ACTA DE VISITA

Recolección de la información para:	DOPS – DADIS Auditoría de la Calidad en la prestación de servicios de salud
Nombre de la Institución	ESE Hospital local Cartagena de Indias – Centro de Salud Blas de Lezo
Fecha y hora	20 de diciembre 2024, 09:00 am
ciudad	Cartagena
lugar	Centro de Salud Blas de Lezo

TEMAS TRATADOS

OBJETO DE LA VISITA

Evaluar las características de la calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud contempladas en el DUR 780 de 2016, con el fin de identificar los aspectos con los que cumple la institución, al igual que las oportunidades de mejora que contribuyan al mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios de salud en las IPS del distrito de Cartagena.

OBSERVACIONES Y ACLARACIONES SOBRE LO SOLICITADO O VERIFICADO

Se procede a iniciar visita de auditoría de calidad de prestación de servicios en salud en la institución ESE Hospital Local Cartagena de Indias – centro de Salud, recibe la visita la licenciada Aljadis Novoa Beleño enfermera líder CS Blas de Lezo.

Se procede a informar el objeto y modalidad de la visita donde se usa la técnica de la observación, entrevista y revisión documental.

Para el desarrollo de la auditoría se utiliza el Instrumento **visitas auditoría de calidad año 2024,** para revisión y evaluación de los procesos de la institución teniendo en cuenta las características de calidad del SOGC.

El Centro de Salud Blas de Lezo pertenece a la subred Arroz Barato de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, a la fecha tiene habilitado en total 11 servicios el 60% (7 servicios) pertenecen al grupo consulta externa, el 30% (3 servicios) son servicios del grupo Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica y el 10% (1 servicios) son servicios del grupo atención inmediata.

(11) registros encontrados.

1

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	04	CENTRO DE SALUD BLAS DE LEZO	312 -ENFERMERÍA	DHSS0278675
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	04	CENTRO DE SALUD BLAS DE LEZO	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0278676
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	04	CENTRO DE SALUD BLAS DE LEZO	329 -MEDICINA INTERNA	DHSS0632925
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	04	CENTRO DE SALUD BLAS DE LEZO	333 -NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	DHSS0439238
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	04	CENTRO DE SALUD BLAS DE LEZO	334 -ODONTOLOGÍA GENERAL	DHSS0278677
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	04	CENTRO DE SALUD BLAS DE LEZO	342 -PEDIATRÍA	DHSS0635811
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	04	CENTRO DE SALUD BLAS DE LEZO	420 -VACUNACIÓN	DHSS0278678
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	04	CENTRO DE SALUD BLAS DE LEZO	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0278679
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	04	CENTRO DE SALUD BLAS DE LEZO	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0278680
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	04	CENTRO DE SALUD BLAS DE LEZO	749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	DHSS0278681
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	04	CENTRO DE SALUD BLAS DE LEZO	1102-URGENCIAS	DHSS0278682

1

Está ubicado en el Barrio la Blas de Lezo, calle 25 No. 66-75

Se realiza verificación de soportes suministrados por la institución.

ACCESIBILIDAD.

Cuenta con protocolos, procedimientos, manuales, políticas documentadas, de los procesos de atención de Urgencias, consulta externa y procesos de apoyo diagnostico ofertados por la institución; los cuales se encuentran en Drive institucional.

Existe un procedimiento de selección y clasificación de pacientes para determinar la prioridad en que estos serán atendidos en base a su condición clínica, el cual se encuentra documentado en "Protocolo para el acceso al servicio de urgencias y comprobación de derechos" V2.1 código PT-URG-TRG-47 actualizado el 20/02/2022, enmarcado en la resolución 5596 de 2015. En el documento se describen las 5 categorías del Triage y se encuentran definidos los tiempos de atención para la categoría I, II, III, los tiempos definidos para Triage IV y V se pueden evidenciar acrílico ubicado en sala de espera de urgencias. El procedimiento fue socializado al personal del servicio de urgencias el 01/11/2024.

