

COMUNICACIONES “MESA 9”

TITULO:

INDICE SINTÉTICO PARA LA MONITORIZACIÓN DE LA EXCELENCIA EN LA PRESCRIPCIÓN .

AUTORES:

Buisán MJ, Vallés V, Aldámiz-Echevarria JM, Rodrigo P.

OBJETIVO:

Mejorar la prescripción farmacéutica favoreciendo el *Benckmarking*. Personal: Comparando resultados personales entre diferentes periodos. De centro: Comparando cada profesional con su media de centro y el resto de profesionales de su centro. De sector: Comparándose con los excelentes del sector.

Establecer un punto de corte para seleccionar a los facultativos sobre los que realizar intervención individual.

METODOLOGÍA:

Elaboración de un índice sintético (IS), mediante un método de consenso, que combine los indicadores de eficiencia y de calidad de prescripción que actualmente se monitorizan en AP, asignando los siguientes valores relativos a cada uno de los indicadores:

Indicadores de calidad (ICP):

- ✓ 10%: tasa de envases prescritos como EFG o DOE
- ✓ 25%: tasa de envases de principios activos que no constituyen una novedad terapéutica
- ✓ 25%: Tasa de DDD de omeprazol
- ✓ 35%: Tasa de DDD de IECA

Indicador de eficiencia (IE):

- ✓ 5%: Cumplimiento presupuestario: gasto/presupuesto

A cada médico se le asigna una puntuación relativa para cada uno de los 4 ICP y para el IE. Se realiza un ajuste de tasas para normalizar los resultados de todos los profesionales. Se suman todos los resultados de cada profesional y se establece una escala ordinal ponderada sobre 100.

A los profesionales se les entregan los resultados obtenidos de este indicador global para su autoevaluación y así favorecer la reflexión y mejora.

Fuente de datos: sistema de información de farmacia. Periodo: enero-agosto de 2005.

RESULTADOS:

El número de facultativos a los que se les calcula el índice sintético son los 91 médicos generales del sector Barbastro.

El IS en Sector de Barbastro, presenta unos valores con rango de 90,83 a 26,48. Media: 60,12
Desviación estándar: 11,73. Aceptabilidad de los profesionales: buena

CONCLUSIONES:

Por primera vez en nuestro ámbito se puede comparar y posicionar a todos los profesionales en función de un único indicador basado en la calidad de prescripción y no solo en el cumplimiento presupuestario.

Este IS permite seleccionar de manera objetiva los casos en los que se decide hacer una intervención individual.

Es necesaria una monitorización continua de este indicador y una transmisión de la información a los profesionales para evaluar su validez en cuanto a mejora de la prescripción.

TÍTULO:

¿SE PUEDE MEJORAR EN NUESTRA FORMACIÓN?.

AUTORES:

Hijos LA, Campos C, Figueras C, Castellanos C, Rubio L, Ledesma D et al

OBJETIVO:

Establecer un ciclo de mejora continua en las actividades formativas del equipo de Atención Primaria. (EAP).

METODOLOGÍA:

En nuestro EAP se detecto y priorizó la formación continuada para la realización de un ciclo de mejora continua. Posteriormente se formo un Grupo Focal de Calidad, que realizo un análisis de causas, propuso criterios de calidad (indicadores y estándares) y las medidas correctoras pertinentes. Entre las oportunidades de mejora destacaron:

1. Educativas: mejora de las técnicas y metodología pedagógicas.
2. Organizativas: Plan de formación con selección y priorización de temas con una periodicidad anual, teniendo en cuenta los distintos programas de salud. Incluyendo un cronograma de actividades con toma de responsabilidades.
3. Motivadoras: incentivación por medio del contrato-programa, facilitación del acceso a la heteroformación.

