

1.- TITULO

Mejora en la atención a los pacientes que reciben tratamiento anticoagulante oral desde Atención Primaria.

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos M<sup>a</sup> Angeles Pardo Gracia

Profesión: Médico de Familia Centro de trabajo: C.S Perpetuo Socorro

Dirección Avda. Ramón y Cajal , 57

Localidad Huesca Código postal y provincia Huesca

Teléfono 974228729 Fax Correo electrónico

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Virginia López Cortés	Médico	C.S Perpetuo Socorro
Oscar Fernández	"	"
Daniel Escribano	"	"
Lourdes Clemente	"	"
Carlos Romera	"	"
Rosa Gimeno	ATS	"
Mónica Espejo	"	"
Toñi Linares	"	"
Pilar Subías	"	"
Gemma Gabás	"	"
Cristina Lozano	"	"
Flor Sebastián	"	"

### 3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

- Deficiente registro, en la Historia Clínica de los pacientes anticoagulados, de estar recibiendo tratamiento con Sintrom.
- Al ser un tratamiento de control hospitalario, los profesionales de Atención Primaria no conocemos correctamente el tema de la Anticoagulación Oral.

### 3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1.- Correcto conocimiento, por parte de todos los profesionales, del tratamiento Anticoagulante Oral (indicaciones, contraindicaciones, efectos secundarios, interacciones medicamentosas, situaciones especiales...).
- 2.- En la Historia Clínica de todos los pacientes anticoagulados debe constar, como un problema más a destacar, que reciben tratamiento con Sintrom.
- 3.- En la Historia Clínica de todos los pacientes anticoagulados debe constar la indicación del tratamiento con Sintrom.
- 4.- Todos los pacientes anticoagulados deben tener información sobre el tratamiento con Sintrom

4 - PLAN DE MEJORA, METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACION DETECTADA (Si es posible, duración y calendario previstos)

- 1.- Obtener un listado de todos los pacientes del C.S. que reciben tratamiento anticoagulante oral, a partir del registro de las extracciones para Sintrom.
- 2.- Registrar el dato de "tratamiento con Sintrom" o "paciente anticoagulado" en el Listado de Problemas de la Historia Clínica del paciente.
- 3.- Registrar en la Historia Clínica del paciente, la causa de la anticoagulación.
- 4.- Elaborar una hoja de información para el paciente.
- 5.- Elaboración de una hoja de Interacciones Farmacológicas para incluir en la Historia Clínica del paciente anticoagulado.
- 6.- Sesiones de formación sobre Anticoagulación Oral para el personal médico y de enfermería del C.S.

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

- 1.- Curso de Formación del médico de Atención Primaria en Anticoagulación Oral. Programa TAO-Care.
- 2.-Alonso Roca R., Barroso Muñoz C., Alvarez Solanes I. Aticoagulación Oral en Atención Primaria. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud 1997.
- 3.-El paciente anticoagulado y el Médico de cabecera. 3ª ed. Esteve. Fernández Fernández M.A. 1992.
- 4.-Medimecum 1999. Sección III. Interacciones medicamentosas más frecuentes y/o relevantes. 660-661



1.- TITULO

**Iniciativa de Mejora de la Calidad en las Intervenciones sobre el  
Tabaquismo en Atención Primaria**

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTONombre y apellidos **Teófilo Lorente Aznar**Profesión: **Médico de Familia** Centro de trabajo: **Centro Salud Sabiñánigo**Dirección: **Avda. Huesca 22**Localidad: **Sabiñánigo** Código postal y provincia: **22700 Huesca**Teléfono: **974 481414** Fax :           Correo electrónico: **tlorente@teleline.es**2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Enrique Villarroya	DUE	Sabiñánigo
Gabriel Betrán	Médico	Sabiñánigo
Elena Charre	Médico	Sabiñánigo (Refuerzo)
Asunción González	DUE	Sabiñánigo
Patrocinio Larripa	Pediatra	Sabiñánigo
Susana Galindo	DUE	Sabiñánigo (Refuerzo)
Teresa Añaños	DUE	Sabiñánigo (Refuerzo)
Amelia Fernández	Médico	Sabiñánigo (Refuerzo)
Carmen Cerezuela	Aux. Admin.	Sabiñánigo

### **3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS**

El 35,7% de la población española mayor de 16 años es fumadora (Encuesta Nacional de Salud, 1.997), un porcentaje que se mantiene estable en los últimos años.

