



# Resolución Directoral

Santa Anita, 28 de Junio del 2018

## VISTO:

El Expediente N° 18MP-04645-00, conteniendo el Informe N° 007-2018/OGC-HHV, solicitando la "Aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad 2018", y;

## CONSIDERANDO:

Que, mediante Ley N° 29889, se modifica el artículo 11° de la Ley N° 26842, señalándose que toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación. El Estado garantiza la disponibilidad de programas y servicios para la atención de la Salud Mental en número suficiente, en todo el territorio nacional; y el acceso a prestaciones de Salud Mental adecuadas y de calidad, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación;

Que, mediante Decreto Supremo N° 033-2015-SA, se aprueba el Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11° de la Ley N° 26842 – Ley General de la Salud, con la finalidad que se permita garantizar que las personas con problemas de Salud Mental tengan acceso universal y equitativo a las intervenciones de promoción y protección de la salud, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial, con visión integral y enfoque comunitario, derechos humanos, género e interculturalidad, en los diferentes niveles de atención;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"; y mediante Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, el "Manual para la Mejora Continua de la Calidad", cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua en salud en los establecimientos de salud y servicio médico de apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", a fin de contribuir a la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y sus actividades dirigidas a la Mejora Continua de los procesos a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad;

Que, por Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, por Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud en Auditoría de la Calidad de la atención en salud", cuya finalidad es contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud;





## Resolución Directoral

Santa Anita, 28 de Junio del 2018

Que, el artículo 17° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán (ROF), aprobado mediante Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM, señala que la Oficina de Gestión de la Calidad es la encargada de efectuar el monitoreo y evaluación de los indicadores de control de la Calidad en los diferentes servicios del hospital e informar a la Dirección de Salud, según corresponda;



Que, acorde al Informe N° 007-2018/OGC-HHV, de fecha 05 de abril del 2018, emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad y atendiendo que el mencionado Plan tiene como finalidad garantizar el cumplimiento de los estándares de la calidad, desarrollando una cultura de autodisciplina y autoevaluación en el Hospital Hermilio Valdizán, para dar solución oportuna y adecuada a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción;



En uso de las facultades conferidas por el Artículo 11° inciso c), del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado por la Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación de la Dirección Adjunta de la Dirección General, Director Ejecutivo de Planeamiento Estratégico, Oficina de Gestión de la Calidad y Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital;

### SE RESUELVE:



**Artículo 1°.- APROBAR** el **PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD 2018**, el mismo que consta de doce (12) páginas, la misma que forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2.- DISPONER** que la Oficina de Gestión de la Calidad, el seguimiento, evaluación y ejecución del mencionado Plan.

**Artículo 3°.- ENCARGAR** a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional del Hospital Hermilio Valdizán.



Regístrese y Comuníquese y Archívese,

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital "Hermilio Valdizán"

M.C. Gloria Luz Cueva Vergara  
Directora General (el)  
CMP 2149, RNE 12739

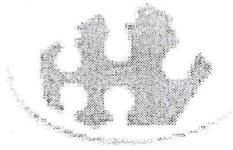


PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital Hermilio  
Valdizán

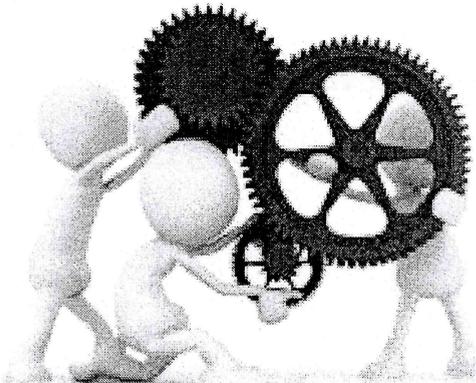
Oficina de Gestión de  
la Calidad



# **HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN**

Oficina de Gestión de la Calidad

## **PLAN ANUAL DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD**



**2018**



*Jeli*

LIMA -PERU

13



INDICE:

|  | Pag. |
|--|------|
| I. INTRODUCCION .....  | 03   |
| II. FINALIDAD .....  | 04   |
| III. OBJETIVO .....  | 04   |
| 3.1 Objetivo General .....   | 04   |
| 3.2 Objetivo Específico .....                                      | 04   |
| IV. BASE LEGAL .....   | 04   |
| V. AMBITO DE APLICACIÓN .....                                      | 05   |
| VI. ACTIVIDADES .....  | 05   |
| VII. CRITERIOS DE SELECCION Y CARACTERISTICAS DE SUS MUESTRAS..... | 08   |
| VIII. COMITES DE AUDITORÍA .....                                   | 09   |
| IX. MONITOREO .....  | 10   |
| X. EVALUACION .....  | 10   |
| XI. ANEXO .....  | 11   |
| A. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES .....                               | 11   |