El servicio de urgencias de la institución se encuentra ubicado en un primer piso con acceso directo a avenida principal de alto flujo vehicular, la institución dispone de sala de espera, consultorio de Triage, 2 consultorio médicos. La institución cuenta con 1 profesional de enfermería para la clasificación de Triage, además cuentan con dos auxiliares de enfermería que se encarga de toma de signos vitales, 2 médicos en turno diurno y nocturno.

El servicio de urgencia cuenta con 4 camillas de observación adulto y 4 cunas de observación pediátrica.

Al momento del recorrido, los pacientes en el día de hoy han sido atendidos de acuerdo a los tiempos establecidos. ha ingresado un total de 15 pacientes de los cuales 1 paciente clasificado en Triage II, 4 pacientes clasificados Triage III, 10 pacientes clasificados riesgo V, No han ingresado pacientes que requieran atención inmediata (Triage I), se pudo evidenciar acrílicos para identificación de pacientes sin diligenciar.

La institución cuenta con 2 auxiliares de enfermería que apoyan todo el servicio las cuales se encarga de realizar un acompañamiento a los pacientes y detectar cambios en su estado de salud mientras esperan atención definitiva, además se evidencia médico interno apoyando las labores del servicio. La jefe realiza recorrido por toda el área de urgencias.

Se evidencia que una vez ingresa el paciente se direcciona al área de facturación **el proceso de verificación de derechos se realiza antes de realización del triage**

Los responsables del proceso de Triage son profesionales de enfermería, entre los que están profesionales de planta y vinculados mediante contratación por OPS. Los profesionales de la institución cuentan con la documentación reglamentada por la resolución 3100 de 2019, se tiene establecido la solicitud de constancia de asistencia a cursos o actividades de formación en asuntos directamente relacionados con el sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, "Triage".

La Institución Prestadora de Servicios de Salud garantiza el registro de la información del "Triage" de todo paciente que ingrese al servicio de urgencias. Todo es cargado al software SGI.

El Centro de Blas de Lezo tiene estandarizado un proceso específico para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar adoptado, documentado "Guía de atención a víctimas de violencia intrafamiliar y violencia sexual" – Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual V1 código PT-TS-AVVS-35 fecha 07/06/2023 el cual fue socializado el día 16/11/24 en el servicio de urgencias.

La institución cuenta con un proceso establecido para la toma de muestras de laboratorio clínico con agendamiento de citas. Toma de citología se realiza a libre demanda son realizada por la jefe. Se dispone de 1 auxiliar que se encarga de toma las muestras según agenda.

Cuenta con modelo de prestación de servicios de salud de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias código MO-TS-MPS-19 versión 6 actualizado el 28/02/2023, el cual describe las rutas de promoción y mantenimiento de la salud, ruta de salud del grupo de riesgo, ruta materno perinatal. El Modelo fue socializado en el centro de salud el día 15/11/2024. Se evidencia socialización de las rutas de promoción y mantenimiento de la salud y evaluación de adherencia de RIAS de acuerdo al cronograma institucional.

La ESE HLCI tiene implementado el sistema SISCO SSR desde el nivel central, se realiza actividades coordinados por grupo de profesionales y se cargan al sistema desde nivel central.

La IPS dispone de pruebas rápidas para VIH, sífilis, hepatitis B y embarazo en cumplimiento de la resolución 1314 de 2020 las cuales se encontraban semaforizadas.

CONTINUIDAD.

La ESE HLCI – Centro de Salud Blas de Lezo cuenta con un proceso de referencia y contrarreferencia documentado "Manual de Referencia y contrarreferencia" código MN-URG-RYC-46 V3 actualizado el 08/07/2022, socializado a los funcionarios responsables el día 15 /11 2024 a través de plataforma meet con puesto de salud las Reinas. La ESE HLCI cuenta el PRAT (Proceso de Referencia Contrarreferencia Admisiones y Traslado Asistencial), el cual dispone de ambulancia para traslado de los pacientes que presente deterioro de salud durante la consulta externa y servicio de urgencias.

La institución cuenta con el sistema de información GCI (Gestión Clínica Integrada) para manejo de la información de los pacientes donde se encuentra unificada toda la información, este sistema enlaza la información de todas las sedes de la ESE HLCI.