RESULTADOS:

En el periodo evaluado, (abril-02/mayo-03) el número de sesiones formativas fue de 37 (siendo 29 autoformativas) entre los tipos de actividad formativa destacaron las sesiones para la actualización de programas/protocolos (8) y los casos clínicos(7). La participación como asistentes fue del 69,91 % de los profesionales , siendo ligeramente mayor en medicina. Un 70% de los asistentes eran titulares, siendo el resto personal de refuerzo y otros profesionales. La titulación del docente fue Diplomado en Enfermería en un 42% y Licenciado en medicina en un 38%. La valoración de los criterios de calidad se desarrollo sobre 15 actividades, los estándares de calidad relativos a la cantidad , planificación y satisfacción fueron alcanzados; el criterio referente a la realización de una sesión específica al mes para cada estamento, solo se cumple en medicina. En la encuesta sobre la valoración subjetiva obtenemos que la percepción en los objetivos alcanzados es alto-muy alto (85,85%),en el contenido alto-muy alto (86,8%),en los distintos aspectos metodológicos buenos-muy buenos (rango 94,9-84,83%), en la utilidad buena-muy buena (75,73%) y en la organización alta-muy alta (92,93%). Siendo la satisfacción general del 81,11% resultando mayor en los casos clínicos que en resto de actividades formativas.

CONCLUSIONES:

La realización de las medidas de mejora de calidad han influido en la realización de las actividades formativas, bien focalizando la atención sobre ellas o bien por medio de una mayor motivación debido a la realización del plan formativo y/o la encuesta realizada sobre la satisfacción alcanzada. Como oportunidad de mejora debemos incidir en el aumento en la realización de sesiones de enfermería y en la mejora de los aspectos pragmáticos. Así mismo, creemos que se debería adaptar la encuesta a las ítems que fueran mas discriminativos.

Nota: Actividades financiadas a través del “Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de Calidad” de la Diputación General de Aragón dentro del proyecto “Hacia la calidad integral I”.

TÍTULO:

VIOLENCIA DOMÉSTICA: ¿FORMAR O ABRIR LA CAJA DE PANDORA?

AUTORES:

López – Barrachina R, Cisneros A, Garuz R, Lafuente O, Lamote E, Pico V.

OBJETIVO:

El Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, consideró que el abordaje del maltrato a las mujeres era un problema complejo que requería una metodología de actuación en Atención Primaria. Así que elaboró una “Guía de Atención a las Mujeres Víctimas de la Violencia Doméstica” que sirviera como herramienta para la detección, el abordaje y el seguimiento de las víctimas para los profesionales sanitarios. El programa de formación estuvo a cargo del Servicio Aragonés de Salud, junto con el Instituto de Ciencias de la Salud y el Instituto de la Mujer.

METODOLOGÍA:

Durante el mes de abril de 2005, 28 profesionales sanitarios (1 médico, 1 enfermera, 1 trabajador social por cada sector sanitario) recibieron formación y materiales para difundir la guía mediante sesiones en los 121 Centros de Salud de Aragón y los Servicios de Urgencias de Atención Primaria. Estos formadores cumplimentaron un cuestionario con preguntas abiertas sobre su percepción de la violencia doméstica y los motivos de su participación en este proyecto. Posteriormente, se realizó con ellos un grupo focal para discutir su experiencia e impresiones como formadores de sus compañeros. A todos los profesionales sanitarios de los centros se les repartieron dos tipos de encuestas. Una antes de la sesión de difusión, para recoger datos sobre su experiencia previa con el problema y la actuación ante casos sospechosos de maltrato. Otra, al final de la misma, en la que se preguntaba sobre su disposición para abordar la Violencia Doméstica en su consulta.

RESULTADOS:

La Tasa General de Asistencia a la Sesión de Difusión de la guía fue de un 66.85 y la Tasa General de Participación en la Encuesta de Valoración de la Sesión de Difusión fue de un 78.8%. Se recibieron 1008 encuestas previas que demostraban que más de la mitad de los profesionales de Atención Primaria habían atendido casos de violencia doméstica. También habían proseguido con la investigación y sabían lo que les había ocurrido a las víctimas. Encuestas posteriores se recibieron 1110 y el 68.7% declaró estar en disposición de abordar el problema en su consulta. La sesión se valoró como bastante buena en un 43.8%. Los formadores se sintieron muy satisfechos con la experiencia y con el apoyo institucional, aunque les hubiera gustado que se considerase como mérito al haber asistido a la sesión de difusión.

CONCLUSIONES:

1. Hay que formar más y mejor a todos los profesionales de Atención Primaria en el problema de la Violencia Doméstica.
2. Es prioritario ampliar el concepto de violencia: además de los malos tratos a la mujeres por parte de sus compañeros o maridos tenemos el maltrato infantil, la violencia de los hijos a los padres y hacia los ancianos que conviven en el hogar.
3. Resulta necesario implicar activamente a los profesionales “varones” porque como casi todos los formadores son mujeres, se produce la llamada “solidaridad de género”.

