Salud".

Ley N° 27815, se aprobó la "Ley del Código de Ética de la Función Pública".

Decreto Legislativo N°1161, se aprobó la "Ley de Organización y Funciones del MINSA".

Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprobó el "Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

Resolución Ministerial N° 456-2007/ MINSA, se aprobó la "Norma técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

Resolución Ministerial N° 270-2009 MINSA, se aprobó la "Guía Técnica de Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo".

Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico Sistema de Gestión de Calidad en Salud"

Resolución Ministerial 050-/MINSA/DGSP-V.02, se aprobó el "Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categoría I-1 y servicios médicos de apoyo".

Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, se aprobó el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud"

Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".

Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud"

Resolución Ministerial N° 95-2012/MINSA, se aprobó Guía para Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de Calidad.

Resolución Ministerial N°546-2011/MINSA, se aprobó la NTS021-MINSA" Categoría de Establecimiento de Sector Salud"

Resolución Ministerial N°386-2006/MINSA, se aprobó la NTS N° 042MINSA/DGSP-V.01"Norma técnica de Salud Servicios de emergencias".

Decreto supremo n° 021-2022-SA define los indicadores de desempeño y compromisos de mejora a cumplir en el año 2023,

VI.- METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Los estándares e indicadores identificados para la acreditación, deben considerar: la verificación de los datos más representativos de la calidad existente, sin que esto signifique una búsqueda documentaria exhaustiva; la constatación de ciertos eventos e información que permitan suponer condiciones de calidad. Los estándares deben procurar evaluar aspectos de estructura proceso y resultados, así como prever distintos grados de satisfacción, con el fin de abarcar el amplio espectro de la oferta de servicios existentes.

Los resultados obtenidos de esta evaluación, son comparados con estándares o indicadores previamente definidos, para posteriormente, emitir el informe final: si el establecimiento acredita o no.

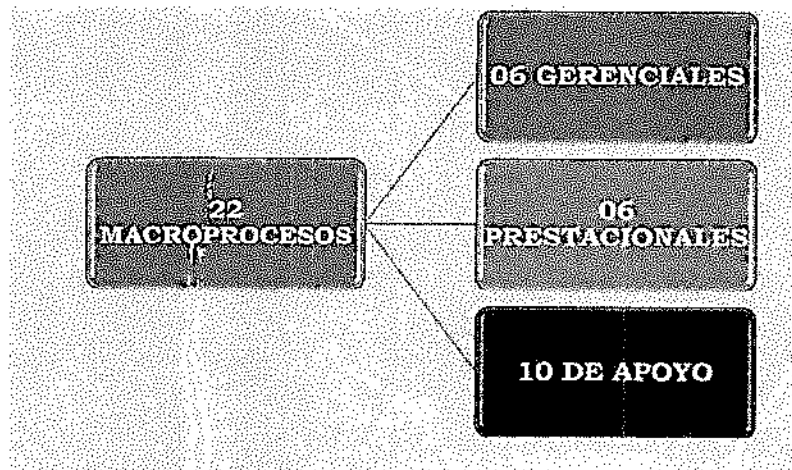
"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

La acreditación lleva implícito un proceso de evaluación de estructura, proceso y resultados, de cada uno de los servicios que integran el establecimiento de salud.

Evaluar la estructura del sistema de salud en la producción de actividades, se fundamenta en que la existencia de buenas condiciones estructurales previas, incrementa las probabilidades de que se obtenga un proceso apropiado y un resultado favorable. Es decir la calidad puede verse afectada por la disponibilidad. La evaluación del proceso, comprende el reconocimiento de problemas en la aplicación de métodos de diagnóstico, tratamiento, manejo clínico y/o quirúrgico, etc. Si el personal de salud realiza lo correcto en el proceso de producción de actividades, es más probable que el resultado de la atención prestada tenga mayor efecto.

La evaluación del resultado, se orienta a identificar y medir los cambios en el estado de salud individual y colectiva, que puedan atribuirse a la atención recibida, considerando la satisfacción del usuario.

Los macro procesos a evaluar son.



El Proceso de Autoevaluación

La autoevaluación de la calidad debe implementarse en la perspectiva de construir un proceso que se incorpore a la gestión cotidiana del servicio. Este se desarrolla en cuatro fases esenciales que a su vez contienen pasos, actividades y procedimientos, éstas son:

Primera Fase: Preparando al equipo humano

“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO”

Esta fase implica no sólo la negociación política, para que el proceso sea viable en los servicios de salud, sino la reflexión del grupo sobre su propio desarrollo y la orientación de su trabajo. La noción de calidad, los objetivos del servicio y las necesidades y expectativas de los usuarios serán los ejes que direccionen esta reflexión

Segunda Fase: Recajo de información para evaluar los estándares de calidad en el servicio - Identificación de problemas de calidad-

Esta fase es el núcleo que genera la identificación de los problemas de calidad del servicio. Estos expresarán las brechas reales o potenciales entre los servicios de salud y las necesidades o expectativas de la población, que se constituirán en el hilo conductor sobre el cual se diseñarán las propuestas de cambio de los procesos de trabajo en salud.

Se considera vital en esta fase partir de situaciones de insatisfacción percibidas por los usuarios que permitirán revisar y analizar el proceso de trabajo en salud, en el marco de problemas concretos que cuestionan el desempeño del personal y la calidad del servicio. (Las encuestas de satisfacción del usuario externo del personal de salud presentada en el módulo anexo brindan orientaciones para este fin).

La revisión de los principales procesos de trabajo, se apoya en las preguntas o ítems básicos que se presentan en el instrumento. Estas son consideraciones que plantean aspectos esenciales de la calidad en los atributos priorizados. Están dirigidos a guiar la discusión, su contenido no es exhaustivo y solo persigue llevar a los grupos a problematizar su realidad.

Esta fase debe tener como producto concreto, una lista de problemas de calidad identificados como retos para el cambio u oportunidades de mejora. El grupo por consenso debe seleccionar el problema u oportunidad desde el cual desea analizar los procesos de trabajo, lo que constituye el insumo básico para la tercera fase

Tercera Fase: Análisis y explicación de problemas de calidad en el servicio de salud.

Se plantea utilizar diversas técnicas para el análisis de los procesos de trabajo, al interior de los servicios o áreas del establecimiento, para reconocer los aspectos técnicos, políticos, sociales u otros que determinan o condicionan la situación existente.

El producto de esta fase es contar con un análisis del problema focal u oportunidad de

mejora identificada, mediante el cual los equipos tendrán los insumos para valorar la transformación que se requiere en los procesos de trabajo.

Cuarta Fase: Priorización de oportunidades de mejora e implementación de Procesos de Mejoramiento Continuo de la Calidad.

La actividad central en esta fase es la priorización de oportunidades de mejora (problemas de calidad) e identificación de las intervenciones necesarias para transformar los problemas inherentes al proceso de trabajo. Esto exige la definición de propuestas de intervención luego del respectivo análisis de viabilidad y factibilidad. El resultado es concebir el proceso de cambio que contribuya a mejorar el desempeño individual y del equipo en su conjunto para impactar en la calidad percibida por el usuario.

