

## RESOLUCION DIRECTORAL

Sicuani, 17 de mayo de 2024.

2024-GR.CUSCO/DRSC/UE.409-HACRS/DE.  
VISTO: El Informe Numero 215-2024-GR-CUSCO/GRSC/U.E.409-HACRS/OGC y Memorandum Numero 534-2024-GR.CUSCO/DRSC/UE.409-HACRS/DE.

### CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 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;

Que, mediante Resolución Ministerial Numero 456-2007/MINSA, se aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V-02, " Normas Técnicas de Salud Para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"; cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuenten con capacidad para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos:

Que, evaluación es la autoevaluación es la fase inicial obligatoria de la evaluación del proceso de acreditación, en 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;

Que, mediante Resolución Ministerial 270-2009/MINSA, se aprueba la Guía Técnica de Evaluación Para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, teniendo entre otros objetivos, la de proporcionar elementos metodológicos para uniformizar los procedimientos para la autoevaluación y la evaluación externa, asimismo establece el esquema para la elaboración del Plan de Autoevaluación, el mismo que debe ser elaborado por el Equipo Evaluador Seleccionado;

Que, mediante Informe Numero 215-2024-GR CUSCO/GRSC/U.E.409-HACRS/OGC, la jefa de la Oficina de Calidad presenta el Plan de Autoevaluación 2024, dando cumplimiento al Plan Táctico 2024 según la norma Técnica 050-MINSA/DGSP.V.02 de acreditación, siendo la finalidad promover una atención de Calidad a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación con los instrumentos de calidad que se otorgan con el compromiso a orientar y mejorar la satisfacción de los usuarios y mejorar las capacidades de todo el personal que labora en la institución;

Que, mediante Memorandum N°.534-2024-GR.CUSCO/DRSC/UE.409-HACRS/DE, la Dirección de la Unidad Ejecutora 409 Hospital Alfredo Callo Rodríguez, dispone la emisión de la correspondiente Resolución Directoral de aprobación del Plan de Autodevaluación, para la Unidad Ejecutora 409 Hospital Alfredo Callo Rodríguez;

En uso de las facultades administrativas delegadas mediante, Ley 27783 Ley de bases de descentralización, Ley 27867 Ley orgánica de Gobiernos Regionales y su Modificatoria aprobada por Ley 27902, Resolución Ministerial 879-2004/MINSA, que aprueba el Convenio 028-2004-MINSA y Resolución Gerencial Regional Numero 075 - 2024 -GR CUSCO/GERESA, sobre Asignación de Funciones de la Dirección de la Unidad Ejecutora N° 409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez;

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

### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO 1º.** - APROBAR, el documento denominado "PLAN DE AUTOEVALUACION-2024" de la Unidad Ejecutora 409 Hospital Alfredo Callo Rodríguez, que en diez (17) folios debidamente visados forman parte de la presente resolución.

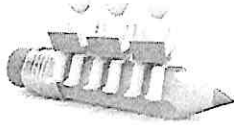
**ARTÍCULO 2º.** TRANSCRIBIR la presente resolución a la Jefatura de Calidad y áreas correspondientes, para su conocimiento y fines consiguientes.

REGISTRESE Y COMUNÍQUESE.

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
UE.409-HACR-SICUANI-ONGCIB  
Juan M. Gutiérrez Florez  
DIRECTOR EJECUTIVO  
UNIDAD EJECUTIVA  
HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ - SICUANI

Es copia fiel del Original  
Lo que transcribo a Ud. para su conocimiento y demás fines consiguientes.  
Sicuani  
22 MAYO 2024  
UNIDAD EJECUTIVA  
HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ  
Juan M. Gutiérrez Florez  
REGISTRO ESCALATOR RRHH





¡Todos evaluamos!

# PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2024



Dr. Telemaco Moran Bravo.  
**DIRECTOR EJECUTIVO DE LA U.E.N°409-HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ.**

Lic. Lucia Ramos Chura  
**RESPONSABLE DE LA OFICINA DE GESTION CALIDAD SANITARIA**

Dr. Telémaco Moran Bravo.

M.C. Cesia Oporto Ovalle.

Lic. Lucia Ramos Chura.

Lic. Victoria Araoz Fernández.

Obst. Gloria Menéndez López.

**EQUIPO DE ACREDITACION**

Lic. Heydi Yesica Zambrano Choqqe.

Lic. María Huahuasoncco Puma.

Lic. Victoria Araoz Fernández.

M.C. Cesia Oporto Ovalle.

Lic. Nahit Kety Mercado Visa

Lic. Lucia Agripina Ramos Chura.

Obst. Edith Teresa Ochoa Gallegos.

Lic. Ángela Shirley Maquera Aparicio.

Lic. Ruth Tapia Pacsi.

Lic. Dancy Labra Huamanvilca.

Obst. Gloria Rosa Menéndez López.

Lic. Alicia Callo Aguilar.

Lic. Soledad Vilca Condori.

Lic. Deysi Judith Condori Puma.

**EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS**



SICUANI, 2024



Hagamos  
**HISTORIA**

Gobierno Regional  
de Cusco

Gerencia  
Regional de  
Salud

U.E. N° 409  
ALFREDO CALLO RODRIGUEZ  
Sicuani

Unidad De Gestion  
De Calidad



"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

## INTRODUCCION

La calidad de salud requiere mencionar algunas definiciones, como por ejemplo Edwards Deming, padre de la gerencia de calidad total, define la calidad como: "Hacer lo correcto en forma correcta y de manera inmediato"<sup>1</sup>. Por otro lado Avedis Donabedian, afirma que la calidad técnica, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos (aspecto de control de la calidad: Estructura, proceso y Resultado)<sup>2</sup>, y para la cooperación técnica de OPS (1998), la calidad es el conjunto de características de los bienes y servicios que logran satisfacer las necesidades y expectativas, tanto del usuario como de la comunidad y también del trabajador en salud, que presta sus servicios dentro del equipo de atención<sup>3</sup>.

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

En el año 2006 el País establece la implementación del sistema de gestión de la calidad, cuyo componente fundamental es la Garantía y Mejora, que comprende el Proceso de Acreditación de los servicios de Salud; en concordancia a ello el 2009 se aprueba las políticas de calidad donde se precisa que el proceso de acreditación responde a la Política N°07

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

El 2007 el Ministerio de salud aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP V 02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es "Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definido" de aplicación en todo los establecimientos de salud de los sub sectores públicos, privados y mixtos en el ámbito Nacional.

A partir de la aprobación de la Norma técnica de acreditación de establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo, el País cuenta con cuatro Establecimientos de Salud Acreditados y la Gerencia Regional de Salud no cuenta con servicios de salud Acreditados, sin embargo, realiza acciones de difusión de la norma, mejora de capacidades y el desarrollo de la autoevaluación (evaluación interna) en el ámbito regional, sin haber desarrollado la segunda fase de Evaluación Externa hasta la fecha.

<sup>1</sup> Gestión de la calidad: Conceptos, enfoques, modelos y sistemas, César Camisón Sonia Cruz Tomás González, pag 183 y 237 :<https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/64db843c11e52aaf913a5322feafd3d8.pdf>

<sup>2</sup> Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema, Adalberto E. Llinás Delgado, <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n1/v26n1a14.pdf>

<sup>3</sup> La cooperación de la organización panamericana de la salud ante los procesos de reforma del sector salud, OPS, [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6207/La-cooperacion\\_doc040.pdf?sequence=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6207/La-cooperacion_doc040.pdf?sequence=1)



Hagamos  
**HISTORIA**

Gobierno Regional  
de Cusco

Gerencia  
Regional de  
Salud

U.E. N° 409  
ALFREDO CALLO RODRIGUEZ  
Sicuani

Unidad De Gestion  
De Calidad



"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

El proceso de Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, en nuestro país es de carácter obligatorio, cuyo propósito es tener conocimiento del cumplimiento de estándares en la provisión de servicios de salud, sin embargo, la coyuntura sanitaria actual nos obliga a priorizar dicho proceso, focalizándonos en el Sub Sector Público de Salud del Gobierno Regional de Cusco, para dicho efecto se estableció un muestreo no probabilístico intencionado, que sea representativo en la totalidad de niveles y categorías de los establecimientos de salud, que en suma fueron 80 establecimientos de salud de los 346, considerando los criterios de exclusión de los establecimientos de salud que no cuentan con estándares específicos para la categoría que ostenta, como también se excluye los establecimientos de salud que no cumplieron con los procedimientos para la autoevaluación.



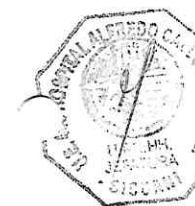
Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo autoevaluados representan el 23% de la totalidad de Establecimientos de salud del sub sector -Gobierno Regional y el 10.1% de los establecimientos de salud del sector salud del ámbito de la Región Cusco. El cumplimiento de los estándares en los tres niveles de atención del ámbito del sub sector -Gobierno Regional Cusco-, están por debajo del 85% de cumplimiento de los estándares determinados por la norma técnica de Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.



La media inferencial del cumplimiento de estándares de los establecimientos de salud del Nivel I fue del  $\mu = 37.28$  IC95%[31.968; 42.592];  $\mu = 36.13$  IC95%[32.035; 40.232];  $\mu = 56.583$ , IC95%[45.995; 67.172], y  $\mu = 42.625$ , IC95%[27.744; 57.506] de las categorías 1, 2, 3 y 4 respectivamente, con un valor de  $p < 0.05$ . La media inferencial del cumplimiento de estándares de los establecimientos de salud del Nivel II fue del  $\mu = 54.000$ , IC95%[48.046; 59.954]. La media del Nivel III fue del  $X = 51.064$ , IC95%[42.023; 60.106], con un valor de  $p < 0.05$ .



Se identificó 11 macroprocesos y 15 estándares priorizados y transversales a los tres niveles de atención, que están comprendidos en las tres categorías, Direccionamiento, Prestacional y de Apoyo.



El Hospital Alfredo Callo Rodríguez, desarrolló la última autoevaluación en el año 2023 llegando a un resultado final de cumplimiento de estándares al 57%.

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



## JUSTIFICACIÓN

El Documento Técnico "Sistema de gestión de la Calidad en Salud", en su componente de Garantía y Mejora establece la implementación del proceso de acreditación de los servicios de salud; así como el documento técnico de "Política Nacional de Calidad en Salud" en su séptima política, plantea como objetivo, mejorar la calidad de la atención

de salud de manera sistemática y permanente a través de la aplicación de la estrategia de acreditación de establecimientos y servicios médicos de apoyo.