El tabaquismo es factor de riesgo de primer orden para la cardiopatía isquémica y otras enfermedades cardiovasculares. Está claramente asociado a enfermedades neoplásicas, úlcus péptico y enfermedades respiratorias, especialmente la EPOC. Las tasas de mortalidad se incrementan en 2-3 veces respecto a las de no fumadores. Se estima que la mortalidad atribuible al tabaco en España supera los 50.000 individuos anuales. Uno de cada 4 varones, uno de cada 40 mujeres.

El tabaco produce una pérdida enorme de años de vida potenciales, además de invalideces, jubilaciones prematuras, hospitalizaciones y actos sanitarios de todo tipo. Estos costes socio-sanitarios suponen 500.000 millones de pesetas anuales (más de 3.000 millones de euros).

Su trascendencia es tal que se le considera la primera causa evitable de muerte.

El abandono del hábito tabáquico reduce claramente el riesgo, tanto de las enfermedades cardiovasculares como de las neoplásicas, hasta hacerse prácticamente comparable al de los no fumadores en pocos años. Distintos estudios han demostrado que intervenciones bien dirigidas dan lugar a alrededor de un 30% de abstinencias mantenidas al año del abandono del hábito. Se trata de una de las actividades preventivas más coste-efectivas.

La cobertura y accesibilidad de la Atención Primaria hacen que este nivel asistencial sea básico en el abordaje del tabaquismo. Más aún al haberse constatado que los médicos de familia, con una adecuada formación, obtienen porcentajes de éxitos similares a los de las consultas especializadas de neumología en la lucha contra el tabaquismo.

La formación es el pilar fundamental del éxito. Además de la captación, es primordial la realización de un correcto diagnóstico de las características de cada fumador, en cuanto a su grado de tabaquismo (cuantificación del consumo, manejo de la cooximetría), fase de abandono en la que se encuentra y grado de adicción física de la nicotina. Solo con ese conocimiento podrá individualizarse la intervención y elegir la más razonable conforme a criterios de eficacia y eficiencia.

Probablemente los esfuerzos y recursos dedicados a la prevención y abordaje del tabaquismo en Atención Primaria no son proporcionales al grado de responsabilidad que se le atribuye en morbilidad evitable.

Ciertamente, a pesar de su trascendencia, la atención al tabaquismo es infravalorada en la Cartera de Servicios de Atención Primaria. Tan solo se contempla en una única Norma Técnica Mínima (NTM: 304.1), que se refiere únicamente a la captación.

En el Centro de Salud de Sabiñánigo, la atención al tabaquismo fue uno de los problemas que se detectaron y priorizaron recientemente mediante la técnica del "Grupo Nominal", realizada entre los miembros del Equipo. La trascendencia socio-sanitaria del tabaquismo y la factibilidad en su abordaje, condujeron a que finalmente fuera elegido por el recién creado Grupo de Mejora del Centro, para plantearse una oportunidad de mejora en este tema.

El Grupo se propuso identificar posibles causas sobre las que intervenir, configurando un "Análisis de Campos de Fuerza". Entre las "fuerzas en contra", se detectaron distintas circunstancias susceptibles de mejora en la atención al tabaquismo. Destacan especialmente las siguientes: escasa captación de fumadores, heterogeneidad en la forma en que se registra el hábito en la historia clínica, y sobre todo, defectos en la formación en las distintas fases de la atención del fumador: manejo de los test de dependencia y motivación, medición del grado de consumo por cooximetría, contenido de la "entrevista motivacional", adecuado uso de la terapia de sustitución con nicotina y el manejo de fármacos anti-craving.