Metodología del trabajo:

Antes de iniciar el proceso de autoevaluación:

Reunión Informativa por Microredes y hospital

Evaluación en campo: una fecha predeterminada por macro procesos.

Para ello se presentarán los instrumentos necesarios:

- Guía del autoevaluador (MINSa)
- Acta de apertura de proceso de autoevaluación
- Acta de cierre con recomendaciones finales.

Durante el trabajo se realizará:

- OBSERVACION "in situ" de estructura física, equipos, instalaciones, etc
- REVISIÓN DOCUMENTARIA: certificados, historias clínicas, normas, legajos, formularios, archivos, contratos, resultados de programas, etc.
- ENTREVISTA: Directores, jefes, personal asistencial, personal técnico, personal de servicios y mantenimiento, etc.
- REUNIÓN TÉCNICA: Jefatura de micro red, jefatura de establecimientos de salud, coordinadores de estrategias, responsable de servicios de salud y responsable de gestión de calidad.
- La FUENTE DE VERIFICACIÓN a ser empleada viene predeterminada en la guía técnica del Evaluador según macro proceso a ser evaluado.
- Se empleará HOJA DE REGISTRO PARA AUTOEVALUACIÓN.

Al término del trabajo:

- Ingresar los resultados en el aplicativo MINSa de autoevaluación.
- Consolidar los resultados según los macroprocesos (gerenciales, prestacionales y de apoyo)

“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO”

- Elaboración de Proyecto/Actividad de Mejora por establecimientos de salud agrupados por micro redes.
- Reunión Informativa: al final de la evaluación con una autoridad de establecimiento evaluado.

Definiciones Operativas

Evaluador Interno: es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación. Tiene competencias para desarrollar su labor únicamente en su propia institución u organización de similar nivel y categoría.

Evaluador Externo: es la persona que desarrolla la fase de evaluación externa del proceso de acreditación. Tiene competencias para llevarla a cabo en los tres niveles de atención.

Macroproceso: es un proceso de mayor complejidad en una organización el cual a su vez, Agrupa a varios procesos. Por ejemplo, el macroproceso Gestión de Medicamentos agrupa entre otros procesos el de abastecimiento, almacenamiento, uso racional, vigilancia y control, etc.

Proceso: es el conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.

Trazabilidad: es el conjunto de acciones y procedimientos que permiten identificar y registrar cada una de las evaluaciones desde el inicio hasta el final.

Responsabilidades: La responsabilidad de ejecución del plan, es del área de gestión de calidad de la red de salud Huaroquiri y de los comités de autoevaluación y acreditación 2023

| Responsabilidades | Competencias específicas | Capacidades |
|--|---|---|
| Realiza acciones de evaluación. | Aplica técnicas de evaluación y auditoría en instituciones hospitalarias y del primer nivel de atención | <ul style="list-style-type: none"> • Interpreta el objetivo y el alcance de la evaluación de los macroprocesos • Relaciona los estándares con los criterios de evaluación y las referencias normativas • Identifica posibles fuentes auditable según criterios objetivos |
| Identifica acciones de mejoramiento continuo | Maneja metodologías de mejoramiento continuo con enfoque de procesos | <ul style="list-style-type: none"> • Define las acciones de mejora de acuerdo con la evaluación (sólo evaluadores internos) |
| Sistematiza y precisa los hallazgos, las recomendaciones y la opinión de la calificación | Maneja sistemas informáticos, aplica conocimientos y maneja temas de gestión hospitalaria y del primer nivel de atención. | <ul style="list-style-type: none"> • Identifica problemas • Tiene un sentido ético alto y cuenta con habilidades para la sistematización y síntesis. |
| Emite un Informe Técnico de carácter institucional | Recopila, clasifica y ordena la información obtenida. | <ul style="list-style-type: none"> • Resume hallazgos en base a evidencias objetivas. • Sustenta las observaciones formuladas. • Elabora informes cualitativos y/o cuantitativos. |

GRANT DE ACTIVIDADES CRONOGRAMA B

| Responsable de sub equipo | Macroprocesos | Equipo de evaluadores internos | OCTUBRE | | | | | | | | | | NOVIEMBRE | | | | | | | | | | Responsables evaluados | |
|-------------------------------|---------------|---|-------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----------|----|----|---|----|----|----|----|----|----|--|--|
| | | | 16 | 17 | 18 | 19 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 29 | 30 | 31 | 2 | 3 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 13 | | 14 |
| MC Jaime Viloslada Llantoy | DIR | DIRECCIONAMIENTO | Obsta. Karina Loayza Cárdenas | MT | MT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Comité de evaluación interna del Hospital S.H. y la microredes |
| | GRH | PG Gestión de recursos humanos | CD Jorge Tomalla Tenazoa | | | MT | | | | | | | | | | | | | | | | | | Comité de evaluación interna del Hospital S.H. y la microredes |
| | GCA | PG Gestión de la calidad | Obsta. Karina Loayza Cárdenas | | | MT | MT | MT | | | | | | | | | | | | | | | | Comité de evaluación interna del Hospital S.H. y la microredes |
| | MRA | PG Manejo de riesgo de atención | Obsta. Karina Loayza Cárdenas | | | | | | MT | MT | | | | | | | | | | | | | | Comité de evaluación interna del Hospital S.H. y la microredes |
| | GSD | PG Gestión de seguridad ante desastres | MC Jaime Viloslada Llantoy | | | | | | | MT | | | | | | | | | | | | | | Comité de evaluación interna del Hospital S.H. y la microredes |
| | CGP | PG Control de la gestión y prestación | Obsta. Karina Loayza Cárdenas | | | | | | | | | MT | | | | | | | | | | | | Comité de evaluación interna del Hospital S.H. y la microredes |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obsta. Karina Loayza Cárdenas | ATA | PP Atención ambulatoria | CD Jorge Tomalla Tenazoa | | | | | | | | MT | | | | | | | | | | | | Comité de evaluación interna del Hospital S.H. y la microredes | |
| | AEX | PP Atención extramural | MC Jaime Viloslada Llantoy | | | | | | | | | MT | | | | | | | | | | | Comité de evaluación interna del Hospital S.H. y la microredes | |
| | ATH | PP atención de hospitalización | Obsta. Karina Loayza Cárdenas | | | | | | | | | | MT | | | | | | | | | | Comité de evaluación interna del Hospital S.H. y la microredes | |
| | EMG | PP Atención de emergencias | Obsta. Karina Loayza Cárdenas | | | | | | | | | | | MT | MT | | | | | | | | Comité de evaluación interna del Hospital S.H. y la microredes | |
| | INV | PP Investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DOC | PP Docencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CD Jorge Tomalla Tenazoa | ADT | PA Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento | Obsta. Karina Loayza Cárdenas | | | | | | | | | | | | | | MT | | | | | | Comité de evaluación interna del Hospital S.H. y la microredes | |
| | ADA | PA Admisión y alta | CD Jorge Tomalla Tenazoa | | | | | | | | | | | | | | | MT | | | | | Comité de evaluación interna del Hospital S.H. y la microredes | |
| | RCR | Referencia y contrareferencia | Obsta. Karina Loayza Cárdenas | | | | | | | | | | | | | | | | MT | | | | Comité de evaluación interna del Hospital S.H. y la microredes | |
| | BMD | PA Gestión de medicamentos | MC Jaime Viloslada Llantoy | | | | | | | | | | | | | | | | MT | MT | | | Comité de evaluación interna del Hospital S.H. y la microredes | |
| | GIN | PA Gestión de la información | Obsta. Karina Loayza Cárdenas | | | | | | | | | | | | | | | | | | MT | | | Comité de evaluación interna del Hospital S.H. y la microredes |
| | DLDE | PA Descontaminación y limpieza, desinfección esterilización | Obsta. Karina Loayza Cárdenas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | MT | | Comité de evaluación interna del Hospital S.H. y la microredes |
| | MRS | PA Manejo de riesgo social | CD Jorge Tomalla Tenazoa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | MT | Comité de evaluación interna del Hospital S.H. y la microredes |
| | MNP | PA Manejo de nutrición de pacientes | Obsta. Karina Loayza Cárdenas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | MT | Comité de evaluación interna del Hospital S.H. y la microredes |
| | BIM | PA Gestión de insumos y materiales | MC Jaime Viloslada Llantoy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | MT | Comité de evaluación interna del Hospital S.H. y la microredes |
| | GEIF | PA Gestión de equipos e infraestructura | Obsta. Karina Loayza Cárdenas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | MT | Comité de evaluación interna del Hospital S.H. y la microredes |