*"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"*

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

El nivel nacional estableció los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2024, donde incorporan la autoevaluación como indicador de proceso de mejora para el presente ejercicio fiscal.

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

**Finalidad** Realizar una evaluación interna para conocer en una primera etapa la capacidad que tiene el hospital para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares Nacionales previamente definidos, para posteriormente realizar el proceso de acreditación como un proceso periódico destinado a fortalecer las capacidades de los equipos técnicos de la institución con el propósito de mejorar la gestión de los servicios que satisfagan las necesidades de los pacientes.

## II. Objetivo

Determinar el grado de cumplimiento de los Macroprocesos, Procesos, Estándares y Criterios establecidos en la Norma Técnica de Acreditación de Servicios de Salud, a través de la autoevaluación en la MR y Hospital Priorizado para el ejercicio fiscal 2024

## III. Objetivos Específicos:

- Fortalecer las competencias de los evaluadores internos para la acreditación de la institución.
- Desarrollar el proceso de autoevaluación para la acreditación.
- Desarrollar las acciones de mejora según los resultados de la autoevaluación para el cumplimiento de los estándares de acreditación que permitan la acreditación institucional.
- Promover una cultura de calidad a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación.

## IV. Alcance

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

## V. Base Legal

Ley N° 26842, Ley General de Salud  
Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud  
Ley N° 30895, Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud  
Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos regionales.  
Ley N° 27444, Ley General de Procedimientos Administrativos

Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud

D.S. N° 013-2006-SA, que aprueba el "reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo

R.M. N° 405-2005/MINSA, Reconocen que las Direcciones Regionales de Salud Constituyen la Única Autoridad de Salud en cada Gobierno regional

R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de gestión de la Calidad en Salud"

R.M. N° 727-2009/MINSA, que aprueba el documento técnico de "Política Nacional de Calidad en Salud"

R.M. N° 2007/MINSA, que aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP V 02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

R.M. N° 072-2008/MINSA, que modifica la NTS N°050-MINSA/DGSP V 02 respecto a los miembros de las Comisiones sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud

R.M. N° 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo"

R.M. N° 370-2009/MINSA, Aprobar la Directiva Administrativa N°151-MINSA/DGSP-V.01 "Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funciones de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud"

D.S. N° 021-2022-SA, que establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2024

## VI. DEFINICIONES OPERATIVAS Y CONCEPTOS BÁSICOS DE ACREDITACIÓN

### 6.1 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.

- **Guía Técnica:** La Guía del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, tiene por finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación.

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

### 6.2. CONCEPTOS BÁSICOS

- **Acreditación:** es un proceso de evaluación 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 la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

- **Gestión de la Calidad:** es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión la calidad y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.



Hagamos  
**HISTORIA**

Gobierno Regional  
de Cusco

Gerencia  
Regional de  
Salud

U.E. N° 409  
ALFREDO CALLO RODRIGUEZ  
Sicuani

Unidad De Gestion  
De Calidad



"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

• **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 garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.

**Planificación de la Calidad:** es la acción que permite definir las políticas generales y objetivos de calidad, a partir de los cuales se articularán los esfuerzos posteriores de compromiso y participación en el proceso de desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

• **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 sus dependencias públicas y privadas del nivel nacional, regional y local, en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión.

## VII. RESULTADO DE LA AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN HAL 2023

Establecimiento : 00002378-SICUANI  
 Tipo de Establecimiento : II-1  
 Fase: AutoEvaluación  
 Año: 2023  
 Periodo : 1

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios					MACROPROCESO			CATEGORIAS		
		E	P	R	T	Total	Total	%	Puntaje Max x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría	
Direccionamiento	11	6	4	1	11	52.48	24.70	47.06	202.05	109.17	54.03	
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	39.36	25.47	64.71				
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	45.92	29.68	64.63				
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	45.92	24.47	53.30				
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.12	5.86	44.64				
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	32.80	13.88	42.31	230.91	136.45	59.09	
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	45.92	24.11	52.50				
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Atención de hospitalización	24	5	12	7	24	45.92	22.96	50.00				
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	45.92	30.21	65.79				
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	45.92	31.26	68.09	144.32	83.96	58.18	
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	1	9	1	11	16.40	4.85	29.55				
Admisión y alta	16	3	7	6	16	16.40	11.25	68.57				
Referencia y contrareferencia	13	9	1	3	13	16.40	13.94	85.00				
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	16.40	11.35	69.23	144.32	83.96	58.18	
Gestión de la información	14	6	7	1	14	16.40	7.49	45.65				
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	16.40	9.61	58.62				
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	16.40	9.69	59.09				
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10	16.40	13.02	79.41				
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	16.40	5.05	30.77	144.32	83.96	58.18	
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	16.40	9.16	55.88				
<b>Total</b>	<b>328</b>	<b>128</b>	<b>159</b>	<b>41</b>	<b>328</b>	<b>577.28</b>	<b>328.01</b>		<b>577.28</b>	<b>329.58</b>		
									Puntaje Final (%)	<b>57</b>		

En el Cuadro N°1, muestra el puntaje final de la Autoevaluación es igual a **57%** (**No Aprobado**), según la NT N°050-MINSA/DGSP-V.02. Para obtener un puntaje aprobatorio debe ser mayor o igual al 85% del cumplimiento del total de criterios establecidos en el Listado de Estándares de Acreditación. Subsanan 09 meses para levantar las observaciones realizadas.

