

# MESA 2

**Comunicaciones de tipo ORAL**

Moderador/a:

**FLORENCIO GARCIA LATORRE**

*Director de Continuidad Asistencial de SALUD*

## GESTIÓN/FORMACIÓN

**SALA 105**

**15 de JUNIO 18:30 horas**



**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD  
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA  
DE CALIDAD ASISTENCIAL  
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009**

Tipo de Comunicación: **ORAL**

**TÍTULO. PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA EN EL SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAJE (SET). SEVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO**

*Autores: Campo A\*, Mur A, Sicart S, Ortega I, Elizalde I, Miralbes J et als.*

*\* ALICIA CAMPO SIN. HOSPITAL DE BARBASTRO (acampo@salud.aragon.es)*

**SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS.** En 2006 siguiendo las directrices del Salud, se produjo un cambio en la organización del trabajo en el servicio de urgencias: la incorporación de un sistema informatizado y estructurado de clasificación de pacientes. Uno de los requisitos básicos para la correcta implantación del SET era disponer de un personal cualificado, formado y cuantitativamente suficiente.

**Objetivos:** Conseguir la formación acreditada en el SET de todos los médicos y enfermeras del servicio. Unificar mediante la formación el uso de los estándares de calidad del SET.

Lograr que el personal de nueva incorporación a la unidad disponga de formación en el SET en un periodo no superior a 1 año. Conseguir que el 50% del personal eventual tenga formación en el SET. Dar formación básica en triaje para personal auxiliar y no sanitario.

**METODOLOGÍA.** Diseño del curso teórico práctico de formación en el SET. Revisión y aprobación del programa por la Comisión de Calidad del servicio. Presentación en el convocatoria de Proyectos de Mejora de la Calidad del Salud 2007. Difusión del curso en el hospital. Diseño del taller básico para personal auxiliar y no sanitario. Solicitud de acreditación. Realización del curso por instructores en triaje del servicio. Análisis de encuestas de satisfacción del curso según modelo Salud. Monitorización y evaluación de los indicadores del proyecto.

**RESULTADOS.** Se han realizado 3 cursos durante los años 2007 y 2008, formando a un total de 44 enfermeras y 5 médicos. Más del 50% de los sustitutos vacacionales tuvieron formación en SET.

Se realizaron 2 talleres formativos para personal auxiliar y no sanitario, asistiendo un 20%.

Se evaluaron las encuestas de satisfacción con la actividad formativa obteniendo estos resultados sobre un máximo de 10: Utilidad de conocimientos adquiridos, 8.5 (2007), 8.6 (feb 08), 9.1 (jun 08). Recomendación de la actividad a compañeros, 8.4 (2007), 8.5 (feb 08), 9.3 (jun 08). Evaluación global, 8.3 (2007), 8.4 (feb 08), 9.1 (jun 08).

Se acreditaron los cursos de 2008 con 4.2 créditos.

**CONCLUSIONES.** El grado de satisfacción de los profesionales respecto a la actividad ha sido muy positivo, aumentando en cada edición.

Se dispone durante todo el año de un porcentaje elevado de enfermeras con formación en triaje, permitiendo su correcta rotación por esta ubicación.

Hemos conseguido una mejor organización del servicio, unificando criterios de actuación y circuitos asistenciales.

Mejora en la seguridad de los profesionales en el uso de la herramienta informática y de los pacientes, protegiendo a los más urgentes y graves.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD  
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA  
DE CALIDAD ASISTENCIAL  
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009**

Tipo de Comunicación: **ORAL**

**TÍTULO. CREACIÓN DE PÁGINA WEB PARA LA GESTIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA DE 061 ARAGÓN**

*Autores: Castillo AB\*, Cano MI, Esther DP, Eduardo CR, Jose LG, Veronica RR*

*\* ANA BELEN CASTILLO AMORES. GERENCIA 061 ARAGON (formacion061@salud.aragon.es)*

**SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. SITUACIÓN INICIAL**

Debido a la idiosincrasia del trabajo en el 061 ARAGON -organización en turnos de 24 horas- la comunicación inmediata de los aspectos del Plan de Formación, convocatorias de cursos, listados de admitidos, programas docentes, era demasiado lenta, no llegando a sus destinatarios a tiempo.