TITULO:

¿MEJORA LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER MENOPÁUSICA UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD?

AUTORES:

Roca MA, **Arnau A**, Mora D, Alepuz MA, Güell J, Argiles L et al .

OBJETIVO:

Mejorar la sintomatología y la calidad de vida de las mujeres post-menopáusicas dentro de nuestro programa de intervención.

METODOLOGÍA:

Estudio de serie temporal múltiple antes - después.

1. Estudio descriptivo transversal de las mujeres menopáusicas.
2. Intervención de Educación para la Salud en el climaterio.
3. Estudio comparativo de la sintomatología climatérica y de la calidad de vida antes y después de nuestra intervención de educación para la salud en el periodo climatérico (Kupperman y MENCAV).

RESULTADOS:

El resultado del estudio de serie temporal múltiple antes y después de nuestra intervención en cuanto a la sintomatología (Chi- cuadrado) nos dio un resultado no significativo, en cambio, la comparación de la calidad de vida si que arrojó un resultado estadísticamente significativo (T Student $p= 0,028$ en cuanto a calidad de vida total y $p= 0,00054$ salud física).

CONCLUSIONES:

La salud de nuestra población a estudio es acorde con sus años biológicos.

No se encontraron diferencias en el análisis estadístico de la calidad de vida y los síntomas climatéricos en función de los años de evolución de la menopausia.

La intervención de educación para la salud en esta época biológica, mejora significativamente la percepción de su calidad de vida.

Mejora, aunque no de forma significativa, la sintomatología climatérica.

La valoración de las charlas por los asistentes ha sido muy positiva y demandan más intervenciones de este tipo (charlas, ejercicios, proyecciones, relajación,...).

Posibles planes de mejora:

- El sobrepeso (cerca 70%).
- La cuantificación del consumo de calcio en la dieta.
- La valoración y cuantificación de los medicamentos que consumen de forma habitual.

TÍTULO:

EVALUACIÓN DEL PROCESO DE TRATAMIENTO DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR (CHC). RESULTADOS PRELIMINARES.

AUTORES:

Artigas JM*, **Fuentes J***, Hördnler C*, Pardillos C*, Serrablo A*, Torrubia P**.

* **Subcomité de tumores hepatobiliopancreáticos. Hospital Miguel Server.**

** *Médico Atención Primaria-Soporte Domiciliario. Sector 2.*

OBJETIVO:

Evaluar los resultados obtenidos al año de implantación del proceso de tratamiento del CHC, mediante una serie de indicadores preestablecidos.

METODOLOGÍA:

Desde el año 2004 el CHC se gestiona como un proceso, apoyado sobre una guía clínica adaptada para tal fin, en el seno de un equipo multidisciplinar que incluye enfermería y médicos de asistencia primaria y especializada. En función del estadio tumoral, afectación hepática y estado general del paciente se plantean diferentes opciones terapéuticas. Los tratamientos potencialmente curativos son la resección quirúrgica, el trasplante hepático o terapias percutáneas (radiofrecuencia o inyección intratumoral de alcohol). En casos seleccionados no tributarios de tratamiento curativo, se planteó tratamiento paliativo, fundamentalmente quimioembolización.

Los pacientes a los que no pudo ofrecerse una alternativa terapéutica razonable fueron controlados y se les dio tratamiento sintomático.

Para evaluar el proceso se establecieron una serie de indicadores cuyos resultados se presentan.

RESULTADOS :

Como indicador de acceso al proceso se consideró la “demora terapéutica”, que es el tiempo que transcurre desde que el paciente acude a la consulta hasta que se le administra el tratamiento indicado. En el periodo de evaluación (un año) han entrado en el proceso 35 pacientes y la demora terapéutica ha sido de 17 días.

Para evaluar el proceso se eligió el indicador “estancia media del tratamiento percutáneo”, porque este tratamiento se aplicó a la mayoría de los pacientes que entraron en el proceso (31). Esta estancia media fue de 1,8 días.