*Joh*

*12*



## I. INTRODUCCION:

El crecimiento vertiginoso de la ciencia y la tecnología han propiciado que los médicos conozcan a profundidad y cuestionen, los efectos de sus intervenciones, lo que les ha llevado a buscar un método que permita una autoevaluación crítica del acto médico, a fin de establecer un proceso de retroalimentación y mejora continua de los manejos que realizan. Aunado a esto, la globalización de la información, la difusión de los conceptos de calidad en general, y en particular, los referentes a los servicios de salud, han determinado un aumento del interés de la población por los problemas médicos; así ha nacido, la Auditoría Médica. Pero, además, con una perspectiva más amplia e integral, la labor asistencial no se ha limitado a la actuación del médico, no podían quedar apartados, los demás miembros del equipo asistencial

En este marco, la Auditoría Médica o la Auditoría en Salud (esta última involucrando a todos los profesionales de la salud) cobran especial relevancia, más aún cuando enfrentamos una cultura con mínima autocrítica, sobretodo en el ámbito médico y de la salud.

El propósito del Plan Anual de Auditoría de la Calidad del Hospital Hermilio Valdizán para el año 2,018, es el cumplimiento de los estándares de Calidad en Salud, en concordancia con la "Norma técnica de Salud de AUDITORÍA de la calidad de la Atención en Salud"- NTS N°029-MINSA/DIGEPRES V.02, orientando a los diferentes actores del sistema hacia una adecuada manera de implementar dichos procesos y promover una nueva etapa en la gestión de los procesos de calidad, en la cual se asimilen las experiencias nacionales e internacionales, superando las evaluaciones superficiales, y convirtiendo a la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, en una herramienta de gestión que impacte en el mejor desempeño del sistema en la atención de la salud de nuestra población.

El Hospital Hermilio Valdizán, desarrolla su Plan Anual de AUDITORÍA de la Calidad, comprometido con el cumplimiento de los estándares de calidad, a través de los comités de auditoría de la calidad de atención en salud; entendiendo la auditoría como una herramienta de gestión de la calidad, y a su vez, como una herramienta de la gestión gerencial, para que se planeen y ejecuten, de conformidad con los estándares adoptados por el MINSA, y dar así solución oportuna y adecuada a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción, con estrategias prioritarias en Salud Mental.



*Joh*

**II. FINALIDAD:**

Garantizar el cumplimiento de los estándares de la calidad, desarrollando una cultura de autodisciplina y autoevaluación en el Hospital Hermilio Valdizán, para dar solución oportuna y adecuada a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción.

**III. OBJETIVO:****Objetivo General:**

Contribuir mediante la articulación de actividades pertinentes, el cumplimiento de los estándares de la calidad, verificando los procesos de atención de la salud en el Hospital Hermilio Valdizán.

**Objetivo Específico:**

- ✓ Optimizar las atenciones de salud, mediante el cumplimiento de los estándares de calidad.
- ✓ Sensibilizar al personal en general, acerca de la realización de auditorías programadas y auditorías de caso.

**IV. BASE LEGAL:**

La auditoría médica y la auditoría en salud, se encuentra dentro de un marco legal constituido por:

- ✓ Ley N<sup>o</sup> 26842 - Ley General de Salud
- ✓ Ley N<sup>o</sup> 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- ✓ Ley N<sup>o</sup> 27813, Ley de Sistemas Nacionales Coordinado y Descentralizado en Salud.
- ✓ Ley N<sup>o</sup> 27815, Ley de Código de Ética de la Función Pública
- ✓ Decreto Legislativo N<sup>o</sup> 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- ✓ Decreto Supremo N<sup>o</sup> 043- 2003- PCM, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N<sup>o</sup> 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- ✓ Decreto Supremo N<sup>o</sup> 033- 2005- PCM, que aprueba el Reglamento de la ley del Código de Ética de la Función Pública.