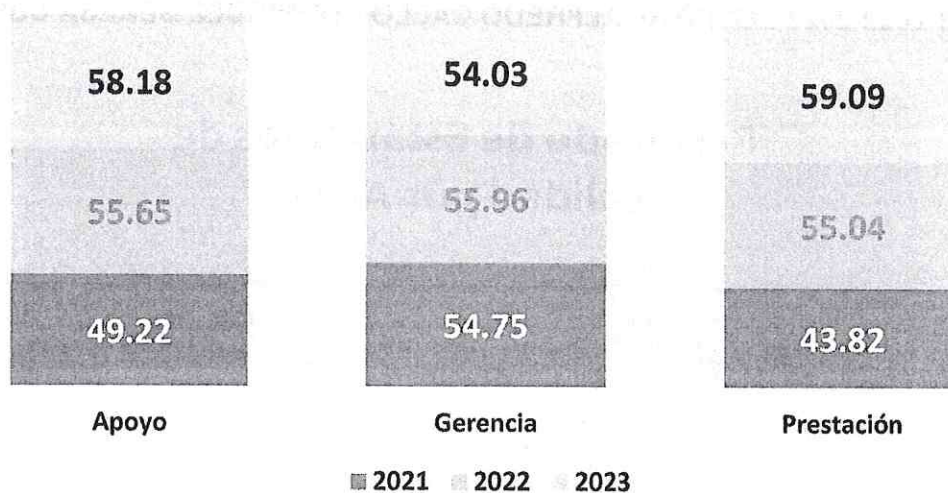
**RESULTADOS FINALES DE CUMPLIMIENTO DE AUTOEVALUACION POR AÑOS 2021-2022-2023-HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ GERESA CUSCO**



**ANALISIS.** - Como resultado final el año 2023 logramos solo el 57.09 respecto al año 2021 con una variación porcentual de Solo el 8.09%, este incremento se tuvo con el grupo de MP Prestacional y en menor escala en los MP Gerencial. Finalmente nos refleja que tenemos que implementar procesos y acciones de Mejora continua, en los MP con resultados de 0 y 1, los cuales tienen que tener asistencia técnica para el logro de los objetivos.

## RESULTADOS DE ESTANDARES DE CALIDAD POR CATEGORIAS 2021-2022-2023 – HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ-GERESA CUSCO

### RESULTADOS DE ESTANDARES DE CALIDAD POR CATEGORIAS 2021-2022-2023-HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ-GERESA CUSCO



En el Cuadro, muestra los resultados de desempeño de cumplimiento a nivel de Categorías, comparativo con el año 2021, 2022 y 2023. Siendo que, en la **Categoría Gerencial**, se obtuvo en el año 2021 el 54.75% y en el presente año 2023 el puntaje obtenido de 54.03% un promedio por debajo de 0.72%.

Esta categoría de MP son de fundamental importancia para el mejor desempeño de la IPRESS y están relacionados con las decisiones para garantizar un rumbo adecuado en el manejo de los grandes recursos y objetivos institucionales



**En categoría prestacional** en el año 2021 fue el 43.82% y en el presente año 2023 alcanzo un cumplimiento de 59.09%, puntaje obtenido mejor a los dos años anteriores que se incrementó un 15.27% de mejoras en varios estándares.

Estos Macroprocesos son la razón de ser de la organización en los servicios de salud en prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, lo que evidencia que se implementaron las recomendaciones post-Autoevaluación del año pasado, importante para elevar el nivel de atención al paciente y obviamente el usuario interno para el desempeño de sus funciones en una institución con procesos adecuados.