VIII. COMITÉ DE EVALUADORES INTERNOS Y ACREDITADORES DE LA RED, HOSPITAL Y MICRO REDES



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA



Red de Salud de Hurochiri

**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0124-2023
DIRESA LIMA -UE1404-DE/AL**

Ricardo Palma, 25 de julio del 2023.



VISTO:



El oficio N° 294-2023-DIRESA LIMA-UE1404-DE/HSJMA del 05 de julio del 2023, emitido por el Director del Hospital San Juan de Matucana, solicita la emisión de resolución directoral de la conformación del equipo de evaluadores internos y del equipo de acreditación del Hospital San Juan de Matucana; y,



CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N°26842- Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que su protección es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se 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"; estableciendo que la autoevaluación es la fase inicial obligatoria 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 realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento y conforme a la norma acotada, además prevé que uno de los procedimientos para el proceso de acreditación que se deberá observar, es que los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, el cual debe 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" y el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector;



Que, el artículo 72°, numeral 72.2 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General señala *"Toda entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos, así como para la distribución de las atribuciones que se encuentren comprendidas dentro de su competencia..."*; por lo que, con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales, resulta pertinente atender lo solicitado por el Director del Hospital San Juan de Matucana, la misma, que deberá contar con la visación de la Dirección de la Oficina de Administración, Dirección de la Oficina de Salud Integral, y de la Oficina de Asesoría Legal de la Unidad Ejecutora 1404 RIS de Huarochiri;

Que, en uso de las facultades conferidas mediante Resolución Directoral N° 0116-2023-GRL-GGR, de fecha 06 de junio del 2023, donde se designa al M.C JAIME WALTER VILLOSLADA LLANTOY, en el cargo de Director Ejecutivo de la Red de Salud de Huarochiri de la Dirección Regional de Salud de Lima, del Gobierno Regional de Lima, y en concordancia con el Reglamento de Organización y Funciones de la U.E. Red de Salud de Huarochiri, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 005-2011- CR-RL;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°: APROBAR, la CONFORMACION DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS Y DEL EQUIPO DE ACREDITACION del Hospital San Juan de Matucana, con los siguientes integrantes:

| EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE MATUCANA | | |
|--|------------------------------|---|
| 1 | M.C Walter Bobadilla Díaz | Director del Hospital San Juan de Matucana |
| 2 | M.C Pedro Rivas Figueroa | Evaluadores médicos de los procesos prestacionales según nivel de atención .. |
| 3 | M.C Iván Mantilla Flores | |
| 4 | M.C David Tolentino Justo | Representantes del área de Calidad del Hospital San Juan de Matucana. |
| 5 | Lic. Cristina Chocce Barboza | Evaluadores con experiencia en el proceso de apoyo. |
| 6 | Lic. Beyda Riquez De la Cruz | |
| | | Evaluador enfermera. |



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA



Red de Salud de Huarochiri

| EQUIPO DE ACREDITACIONES DEL HOSPITAL SAN JUAN DE MATUCANA | | |
|--|---------------------------|---|
| 1 | M.C Walter Bobadilla Díaz | Director del Hospital San Juan de Matucana |
| 2 | M.C Pedro Rivas Figueroa | Evaluadores médicos de los procesos prestacionales según nivel de atención .. |
| 3 | M.C Iván Mantilla Flores | |
| 4 | M.C David Tolentino Justo | Representantes del área de Calidad del Hospital San Juan de Matucana. |
| 5 | M.C Carolina Sedano Soria | Médico general asistencial |



ARTÍCULO 2°: NOTIFICAR, la presente Resolución Directoral a todas las Unidades Orgánicas pertinentes e interesados para su cumplimiento de acuerdo a Ley.

ARTICULO 3°: ENCARGAR, al responsable de actualización del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, de la Red de Salud de Huarochiri, la publicación de la presente Resolución Directoral en la página web institucional www.redhuarochiri.gob.pe.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase



M.C. PRIME VILLOSCADA LLANTOY
C.M.D. 010763
DIRECTOR EJECUTIVO

Distribución:

- (...) Dirección ejecutiva
- (...) Oficina de Administración
- (...) Salud integral
- (...) Asesoría Legal
- (...) HSJM
- (...) Interesado



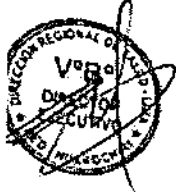
GOBIERNO REGIONAL DE LIMA



Red de Salud de Huarochiri

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0150-2023 DIRESA LIMA -UE1404-DE/AL

Ricardo Palma, 18 de setiembre del 2023.



VISTO:

El Informe N° 303-2023-DIRESA LIMA-UE1404/OSI, de fecha 25 de julio del 2023, emitido por la Dirección de la Oficina de Salud Integral y el Informe N°022-2023-DIRESA LIMA-UE1404-DE-OSI/SGC, de fecha 24 de julio del 2023, emitido por la Coordinadora de Gestión de la Calidad de la red de Salud Huarochiri; y,



CONSIDERANDO:

Que, en los artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de la Salud, establecen que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;



Que, mediante artículo 2° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo N°013-2006-SA y su modificatoria, señala que 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 por la autoridad de salud;



Que, en concordancia con el numeral 52 de la Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA, referente al rubro de conceptos básicos, establece que la acreditación es un proceso de evaluación externa periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un Establecimiento de Salud o Servicio Médico de Apoyo;

Que, el literal b) del numeral 6.1 de la precitada Guía Técnica, señala que la conformación del equipo de acreditación en el Establecimiento de Salud, Microred o Servicio Médico de Apoyo,