En caso de fallas del sistema se tiene establecido el diligenciamiento de la historia clínica de forma manual, proceso documentado en "Protocolo de interfase entre Historias clínicas Manuales y Digital" para garantizar una historia clínica completa y unificada, se dispone de formatos que la profesional diligencia y posteriormente se asigna un periodo de tiempo para ingresar al sistema. Se dispone de planta eléctrica para todo el centro de salud, reserva de agua tanque elevado Cuentan con camilla, extintores.

OPORTUNIDAD.

La IPS cuenta con un sistema de asignación de citas a través de llamadas telefónicas (call center) y de forma presencial apoyados en 3 facturadores que se encuentra en la recepción del centro de salud. Se verifica agenda y se tiene disponibilidad para consulta de medicina general la oportunidad a 3 días para el día 24/12/2024; odontología la oportunidad a 6 día para el 28/12/2024, enfermería la oportunidad a 1 día para el 21/12/2024, laboratorio clínico la oportunidad 1 día para el 23/12/2024, pediatría atiende una vez a la semana los días lunes oportunidad 1 día para el 23/12/2024, Nutrición atiende los martes y jueves oportunidad a 3 días para el 26/12/2024, medicina interna atiende los días viernes hay cita para el día 03/01/2025,

La ESE HLCI define indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios. Durante el mes de noviembre 2024 la oportunidad de medicina general fue de 2,41 días; medicina interna fue de 20, 95, Odontología 1,95 días, pediatría 4,81 días.

La IPS realiza reporte de indicadores del Sistema de información de calidad- resolución 0256/16 en forma trimestral presenta soporte de cargue de resolución 0256 de III trimestre 2024 realizado el 10/11/2024.

La institución tiene documentado el procedimiento a seguir para determinar la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados. Documento "Procedimiento Análisis De Capacidad Instalada" actualizado el 26/12/2019. Anualmente se actualiza documento

Excel de acuerdo a la población atendida, y al tipo de contratación que se tienen con las diferentes EAPB (Capacidad instalada sub red pozón).

INDICADORES DE OPORTUNIDAD MES NOVIEMBRE 2024			
OPORTUNIDAD CONSULTA	OPORTUNIDAD	NUMERADOR	DENOMINADOR
Medicina General	2,41	14.359	5960
Medicina Interna	20,95	461	22
Odontología	1,95	8557	4379
Pediatría	4,81	1562	325

PERTINENCIA:

La institución cuenta con una política de uso racional de antibiótico documentada y está conformado el comité de infecciones el cual se lleva desde nivel central.

La ESE HLCI cuenta con guías de práctica clínicas basadas en las evidencias adoptadas del ministerio de salud y protección social mediante resolución para las principales causas de morbilidad de consulta externa las cuales corresponden a todas las zonas de acción de la ESE, las cuales se encuentran documentadas y cargadas a software institucional, para disponibilidad de todo el personal. Las cuales han sido socializadas de acuerdo a cronograma institucional. Se dispone de un procedimiento de evaluación de adherencia a GPC documentado y formato para verificación de adherencia a guías, los resultados se socializan en los comités de historias clínicas. Se realiza evaluación de adherencia a guías desde nivel central y se retroalimenta la información al centro de salud.

El Centro de Salud Blas de Lezo tiene conformado el comité de historias clínicas el cual estipula reuniones mensuales. Se evidencian actas donde se detallan evaluación, adherencia a rutas integrales, compromisos continuar con el buen diligenciamiento de la HC, registrar remisiones de odontología y diligenciar los campos relacionados con el tamizaje neonatal realizado el 15/11/2024.

La ESE HLCI cuenta con perfil epidemiológico II semestre 2024 (septiembre 2024), describen las 10 primeras causas de morbilidad las cuales son rinofaringitis aguda, examen médico general, infección de vías urinarias, dolor en articulación, cefaleas, lumbago no especificado, vulvovaginitis, disminución de la agudeza visual, otros dolores abdominales y anemia de tipo especificado por servicios lo cual es un insumo para la elaboración de cronograma de socializaciones y selección de guías a evaluarse, *se* observa acta de socialización *15*/11/2024.