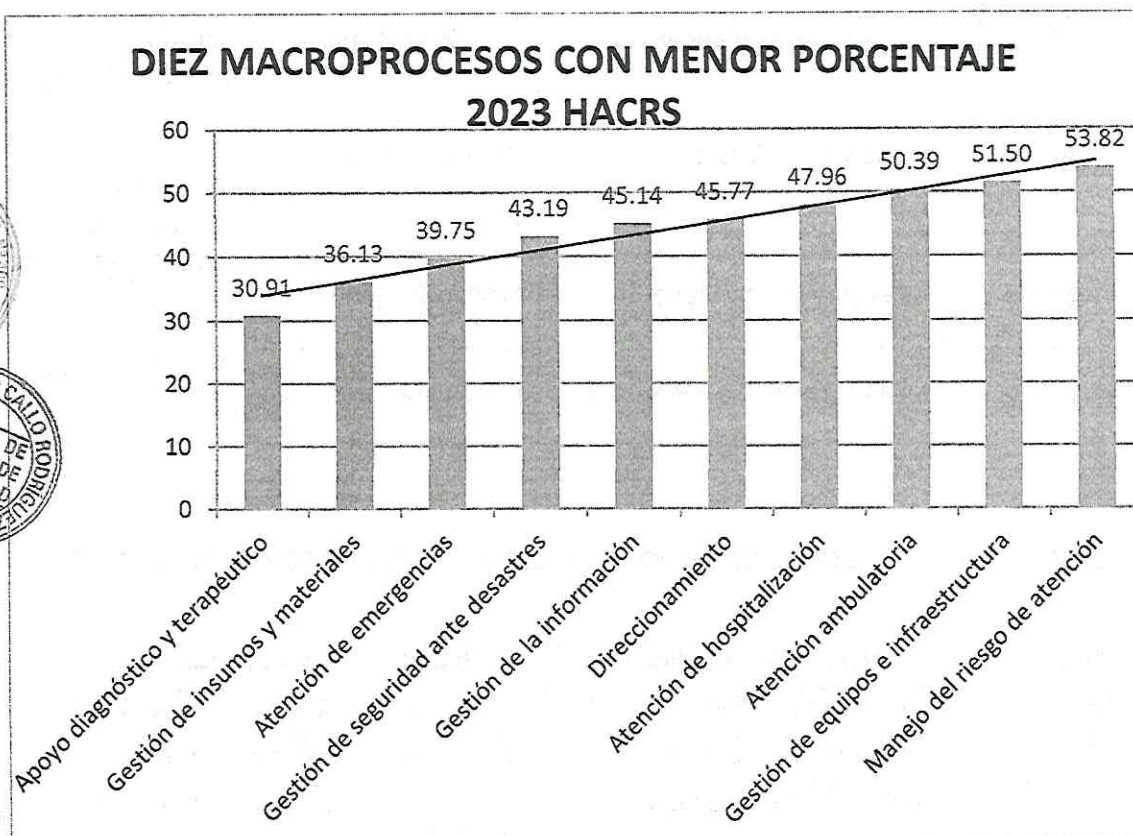


**En categoría de apoyo al diagnóstico** en el año 2021 se cumplió el 49.22% y para el presente año 2023 obtuvo el 58.18% un mejoramiento del 8.96% de estándares teniéndose que realizar acciones de mejora continua.

Estos macroprocesos están relacionados con las actividades complementarias muy necesarias para que los anteriores procesos se cumplan dentro de los procesos y procedimientos que los servicios deben de desarrollar.

"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

**RESULTADOS POR ESTANDARES DE CALIDAD SEGÚN MACROPROCESOS A INTERVENIR PARA LAS ACCIONES DE MEJORA – 2023 - HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ GERESA CUSCO**



Se puede evidenciar diez Macroprocesos de menor cumplimiento y son: Apoyo diagnóstico y terapéutico con el grado de cumplimiento del 30.91%, MP de Gestión de Insumos y materiales con 36.13%. MP de Atención de Emergencias el 39.75%, seguido del MP de Gestión de seguridad ante desastres el 43.19% , MP de Gestión de la Información el 45.14%, MP de Direccionamiento con 45.77%, MP de Atención de Hospitalización el 47.96%, MP de Atención Ambulatoria con 50.39%, MP de Gestión de Equipos e Infraestructura con 51.50% y el MP de Manejo del Riesgo de la Atención cumple el 53.82%

Los mencionados criterios forman parte de análisis a profundizar los procesos de evaluación con mayor objetividad, a efectos de que los planes de mejora sean más directos en sus intervenciones.

**VIII. CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE ACREDITACIÓN Y EQUIPOS DE EVALUACIÓN:**

Los responsables del presente Plan, son los integrantes del "Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos" designados por R.D; de acuerdo a su capacitación, compromiso con el proceso y responsabilidad en la toma de decisiones. Está conformado de la siguiente manera

### EQUIPO DE ACREDITACION DEL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ.

Equipo	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo Actual
Coordinador	Cesia Oporto Ovalle.	Medico Auditor	Responsable del componente de Auditoria de la Calidad en Salud.
Integrante	Telémaco Moran Bravo	Médico Cirujano	Director del HACRS
Integrante	Lucia Agripina Ramos Chura	Enfermera	Responsable de Calidad

### EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DEL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ

Equipo	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo Actual
Coordinador	Lucia Agripina, Ramos Chura	Enfermera	Responsable de Calidad
Líder	María, Huahuasonco Puma.	Enfermera	Enfermera asistencial
Líder	Ángela Shirley, Maquera Aparicio	Enfermera	Enfermera asistencial
Integrante	Victoria, Araoz Fernández	Enfermera	Jefatura de Enfermería
Integrante	Edith Ochoa Gallegos	Obstetra	Jefatura de Unidad de Seguros
Integrante	Cesia Oporto Ovalle	Medico Auditor	Coordinadora de Auditoria de la Calidad en Salud
Integrante	Nahit Kety Mercado Visa	Enfermera	Responsable del Área de Atención de Recién Nacido – Alojamiento Conjunto.
Integrante	Alicia Callo Aguilar	Enfermera	Responsable de CRED
Líder	Heydi Yesica, Zambrano Choque	Enfermera	Enfermera asistencial
Integrante	Ruth , Tapia Pacsi	Enfermera	Enfermera responsable del servicio de Centro Quirúrgico

"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Líder	Dancy Labra Huamanvilca	Enfermera	Responsable de Epidemiología
integrante	Telémaco Moran Bravo	Médico Cirujano	Director del HACRS
Integrante	Gloria Menéndez López	Obstetra	Jefatura de Obstetricia
Integrante	Soledad Vilca Condori	Enfermera	Enfermera asistencial
Integrante	Deysi Condori Puma	Enfermera	Enfermera asistencial

**IX. HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS DE LA EVALUACIÓN:**

**9.1 HERRAMIENTAS:** \*Verificación/Revisión. \*Observación. \*Entrevista. Encuesta

**9.2 METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:**

Se inicia con la planificación de evaluación por parte del equipo de evaluadores Internos con la participación del equipo de salud.