Además había necesidad de ser más eficientes con el nº de horas presenciales.

**OBJETIVOS:**

- \* Realizar una plataforma de información sobre la Formación Continuada útil y fácilmente accesible, favoreciendo la comunicación de todos los aspectos de interés en materia de formación.
- \* Que la Plataforma sea flexible para poder introducir mejoras de los distintos aspectos en la gestión de la formación.
- \* Descender el nº de horas teóricas presenciales de las acciones formativas.
- \* Descender el nº de envíos desde el Dpto. de Formación del material didáctico.

**METODOLOGÍA.** - Creación del portal (página web) de formación, realización de la plataforma informática. Por Dpto. de informática.

- Alimentación inicial de la página web con el contenido necesario. por Dpto. de Formación
- Gestión del contenido de la página web. por Dpto. de Formación)
- Actualización de la documentación referente a la comunicación del Plan de formación Continuada de 061 ARAGON. Por el Dpto. de Formación.
- Actualización de contenidos de apoyo al Plan de Formación: noticias, investigaciones, incorporación de links etc. Por el Grupo Docente
- Gestión de la documentación las acciones formativas desde la página web. Por Grupo Docente.
- Evaluación de resultados y detección de áreas de mejora. Por los responsables del Proyecto.

**RESULTADOS.** - En torno al 50% de los profesionales que se inscriben a los cursos lo hacen por medio de la pg web.

- Los apuntes que sirven de soporte teórico en los cursos están disponibles en la página web para ser consultados.
- Las horas presenciales de los cursos se han descendido sin afectar al nº de créditos concedidos.
- El Dpto. de Formación ha descendido a 0 los envíos en este sentido.

**CONCLUSIONES.** La creación de esta página web ha supuesto una importante mejora cualitativa en la gestión de la Formación continuada. Por un lado ha descendido el trabajo administrativo del Dpto. de Formación al poderse realizar la mayoría de los trámites vía web. Ha descendido considerablemente el soporte papel utilizado para la gestión del Plan de Formación y se han eliminado los envíos de apuntes por el Dpto. de Formación. Los profesionales conocen y usan la web de formación mejorando la independencia en su propia gestión de formación continuada.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD  
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA  
DE CALIDAD ASISTENCIAL**  
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

**TÍTULO. PROYECTO REALTH (REMOTE HEALTH): MEJORA Y OPTIMIZACIÓN DE GESTIÓN DE RECURSOS SANITARIOS**

*Autores: Sanjoaquin AC, Coll J, Pinilla R, Cortes A\*, Lanao P, Salillas V et als.*

*\* ANA CORTES. HOSPITAL DE BARBASTRO (acsanjoaquin@salud.aragon.es)*

**SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS.** Proyecto singular estratégico AVANZA I+D. Actualmente: fase de validación de prototipos y pruebas de concepto. El consorcio está formado por 17 empresas, entre ellas Hospital de Fuenlabrada y Hospital de Barbastro.

**Objetivo principal:** alcanzar MAYOR BIENESTAR gracias a mejora de servicios sanitarios y optimización gestión de recursos sanitarios en los ss entornos:

- Interno dentro del hospital/centro sanitario: gestión de recursos sanitarios
- Desde el hospital/centro al domicilio del paciente: teleasistencia
- Desde el hospital/centro a la sociedad: servicios a la ciudadanía e Inclusión.

**METODOLOGÍA.** Para cada entorno se ha diseñado un sistema diferente:

.Sistema de gestión de recursos/activos sanitarios: trazabilidad y localización RFID: dirigido a personal sanitario

.Sistema de teleasistencia: vía Web, PDA y TDT

.Sistema de servicios sanitarios a la ciudadanía e Inclusión : vía TDT

Para garantizar seguridad/confianza en servicios sanitarios, se han desarrollado mecanismos que posibilitan confidencialidad de datos, control acceso personas sobre ciertos recursos, securizando las comunicaciones existentes y otorgando privacidad, todo ello cumpliendo con la LOPD.