**3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Como objetivo genérico nos planteamos diseñar estrategias de calidad en la atención al tabaquismo, orientadas a aumentar la eficiencia en el abandono del hábito tabáquico de nuestros pacientes

De forma más específica:

- 1 Conocer el grado en que las actividades relacionadas con el tabaquismo se están llevando a cabo en nuestro Centro de Salud. Calidad de los registros, características del estudio de los fumadores y tipo de intervenciones que se realizan.
2. Definir un plan de mejora que garantice una mayor calidad en la atención al tabaquismo
  - a). Mejorar la captación, el registro y favorecer la uniformidad de la información entre todos los profesionales del Centro de Salud.
  - b) Potenciar, dar oportunidades y organizar un plan de formación con el siguiente contenido:
    1. El estudio del paciente fumador: el "conjunto mínimo de datos diagnósticos". Conocimiento y empleo de test que cuantifiquen el grado de dependencia y de motivación.
    2. La cuantificación del consumo y del grado de tabaquismo con el empleo de la coximetría.
    3. Las posibilidades farmacológicas de intervención: terapia sustitutiva con nicotina y fármacos anti-craving tipo bupropion.
    4. Diseñar o adoptar una guía de actuación que simplifique, uniforme y facilite la atención al paciente fumador en nuestro Centro de Salud.
3. Planificar la evaluación periódica de actividades y resultados. Objetivación y cuantificación del cambio.

**4.- PLAN DE MEJORA. METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACION DETECTADA (Si es posible, duración y calendario previstos)**

1. Creación de una **Comisión de Mejora de Calidad** en nuestro Centro de Salud, con representación de todos los estamentos del Equipo: Medicina, Enfermería, Servicio de Admisión... Coordinará el presente proyecto y potenciará la creación de otras iniciativas de calidad en el futuro.

2. **Estudio del nivel de calidad.** Nos informará, desde un enfoque interno, de la situación en la que nos encontramos en la actualidad.

Se obtendrá una muestra de historias clínicas, mediante un muestreo aleatorio sistemático, estratificado por edad y tamaño de los cupos médicos. Considerando una prevalencia del tabaquismo del 35%, el tamaño de la muestra será de 180 individuos, entre los que habrá unos 60 fumadores.

Se han diseñado 9 criterios de calidad que serán evaluados en cada uno de los individuos de la muestra ( ver anexo 3).

Se espera presentar los resultados en forma de estimaciones de cumplimiento de cada uno de los criterios, con su intervalo de confianza del 95%. Representación gráfica de dicho cumplimiento en forma de diagrama de Pareto. Finalmente se investigará con pruebas de significación la asociación entre el cumplimiento de los criterios y posibles causas hipotéticas de calidad deficiente.

3. **Análisis de las Causas y planteamiento en común las acciones de mejora.** En base a los resultados encontrados, se prevé diseñar entre los miembros del Equipo un Diagrama de Afinidades. Esta técnica grupal nos permitirá recoger, ordenar y convertir en plan de acción todas las ideas del grupo para mejorar el problema evaluado.

4. De forma complementaria a las acciones definidas en el Diagrama de Afinidades, se organizará un **Plan de Formación**. Además de sesiones de autormación impartidas por miembros del Equipo, se espera contar con el apoyo de profesionales expertos en el tema, como sería el caso del "Grupo de Abordaje del Tabaquismo" de la semFYC y el Servicio de Neumología del Hospital San Jorge de Huesca.

Contenido temático de las sesiones formativas:

1. Actualización de conocimientos respecto al abordaje del tabaquismo.
2. La "entrevista motivacional"
3. Presentación y aprendizaje de nuevas técnicas y herramientas: test de dependencia física (Fagerström), test de motivación (Richmond)...
4. Descripción y manejo del medicor de CO en aire espirado (Cooxímetro).
- 5 El tratamiento farmacológico: sustitutivos de nicotina, fármacos anti-craving.

5. Adopción, difusión y adaptación si es preciso, de un **Protocolo o Guía** de actuación frente al tabaquismo. Probablemente y si hay acuerdo en el equipo se tomarán como base las "Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador", el documento recomendado por la semFYC. Tiene la ventaja de ser una guía completa, simple, reciente y desarrollada especialmente para el medio de Atención Primaria. Se buscará uniformar y potenciar las actividades relacionadas con el tabaquismo

6. **Reevaluación**, que se realizará transcurrido un año del estudio de nivel de calidad inicial y tras haber desarrollado las actividades previstas en el plan de mejora. Se plantearán pruebas de significación estadística de la mejora obtenida. Representación gráfica de la comparación entre los resultados del estudio inicial con los de la reevaluación (diagramas de estrella, gráfico de Pareto...).

A continuación se muestra el cronograma de actividades previsto.