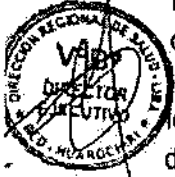


GOBIERNO REGIONAL DE LIMA



Red de Salud de Huarochiri

público o privado, es designado para la autoridad institucional. En las microredes, estará integrado para cada uno de los jefes de los Establecimiento de Salud de la Microred o por quienes estos deleguen oficialmente y en los Establecimientos de Salud de categoría I-1, I-2, I-3, I-4 y II-1 y Servicios Médicos de Apoyo, estará integrado para cada uno de los Jefes de los servicios y/o departamentos del mencionado establecimiento o para quienes estos deleguen oficialmente. El equipo de acreditación contará con un coordinador elegido por sus miembros y designado oficialmente. Promueve la difusión del listado de los estándares y coordina las acciones del proceso de acreditación a ser realizado por el personal del Establecimiento de Salud;



Que, la Norma Técnica de Salud N°050-MINSNDGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobada por Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, señala que en el Procedimiento para el proceso de acreditación se debe observar lo siguiente: i) Los Establecimientos de Salud o Servicios Médicos de Apoyo Público y Privados deben incluir la autoevaluación en el Plan Operativo Anual – POA o en documento de gestión similar, ii) Para el proceso de autoevaluación la autoridad institucional dispone la conformación de un Equipo de Acreditación, iii) La autoridad institucional selección las evaluadoras internas según criterios preestablecidos, iv) Los evaluadores Internos formulan el Plan de Autoevaluación, el cual debe ser aprobado para la autoridad institucional;



Que, mediante informe N° 022-2023/DIRESA LIMA-UE 1404-DE-OSI/SGC del 24 de julio del 2023, emitido por la Coordinadora de Gestión de la Calidad; y el informe N° 303-2023-DIRESA LIMA UE.1404/OSI del 25 de julio del 2023, emitido por el Director de la oficina de Salud Integral; se solicita la resolución directoral de la conformación del equipo de evaluadores de la Red de Salud Huarochiri y micro redes para el periodo 2023;

Que, mediante Resolución Directoral N° 1190-2022-GRL-GRDS-DIRESA LIMA-DG del 29 de diciembre del 2022, se formaliza la Red Integrada de Salud Huarochiri, como Unidad Orgánica funcional dependiente de la Dirección Regional de Salud Lima;

Que, en uso de las facultades conferidas mediante Resolución Directoral N° 0116-2023-GRL-GGR, de fecha 06 de junio del 2023, donde se designa al M.C JAIME WALTER VILLOSLADA LLANTOY, en el cargo de Director Ejecutivo de la Red de Salud de Huarochiri de la Dirección Regional de Salud de Lima, del Gobierno Regional de Lima, y en concordancia con el Reglamento de Organización y Funciones de la U.E. Red de Salud de Huarochiri, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 005-2011- CR-RL; y contando con el visto bueno de la



Dirección de la Oficina de Administración, de la Dirección de la Oficina de Salud Integral y de la Oficina de Asesoría Legal de la RIS Huarochiri;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1º. – APROBAR, EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS de la RIS Huarochiri y de las Micro redes 2023, la misma que estará integrada por los siguientes servidores:



| EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DE LA RIS HUAROCHIRI 2023 | |
|--|---|
| MC. JAIME WALTER VILLOSLADA LLANTOY | Evaluador médico de procesos prestacionales |
| CD. JORGE TOMAILLA TENAZOA | Director de Atención Integral |
| OBST. KARINA LOAYZA CARDENAS | Coordinadora de Gestión de la Calidad |
| EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DE LA MICRORED RICARDO PALMA 2023 | |
| CD JOSE MAGALLANES QUISPE | Jefatura de la Micro Red Ricardo Palma |
| OBST. KATHERINE FLORES FLORES | Coordinadora de Atención Integral |
| LIC. OBST. FRITZ VILLAGARAY HIDALGO | Evaluador de Procesos de Apoyo |
| MC. WALTER GIANCARLO URRUNAGA BARBA | Responsable del Equipo de Gestión de la Calidad |
| EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DE LA MICRO RED SAN MATEO 2023 | |
| MC. EILEEN KARINA ALVARADO BLANCO | Jefatura de Micro Red San Mateo |
| LIC. NUT. NANCY AGUIRRE JORGE | Coordinador de atención integral |
| MC. SAMUEL ANTONIO VENANCIO MORALES | Evaluador Medico de Proceso de Apoyo |
| CD. ANDY PAUL LOPEZ SOVERO | Coordinador de Gestión de la Calidad |
| EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DE LA MICRO RED HUAROCHIRI 2023 | |
| CD. JULIO JUAN BARRERA ROMAN | Jefatura de Micro Red de Huarochiri |
| MC. CARLOS MANUEL CALIZAYA QUISPE | Coordinadora de Atención Integral |
| LIC. ANNIE KAREN VILLABA TUNQUI | Evaluador de procesos de apoyo |
| MC. CARLOS MANUEL CALIZAYA QUISPE | Coordinador de Gestión de la Calidad |
| EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DE LA MICRO RED LANGA 2023 | |
| CD. MARGOT SOLIS GUERRERO | Jefatura de la Micro Red Langa |
| LIC. MIRIAM FERRER SALCEDO | Coordinadora de ESNI – NIÑO |
| OBSTA. ANDREA PONCE ZELADITA | Coordinadora de materno perinatal |
| EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DE LA MICRO RED HUINCO 2023 | |
| MC. JESUS MIGUEL TRAVEZANO CABRERA | Jefe de la Micro Red Huinco |
| MC. ANA TEJADA HUAMAN | Responsable de Gestión de la Calidad |
| JESSICA CAMPOSANO MELENDEZ | Coordinadora de ESNI - NIÑO |
| NORMA FLORENTINA TARAZONA USQUIANO | Coordinadora de Estrategia Materno |



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA



Red de Salud de Huarochiri

ARTICULO 2°. - NOTIFICAR, la presente Resolución Directoral a todas las Unidades Orgánicas pertinentes e integrantes, los cuales desempeñaran las funciones propias del Comité de la cual forman parte, sin perjuicio de las funciones que en forma permanente vienen desarrollando.

ARTICULO 3°. - ENCARGAR, al responsable de actualización del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, de la Red de Salud de Huarochiri, la publicación de la presente Resolución Directoral en la página web institucional www.redhuarochiri.gob.pe.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase



M.C. JAINE TILLOS VASALANTOY
C.M.P. 030753
DIRECTOR EJECUTIVO

Distribución:

- () Dirección Ejecutiva
- () Dirección de Administración
- (...) Salud Integral
- () Asesoría Legal
- (...) Interesado 2



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA



Red de Salud de Huarochiri

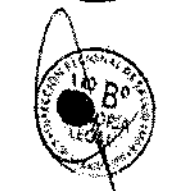
RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0134-2023 DIRESA LIMA -UE1404-DE/AL

Ricardo Palma, 09 de agosto del 2023.