La institución cuenta con Guía de dengue adoptada de ministerio de salud y PS, Plan de acción dengue, flujograma de atención, socializada el 25/09/2024 al recurso humano del servicio de urgencia y consulta externa, cuyos temas tratados fueron: definición de dengue, caso probable de dengue, confirmado dengue, prueba de torniquete, tratamiento, seguimiento, laboratorios a realizar etc.

La institución ha implementado la obligatoriedad del curso Diagnostico y manejo clínico del dengue ofertado por el campus virtual de OPS los profesionales del centro de salud se encuentran certificados (médicos, enfermeras).

SATISFACCIÓN.

La institución cuenta con un procedimiento de PQRSF que garantice la respuesta oportuna a los requerimientos de los usuarios documentado, los medios utilizados para la captación de las PQRSF son buzón de sugerencias, página web. La institución cuenta con documento en Excel para seguimiento análisis de cierre de quejas (servicio, dependencia, PQRSF, clasificación, motivo de la PQRSF, clasificación de la causa, análisis y respuesta) seguimiento al tiempo de respuesta a quejas, se evidencia informes de la gestión de PQRSF. Se procede a verificar consolidado PQRSF mes de octubre 2024 se encontro 1 felicitación.

Se tiene establecido y documentado el proceso de apertura de buzón, se dispone de buzones ubicados en sala de espera de consulta externa y urgencias, apertura todas las semanas los días viernes. Se presenta acta con firma de responsable del proceso y testigos. Ultima apertura el día 20/12/2024.

Un auxiliar administrativo de la oficina de atención al usuario se encarga de dictar charlas (derechos y deberes) y realizar encuesta a los usuarios, información que se consigna en la Tablet que tiene el asistente para ser consolidada desde nivel central. Satisfacción global del mes de octubre 2024 fue del 100%, se realizaron 200 encuestas.

El ESE Hospital Local Cartagena de Indias cuenta con una cartilla de derechos y deberes de los pacientes, son socializados por la auxiliar de SIAU durante la realización de las encuestas de satisfacción. Se encuentran colgados en la página WEB de la ESE HLCI y publicados en sala de espera.

La IPS tiene un proceso y formato establecido para el consentimiento informado de los usuarios al momento de realizar un procedimiento el cual está documentado, durante la auditoría de historias clínicas se realiza verificación de adherencia al adecuado diligenciamiento de los mismos. se seleccionan consentimientos informados de Prueba presuntiva de VIH, para toma de muestras de citología de cuello uterino y son revisando con la líder y se hacen las observaciones correspondientes (Los consentimientos informados son archivados en físicos, se recomienda escanear y adjuntar en historias clínicas).

SEGURIDAD.

La ESE HLCI cuenta con un proceso de verificación de hojas de vida de los profesionales de salud que acredita la profesión que ejercen y que están vinculados al cargo como tal acreditado. se procede a solicitar hojas de vidas de los profesionales del centro de salud, las cuales cuentan con los documentos que acreditan su formación, cursos actualizados y RETHUS.

La ESE HLCI cuenta con una política de seguridad del paciente y tiene implementado un “Programa para la seguridad del paciente en la atención en salud” el cual está documentado código PR-GCAL-PAS-128 versión 6.2 y actualizado el 21/01/2022 el cual fue socializado 15/11/2024. Se realizan rondas de seguridad y sesiones breves los resultados son socializados en el comité de seguridad del paciente. Está conformado el comité de seguridad del Paciente el cual se reúne de manera mensual, durante el cual se trata la cultura del reporte, resultados rondas de seguridad, gestión eventos adversos, evaluación de procesos seguros que durante el mes de noviembre 2024 obtiene como resultado 80%, Farmacovigilancia (socializaciones alertas sanitarias, RAM) indicadores del programa.

