

DIRECCIÓN SUBREGIONAL DE SALUD CUTERVO

“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

INFORME N° 050 - 2022- GR-CAJ/DSRS-C/DESP/DAIS/DGCS

A : PS. LIDY NADIA TORO CUBAS.
Directora de Gestión de la Calidad en Salud

DE : C,D CINTHIA CAROLINA NECIOSUP TULLUME
Responsable de calidad MR Santo Domingo de la Capilla

ASUNTO : INFORME DE AUTOEVALUACIÓN DE ESTANDARES 2022 DE
LA MICRORED SANTO DOMINGO DE LA CAPILLA

FECHA : 13 DE OCTUBRE DEL 2022

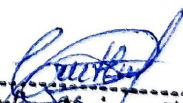
Me es grato dirigirme a usted para expresarle mi saludo cordial, y al mismo tiempo hacerle llegar el INFORME DE AUTOEVALUACIÓN DE ESTANDARES 2022 DE LA MICRORED SANTO DOMINGO DE LA CAPILLA, en los siguientes términos:

Adjunto:

- INFORMES Y CONSOLIDADO DE LISTADO DE ESTANDARES DE LOS 12 EESS, QUE PERTENECEN A LA MR SANTO DOMINGO DE LA CAPILLA.

Sin otro particular es propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente



C. Carolina Neciosup Tullume
MÉDICA CIRUJANA
CMP: 097589



**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN
A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
MICRO RED SANTO DOMINGO DE LA
CAPILLA**

AÑO 2022



A.- INTRODUCCIÓN

El Sistema de Gestión de la Calidad, plantea impulsar procesos de mejora de la calidad en los establecimientos de salud del sector; en este sentido el Ministerio de Salud a través de la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V02 Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo han definido un conjunto de estándares que serán medidos a través de indicadores trazadores. En este marco, se han desarrollado metodologías y herramientas, útiles para establecimientos del Primer Nivel de Atención, que les permitirán realizar procesos periódicos de autoevaluación, conducentes a poner en marcha procesos de mejora de la calidad orientados a alcanzar los estándares de calidad planteados, que tienen como propósito impactar en la satisfacción de las necesidades y expectativas de la población.

La autoevaluación es un proceso de evaluación periódica que tiene el propósito de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud, según su nivel de complejidad; y que está basada en los recursos y capacidades del prestador de salud para brindar prestaciones de calidad en base a estándares nacionales previamente definidos.

Habiéndose dado los lineamientos técnicos operativos para la implementación de la Norma Técnica a nivel Regional, la Micro Red Santo Domingo de la Capilla, realizaran la Autoevaluación en todos los Establecimientos de la jurisdicción

B.- Justificación

La calidad en la prestación de salud es el resultado de los esfuerzos e intervenciones desplegadas, basado en la seguridad y trato humano para todos y cada uno de los usuarios, es por eso que el MINSA desarrolla e impulsa la autoevaluación de Establecimientos de Salud con la finalidad realizar la evaluación de desempeño institucional.

El presente plan se desarrolla con la finalidad de conocer la realidad de nuestros Establecimientos de salud y poder implementar acciones de mejora continua para mejorar la calidad de atención al usuario, garantizando un entorno seguro con un enfoque humano y social.

C.-OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones



de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Analizar el papel que juega la institución de salud en la satisfacción de las necesidades y demandas del usuario en la atención de salud de la población mediante la identificación de los problemas de calidad del servicio.
- ❖ Aplicación de la ficha de autoevaluación en todos los establecimientos de salud de la jurisdicción de la Micro Red Santo Domingo de la Capilla
- ❖ Promover una cultura de calidad en todos los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Micro Red Santo Domingo de la Capilla

D.- ALCANCE

Su aplicación será a todos los Establecimientos de la Micro red Santo Domingo de la Capilla.

E.- BASE LEGAL.