**RESULTADOS.** Año 2007/2008: investigación y diseños para los 3 sistemas y su securización.

Año 2009: desarrollo y validación de prototipos de los 3 sistemas y plataforma de seguridad que se utilizarán en diferentes casos de estudio de usuarios finales del proyecto:

.Prototipo sistema gestión recursos sanitarios: Gestión de trazabilidad de citostáticos en el Sº Oncología/Farmacia del H Fuenlabrada y Localización de pacientes y equipos sanitarios en el Sº Urgencias del H Barbastro

.Prototipo teleasistencia (H Barbastro): portal Web de teleasistencia y aplicación TDT/PDA para envío constantes vitales, consulta de datos médicos, consulta de medicamento

.Prototipo servicios a la ciudadanía (H Barbastro): educación para la salud vía TDT

.Prototipo seguridad: Plataforma identificación, autenticación, autorización y auditorias compatible con la LOPD.

**CONCLUSIONES.** Durante los dos primeros años REALTH ha hecho hincapié en que los resultados sean aplicables a diferentes hospitales y centros sanitarios y en que mejoren los servicios sanitarios para todas las personas en general, incluyendo colectivos con necesidades especiales ( ancianos, inmigrantes, etc).

Se ha priorizado la facilidad de uso de los sistemas y la securización de los datos de pacientes para garantizar confidencialidad, lo cual aumenta la confianza y aceptación de los sistemas por parte de pacientes y ciudadanos.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD  
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA  
DE CALIDAD ASISTENCIAL  
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009**

Tipo de Comunicación: **ORAL**

**TÍTULO. MEJORA DE LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES. REORGANIZACIÓN DE LA FISIOTERAPIA EN EL SECTOR ZARAGOZA II**

*Autores: Tobajas E\*, Sanz C, Villa MT, Coca J, Garcia MJ, Mercado M*

*\*EVA TOBAJAS. DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA (etobajas@salud.aragon.es)*

**SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. Objetivo:**

Mejorar la oferta de servicios de Fisioterapia del sector, redistribuyendo efectivos y actividades adecuadamente entre Atención primaria y Atención Especializada.

**METODOLOGÍA. Intervención y Metodología:** Los servicios de Fisioterapia del sector han experimentado un aumento notable de la demanda en los últimos tiempos, junto con un incremento de la variabilidad y complejidad de sus tratamientos.

Por ello, para conseguir una mejor adaptación a las nuevas exigencias de profesionales y usuarios se formó un Grupo de trabajo interdisciplinar que, desde el análisis de la situación actual, ha trabajado en la regulación, ordenación y protocolización de las actividades de la atención fisioterápica, para conseguir un uso óptimo de los recursos en ambos niveles asistenciales,

Se han trabajado diferentes áreas para mejorar circuitos de derivación, evitar duplicidades asistenciales o patologías atendidas en ambos niveles, disminuir la variabilidad en tratamientos y tiempos de espera, y adecuar los recursos disponibles.

**RESULTADOS. Resultados:**

Se han realizado documentos de consenso sobre

- o Circuito de derivación único , para ambos niveles asistenciales,
- o Actualizaciones de los protocolos correspondientes a:
- o Algias Vertebrales a nivel cervical, dorsal y lumbar, incluyendo "Escuela de Espalda".

**Resultados:**

Se han realizado documentos de consenso sobre

- o Circuito de derivación único , para ambos niveles asistenciales,
  - o Actualizaciones de los protocolos correspondientes a:
  - o Algias Vertebrales a nivel cervical, dorsal y lumbar, incluyendo "Escuela de Espalda".
  - o Hombro doloroso,
  - o Procesos musculoesqueléticos de Muñeca y Mano,
  - o Procesos musculoesqueléticos de Tobillo y Pie.
  - o Proceso de EPOC, (en borrador)
  - o Distribución del abordaje de patologías en AP o AE en función de criterios técnicos homologados
- Implantación y pilotaje de estos protocolos en AP con extensión posterior a todas las unidades.