Como indicador de resultados se eligió “supervivencia del tratamiento percutáneo”, por la misma razón expuesta en el indicador anterior. El corto espacio de tiempo de seguimiento no permite extraer conclusiones firmes, pero en cualquier caso la supervivencia (91%) es similar a la publicada en otras series.

No hubo fallecimientos relacionados con los procedimientos terapéuticos ni complicaciones mayores.

CONCLUSIONES:

A pesar del corto periodo de seguimiento, los resultados obtenidos en el tratamiento del CHC tras la implantación del proceso son similares a los obtenidos en las series publicadas y en ensayos clínicos. Ello avala la instauración de este tipo de estrategias para la gestión de la enfermedad.

TITULO:

FRACTURA DE FÉMUR EN EL ANCIANO: APORTACIONES DEL TRABAJO INTERDISCIPLINAR.

AUTORES:

Navarro P, Caro I, Cabrero R, Gamboa B, Gay C.

OBJETIVO:

Evaluar los resultados de aplicar una metodología de búsqueda activa de pacientes frágiles.

METODOLOGÍA:

- Estudio retrospectivo, descriptivo.
- Pacientes captados por la Unidad Sociosanitaria de Valoración ingresados por fractura de fémur.
- Período: tercer cuatrimestre de 2004.
- Captación:
 - Derivación a demanda de todas las secciones de traumatología, excepto de la sección B.
 - Búsqueda activa en pacientes de la sección B.
- Valoración geriátrica integral.

RESULTADOS:

Los pacientes captados en el periodo de estudio fueron 57. De ellos 28 fueron captados en régimen de búsqueda activa y 29 procedían de otras secciones distintas de la sección B. Los pacientes abordados interdisciplinariamente por la Unidad Sociosanitaria de Valoración tienen una media de demora de la intervención de 4,96 días si son pertenecientes a la sección B y de 12,46 días de otras secciones. En toda valoración interviene geriatría y enfermería y si se precisa Trabajo Social. Los tiempos de resolución de los casos son similares pero la repercusión sobre la estancia media distinta. La intervención requerida a la unidad precisa de 6,5 días si el paciente retorna a su domicilio, 10,25 si precisa residencia asistida para su atención y 14 días si requiere otro centro hospitalario. Las estancias medias de los dos grupos de secciones son: sección B 14,65 días y otras secciones 17,61 días.

CONCLUSIONES:

1. La intervención interdisciplinaria permite garantizar la valoración de las necesidades en todos los aspectos de salud del anciano con fractura de fémur.
2. La búsqueda activa identifica los pacientes frágiles de forma precoz y los recursos necesarios en el ámbito del hospital y extrahospitalarios.
3. Se minimiza la incertidumbre del paciente y la familia sobre el futuro y mejora la información sobre los cuidados.
4. Se garantiza la continuidad de cuidados y los recursos necesarios para la reversión de la dependencia.
5. Se adecúa la estancia del paciente a la estrictamente derivada de la atención sanitaria del proceso.

TÍTULO:

¿ES POSIBLE DISMINUIR EL NÚMERO DE ESPUTOS NO VÁLIDOS PARA CULTIVO?

AUTORES:

Revilla MJ, Villuendas MC, Moles B y miembros Grupo de Mejora de la Calidad de Microbiología

OBJETIVO:

- ✓ Valorar la calidad de la muestra mediante la tinción de Gram. de forma previa a la siembra.
- ✓ Conocer cual es el porcentaje de esputos no válidos (ENV)
- ✓ Analizar qué servicios son subsidiarios de mejorar el indicador
- ✓ Promover acciones de mejora.

METODOLOGÍA:

Realización de una extensión del esputo y tinción de Gram. Valoración microscópica con objetivo de bajo aumento de la presencia de células epiteliales (CE) y polimorfonucíearcs (PMN). Siembra de las muestras que cumplan requisitos (>25 PMN y <10 CE). Rechazo de las muestras no válidas y solicitud de una nueva muestra, registrándose en el sistema informático del laboratorio esta circunstancia. Análisis de los datos acumulados de un año y estudio descriptivo de los resultados.

RESULTADOS:

Durante el año 2004 se realizó tinción de Gram a los 3.705 esputos enviados. De ellos 1.093 (29.5%) fueron no válidos y no se cultivaron. El Servicio de Neumología fue el que mayor nº de esputos remitió y también el de mayor nº de ENV.