*F. J.*



- ✓ Decreto Supremo N° 005-90-SA, Aprueba el Reglamento General de Hospitales del Sector Salud.
- ✓ Decreto Supremo N° 007-2016-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- ✓ RM N° 519-2006/MINSA, Aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- ✓ R.M. N° 526-2011/MINSA, Aprueba el documento "Normas para la Elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud"
- ✓ R.M. N° 597-2006/MINSA, Aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"
- ✓ R.M. N° 456-2007/MINSA, Aprueba la NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicio Médicos de Apoyo.
- ✓ R.M. N° 502-2016/MINSA que aprueba la NT N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02: "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".

#### V. AMBITO DE APLICACIÓN:

El presente Plan Anual de Auditoría de la Calidad en Salud Mental, para el periodo 2018, es de aplicación en todos los Departamentos y Servicios del Hospital Hermilio Valdizán.

#### VI. ACTIVIDADES:

Las actividades a cumplir, serán las que están establecidas en la NT N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02: "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", aprobada con Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA.

1. Conformación de los Comités de Auditoría de la Calidad de Atención 2,018 (el Comité de Auditoría en Salud y el Comité de Auditoría Médica).
2. Instalación de los Comités de Auditoría de la Calidad de Atención 2,018.
3. Planeamiento. - Al inicio de cada trimestre, los Comités de auditoría de la calidad de atención establecerán los ajustes y priorizaciones, de los ajustes que se usarán para elegir las historias clínicas que serán auditadas.
4. Ejecución. - Corresponde al Comité de AUDITORÍA:
  - Se ejecutarán auditorías de la calidad de atención en los servicios de Consulta Externa del Departamento de Salud Mental de Adulto y Geronte, del Departamento de Adicciones, del Departamento de análisis y Modificación del Comportamiento, del Departamento de Salud Mental del Niño y Adolescente, del Departamento de Salud Mental de la Familia, y del Centro de Rehabilitación



*Levi*



de Ñaña; también en los servicios de Hospitalización, del Departamento de Salud Mental de Adulto y Geronte y del Departamento de Adicciones; y en el servicio de Emergencia.

- Se ejecutarán evaluaciones de los registros asistenciales: Contenidos en las Historias clínicas elaboradas en los servicios de Consulta Externa del Departamento de Salud Mental de Adulto y Geronte, del Departamento de Adicciones, del Departamento de análisis y Modificación del Comportamiento, del Departamento de Salud Mental del Niño y Adolescente, del Departamento de Salud Mental de la Familia, y del Centro de Rehabilitación de Ñaña; en los servicios de Hospitalización, del Departamento de Salud Mental de Adulto y Geronte y del Departamento de Adicciones; y en el servicio de Emergencia.
5. Elaboración del Informes trimestrales y el informe Final de los avances del Plan Anual de Auditoría
  6. Capacitación dirigida a jefes de departamentos y servicios sobre auditoría de la calidad de la atención en salud.
  7. Implementación de las Recomendaciones: Esta etapa corresponde ser ejecutada por los Jefes o responsables de los Servicios o Áreas consignados; se acordará con ellos, un plan de implementación de las recomendaciones, precisando objetivos, metas, plazos y responsabilidades.
  8. Seguimiento de las Recomendaciones. - La Unidad Orgánica responsable de esta actividad será la oficina de Gestión de la Calidad.
  9. Adicionalmente, se ejecutarán las Auditorías de Caso que sean solicitadas y/o cumplan los criterios de la norma de auditoría. La Auditoría de Caso, es una Auditoría interna que debe ser dispuesto por la Dirección General y será solicitada a través de la Oficina de Gestión de la Calidad, la que derivará este requerimiento al Comité de Auditoría del Hospital que corresponda, para su realización.