VISTO:

El Informe N° 0295-2023-DIRESA LIMA-UE1404/OSI, de fecha 25 de julio del 2023, emitido por la Dirección de la Oficina de Salud Integral y el Informe N°023-2023-DIRESA LIMA-UE1404-DE-OSI/SGC, de fecha 24 de julio del 2023, emitido por la Coordinadora de Gestión de la Calidad; y,



CONSIDERANDO:

Que, en los artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de la Salud, establecen que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;



Que, mediante artículo 2° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo N°013-2006-SA y su modificatoria, señala que 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 por la autoridad de salud;

Que, en concordancia con el numeral 52 de la Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA, referente al rubro de conceptos básicos, establece que la acreditación es un proceso de evaluación externa periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un Establecimiento de Salud o Servicio Médico de Apoyo;



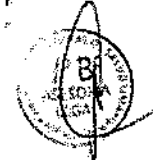
GOBIERNO REGIONAL DE LIMA



Red de Salud de Huarochiri



Que, el literal b) del numeral 6.1 de la precitada Guía Técnica, señala que la conformación del equipo de acreditación en el Establecimiento de Salud, Microred o Servicio Médico de Apoyo, público o privado, es designado para la autoridad institucional. En las microredes, estará integrado para cada uno de los jefes de los Establecimiento de Salud de la Microred o por quienes estos deleguen



oficialmente y en los Establecimientos de Salud de categoría I-1, I-2, I-3, I-4 y II-1 y Servicios Médicos de Apoyo, estará integrado para cada uno de los jefes de los servicios y/o departamentos del mencionado establecimiento o para quienes estos deleguen oficialmente. El equipo de acreditación contará con un coordinador elegido por sus miembros y designado oficialmente. Promueve la difusión del listado de los estándares y coordina las acciones del proceso de acreditación a ser realizado por el personal del Establecimiento de Salud;



Que, la Norma Técnica de Salud N°050-MINSNDGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobada por Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, señala que en el Procedimiento para el proceso de acreditación se debe observar lo siguiente: i) Los Establecimientos de Salud o Servicios Médicos de Apoyo Público y Privados deben incluir la autoevaluación en el Plan Operativo Anual - POA o en documento de gestión similar, ii) Para el proceso de autoevaluación la autoridad institucional dispone la conformación de un Equipo de Acreditación, iii) La autoridad institucional selección las evaluadoras internas según criterios preestablecidos, iv) Los evaluadores internos formulan el Plan de Autoevaluación, el cual debe ser aprobado para la autoridad institucional;



Que, mediante informe N° 023-2023/DIRESA LIMA-UE 1404-DE-OSI/SGC del 24 de julio del 2023, emitido por la Coordinadora de Gestión de la Calidad; y el informe N° 0295-2021-DIRESA LIMA UE.1404/OSI del 25 de julio del 2023, emitido por el Director de la oficina de Salud Integral; se solicita la resolución directoral de la conformación del equipo de acreditación de la Red de Salud Huarochiri y micro redes para el periodo 2023;

Que, mediante Resolución Directoral N° 1190-2022-GRL-GRDS-DIRESA LIMA-DG del 29 de diciembre del 2022, se formaliza la Red Integrada de Salud Huarochiri, como Unidad Orgánica funcional dependiente de la Dirección Regional de Salud Lima;

Que, en uso de las facultades conferidas mediante Resolución Directoral N° 0116-2023-GRL-GGR, de fecha 06 de junio del 2023, donde se designa al M.C JAIME WALTER VILLOSLADA LLANTOY, en el cargo de Director Ejecutivo de la Red de Salud de Huarochiri de la Dirección



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA



Red de Salud de Huarochiri

Regional de Salud de Lima, del Gobierno Regional de Lima, y en concordancia con el Reglamento de Organización y Funciones de la U.E. Red de Salud de Huarochiri, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 005-2011- CR-RL; y contando con el visto bueno de la Dirección de la Oficina de Administración, de la Dirección de la Oficina de Salud Integral y de la Oficina de Asesoría Legal de la RIS Huarochiri;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°. – APROBAR, EQUIPO DE ACREDITACION de la RIS Huarochiri y de las Micro redes 2023, la misma que estará integrada por los siguientes servidores:

| EQUIPO DE ACREDITACION RIS HUAROCHIRI 2023 | |
|--|---|
| MC. JAIME WALTER VILLOSLADA LLANTOY | Evaluador médico de procesos prestacionales |
| CD. JORGE TOMAILLA TENAZOA | Director de Atención Integral |
| OBST. KARINA LOAYZA CARDENAS | Coordinadora de Gestión de la Calidad |
| EQUIPO DE ACREDITACION MICRORED RICARDO PALMA 2023 | |
| CD JOSE MAGALLANES QUISPE | Jefatura de la Micro Red Ricardo Palma |
| OBST. KATHERINE FLORES FLORES | Coordinadora de Atención Integral |
| LIC. OBST. FRITZ VILLAGARAY HIDALGO | Evaluador de Procesos de Apoyo |
| MC. WALTER GIANCARLO URRUNAGA BARBA | Responsable del Equipo de Gestión de la Calidad |
| EQUIPO DE ACREDITACION MICRO RED SAN MATEO 2023 | |
| MC. EILEEN KARINA ALVARADO BLANCO | Jefatura de Micro Red San Mateo |
| LIC. NUT. NANCY AGUIRRE JORGE | Coordinador de atención integral |
| MC. SAMUEL ANTONIO VENANCIO MORALES | Evaluador Medico de Proceso de Apoyo |
| CD. ANDY PAUL LOPEZ SOVERO | Coordinador de Gestión de la Calidad |
| EQUIPO DE ACREDITACION MICRO RED HUAROCHIRI 2023 | |
| CD. JULIO JUAN BARRERA ROMAN | Jefatura de Micro Red de Huarochiri |
| MC. CARLOS MANUEL CALIZAYA QUISPE | Coordinadora de Atención Integral |
| LIC. ANNIE KAREN VILLABA TUNQUI | Evaluador de procesos de apoyo |
| MC. CARLOS MANUEL CALIZAYA QUISPE | Coordinador de Gestión de la Calidad |



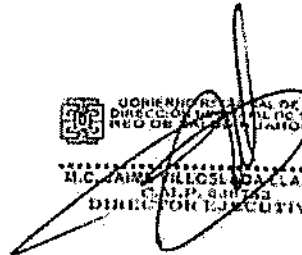
| EQUIPO DE ACREDITACION MICRO RED LANGA 2023 | |
|--|--|
| CD. MARGOT SOLIS GUERRERO | Jefatura de la Micro Red Langa |
| CD. MARGOT SOLIS GUERRERO | Coordinadora de Atención Integral |
| CD. MARGOT SOLIS GUERRERO | Evaluador de procesos de apoyo |
| CD. MARGOT SOLIS GUERRERO | Responsable de Gestión de la Calidad |
| EQUIPO DE ACREDITACION MICRO RED HUINCO 2023 | |
| MC. JESUS MIGUEL TRAVESANO CABRERA | Jefe de la Micro Red Huinco |
| MC. JESUS MIGUEL TRAVESANO CABRERA | Evaluador Medico de Procesos Prestacionales |
| MC. JESUS MIGUEL TRAVESANO CABRERA | Evaluador Medico en la Evaluación de Procesos de Apoyo |



ARTICULO 2°. - NOTIFICAR, la presente Resolución Directoral a todas las Unidades Orgánicas pertinentes e integrantes, los cuales desempeñaran las funciones propias del Comité de la cual forman parte, sin perjuicio de las funciones que en forma permanente vienen desarrollando.

ARTICULO 3°. - ENCARGAR, al responsable de actualización del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, de la Red de Salud de Huarochiri, la publicación de la presente Resolución Directoral en la página web institucional www.redhuarochiri.qob.pe.