Dentro del Servicio de Neumología las consultas externas de los Centros Médicos de Especialidades eran los que presentaban un mayor porcentaje de ENV. El Grupo de Mejora de Calidad del Servicio de Microbiología analizó estos datos y planteó la posibilidad de desarrollar una línea de mejora conjunta con el Servicio de Neumología, con el objetivo de disminuir el indicador de % de ENV. La transmisión de los datos disponibles a los neumólogos ha sido la primera de las acciones de mejora realizadas.

Tras esa primera reunión se acordaron otras acciones que se están desarrollando en la actualidad.

CONCLUSIONES:

El seguimiento de los esputos no válidos ha permitido conocer cual es la situación de partida y plantear acciones para mejorar los servicios que Microbiología puede prestar a sus clientes. El examen del esputo mediante la tinción de Gram evitó la siembra de una tercera parte de las muestras enviadas, con la disminución de costes subsiguiente y mejora de la calidad de los servicios emitidos.

Creemos que la colaboración entre los grupos de mejora de la Calidad de los dos servicios permitirá disminuir el nº de ENV.

TITULO:

PROYECTO DE MEJORA DE ATENCION HOSPITALARIA AL PACIENTE ENCAMADO CON RIESGO DE DESARROLLAR ULCERAS POR PRESION.

AUTORES:

Cuello, T.,Giron G.; Laita, C., Marco, C., Marco, M.J., A., Sanchez, P., "et al"

OBJETIVO:

Unificar criterios relacionados con los cuidados del paciente encamado según niveles de evidencia científica.

METODOLOGÍA:

Formación de un grupo para unificar criterios y dar formación a los profesionales en relación a los cuidados del paciente encamado, teniendo en cuenta el catalogo de artículos de prevención y tratamiento de las LPP así como los dispositivos de distribución y alivio de presión que dispone el centro.

RESULTADOS:

- ◆ Elaboración de un plan de cuidados consensuado basado en la evidencia científica.
- ◆ Dotación de nuevos materiales a las unidades asistenciales: 7 Colchones dinámicos de alta gama y 30 colchones dinámicos de gama media.
- ◆ Formación a los profesionales responsables de cuidados a través de talleres teórico prácticos.
- ◆ Disminución de la Prevalencia de las LPP en las unidades donde se han formado estos profesionales.

CONCLUSIONES:

La necesidad urgente de invertir recursos en los cuidados de prevención así como de ofertar formación continuada a los profesionales y la realización y registro del plan de cuidados adecuado a las necesidades del paciente justifican la acción emprendida.

TÍTULO:

ACCIONES DE MEJORA EN SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES INMIGRANTES DE ZARAGOZA.

AUTORES:

Tajada M, Carazo B, Ornat L, Orós D, Pérez Hiraldo P, Fabre G.

OBJETIVO:

Identificar problemas y buscar líneas de mejora en relación con la salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes que dan a luz en nuestro área de salud.

METODOLOGÍA:

Estudio epidemiológico mediante encuesta durante su ingreso a todas las mujeres inmigrantes que dan a luz en el Clínico Universitario de Zaragoza.

Formación de mujeres inmigrantes en temas de salud reproductiva. Impartición de talleres por las mediadoras.

Elaboración y difusión de material educativo.

Acciones de prevención de mutilación genital femenina.

RESULTADOS:

Se ha completado el estudio epidemiológico objetivándose diferencias estadísticamente significativas en el resultado perinatal de las mujeres españolas e inmigrantes.

Se han formado 3 mediadoras, dos gambianas y una argelina en temas de control prenatal, planificación familiar, cuidados del recién nacido, utilización adecuada del sistema sanitario y prevención de la mutilación genital femenina. Han dado charlas y talleres en asociaciones y centros de reuniones de las comunidades inmigrantes.

Se ha elaborado un cuaderno en árabe y español de control del embarazo y cuidados del recién nacido.

Se han desarrollado actividades de prevención de la mutilación genital femenina en las mujeres de los países donde esa práctica es habitual que han dado a luz en el clínico universitario de Zaragoza.