Presentación y socialización de los estándares de acreditación al personal del Establecimiento de salud,

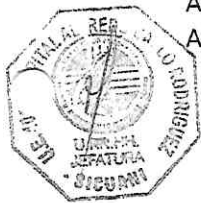
- La implementación de las acciones de autoevaluación se utilizará las técnicas: Verificación de las evidencias (documentos, instrumentos, normas, actas, Informes, etc.)

Observación directa de los procesos que requieran: Entrevistas, Encuestas Evaluación de registro de la Historia Clínica

El instrumento que se empleará durante la autoevaluación será el listado de Estándares de acreditación aprobado y vigente

**X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN**

Anexo A PAES Actividades  
Anexo B PAES Presupuesto

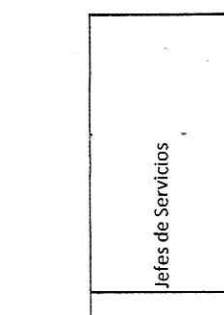

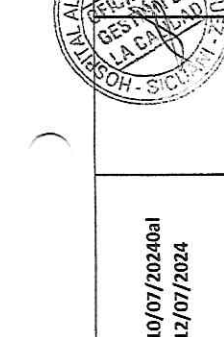

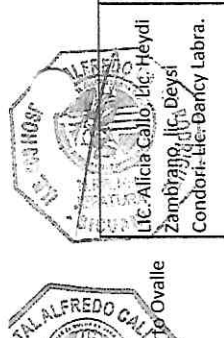
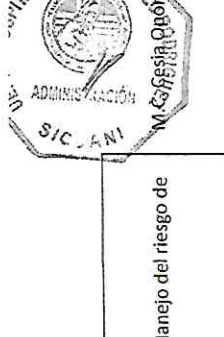
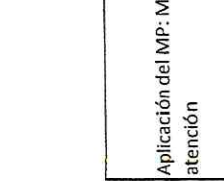



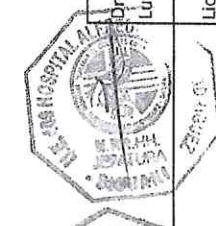
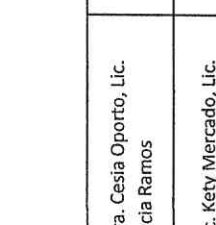
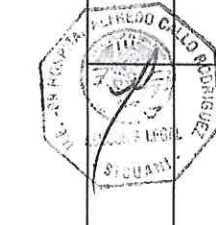

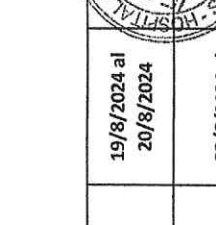
*Lic. Lucía Ramos Chura*  
C.E.P. 8088



**ANEXO A: ACTIVIDADES/MACROPROCESOS, RESPONSABLES Y CRONOGRAMA DEL PAES: RSS/ HOSPITAL-ALFREDO CALLO RODRIGUEZ- GERESA CUSCO 2024**

ACTIVIDADES/ MACROPROCESOS	RESPONSABLES DE LAS ACTIVIDADES/ SUB EQUIPO DE MACROPROCESOS	EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS	CRONOGRAMA					RESPONSABLE EVALUADO(S)	
			PERIODO	JUN	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE		OCTUBRE
Reunión del Equipo Evaluador: asignación del Líder/Coordinador/Responsable	Jefe de la Oficina de Calidad del Hospital	Lic. Heydi Zambrano Choque.	31/03/2024						
Reunión del Equipo Evaluador, para el análisis del Listado de Estándares de Acreditación	Líder/Coordinador/Responsable	Lic. María Huahuasoncco Puma. Lic. Victoria Araoz Fernández.	16/04/2024						
Organización para la elaboración del PAES: Designación de los responsables por macroprocesos	Líder/Coordinador/Responsable	M.C. Cesia Oporto Ovalle. Lic. Nahit Kety Mercado Visa Lic. Lucia Ramos Chura. Obst. Edith Ochoa Gallegos. Lic. Ángela Maquera Aparicio.	16/04/2024						
Elaboración del PAES	Equipo de Evaluadores Internos	Lic. Ruth Tapia Pacsi. Lic. Dancy Labra Huamanvilca. Obst. Gloria Menendez. Lic. Alicia Callo Aguilar. Lic. Soledad Vilca Condori. Lic. Deysi Condori Puma.	17/04/2024						
Presentación del PAES a la Dirección para su Aprobación con RD	Equipo de evaluadores Internos		15/05/2024						
Reunión del Equipo Evaluador con el Equipo Evaluado/ jefes/ responsables: presentación del Plan y revisión de los estándares.	Equipo de Evaluación Interna		31/05/2024						
Comunicación del Inicio de la Autoevaluación a la Unidad/Oficina de Calidad de la Red/ Hospital	Líder/Coordinador/Responsable			19/06/2024					
Aplicación del MP: Direccionamiento		Ob. Cesia Oporto. Lic. Lucia Ramos					8/07/2024 al 9/07/2024		Sr. Pascual, Lic. Dancy, M.C. Grizel, Lic. Cesar.
Aplicación del MP: Gestión de recursos Humanos		Lic. Kety Mercado y Ob. Edith Ochoa .					8/07/2024 al 9/07/2024		Sr. Moises, Sra. Violeta, Sra Yadira
Aplicación del MP: Gestión de la Calidad		Lic. Ángela Maquera Lic. Heydi Zambrano						11/09/2024	Lic. Lucia, Dra. Cesia .