- LEY N° 26790, “Ley de Modernización de la Seguridad Social”
- Ley N° 26842, “Ley General de Salud”
- Ley N° 27657, “Ley del Ministerio de Salud”
- Ley N° 27783, “Ley de Bases de la Descentralización”
- Ley N° 27806, “Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública”
- Ley N° 27813, “Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de salud”
- Ley N° 27867, “Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales”
- Ley N° 27972, “Ley Orgánica de Municipalidades”
- D.S. N° 023-2005-SA, que aprueba el “Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud”.
- D.S. N° 013-2006-SA, que aprueba el “Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo”.
- Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo y documentos técnicos afines. Volumen II
- R.M.N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en salud
- RM N° 270-2009/MINSA Volumen II Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.



- Directiva Administrativa N° 151-MINSA / DGSP-V.01 Volumen III .Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud.

F.- METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN.

La Acreditación es un mecanismo de gestión y evaluación de la calidad de los servicios de salud, y que va dirigida a comprobar si una entidad prestadora cumple con estándares superiores que brindan seguridad en la atención en salud y generan ciclos de mejoramiento continuo.

La Autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de Acreditación, para la cual el Equipo Autoevaluador, previamente capacitado, hace uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud según categoría; procediendo a realizar una evaluación interna, determinando el nivel de cumplimiento de estándares y criterios, identificando fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

Para el cumplimiento de este proceso se seguirán los siguientes pasos:

- a. Programación de la Autoevaluación en el Plan Operativo Institucional 2022
- b. Conformación del Equipo Autoevaluador.
- c. Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación.
- d. Reunión de apertura y revisión de Listado de Estándares de Acreditación para la categoría correspondiente.
- e. Comunicación del Inicio de Autoevaluación.
- f. Ejecución del Plan de Autoevaluación: visita a las instalaciones del establecimiento y verificación del cumplimiento de estándares.
- g. Calificación de la evaluación.
- h. Reunión de cierre y revisión de resultados por el Equipo Autoevaluador.
- i. Elaboración del Informe Técnico de Autoevaluación.

Técnicas de Evaluación:

- Verificación/Revisión documentaria.
- Observación
- Entrevista.
- Muestreo
- Encuesta
- Auditoria



Lider del Equipo de Evaluadores: M.C. CINTHIA CAROLINA NECIOSUP TULLUME

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

| Responsable por Equipo | Macroprocesos | Equipos de evaluadores internos | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | Responsables Evaluados |
|-----------------------------------|--|---------------------------------|----------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| CINTHIA CAROLINA NECIOSUP TULLUME | GESTIONALES, PRESTACIONALES MISIONALES Y APOYO | SI | AUTOEVALUACION | REGISTRO EN EL PROGRAMA E INFORME | CINTHIA CAROLINA NECIOSUP TULLUME |
| GUERRERO CIEZA EMILSEN | GESTIONALES, PRESTACIONALES MISIONALES Y APOYO | SI | AUTOEVALUACION | REGISTRO EN EL PROGRAMA E INFORME | GUERRERO CIEZA EMILSEN |
| DIAZ SEGURA ALADINO | GESTIONALES, PRESTACIONALES MISIONALES Y APOYO | SI | AUTOEVALUACION | REGISTRO EN EL PROGRAMA E INFORME | DIAZ SEGURA ALADINO |
| PAISIG MEJIA LILIA | GESTIONALES, PRESTACIONALES MISIONALES Y APOYO | SI | AUTOEVALUACION | REGISTRO EN EL PROGRAMA E INFORME | PAISIG MEJIA LILIA |
| GUEVARA RAMIREZ FLORDELINDA | GESTIONALES, PRESTACIONALES MISIONALES Y APOYO | SI | AUTOEVALUACION | REGISTRO EN EL PROGRAMA E INFORME | GUEVARA RAMIREZ FLORDELINDA |
| TORRES RIOS DONAIRO | GESTIONALES, PRESTACIONALES MISIONALES Y APOYO | SI | AUTOEVALUACION | REGISTRO EN EL PROGRAMA E INFORME | TORRES RIOS DONAIRO |
| GONZALES CRUZADO LEONILA | GESTIONALES, PRESTACIONALES MISIONALES Y APOYO | SI | AUTOEVALUACION | REGISTRO EN EL PROGRAMA E INFORME | GONZALES CRUZADO LEONILA |
| VELA BAUTISTA JUAN EUDES | GESTIONALES, PRESTACIONALES MISIONALES Y | SI | AUTOEVALUACION | REGISTRO EN EL PROGRAMA | VELA BAUTISTA JUAN EUDES |