CONCLUSIONES:

1. Existen diferencias estadísticamente significativas en los resultados perinatales de las mujeres inmigrantes y españolas que dan a luz en Zaragoza. Las diferencias son mayores en las mujeres procedentes de países de África Subsahariana.
2. Se ha formado a mujeres de estos países para que sirvan de intermediarias y transmisoras de formación en salud para las mujeres de estas comunidades que tienen dificultades con la cultura o el idioma.
3. Se ha diseñado y elaborado material formativo en control prenatal y cuidados del recién nacido que no ha sido todavía aprobado por las instancias necesarias para ser difundido entre las comunidades diana.
4. Se han realizado acciones de prevención contra la mutilación genital femenina pero éstas no han sido coordinadas adecuadamente.

TÍTULO:

Proceso de atención integral del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST

AUTORES:

Montón-Dito JM, Gutiérrez Cía I, Colás F, Catalán-Lorente C, Gambara-Royo B y Martínez-Burgui J

OBJETIVO:

- Mejorar la eficiencia, adecuación y accesibilidad de los pacientes con IAM al sistema sanitario
- Elaboración de una arquitectura de proceso para el IAM con elevación del ST
- Mantener la continuidad del proceso asistencial entre todos los niveles del sistema

METODOLOGÍA:

Recogida de datos utilizando el programa ARIAM
Reuniones mensuales del equipo de mejora
Elaboración de una arquitectura del proceso
Análisis de los tiempos de demora y calidad asistencial
Presentación en los centros de salud del sector Teruel

RESULTADOS:

Creación de un grupo de trabajo estable
Conocimiento detallado del problema gracias a los datos objetivos y medibles obtenidos en la evaluación inicial
Se ha finalizado la arquitectura del proceso para la atención al IAM
Contamos ya con un soporte gráfico común para difundir la actuación ante un IAM en el medio hospitalario y extrahospitalario

CONCLUSIONES:

5. Retrasos en la identificación, traslado y atención del IAM
6. Uso infrecuente del transporte sanitario
7. Demora en la aplicación de la fibrinólisis
8. Alejados de los estándares de calidad del ARIAM
9. Falta de unificación de los criterios diagnósticos y terapéuticos entre los distintos escalones asistenciales

TÍTULO:

ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN UN CENTRO PENITENCIARIO.

AUTORES:

Arroyo JM, Ortega E, Duato A.

OBJETIVO:

Se describen las características de la asistencia a los problemas más graves de salud mental que aparecen en los reclusos del Centro Penitenciario de Zaragoza, con especial atención a los ingresados en la Enfermería del centro. Es un trabajo que arranca en los planes de mejora de calidad asistencial en materia de salud mental comenzados en 1999 y que tiene previsto continuar, al menos durante todo el año 2006.

MÉTODOS:

Se han recogido todos los ingresos en la Enfermería del centro des de el 1 de abril de 2005 hasta el mes de noviembre. Se presenta una descripción preliminar de los resultados que incluye la distribución de frecuencias por enfermedades mentales. Queda pendiente una explotación más completa de las datos que pos razones de premura a la hora de presentar este trabajo, no se ha podido hacer. Se ponen en relación los datos con los objetivos del programa de mejora de calidad.

RESULTADOS:

La Enfermería del Centro Penitenciario es el módulo “más terapéutico” de los 14 que están funcionado en la prisión y por tanto, donde se ingresan a los internos con problemas de salud, sean físicos ó mentales, mientras son incapaces de seguir la vida normal penitenciaria del resto de módulos.

Un 55% de todos los ingresos realizados en los últimos 7 meses tuvieron causa psiquiátrica.

Un 19% por un sintomatología compatible con un Trastorno Depresivo grave

Un 30% debido a sintomatología compatible con un proceso psicótico

Un 38% por sintomatología relacionada con un Trastorno de Personalidad grave

CONCLUSIONES:

- Hay un alto porcentaje de internos con trastornos mentales, que ya tenían antes de entrar en prisión o que desarrollan como consecuencia de su ingreso (entre el 40% y el 60% según los autores)
- El modelo ideal de asistencia en prisión a esos problemas de salud mental no está definido
- Un modelo a estudio es el del psiquiatra consultor + equipo de atención primaria penitenciario
- Los programas de mejora de la calidad asistencia son útiles para analizar este tipo de áreas asistenciales sobre las que no existen estudios previos disponibles.