						
<p>Aplicación del MP: Manejo del riesgo de atención</p>	<p>Lic. Alicia Callo, Lic. Heydi Zambrano, Lic. Deysi Condori, Lic. Dancy Labra.</p>	<p>10/07/2024 al 12/07/2024</p>				<p>Jefes de Servicios</p>
<p>Aplicación del MP: Emergencias y desastres</p>	<p>Lic. Soledad Vilca. y Lic. Angela Maquera.</p>	<p>17/07/2024 al 19/07/2024</p>				<p>Lic. Cesar</p>
<p>Aplicación del MP: Control de la gestión y prestación</p>	<p>Lic. Heydi Zambrano y Lic. Lucía Ramos</p>	<p>23/07/2024 al 24/04/2024</p>				<p>Sr. Pascual, DRA.CESIA</p>
<p>Aplicación del MP: Atención Ambulatoria</p>	<p>Lic. Victoria Araoz, Lic. Angela Maquera y Lic. Ruth Tapia.</p>	<p>25/07/2024 al 31/07/2024</p>				<p>Lic. Jessica, Sr. Guillermo, Od. Samuel.</p>
<p>Aplicación del MP: Atención extramural</p>	<p>Responsable del Macroproceso Lic. Angela Maquera, Lic. Iviana Huahuasoncco, Obst. Edith Ochoa, Lic. Ruth Tapia, Lic. Dancy Labra. Lic. Victoria Araoz.</p>	<p>5/8/2024 al 9/8/2024</p>				<p>Jefes de servicios.</p>
<p>Aplicación del MP: Atención de Emergencia</p>	<p>Lic. Heydi Zambrano lic. Cesia Oporto. Lic. Lucía Ramos.</p>	<p>12/8/24 al 13/8/2024</p>				<p>Lic. Maria Rosa Cusiquispe</p>
<p>Aplicación del MP: Docencia e Investigación</p>	<p>Responsable del Macroproceso Lic. Lucía Ramos, Dra. Cesia Oporto.</p>	<p>14/8/2024 al 15/8/2024</p>				<p>Lic. Ruth Tapia . M.C. Nadia Calvo</p>
<p>Aplicación del MP: Atención Quirúrgica</p>	<p>Ob. Gloria Menendez,, lic. Maria Huahuasoncco. Lic. Dancy Labra. Lic. Kety Mercado. Lic. Alicia Callo.</p>	<p>14/8/2024 al 16/8/2024</p>				<p>Jefes de Laboratorio, Radiología, Refcon, Farmacia, Servicio Social</p>
<p>Aplicación del MP: Apoyo al diagnóstico y tratamiento</p>	<p>Dra. Cesia Oporto, Lic. Lucía Ramos</p>	<p>19/8/2024 al 20/8/2024</p>				<p>Ing. Katari.</p>
<p>Aplicación del MP: Admisión y Alta</p>	<p>Lic. Heydi Zambrano Choque</p>	<p>21/08/2024</p>				<p>Obst. Jholy</p>
<p>Aplicación del MP: Referencia y Contrarreferencia</p>	<p>Lic. Lucía Ramos lic. Angela Maquera</p>	<p>22/08/2024</p>				<p>QF. Gleny</p>
<p>Aplicación del MP: Gestión de Medicamentos</p>	<p>Lic. Heydi Zambrano, lic. Lucía Ramos</p>					

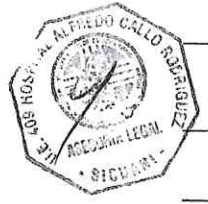
 Aplicación del MP: Gestión de Información	 Dra. Cesia Oporto, Lic. Lucia Ramos	 19/8/2024 al 20/8/2024	 19/8/2024 al 20/8/2024	 Ing. Katari
Aplicación del MP: esterilización, lavandería y limpieza	Lic. Kety Mercado, Lic. Maria Huahuasoncco, LIC. Alicia Callo.	22/8/2024 al 23/8/2024	 22/8/2024 al 23/8/2024	Lic. Yolinda, Jefe de Limpieza, jefe de lavandería
Aplicación del MP: Manejo del riesgo social	Lic. Lucia Ramos, Lic. Angela Maquera	27/08/2024	27/08/2024	jefe de Servicio Social.
Aplicación del MP: Manejo de nutrición de pacientes	Lic. Ruth Pacsi, Lic. Deysi Condori, Lic. Dancy Labra.	27/8/2024 al 28/8/2024	27/8/2024 al 28/8/2024	Nut. Daniel Cayo
Aplicación del MP: gestión de insumos y materiales	Lic. Dancy Labra, dra. Cesia Oporto, Lic. Lucia Ramos.	3/9/2024 al 4/9/2024	3/9/2024 al 4/9/2024	Jefe de Logística.
Aplicación del MP: Gestión de Equipos e Infraestructura	Lic. Kety Mercado y Lic. Heydi Zambrano, Lic. Alicia Callo.	5/9/2024 al 6/9/2024	5/9/2024 al 6/9/2024	Sra. Clotilde
Procesamiento de Datos	Lic. Lucia Ramos Chura.	10/09/2024	10/09/2024	
Análisis de resultados	Equipo de Evaluación Interna	12/09/2024	12/09/2024	
Elaboración del Informe técnico	Equipo de Evaluación Interna	18/09/2024	18/09/2024	
Presentación del Informe técnico a la Unidad/Oficina de Calidad	Equipo de Evaluación Interna			<b>10/10/2024</b>
Levantamiento de Observaciones (siempre que exista, de la unidad/ Oficina de calidad o la dirección)	Equipo de Evaluación Interna			<b>16/10/2024</b>
Entrega del informe técnico final.	Equipo de Evaluación Interna			<b>30/10/2024</b>