| | APOYO | | | E INFORME | |
|---|---|----|----------------|--|---|
| BUSTAMANTE PINEDO SILVESTRE MARINO | GESTACIONALES, PRESTACIONALES MISIONALES Y APOYO | SI | AUTOEVALUACION | REGISTRO EN EL PROGRAMA E INFORME | BUSTAMANTE PINEDO SILVESTRE MARINO |
| ROJAS CIEZA WILDER | GESTACIONALES, PRESTACIONALES MISIONALES Y APOYO | SI | AUTOEVALUACION | REGISTRO EN EL PROGRAMA E INFORME | ROJAS CIEZA WILDER |
| ZUBIATE MONTENEGRO NERI NORBIL | GESTACIONALES, PRESTACIONALES MISIONALES Y APOYO | SI | AUTOEVALUACION | REGISTRO EN EL PROGRAMA E INFORME | ZUBIATE MONTENEGRO NERI NORBIL |
| SOBERON LLAMO MARIA MARIBEL | GESTACIONALES, PRESTACIONALES MISIONALES Y APOYO | SI | AUTOEVALUACION | REGISTRO EN EL PROGRAMA E INFORME | SOBERON LLAMO MARIA MARIBEL |
| MENDOZA CARRASCO EDUAR | GESTACIONALES, PRESTACIONALES MISIONALES Y APOYO | SI | AUTOEVALUACION | REGISTRO EN EL PROGRAMA E INFORME | MENDOZA CARRASCO EDUAR |

H.- EQUIPO DE EVALUACIÓN.

EQUIPO DE EVALUADORES MICRO RED: M.C.

- M.C. CINTHIA CAROLINA NECIOSUP TULLUME
- LIC. ENFER. ROSA CONDE QUENTA
- LIC. OBST. KARINA CORONEL ROJAS
- TEC. ENFER. LUZ ERLITA CASTILLO RAMIREZ
- TEC. FIORELA PAISIG LLATAS
- TEC. LAB. JENNY ARIAS HUANCAS



I. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

MACROPROCESOS POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD: C.S. SANTO DOMINGO DE LA CAPILLA

| | |
|---------------------------------|--|
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD | C.S. SANTO DOMINGO DE LA CAPILLA |
| TIPO DE ESTABLECIMIENTO | NIVEL I-3 |
| FASE | Autoevaluación |
| EVALUADORES | <ul style="list-style-type: none"> • M.C. CINTHIA CAROLINA NECIOSUP TULLUME • LIC. ENFER. ROSA CONDE QUENTA • LIC. OBST. KARINA CORONEL ROJAS • TEC. ENFER. LUZ ERLITA CASTILLO RAMIREZ • TEC. COMPUT. FIORELA PAISIG LLATAS • TEC. LAB. JENNY ARIAS HUANCAS |
| AÑO | 2022 |
| FECHA DE INICIO | 05 NOV. 2022 |
| RESULTADO | 220.25 puntos – 72% |
| | |