*2018*



PERÚ  
Ministerio  
de Salud

Hospital Hermito  
Valdizán

Oficina de Gestión de  
la Calidad

### AUDITORÍAS DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD PROGRAMADAS PARA EL AÑO 2018

| AUDITORÍAS          | N° DE H.C.A<br>AUDITAR | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SET | OCT | NOV | DIC |
|---------------------|------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| AUDITORÍAS EN SALUD | 06                     | 1   |     | 1   |     | 1   |     | 1   |     | 1   |     | 1   |     |
| AUDITORÍAS MÉDICAS  | 06                     |     | 1   |     | 1   |     | 1   |     | 1   |     | 1   |     | 1   |
| TOTAL               | 12                     | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   |



### EVALUACIÓN DE LOS REGISTRO DE ATENCIÓN PROGRAMADAS PARA EL AÑO 2018

| EVALUACIÓN                | N° DE H.C.A<br>EVALUAR | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SET | OCT | NOV | DIC |
|---------------------------|------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| EVALUACIONES DE REGISTROS | 120                    | 10  | 10  | 10  | 10  | 10  | 10  | 10  | 10  | 10  | 10  | 10  | 10  |

7



## VII. CRITERIOS DE SELECCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE SUS MUESTRAS:

Las Auditorías Programadas se realizarán en los siguientes casos:

- Defunciones con problemas diagnósticos y sin diagnóstico definitivo.
- Hospitalizaciones prolongadas (más de cuarenta y cinco días), no internados por mandato judicial.
- Permanencias prolongadas en sala de observación de emergencia.
- Paciente atendido en consulta externa en el mes de evaluación, que antes de su siguiente cita, acudió al servicio de emergencia o fue hospitalizado.
- Paciente atendido en el servicio de emergencia (Prioridad I y II) en el mes de evaluación, que retornó al servicio de emergencia o fue hospitalizado, antes de su atención en consulta externa.

Para las evaluaciones de los Registros Asistenciales se usarán criterios, según el servicio:

- Para los servicios de consulta externa, del total de historias clínicas que iniciaron su atención en dicho servicio, en el mes de evaluación, aleatoriamente se consideraran diez historias clínicas.
- Para los servicios de hospitalización, del total de historias clínicas de los pacientes que egresaron en el mes de evaluación, aleatoriamente se consideraran diez historias clínicas.
- Para el servicio emergencia, del total de historias clínicas de los pacientes que fueron atendidos en dicho servicio en el mes de evaluación, aleatoriamente se consideraran diez historias clínicas.

Las Auditorías de Caso deben realizarse, ante:

- Casos de Mortalidad
- Reingresos por el mismo diagnóstico.
- Eventos adversos en anestesiología: Complicaciones anestésicas
- Eventos adversos en Tratamiento Electro Convulsivo (TEC): Complicaciones post aplicación de TEC.
- Eventos centinela.
- Asimismo, deben realizarse Auditorías de Caso, cuando ocurre un hecho evidente que vulnere los derechos de los usuarios de los servicios de salud, independientemente que genere o no una queja o denuncia del usuario o de sus familiares.



*Jeb*



## VIII. COMITES DE AUDITORÍA DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN:

COMITE DE AUDITORÍA EN SALUD DEL HHV  
(R.D. N° ...-DG/HHV-2018)

|                               |                            |
|-------------------------------|----------------------------|
| Dra. Rosa Elena Chambi Suarez | <b>Presidente</b>          |
| Dr. Victor Alcázar Mendoza    | <b>Secretario de Actas</b> |
| Dra. Wendy Vera Melgar        | Vocal                      |
| Lic. Lucila Rojas Delgado     | Vocal                      |
| Dr. Jorge Reyes Saberbein     | Vocal                      |

COMITE DE AUDITORÍA MEDICA DEL HHV  
(R.D. N° ...- DG-HHV-2018)

|                                 |                            |
|---------------------------------|----------------------------|
| Dra. Jheny Dalia Bernal Vergara | <b>Presidente</b>          |
| Dr. John Richard Loli Depaz     | <b>Secretario de Actas</b> |
| Dr. Edwin Apaza Aceituno        | Vocal                      |
| Dr. Christian Vargas Pilco      | Vocal                      |
| Dra. Wendy Vera Melgar          | Vocal                      |



Loli

**IX. MONITOREO**

Se realizará un registro mensual de la verificación del cumplimiento de las actividades programadas.

**X. EVALUACION**

El cumplimiento del presente plan se evaluará al finalizar los siguientes periodos:

- I trimestre
- I semestre
- III trimestre
- Todo el año 2018.