Dirección de Gestión y  
Cobertura Sanitaria

ANEXO B: ACTIVIDADES/MACROPROCESOS, RESPONSABLES, CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO DEL PAES: HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ-GERESA CUSCO 2024

ACTIVIDADES/ MACROPROCESOS	UNIDAD DE MEDIDA	META FISICA	BIENES, SERVICIOS, ACTIVOS NO FINANCIEROS	UM	META	COSTO UNITARIO s/.	COSTO SUB TOTAL s/.	CRONOGRAMA										PRESUPUESTO			RESPONSABLE DE LA GESTIÓN Y ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL			
								PERIODO DEL AÑO 2024										RO	OTROS	TOTAL				
								MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JUL	AGOS	SET	OCT.									
Reunión del Equipo Evaluador: asignación del Líder/Coordinador/Responsable	ACTA	1	23.15.1 (Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 un 01; Archivadores 20 un; USB 32 GB 24 Cantidad 03.	Kit	1	200	200.00	31/03/2024	16/04/2024								200.00			200.00	•Director del Hospital: Priorizar y autorizar la implementación del Plan. •Jefe de Planificación: Responsable de asignación y certificación del crédito presupuestal. •Jefe de Administración: Adquisición y entrega de bienes, servicios, activos no financieros. • Oficina de Calidad: canalizar el requerimiento. •Líder del equipo de autoevaluación: Solicitar el requerimiento.			
Reunión del Equipo Evaluador, para el análisis del Listado de Estándares de Acreditación	ACTA	3	23.15.1 (Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 un 01; Archivadores 20 un; USB 32 GB 24 Cantidad 03.	Kit																				
Organización para la elaboración del PAES: Designación de los responsables por macroprocesos	ACTA	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99; 23.1.2.1.2; 23.1.8: Equipo de Protección Kit (según norma).	kit																150.00		150.00		
Elaboración del PAES	PLAN	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99; 23.1.2.1.2; 23.1.8: Equipo de Protección Kit (según norma).	kit		30	150.00		16/04/2024															
Presentación del PAES a la Dirección para su Aprobación con RD	DOCUMENTO	1																						15/05/2024



Reunión del Equipo Evaluador con el Equipo Evaluado/ jefes/ responsables: presentación del Plan y revisión de los estándares.	ACTA	1	Equipo computacional- Tablet de 64 GB, 4 RAM.	Tablet	1	1300	1,300.00	1,300.00	-	1,300.00
Comunicación del inicio de la Autoevaluación a la Unidad/Oficina de Calidad de la Red/ Hospital	DOCUMENTO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Papel	Kit	1	10	10.00	10.00	19/06/2024	10.00
Aplicación del MP: Direccionamiento	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit:	kit	1				X	X
Aplicación del MP: Gestión de recursos Humanos	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit:	kit	1				X	X
Aplicación del MP: Gestión de la Calidad	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01;	kit	1				X	X
Aplicación del MP: Manejo del riesgo de atención	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01;	kit	1				X	X
Aplicación del MP: Emergencias y desastres	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01;	kit	1	200	200.00	200.00	X	X
Aplicación del MP: Control de la Gestión y prestación	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01;	kit	1				X	X
Aplicación del MP: Atención Ambulatoria	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01;	kit	1				X	X
Aplicación del MP: Atención Hospitalización	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01;	kit	1				X	X
Aplicación del MP: Atención de Emergencia	REGISTRO	1	23.15.1; 23.1.5.1.99;	kit	1				X	X
Aplicación del MP: Atención Quirúrgica	REGISTRO	1	23.15.1; 23.1.5.1.99;	kit	1				X	X
Aplicación del MP: Apoyo al diagnóstico y tratamiento	REGISTRO	1	23.1.6.1; 23.1.6.1.99;	kit	1				X	X
Aplicación del MP: Admisión y Alta	REGISTRO	1	23.1.2.1.2; 23.1.8; Equipo de Protección Kit	kit	1	30	30.00	30.00	X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X
			23.1.6.1; 23.1.6.1.99;						X	X
			23.1.2.1.2; 23.1.8;						X	X
			Equipo de Protección Kit						X	X
			23.1.5.1; 23.1.5.1.99;						X	X