| CÓDIGO ESTANDAR | OBSERVACIÓN | RECOMENDACIÓN |
|------------------------|---|--|
| DIR.1 | No se cuenta con planes estratégicos, planes operativos y de contingencia. | Implementar planes estratégicos y operativos con la finalidad de resolver y mejorar los servicios brindados para el paciente, plazo inmediato. |
| | Los planes estratégicos, planes operativos y de contingencia por servicios. | Implementar planes estratégicos y operativos con la finalidad de resolver y mejorar los servicios brindados para el paciente con plazo inmediato |
| DIR.2 | Los planes estratégicos no son asignados formalmente por memorándum de acuerdo a los servicios que brinda el establecimiento. Además no se cuenta con Plan Operativo Anual. | Asignar de manera oficial los programas estratégicos al personal de salud e implementar el Plan Operativo Anual para alcanzar los resultados deseados para el EE.SS. (memorandos). |



| | | |
|--------------|---|--|
| MRA-1 | <p>El responsable del EE. SS ha definido el responsable por servicios/áreas para el manejo de los riesgos de la atención, pero no está operativo y solo está designado de manera verbal.</p> | <p>Implementar con memorando de designación de cada responsable por servicio.</p> |
| | <p>El establecimiento no pone en práctica el sistema operativo de vigilancia y respuesta frente a los eventos adversos.</p> | <p>Implementar y poner en práctica el sistema operativo y realizar el Informe de evaluación de eventos adversos.</p> |
| | <p>-El establecimiento no tiene definido responsables por servicio para el manejo de los riesgos de la atención, no realiza acciones ni las documenta -El sistema de vigilancia epidemiológica no siempre se encuentra operativa -El establecimiento no realiza reuniones para el análisis de la gestión de riesgos de los procesos de acción para disminuir riesgos -Sistema operativo de vigilancia no se encuentra activo y respuesta frente a los eventos adversos de acuerdo con las normativas institucionales. -El establecimiento de salud cuenta con mecanismos pero no presenta los cambios a efectuar en la gestión de riesgos de la atención.</p> | <p>-Definir responsables por servicios o áreas para el manejo de los riesgos de la atención y realizar acciones, documentarlas con la finalidad de promover una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en salud -Mantener operativa el sistema de vigilancia epidemiológica para disminuir riesgos en la salud -Realizar reuniones para el análisis de la gestión de riesgos de los procesos de acción para disminuir riesgos -Mantener operativo sistema de vigilancia frente a los eventos adversos de acuerdo con las normativas institucionales -Presenta los cambios a efectuar en la gestión de riesgos de la atención para lograr resultados en salud.</p> |
| MRA-6 | <p>-Se evidencia parcialmente cartillas visibles de bioseguridad en todos los ambientes de atención -El establecimiento no reporta, registra y toma acciones inmediatas con el personal frente a un accidente punzocortante según la evaluación del riesgo. -El establecimiento no cuenta con instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y precauciones por adoptarse, no cuenta con afiches ni laminas. -El establecimiento no garantiza la realización oportuna de exámenes correspondientes y el tratamiento específico para el personal que sufre un</p> | <p>Implementar en un 100% cartillas visibles de bioseguridad en todos los ambientes de atención Reportar, registrar y tomar acciones inmediatas con el personal frente a un accidente punzocortante según la evaluación del riesgo para fomentar la salud ocupacional y seguridad. Elaboración de murales con instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y precauciones por adoptarse. -Garantiza la realización oportuna de exámenes correspondientes y el tratamiento específico para el personal que sufre un accidente punzocortante con la finalidad de garantizar la salud del recurso humano</p> |