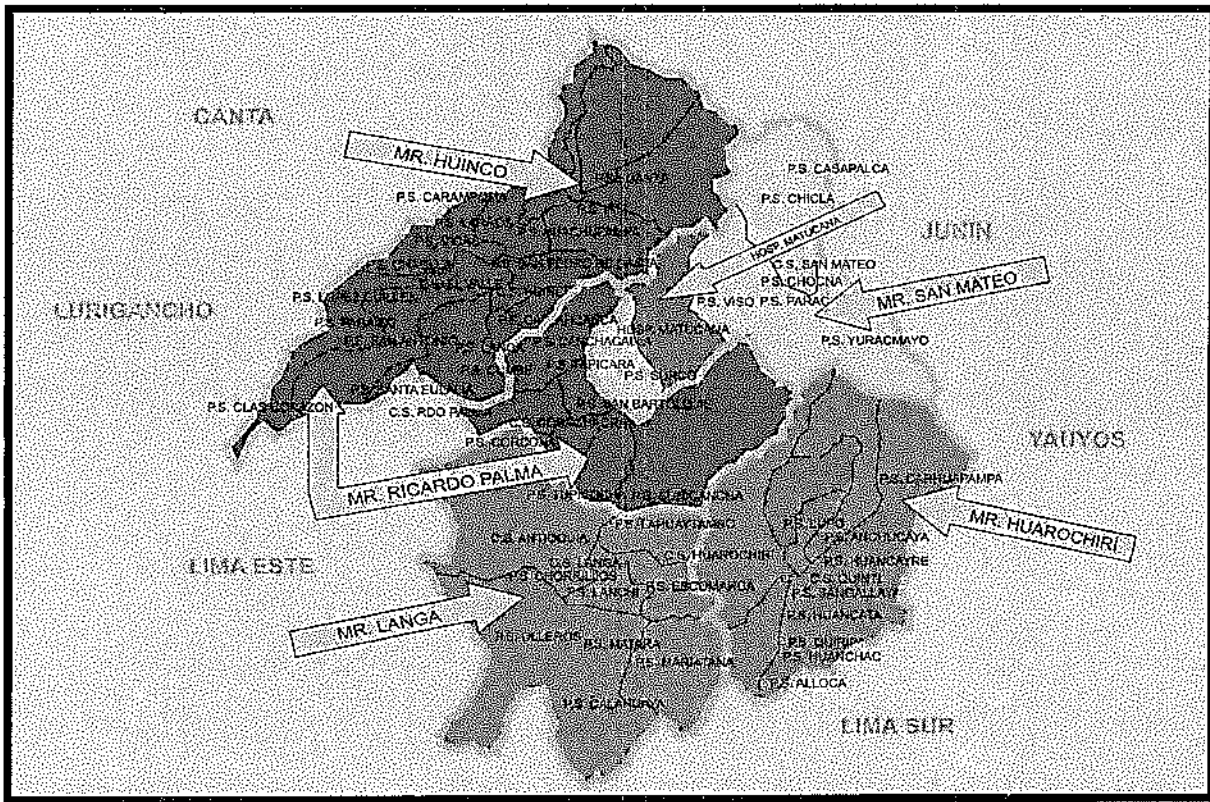
Regístrese, Comuníquese y Cúmplase


 GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 RED DE SALUD DE HUAROCHIRI
 M.C. JAIME FILLOSLA LLANTOY
 C.M.P. 80174
 DIRECTOR EJECUTIVO

- Distribución:
- () Dirección Ejecutiva
 - () Dirección de Administración
 - () Salud Integral
 - () Asesoría Legal
 - (...) interesado 2

IX. ANEXOS

(ANEXO N° 1): DISTRIBUCION DE EE.SS DE LA RIS HUAROCHIRI



| JURISDICCION DE LA MICRO RED HUINCO | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------|-------------------|
| Nº | ESTABLECIMIENTO | DISTRITO | CATEGORIA | NIVEL DE ATENCION |
| 1 | P.S. CALLAHUANCA | CALLAHUANCA | I-2 | PRIMER NIVEL |
| 2 | P.S. CARAMPOMA | CARAMPOMA | I-2 | PRIMER NIVEL |
| 3 | P.S. HUACHUPAMPA | HUACHUPAMPA | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 4 | P.S. VICAS | HUACHUPAMPA | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 5 | P.S. HUANZA | HUANZA | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 6 | P.S. ACOBAMBA | HUANZA | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 7 | P.S. LARAOS | LARAOS | I-2 | PRIMER NIVEL |
| 8 | P.S. SAN ANTONIO DE CHACLLA | SAN ANTONIO DE CHACLLA | I-2 | PRIMER NIVEL |
| 9 | P.S. SAN JUAN DE IRIS | SAN JUAN DE IRIS | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 10 | C.S. HUINCO | SAN PEDRO DE CASTA | I-3 | PRIMER NIVEL |
| 11 | P.S. SAN PEDRO DE CASTA | SAN PEDRO DE CASTA | I-2 | PRIMER NIVEL |
| 12 | P.S. CUMPE | SAN PEDRO DE CASTA | I-1 | PRIMER NIVEL |

| JURISDICCIÓN DE LA MICRO RED LANGA | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|-----------|-------------------|
| Nº | ESTABLECIMIENTO | DISTRITO | CATEGORÍA | NIVEL DE ATENCIÓN |
| 1 | P.S. ANTIOQUIA | ANTIOQUIA | I-2 | PRIMER NIVEL |
| 2 | P.S. NIEVE NIEVE | NIEVE NIEVE | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 3 | P.S. SAN JOSE DE LOS CHORRILLOS | CUENCA | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 4 | P.S. LANCHI | CUENCA | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 5 | P.S. SAN MARTÍN DE ORCOCOTO | SAN JOSE DE LOS CHORRILLOS | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 6 | P.S. LAHUAYTAMBO | LAHUAYTAMBO | I-2 | PRIMER NIVEL |
| 7 | P.S. CANLLE | CANLLE | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 8 | C.S. LANGA | LANGA | I-3 | PRIMER NIVEL |
| 9 | P.S. ESCOMARCA | LANGA | I-2 | PRIMER NIVEL |
| 10 | P.S. MARIATANA | MARIATANA | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 11 | P.S. CALAHUAYA | MARIATANA | I-2 | PRIMER NIVEL |
| 12 | P.S. SANTO DOMINGO DE LOS OLLEROS | SANTO DOMINGO DE LOS OLLEROS | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 13 | P.S. MATARA | SANTO DOMINGO DE LOS OLLEROS | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 14 | P.S. VILLA JARDIN CUCUYA | SANTO DOMINGO DE LOS OLLEROS | I-2 | PRIMER NIVEL |