**CONCLUSIONES. Conclusiones:**

- Se consigue la extensión de la oferta de fisioterapia de AP a toda la población del sector.
- Se distribuye el trabajo fisioterapico en los 2 niveles según protocolos consensuados
- Se evita duplicidad de tratamientos y mejora de listas de espera.
- Disminuye la variabilidad de tratamientos

Este Proyecto tendrá continuidad con la reorganización del Servicio de Rehabilitación de atención especializada

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD  
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA  
DE CALIDAD ASISTENCIAL**  
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

**TÍTULO. ¿SE PODRÍA AMPLIAR LA CAPACIDAD DE ACTUACION DEL 061?**

*Autores: Mur L\*, Navarro AC, Gil A, Tartaj JL, Sebastian R, Baquerizo I et als*

*\* LILIANE MUR DE FRENNE. CS CALAMOCHA (lmurdf@gmail.com)*

**SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS.** Las llamadas sentidas como urgentes por nuestros pacientes son vistas por médicos y DUEs de los CS y 061 y a veces son derivadas a través del 112 con lo cual duplicamos o triplicamos el uso de RH con cada paciente. Atendemos igualmente los 2 servicios, CS y 061, que dependen de departamentos diferentes a accidentes (laborales, de tráfico), transeúntes socorridos en la vía y urgencias domiciliarias. Esta situación debería unificarse

**OBJETIVOS**

- \* Mejora de la calidad en AC en el área de salud de Calamocha
- \* Mejorar la coordinación con el servicio UME del Jiloca
- \* Aumento de la monitorización de los pacientes por parte del personal del CS previamente a la llamada del 061
- \* Aumento del indicador de pacientes bien derivados al hospital al revisar las historias clínicas
- \* Conocer el grado de satisfacción de los usuarios del servicio

**METODOLOGÍA.** 1. Medición de las urgencias derivadas a UME desde del CS

2. Medición de los registros de monitorizaron

3. Destino de los pacientes que llegan al hospital (ingresos, boxes y remisión a domicilios)

4. Elaboración y medición de resultados de encuestas de satisfacción

**RESULTADOS.** \* Pacientes atendidos en AC: 4.789 (2004); 5.899 (2005); 6.086 (2006); 7.221 (2007); 7892 (2008).

Son 26.998 en estos últimos 5 años

\* Valor de Indicadores:

- Índice de Urgencias UME en horario de AC anual es de 8'6 por mil

- Índice de Monitorización de Urgencias: pacientes monitorizados por cada 100 pacientes que se llama a la UME ha pasado de 4% en el año 2004, a 37% en el año 2005 y al 70% en el año 2006, 67% en el año 2007 y el el último año de 2008 de 72%

\* Revisión de historias clínicas de evolución de las patologías derivados por UME: Boxes (31%); ingresos hospitalarios (40%); consulta programada (8%); evolución desconocida de sus procesos por ser desplazados de CCAA foráneas, somos cruce de caminos, (21%)

**CONCLUSIONES.** \* Pacientes derivados a UME desde AC: 8,6/mil pacientes vistos

\* Incremento de pacientes monitorizados en el CS del 4% al 72%.

\* Derivamos correctamente desde AC a la UME, ya que sólo un 8% de los que mandamos por unidad de monitorización de emergencia son remitidos para citación programada en AE.

La valoración global del servicio de AP en las encuestas desde el grupo de control de calidad de este CS, es bueno en un 79,9% y creen que el tiempo que se usa en atender a los pacientes es considerado suficiente por un 70% de nuestros usuarios, comprenden nuestras explicaciones en un 77,4%, y les damos el tiempo necesario para explicar sus problemas con facilidad a un 80,5% de los usuarios



**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD  
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA  
DE CALIDAD ASISTENCIAL  
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009**

Tipo de Comunicación: **ORAL**

**TÍTULO. ESTUDIO DEL ABSENTISMO DE LOS USUARIOS A LAS CITAS PROGRAMADAS DEL CME RAMÓN Y CAJAL Y PROPUESTAS DE MEJORA**

*Autores: Aparicio MA\*, Vallestín M, Sedano M, Sancho MP, Branguan MA, Martínez E et als.*

*\*MARIA ASUNCION APARICIO CLAVERIA, CME RAMON Y CAJAL (aaparicio@salud.aragon.es)*

**SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS.** El grupo de Mejora de la Calidad del CME Ramón y Cajal determino como objetivo la oportunidad de mejorar la accesibilidad del usuario al sistema sanitario en el CME Ramón y Cajal, para anular o cambiar la cita a propia petición, para las Consultas de los especialistas y para las pruebas complementarias del Sº de Radiología, ya que se considero que se produciría un mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales del Centro, que redundaría en beneficio de los pacientes y la administración.