| | | |
|--------------|---|---|
| | accidente punzocortante | |
| GSD-1 | No se cuenta con Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil. Ha identificado riesgos de vulnerabilidad estructural solo en áreas críticas. | Solicitar inspección técnica de Defensa Civil para la evaluación infraestructural del Centro de Salud. Realizar estudio de vulnerabilidad para identificación de riesgos en todas las áreas del establecimiento |
| | No se cuenta con Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil. No cuenta con señales de seguridad en todas sus áreas. No cuenta con señalización que facilite la ubicación del EE.SS. | LA FALTA DE INFRAESTRUCTURA QUE YA SE ESTA GESTIONANDO Y SOLICITAR FICHA TECNICA DE DEFENSA CIVILPOR LAS PAREDES DETERIORADAS CON RAJADURAS EXPUESTAS A SIMPLE VISTA Y así Implementar y acondicionar las diferentes áreas con señales de seguridad |
| GSD-2 | No implementa acciones de acuerdo al Plan de Emergencias y Desastres. En el presente año no ha participado en la implementación de Planes de respuesta regional o local. | Formular e implementar acciones de respuesta ante cualquier emergencia y desastre con la participación de Defensa Civil. |
| GSD-3 | No se cuenta con sistema alterno que proporcione energía eléctrica cuando existe falla del fluido eléctrico por los cambios climáticos ya que la MICRORED CAPILLA esta abastecida por la fuente hidroeléctrica No Cuenta con sistema de almacenamiento de agua potable pero no se provisiona las 24 horas. | Implementar sistema alterno de energía eléctrica como lo son los generadores eléctricos. Mejorar el almacenamiento de agua para una mejor provisión de la misma. Tenemos el problema con el servicio de agua que no alcanza el flujo necesario para abastecer nuestro tanque elevado en épocas de sequía. |

| | | |
|--------------|--|---|
| CGP-1 | No se evidencia plan de auditoria, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación en los establecimientos de salud pertenecientes a la Microred. Actualmente la Microred cuenta con un equipo de auditoria en HCL que debería de supervisar a los establecimientos, pero no se ha puesto en funcionamiento para los 12 establecimientos que pertenecen a la Microred. | Implementar comité de auditoría en salud en Microred, para la evaluación y análisis de historias clínicas. Implementar Plan de auditoria, supervisión y evaluación de procesos con instrumentos previamente establecidos |
|--------------|--|---|

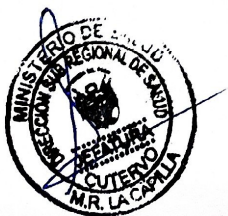


| | | |
|-----------------------|---|--|
| CGP-2 | No se cuenta con personal capacitado para realizar procesos de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos. | Implementar el comité de auditoría, supervisión y evaluación, para la evaluación y análisis. |
| AEX-1 | No cuenta con documento de planificación operativa institucional (POI) | Implementar el Plan Operativo Institucional (POI) para poder anexar las programaciones de actividades extramurales. |
| AEX-3 | No tiene definido indicadores de monitoreo y evaluación de las actividades de atención extramural. | Por el estado de Emergencia las atenciones extramurales se han dejado de realizar, pero si sean logrado buenos logros años pasados |
| EMG-1 | Falta capacitaciones frente a las necesidades de atención en caso de emergencias. | Solicitar a DISA Cutervo la capacitación de tres veces al año sobre casos de emergencias. |
| | No se hace público el derecho de toda persona a recibir atención inmediata, además no se cuenta con cartel. | Implementar y actualizar el servicio de emergencia en función de brindar una atención inmediata y de manera oportuna. Capacitar al 100% de personal en temas de emergencias para una respuesta rápida frente a la situación. |
| | No se cuenta con programación diaria para la atención de emergencias y responsable de guardia. Menos del 50% de personal ha sido capacitado en temas de emergencias. Ha definido medidas para la atención de emergencias pero no cumple. | Capacitar a todo el personal al 100% sobre temas de emergencias, para que todo el personal médico, no médico y técnico tenga nociones en este tema que es de suma importancia. |
| EMG-2 ejemplos | No se dispone de ambulancia para el traslado de pacientes, siendo que la Microred solo cuenta con una camioneta no apta para el traslado de pacientes en alto riesgo de salud, la cual no esta implementada por no ser uso para traslado de pacientes | Se gestiona a nivel regional con documento técnico para la dotación de una ambulancia, esperando tener una respuesta en el transcurso del año presente |