No se presentaron eventos adversos en el tercer trimestre sino incidentes

INCIDENTES	NUMERO DE CASOS
Error en historia clínica paciente se ordenó citología y paciente que manifiesta no tener relaciones sexuales	1
Inoportunidad en el resultado de citología molecular	1
Desgarro por especulo movimientos de la paciente	1

Ingresas datos erróneos de numero de documento paciente para valoración en urgencia	1
Inoportunidad en el resultado de citología	1

Cuentan con “Manual de Higiene de Manos” código PT-GCAL – LDM 307 V2 (06/06/2023) y socializado el día 15/11/2024, cuentan con formato de evaluación de protocolo de lavado de manos el cual tiene una puntuación de 1 respuesta correcta y 0 para respuesta errónea, en el mes de noviembre tuvo un 92% de adherencia lo realiza la jefe del servicio de urgencia del centro de salud.

La IPS cuenta con un protocolo de caídas en los pacientes PT-GCAL – PDC 197 V1 (19/05/2023), la escala de riesgo utilizada es JH Downton y Humpty Dumpty.

La institución cuenta con plan de capacitaciones, los cronogramas se establecen para cada servicio. Este plan de capacitaciones es definido desde nivel central.

La institución cuenta con un PAMEC documentado e implementado, la institución cuenta con informe de cierre PAMEC 2023, para el año 2023 la institución cumplió con las etapas de la ruta crítica, fueron programadas 197 actividades de las cuales se ejecutaron 137 para un 74% de cumplimiento, se evidencia cargue a la plataforma el día 31/01/2024. PAMEC 2024 enfocado en SUA, se encuentran en el paso 7, se priorizaron 40 oportunidades de mejoras.

La Institución cuenta con indicadores de mortalidad, morbilidad y eventos adversos los cuales son utilizados para su gestión (Indicadores de seguimiento auditorías externas, cumplimiento PAMEC, indicadores fénix, cumplimiento de requisitos de habilitación, entre otros). Los principales EISP notificados son accidente ofídico, morbilidad materna extrema, varicela individual, tuberculosis, intento de suicidio, leptospirosis, sífilis gestacional, desnutrición aguda en menores de 5 años, VIH sida, vigilancia de violencia de genero e intrafamiliar, dengue y agresiones por animales potencialmente de rabia, está conformado el COVE donde se hace seguimiento a los EISP.

Existe un programa de farmacovigilancia, tecnovigilancia, documentado “Programa Tecnovigilancia código PG-GRF-PTEC-101 V1 18/07/2022; Programa Institucional De Farmacovigilancia MN-SF-MDFV-66, así como el comité de farmacia y terapéutica. Se evidencia acta de comité del 25/11/2024, así como acta de conformación 02/01/2024. Durante el comité se procede a socializar las alertas sanitarias, seguridad del paciente.

La Institución dispone de concepto sanitario emitido por el DADIS (acta de inspección, vigilancia y control sanitario) con resultado favorable del 98% de cumplimiento, la visita se realizó el día 08/05/2024, con fecha de vencimiento de un año.

Cuentan con un “Protocolo de Bioseguridad” código PT-TS-PBS-34 versión 1 fecha 28/04/2023, socializado. Disponen de Manual de Buenas Prácticas de esterilización, Limpieza, desinfección de instrumental y equipos Biomédicos elaborado el 01/08/2022. Se realiza seguimiento al proceso de esterilización en los comités de calidad (porcentaje de adherencia al manual de buenas prácticas de esterilización), en odontología el proceso de desinfección y esterilización al instrumental lo realiza la auxiliar de odontología donde primero se coloca en un recipiente con agua que tiene detergente enzimático por 15 minutos, se retira enjuaga, se seca, luego se coloca en las bolsas para empacar con las fechas de inicio y fecha de vencimiento la cual es de 90 días, después se colocan en el autoclave con el indicador químico que es el que determina que se realizó bien el proceso.

La ESE HLCI cuenta con un Plan de Gestión Integral de Residuos generados en la Atención en Salud y otras actividades (PGIRASA) actualizado del 25/05/2023 con el nuevo código de colores para las canecas. Las canecas se encuentran rotuladas. Fue auditado por el ente territorial. Se realizo socialización del PGIRASA desde nivel central.