**METODOLOGÍA.** 1.Verificación de la situación: Se cuantificaron las ausencias de los pacientes, en las Consultas y en el Sº de Radiología del Centro, durante los dos meses anteriores al estudio.

2. Análisis de los datos obtenidos:

- o Constatación de la necesidad de realizar el proyecto basándose en la cantidad tan importante de ausencias observadas.
- o Necesidad de conocer las causas del absentismo.

3. Se realizo una encuesta telefónica al 10% a los pacientes que no acudieron a las citas programadas durante el mes de marzo . 07, dentro de los tres primeros días de la no comparecencia estando incluidas todas las especialidades médicas del Centro que son 14 ( 65 consultas) y el Sº de Radiología.

4. Análisis de los resultados de la encuesta: Se identificaron los motivos de las ausencias y los puntos débiles de la estructura, decidiendo estudiar posibles áreas de mejora y aprovechamiento de recursos.

5. Desarrollo practico de las áreas de mejora.

**RESULTADOS.** 1. El absentismo de los pacientes esta alrededor del 11,6%, sobre la programación global del Centro.

2. Las causas de no avisar son varias, pero se podría destacar como principal el olvido por parte de los pacientes, el desconocimiento del sistema, entre otras ( anulación telefónica.).

**CONCLUSIONES.** 1. Alto porcentaje de absentismo de los pacientes.

2. Consideramos dos variables de mejora:

- o Facilitar, motivar e informar a los para la anulación o el cambio de la cita.
- o Unidad de Citaciones: formalizar un criterio de citación para estos casos. El Sº de Radiología por sus características peculiares merecerá estudio aparte.

3. Elaborar un nuevo impreso de citación, resaltando la información importante para el paciente.

4. Teléfono directo para la Unidad de Citaciones

5. Intentar aprovechar al máximo los huecos obtenidos por las anulaciones de los pacientes, con la consiguiente optimización de los recursos.



**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD  
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA  
DE CALIDAD ASISTENCIAL**  
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

---

Tipo de Comunicación: **ORAL**

**TÍTULO. HERRAMIENTAS DE GESTIÓN EN EL CAMINO HACIA LA EXCELENCIA**

*Autores: Cano MI\*, Dominguez E, Clemente E, Castillo AB, Resa MA, Rivera N*

*\* MARIA ISABEL CANO DEL POZO. 061 ARAGON (micano@salud.aragon.es)*

---

**SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS.** La Dirección del 061 ARAGÓN ha planteado como uno de sus principales objetivos estratégicos avanzar hacia un compromiso con la calidad aspirando a la excelencia en la asistencia y la gestión. En su apuesta por la excelencia, el 061 ha sido pionero en el desarrollo de su sistema de gestión, habiendo realizado cinco autoevaluaciones EFQM desde 2002 y obteniendo la Certificación ISO 9001 en 2006. Como un avance significativo con este compromiso, la Dirección del 061 ha optado por la revisión de su sistema de gestión, incorporando las herramientas que aporta el modelo EFQM para dar solidez y mejorar los resultados obtenidos en todas las áreas de evaluación.

**METODOLOGÍA.** A raíz de la autoevaluación realizada en el año 2007, se elaboró un Plan de Mejora para su despliegue durante el 2008 y 2009. Se priorizaron 4 áreas de mejora (desarrollar la gestión de personas, desplegar la sistemática de la gestión por procesos, desplegar el Plan Estratégico y desarrollar un Cuadro de mandos integral) y 3 acciones de mejora (identificar las alianzas, fomentar la participación en foros externos y desarrollar acciones en materia de gestión medioambiental).

Liderados por el equipo directivo y el departamento de Calidad, se constituyeron 4 equipos responsables del desarrollo y evaluación del impacto de cada una de estas acciones en las áreas identificadas como críticas en el Plan estratégico.