| | | |
|--------------|---|---|
| EMG-3 | Cuenta con mecanismos operativos para garantizar la continuidad del paciente, pero no siempre está operativo. | Capacitar al profesional de salud en cuanto a atenciones en caso de emergencias para garantizar la atención inmediata del usuario. Implementar mecanismos para asegurar la continuidad del paciente dentro de los cambios de turno. |
| | Cuenta con mecanismos operativos para garantizar la continuidad del paciente, pero no siempre está operativo. | Implementar mecanismos para asegurar la continuidad del paciente dentro de los cambios de turno. |

| | | |
|--------------|---|---|
| ADA-1 | El personal NO ha sido capacitado para realizar actividades en el área de admisión | Implementar formatos de historia clínica respetando el grupo etario y siguiendo la normatividad vigente. |
| | El procedimiento para la entrega de citas que contiene los tiempos de espera máximos, costos, horarios, el número regular de ingresos esperados, lo cual es de conocimiento del persona responsable y difundido al usuario. | Aplicar encuestas, Entregar citas al usuario interno y externo. |
| ADA-4 | NO hay capacitación en actividades en el área de admisión de EESS | Capacitar al menos dos veces al año sobre temas administrativos |
| RCR-2 | No se cuenta con suficiente recurso humano (personal médico y no medico) para el traslado de un paciente en estado de emergencia. El personal técnico nuevo que fue contratado por el estado de emergencia que esta de turno tiene una deficiencia en la actuación frente a una emergencia y realizar el traslado del paciente ya que no siempre está de turno con un profesional médico o no médico. | Implementar mecanismos de contratación por medio del área de RECURSOS de la Disa Cutervo para la contratación de personal profesional con mayor experiencia laboral. Capacitar al personal técnico nuevo para la atención ante una emergencia por lo menos 4 veces al año. |
| GIN-1 | El establecimiento de salud cuenta con evidencia para facilitar las decisiones de los trabajadores basadas en la integración de la información clínica y administrativa. | Seguir capacitándose en cuanto a gestión integral de la información para el buen manejo de los sistemas, registros y codificación. |
| GIN-2 | El EESS No realiza el análisis de veracidad, confiabilidad y la oportunidad de la información. | Tenemos definidos los proyectos de mejora continua y de nuestras necesidades, en la actualidad se están llevando a cabo las coordinaciones para mejorar estos aspectos. |



| | | |
|--------------|--|---|
| MRS-2 | El establecimiento de salud no cuenta con recursos financieros para la atención de la población pobre y en extrema pobreza | Seguir garantizando la atención en casos especiales y de extrema pobreza. NO APLICA |
| GIM-1 | No cuenta con Plan Anual de necesidades de bienes estratégicos por servicios | Implementar el Plan Anual de necesidades de bienes para el requerimiento y adquisición de insumos y materiales establecidos. |
| GIM-2 | No realiza Plan Anual de adquisición. No realiza procesos de adquisición | Implementar el Plan Anual de adquisición para su adquisición y distribución, y cumplir de acuerdo a los procedimientos establecidos. |
| EIF-1 | No cuenta con Plan de mantenimiento preventivo y recuperativo de planta física y servicios básicos incorporados en POA | Solicitar apoyo para lograr la implementación del Plan de mantenimiento preventivo y recuperativo de la planta física y servicios básicos para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado. |
| EIF-2 | El EESS no cuenta con información y otras decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad. Asimismo, no contamos con permiso para el traslado de material de periferie a la Microred, siendo que existen establecimientos que cuentan con equipos que pueden ser más útiles para una Microred por contar con profesional médico. | DISA debe programar según calendario la supervisión sobre el estado actual de infraestructura de sus EESS así como de equipos que deben ser nuevamente inventariados y dados de baja si están en mal estado. |