PROCESO	CONTRATISTA
Disposición final de residuos peligrosos	RED AMBIENTAL S.A.S E.S. P
Disposición final de residuos no aprovechables	Pacaribe S.A E.S.P
Almacenamiento de residuos solidos	A1 Bioseguridad S.A.S
Servicio integral de ASEO	Servicios ABC S.A.S
Control de plagas	COOADESIN
Conceptos técnicos seguimiento sanitario	CARDIQUE
Disposición final de residuos aprovechables	Corporación casa de amigos con enlace

La institución tiene conformados los comités de calidad, comité de historias clínicas; seguridad del paciente; COVE. Los comités de infecciones, Farmacia y terapéutica, ética se realizan a nivel central se dispone de los soportes de los mismos en el drive institucional.

Entrega de material de evidencias:

- Protocolos, manuales, procedimientos y guías.
- Actas y listados de socializaciones
- Actas de comités.
- Folletos.
- Historias clínicas
- Hojas de vida
- Software institucional (GCI)
- Consentimientos informados
- Concepto sanitario
- Pantallazo reporte resolución 0256; 012.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Se finaliza la auditoría en medio de un ambiente agradable donde se contó con la disposición del equipo de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias – Centro de Salud Blas de Lezo

Centro de Salud La Blas de Lezo tiene procesos documentados y programas estructurados, cuentan con guías de manejo, procedimientos, formatos, actas y demás documentos que basados en la adherencia del talento humano contribuyen a favorecer una atención con Calidad.

La ESE Hospital Local Cartagena de Indias viene en un proceso de revisión y actualización de sus documentos, se recomienda organizar los documentos actualizados por procesos y verificar que su personal los conozca y que no consulten los documentos desactualizados. Todo documento actualizado debe ser socializado y verificar adherencia a la capacitación.

El centro de Salud La Blas de Lezo se encuentra ubicado en avenida principal por el cual capta gran número de pacientes en el servicio de urgencia, motivo por el cual la adherencia al procedimiento de selección y clasificación de pacientes para determinar la prioridad en que estos serán atendidos en base a su condición clínica debe ser frecuente.

Al momento del recorrido se evidencio en el servicio de urgencias No diligenciamiento de acrílicos de identificación de paciente, las barandas de protección de las camillas para prevenir caídas con pacientes se encontraron abajo.

Después de realizada la auditoría se identifican las siguientes oportunidades de mejora las cuales junto a las observaciones dialogadas durante el desarrollo de la visita y recomendaciones expuestas anteriormente serán un insumo importante para implementar acciones que fortalezcan la calidad en la prestación de servicios a la población Cartagenera.

Accesibilidad

- Modificar el modelo de atención del triage para cumplir con lo contemplado en la resolución 5596 de 2015 esto implica ajustar el proceso de verificación de derechos del paciente para que se realice después de la realización del triage. esto implica que, una vez que se haya evaluado la gravedad de los pacientes en el triage, se proceda con la verificación de sus derechos, asegurando así un flujo eficiente y conforme a los lineamientos legales y hospitalarios.

Satisfacción.

- Diseñar una estrategia donde los consentimientos informados queden adjuntos en la historia clínica del paciente.

Puntaje total resultado de la auditoría de acuerdo al instrumento utilizado y la calificación porcentual obtenida, la institución cumple al obtener un porcentaje del **96%**.

Teniendo en cuenta lo anterior basados en lo evidenciado, la institución debe realizar un plan de mejoramiento a consciencia,medible y que pueda ser sostenible en el tiempo, donde se integre la participación de todo el equipo del centro de salud y del nivel central de la ESE, se debe enviar a los correos calidaddopsdadis@cartagena.gov.co en un término no mayor a 10 días.

La visita se da por terminada el día 20 de diciembre 2024

Personas que intervienen en la visita

NOMBRES		INSTITUCION
Aljadis Novoa Beleño		Enfermera líder Centro de Salud Blas de Lezo
Oneyda Arroyo Barrios	Oneyda Arroyo B.	Profesional Especializado DOPS - DADIS