**RESULTADOS.** Para detectar las necesidades y expectativas de las personas de la organización y como paso previo para articular mejoras en la gestión de recursos humanos, se constituyó un grupo focal integrado por profesionales del 061, que analizaron los resultados de la última encuesta de calidad de vida profesional y realizaron propuestas en cuanto a comunicación, reconocimiento, formación e implicación.

El despliegue de la gestión por procesos supuso la creación de 8 equipos para los que se definió un gestor, unos objetivos y unas funciones.

El despliegue del Plan estratégico 2008-2012 incluyó su presentación por el equipo directivo en reuniones con todas las unidades y el desarrollo de un Plan de Gestión para el año 2009 con la definición de objetivos y planes de acción anuales.

El cuadro de mandos integra indicadores para monitorizar el desarrollo de los procesos y su impacto en los factores críticos de éxito.

**CONCLUSIONES.** El ciclo de mejora continua nos da las claves en el camino hacia la excelencia. El día a día nos dice que también son necesarias altas dosis de motivación, constancia, paciencia y flexibilidad. Nuestra conclusión: el fin merece la pena.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD  
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA  
DE CALIDAD ASISTENCIAL**  
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

---

Tipo de Comunicación: **ORAL**

**TÍTULO. LOS HILOS DE ARIADNA**

*Autores: Cisneros A, Tello MR\*, Lax A, Quintin J, Henar L, Ortega MT*

*\*MARIA REYES TELLO MARTIN. DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA (acisneros@aragon.es)*

---

**SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS.** Situación Inicial. Desde 1993, a raíz de la promulgación de la Ley 10/1993, de 4 de noviembre, de Comarcalización de Aragón, se han constituido 32 comarcas, estableciéndose en ellas la creación de Centros Comarcales de Información y Servicios a la Mujer.

Tras haber realizado, en coordinación con el Instituto Aragonés de la Mujer (IAM) y el Servicio Aragonés de Salud (SALUD), varios cursos de formación continuada en Violencia de Género (VG) y su abordaje desde el sistema sanitario, se ha puesto en marcha un Plan de Formación y Atención Integral a la Mujer que sufre VG en las Comarcas de Aragón.

**Objetivos.**

1. Poner en marcha protocolos de actuación comarcales para una atención integral pionera en el medio rural de Aragón, que atienda a las mujeres que padecen VG en su entorno.
2. Fomentar la disponibilidad de recursos humanos y estructurales para la atención en situaciones de emergencia y a colectivos de mujeres de especial vulnerabilidad.

**METODOLOGÍA.** Desarrollo de un Plan de formación conjuntamente por el SALUD y el IAM para coordinar actuaciones y recursos específicos, que ofrezcan una actuación integral y coordinada en la atención sanitaria, social y judicial que se ofrece a las mujeres que padecen VG. El programa comarcal pondrá a su disposición los recursos existentes en cada Comarca de forma protocolizada (Servicios Sociales, Servicios de Atención a la Mujer, Servicios de Salud y Servicios de Protección)

**RESULTADOS.** Se ha desarrollado, entre febrero y abril de 2009, un Plan formación a los profesionales del Sistema Sanitario de Salud. Para ello se ha creado un equipo de formadores multidisciplinar con amplia experiencia en formación que siguiendo los criterios de calidad para la formación, capacitarán a los profesionales para proporcionar una atención integral, continuada y de calidad, desde la perspectiva de género, aplicando el protocolo de actuación que se establezca. Se han realizado cursos en los Centros de Salud de Daroca, Caspe, Andorra, Tarazona y Alcañiz. Se han formado a 167 profesionales de la salud (33 hombres y 134 mujeres), 47 profesionales de la medicina, 61 profesionales de enfermería, 5 matronas, 24 auxiliares de enfermería, 6 celadores y 12 profesionales de trabajo social.

**CONCLUSIONES.** El Plan de actuación comarcal está consiguiendo la colaboración y coordinación en la actuación de las Administraciones implicadas en la Prevención y Atención a las Mujeres que en las diferentes Comarcas de Aragón padecen VG, asegurando una actuación global e integral.