| JURISDICCIÓN DE LA MICRO RED RICARDO PALMA | | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------|-----------|-------------------|
| Nº | ESTABLECIMIENTO | DISTRITO | CATEGORÍA | NIVEL DE ATENCIÓN |
| 1 | C.S. RICARDO PALMA | RICARDO PALMA | I-4 | PRIMER NIVEL |
| 2 | P.S. SAN ANDRES DE TUPICOCHA | SAN ANDRES DE TUPICOCHA | I-2 | PRIMER NIVEL |
| 3 | P.S. SAGRADO CORAZON DE JESUS | SAN ANTONIO DE CHAGLLA | I-2 | PRIMER NIVEL |
| 4 | P.S. PEDRO ABRAHAM LOPEZ GUILLÉN | SAN ANTONIO DE CHAGLLA | I-2 | PRIMER NIVEL |
| 5 | P.S. SAN BARTOLOME | SAN BARTOLOME | I-2 | PRIMER NIVEL |
| 6 | P.S. LA MERCED DE CHAUTE | SAN BARTOLOME | I-2 | PRIMER NIVEL |
| 7 | P.S. SAN DAMIAN | SAN DAMIAN | I-2 | PRIMER NIVEL |
| 8 | P.S. SÚNICANCHA | SAN DAMIAN | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 9 | P.S. TAPICARA | SAN MATEO DE OTAO | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 10 | P.S. CANCHACALLA | SAN MATEO DE OTAO | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 11 | C.S. LANCA | SAN MATEO DE OTAO | I-3 | PRIMER NIVEL |
| 12 | P.S. CUMBE | SAN MATEO DE OTAO | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 13 | C.S. COCACHACRA | SANTA CRUZ DE COCACHACRA | I-3 | PRIMER NIVEL |
| 14 | P.S. CORCONA | SANTA CRUZ DE COCACHACRA | I-2 | PRIMER NIVEL |
| 15 | C.S. SANTA EULALIA | SANTA EULALIA | I-3 | PRIMER NIVEL |
| 16 | C.S. BUENOS AIRES | SANTA EULALIA | I-3 | PRIMER NIVEL |
| 17 | P.S. HUAYARINGA ALTA | SANTA EULALIA | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 18 | P.S. EL PARAISO | SANTA EULALIA | I-2 | PRIMER NIVEL |
| 19 | P.S. SANTIAGO DE TUNA | SANTIAGO DE TUNA | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 20 | P.S. EL VALLE | SAN ANTONIO DE CHAGLLA | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 21 | P.S. SAN ANTONIO | SAN ANTONIO DE CHAGLLA | I-1 | PRIMER NIVEL |

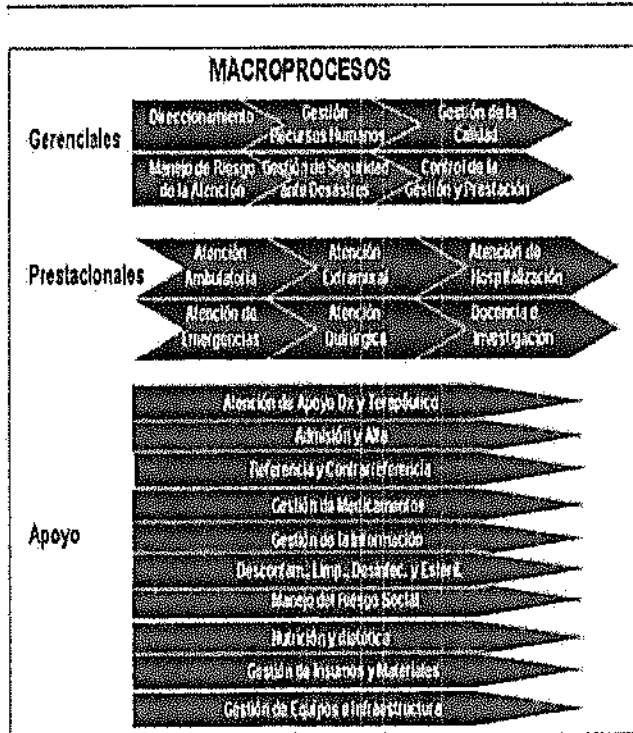
| JURISDICCIÓN DE LA MICRO RED HUAROCHIRÍ | | | | |
|---|------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------|
| N° | ESTABLECIMIENTO | DISTRITO | CATEGORÍA | NIVEL DE ATENCIÓN |
| 1 | C.S. HUAROCHIRI | HUAROCHIRI | I-3 | PRIMER NIVEL |
| 2 | P.S. LUPO | HUAROCHIRI | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 3 | P.S. SAN JUAN DE TANTARANCHE | SAN JUAN DE TANTARANCHE | I-2 | PRIMER NIVEL |
| 4 | C.S. SAN LORENZO DE QUINTI | SAN LORENZO DE QUINTI | I-2 | PRIMER NIVEL |
| 5 | P.S. HUANCHAC | SAN LORENZO DE QUINTI | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 6 | P.S. SAN PEDRO DE HUANCAYRE | SAN PEDRO DE HUANCAYRE | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 7 | P.S. SANGALLAYA | SANGALLAYA | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 8 | P.S. HUANCATA | SANGALLAYA | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 9 | P.S. ALLOCA | SANGALLAYA | I-3 | PRIMER NIVEL |
| 10 | P.S. QUIRIPA | SANGALLAYA | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 11 | P.S. ANCHUCAYA | SANTIAGO DE ANCHUCAYA | I-2 | PRIMER NIVEL |

| JURISDICCIÓN DE LA MICRO RED MATUCANA (SAN MATEO) | | | | |
|---|----------------------------|-------------------------|-----------|-------------------|
| N° | ESTABLECIMIENTO | DISTRITO | CATEGORÍA | NIVEL DE ATENCIÓN |
| 1 | P.S. CHICLA | CHICLA | I-2 | PRIMER NIVEL |
| 2 | P.S. CASAPALCA | CHICLA | I-2 | PRIMER NIVEL |
| 3 | P.S. GARHUAPAMPA | SAN JUAN DE TANTARANCHE | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 4 | C.S. SAN MATEO DE HUANCHOR | SAN MATEO | I-3 | PRIMER NIVEL |
| 5 | P.S. SAN MIGUEL DE VISO | SAN MATEO | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 6 | P.S. PARAC | SAN MATEO | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 7 | P.S. YURACMAYO | SAN MATEO | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 8 | P.S. CHOCNA | SAN MATEO | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 9 | P.S. ICHOCA | SAN MATEO | I-1 | PRIMER NIVEL |
| 10 | C.S. SAN GERONIMO DE SURCO | SURCO | I-3 | PRIMER NIVEL |

| N° | ESTABLECIMIENTO | DISTRITO | CATEGORÍA | NIVEL DE ATENCIÓN |
|----|-------------------------------|----------|-----------|-------------------|
| 1 | HOSPITAL SAN JUAN DE MATUCANA | MATUCANA | II-1 | SEGUNDO NIVEL |

(ANEXO N° 2): MACROPROCESOS Y RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO DE PROCESOS EN RIS HUAROCHIRI

Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud
y Servicios Médicos de Apoyo