Cada evaluación deberá considerar:

- Análisis del avance de las metas, definiendo los principales problemas y limitantes.
- Conclusiones
- Recomendaciones



*Zeta*

XI. ANEXO:

A. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

**PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD 2017-HHV**

**OBJETIVO GENERAL:** Contribuir al cumplimiento de los estándares de la calidad verificando los procesos de atención de la salud en el HHV.

| OBJETIVO ESPECIFICO   | ACTIVIDADES OPERATIVAS   | UNIDAD DE MEDIDA | META ANUAL | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | RESPONSABLE                      |
|---|--|------------------|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------------------------------|
| <b>Fortalecer el Proceso de Auditoría de la Calidad de Atención</b>                                 | Actualizar la Conformación del Comité de Auditoría Médica del HHV - 2018.          | Memo             | 1          | 1   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Oficina de Gestión de la Calidad |
|   | Actualizar la Conformación del Comité de Auditoría en Salud del HHV - 2018.        | Memo             | 1          | 1   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Oficina de Gestión de la Calidad |
|   | Elaboración de RD de los Comités de Auditoría de la Calidad de la atención 2018.   | Informe          | 1          | 1   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Oficina de Gestión de la Calidad |
|   | Aprobación de la RD de los Comités de Auditoría de la Calidad de la atención 2018. | RD               | 1          | 1   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Dirección General                |
|   | Evaluación interna del Plan Anual de Auditoría 2018.                               | Acta             | 1          | 1   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Oficina de Gestión de la Calidad |
|   | Aprobación con RD del Plan Anual de Auditoría 201.                                 | RD               | 1          | 1   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Dirección General                |
|   | Capacitación en Auditoría de la Calidad de la Atención a profesionales             | Capacitación     | 1          |     |     |     | 1   |     |     |     |     |     |     |     |     | Oficina de Gestión de la Calidad |
|   | Reunión de coordinación entre los miembros de los Comités y el equipo de la OGC    | Acta de Reunión  | 4          |     |     |     | 1   |     |     | 1   |     |     |     | 1   |     | Oficina de Gestión de la Calidad |
|   | Auditorías en Salud  | Informe          | 6          | 1   | -   | 1   | -   | 1   | -   | 1   | 1   |     | 1   |     | 1   | Comité de Auditorías en Salud    |
|   | Auditorías Médicas   | Informe          | 6          | -   | 1   | -   | 1   | -   | 1   | -   | 1   |     | 1   |     | 1   | Comité de Auditorías Médicas     |
| <b>Fortalecer la participación de los Profesionales de la Salud en la Realización de auditorías</b> | Evaluación de la Calidad de los Registros Asistenciales                            | Informe          | 12         | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | Oficina de Gestión de la Calidad |
|   | Realizar el seguimiento e implementación de las recomendaciones emitidas.          | Informe          | 4          |     | 1   |     |     | 1   |     |     |     | 1   |     |     | 1   | Oficina de Gestión de la Calidad |



13



PERU  
Ministerio  
de Salud

Instituto de Gestión  
de Servicios de Salud

Hospital Hermitillo  
Valdivia

*Jeli*

| OBJETIVO ESPECIFICO  | ACTIVIDADES OPERATIVAS  | UNIDAD DE MEDIDA      | META ANUAL | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | RESPONSABLE                      |
|--|---|-----------------------|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------------------------------|
| <b>Contar con un Instrumento Técnico estandarizado para la evaluación de la Calidad de atención y de los registros en Salud Mental</b> | Elaboración de instrumento técnico para evaluación de calidad en Salud Mental | Instrumento Elaborado | 1          |     |     |     |     |     |     |     | 1   |     |     |     |     | Oficina de Gestión de la Calidad |
|  | Validación Interna del instrumento técnico.                                   | Informe               | 1          |     |     |     |     |     |     |     | 1   |     |     |     |     | Oficina de Gestión de la Calidad |
|  | Validación Externa del instrumento técnico.                                   | Informe               | 1          |     |     |     |     |     |     |     |     | 1   |     |     |     | Experto del MINSA                |
|  | Aprobación con RD del nuevo instrumento técnico                               | RD                    | 1          |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 1   | Dirección General                |



*[Handwritten signature]*  
DIRECTORA GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

*12*