"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

RESPONSABLE DE MONITOREO DE AUTOEVALUACION POR MACROPROCESOS

| EVALUACION DE MACRO PROCESOS | | | RESPONSABLE DEL PROCESO PRINCIPAL | JEFE DE EQUIPO Y/O CATEGORIA DEL MACROPROCESO | |
|------------------------------|----------------|------|--|---|--|
| 1 | GERENCIALES | DIR | DIRECCIONAMIENTO | Obsta. Karina Loayza Cárdenas | MC JAIME VILLOSLADA LLANTOY Evaluador Líder |
| 2 | | GRH | PG Gestion de recursos humanos | Jefatura de recursos humanos | |
| 3 | | GCA | PG Gestion de la calidad | Obsta. Karina Loayza Cárdenas | |
| 4 | | MRA | PG Manejo de riesgo de atencion | Lic. Obsta. Katherine Flores Flores | |
| 5 | | GSD | PG Gestion de seguridad ante desastres | Lic. Nutricion Lourdes Huayta | |
| 6 | | CGP | PG Control de la gestion y prestacion | Obsta. Karina Loayza Cárdenas | |
| 7 | PRESTACIONALES | ATA | PP Atencion ambulatoria | Lic. Obsta. Katherine Flores Flores | OBSTA. KARINA LOAYZA CARDENAS |
| 8 | | AEX | PP Atencion extramural | Lic. Obsta. Katherine Flores Flores | |
| 9 | | ATH | PP atencion de hospitalizacion | Obsta. Karina Loayza Cárdenas | |
| 10 | | EMG | PP Atencion de emergencias | Obsta. Karina Loayza Cárdenas | |
| 11 | | INV | PP Investigacion | | |
| 12 | | DOC | PP Docencia | | |
| 13 | APOYO | ADT | PA Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento. | Lic. Obsta. Katherine Flores Flores | CD JORGE TOMAILLA TENZOA |
| 14 | | ADA | PA Admisión y alta | Obsta. Karina Loayza Cárdenas | |
| 15 | | RCR | Referencia y contrareferencia | Obsta. Karina Loayza Cárdenas | |
| 16 | | GMD | PA Gestion de medicamentos | Obsta. Karina Loayza Cárdenas | |
| 17 | | GIN | PA Gestion de la informacion. | Obsta. Karina Loayza Cárdenas | |
| 18 | | DLDE | PA Descontaminacion y limpieza, desinfeccion, esterilizacion | Lic. Obsta. Katherine Flores Flores | |
| 19 | | MRS | PA Manejo de riesgo social | Lic. Nutricion Lourdes Huayta | |
| 20 | | MNP | PA Manejo de nutrición de pacientes | Lic. Nutrición Lourdes Huayta | |
| 21 | | GIM | PA Gestion de insumos y materiales | Lic. Obsta. Katherine Flores Flores | |
| 22 | | GEIF | PA Gestion de equipos e Infraestructura | Obsta. Karina Loayza Cárdenas | |

“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO”

(ANEXO N° 03): CRONOGRAMA DE TELECAPACITACIÓN

| TELECAPACITACIÓN DE MACRO PROCESOS | | | | FECHA PROGRAMADA |
|------------------------------------|----------------|------|--|------------------|
| 1 | GERENCIALES | DIR | DIRECCIONAMIENTO | 27/09/2023 |
| 2 | | GRH | PG Gestión de recursos humanos | 27/09/2023 |
| 3 | | GCA | PG Gestión de la calidad | 27/09/2023 |
| 4 | | MRA | PG Manejo de riesgo de atención | 27/09/2023 |
| 5 | | GSD | PG Gestión de seguridad ante desastres | 27/09/2023 |
| 6 | | CGP | PG Control de la gestión y prestación | 27/09/2023 |
| 7 | PRESTACIONALES | ATA | PP Atención ambulatoria | 28/09/2023 |
| 8 | | AEX | PP Atención extramural | 28/09/2023 |
| 9 | | ATH | PP atención de hospitalización | 28/09/2023 |
| 10 | | EMG | PP Atención de emergencias | 28/09/2023 |
| 11 | | INV | PP Investigación | |
| 12 | | DOC | PP Docencia | |
| 13 | APOYO | ADT | PA Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento | 29/09/2023 |
| 14 | | ADA | PA Admisión y alta | 29/09/2023 |
| 15 | | RCR | Referencia y contra referencia | 29/09/2023 |
| 16 | | GMD | PA Gestión de medicamentos | 29/09/2023 |
| 17 | | GIN | PA Gestión de la información | 29/09/2023 |
| 18 | | DLDE | PA Descontaminación y limpieza, desinfección, esterilización | 29/09/2023 |
| 19 | | MRS | PA Manejo de riesgo social | 29/09/2023 |
| 20 | | MNP | PA Manejo de nutrición de pacientes | 29/09/2023 |
| 21 | | GIM | PA Gestión de insumos y materiales | 29/09/2023 |
| 22 | | GEIF | PA Gestión de equipos e infraestructura | 29/09/2023 |

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

(ANEXO N° 04) :CRONOGRAMA DE AUTOEVALUACION DE MACRO PROCESOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL Y HOSPITAL SAN JUAN DE MATUCANA DE RIS.

| | | EVALUACION DE MACRO PROCESOS | | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINO |
|----|----------------|------------------------------|--|-----------------|------------------|
| 1 | GERENCIALES | DIR | DIRECCIONAMIENTO | 16/10/2023 | 17/10/2023 |
| 2 | | GRH | PG.Gestión de recursos humanos | 18/10/2023 | 18/10/2023 |
| 3 | | GCA | PG Gestión de la calidad | 19/10/2023 | 23/10/2023 |
| 4 | | MRA | PG Manejo de riesgo de atención | 24/10/2023 | 25/10/2023 |
| 5 | | GSD | PG Gestión de seguridad ante desastres | 26/10/2023 | 26/10/2023 |
| 6 | | CGP | PG Control de la gestión y prestación | 27/10/2023 | 27/10/2023 |
| 7 | PRESTACIONALES | ATA | PP Atención ambulatoria | 27/10/2023 | 27/10/2023 |
| 8 | | AEX | PP Atención extramural | 30/10/2023 | 30/10/2023 |
| 9 | | ATH | PP atención de hospitalización | 31/10/2023 | 31/10/2023 |
| 10 | | EMG | PP Atención de emergencias | 02/11/2023 | 03/11/2023 |
| 11 | | INV | PP Investigación | | |
| 12 | | DOC | PP Docencia | | |
| 13 | APOYO | ADT | PA Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento. | 06/11/2023 | 06/11/2023 |
| 14 | | ADA | PA Admisión y alta | 07/11/2023 | 07/11/2023 |
| 15 | | RCR | Referencia y contrareferencia | 08/11/2023 | 08/11/2023 |
| 16 | | GMD | PA Gestión de medicamentos | 09/11/2023 | 10/11/2023 |
| 17 | | GIN | PA Gestión de la información. | 13/11/2023 | 13/11/2023 |
| 18 | | DLDE | PA Descontaminación y limpieza,desinfección,esterilización | 14/11/2023 | 14/11/2023 |
| 19 | | MRS | PA Manejo de riesgo social | 15/11/2023 | 15/11/2023 |
| 20 | | MNP | PA Manejo de nutrición de pacientes | 15/11/2023 | 15/11/2023 |
| 21 | | GIM | PA Gestión de Insumos y materiales | 16/11/2023 | 16/11/2023 |
| 22 | | GEIF | PA Gestión de equipos e infraestructura | 16/11/2023 | 16/11/2023 |

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

(ANEXO N° 05) :AFICHE COMUNICACIONAL DE AUTOEVALUACION 2023