**5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA**

Comité Nacional para la prevención del tabaquismo (CNPT). Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona: Glosa, 1998.

Importante visión global de los aspectos relacionados con el tabaquismo, información epidemiológica y detalles acerca de su impacto y repercusiones socio-sanitarias.

Banegas JR, Díez L, Rodríguez-Artalejo F, González J, Graciani A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 692-694.

Estimación de la mortalidad atribuible al tabaco a partir de la prevalencia del tabaquismo y la mortalidad en España, y los riesgos relativos de muerte del Cáncer Prevention Study II. El tabaquismo originó 55.613 fallecimientos en 1.988 en mayores de 35 años.

Torrecilla M, Dominguez F, Torres A, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. *Aten Primaria* 2002; 30(5): 310-317.

Excelente y actualizada revisión del manejo del tabaquismo desde Atención Primaria. En ella se insiste en la necesidad de categorizar el hábito en base a su grado de dependencia, fase del abandono y nivel de consumo, especialmente mediante cooximetría.

Comas A, Suárez R, López ML, Cueto A. Coste-efectividad del consejo sanitario antitabaco en atención primaria de salud. *Gaceta Sanitaria* 1.998; 12: 126-132.

Encuentran que el coste-efectividad osciló entre 67.621 y 89.619 pesetas por año de vida salvado para los hombres y entre 116.225 y 137.748 pesetas para las mujeres, en función de la edad. Concluyen que se trata de una intervención con una relación coste-efectividad muy favorable, al menos, equiparable a la de otras medidas preventivas habitualmente aceptadas.

Córdoba R, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M, Robledo de Dios T. Grupo de Trabajo de Educación Sanitaria y de Prevención Cardiovascular (PAPPS). Recomendaciones sobre estilo de vida. El tabaquismo. *Aten Primaria* 2001; 28 (2): 46-51.

Recomendaciones basadas en la evidencia recopiladas y comentadas por expertos en el tema. Establecen la periodicidad en la anamnesis del tabaquismo, los criterios para su definición. Recomiendan el empleo de cuestionarios para valorar dependencia y motivación, y los puntos de corte de los marcadores de consumo de tabaco: CO en aire espirado y cotinina en saliva y orina. Definen las características y periodicidad de las intervenciones.

Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, Smith SS, Muramoto ML, Daughton DM, Doan K, Fiore MC, Baker TB. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation.

*N Engl J Med*. 1.999 Mar 4;340(9):685-91.

El conocido trabajo de intervención farmacológica sobre el tabaquismo de Jorenby, que junto con el de Hurt (1.992), constituyen los dos ensayos clínicos en los que se apoyan las evidencias para la recomendación del empleo de sustitutivos de nicotina y bupropion.

Torrecilla M, Barrueco M, Jiménez CA, Maderuelo JA, Plaza MD, Hernández MA. El médico y el paciente en la toma de decisión del abandono del tabaco. Repercusión de la iniciativa en el resultado de la intervención. *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 127-134.

Estudio prospectivo sobre la efectividad de las intervenciones para dejar de fumar. Compara los resultados obtenidos en consultas de atención primaria con los de las consultas de neumología. Los porcentajes de abstinencia al año fueron similares, en torno al 30%, las diferencias no alcanzaron la significación estadística. Las intervenciones para dejar de fumar, pueden hacerse perfectamente en Atención Primaria.

Raw M, McNeill A, West R. Smoking Cessation Guidelines for Health Professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax* 1998; 53 (Suppl 5): S1-S18 (December)

Conjunto de recomendaciones del National Health Service (NHS) británico para el abandono tabáquico y para la integración de las intervenciones para dejar de fumar en la dinámica de los cuidados clínicos de un servicio de salud. Finalmente resumidas en 22, divididas según sean los profesionales a quienes van destinadas.

**(BIBLIOGRAFIA continuación)**

Heatherton TF, Koziowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991 Sep;86(9):1119-27.

Revisión del test de valoración del grado de dependencia de Falgerström. Modifica alguno de los puntos respecto al test original de 1.978.

Córdoba R, Delgado MT, Botaya M, Barberá C. Protocolo del tabaco en Atención Primaria. FMC 1.995; 2 (3): 5-20).

De los primeros protocolos difundidos sobre la atención al tabaquismo en Atención Primaria. Abundante información, formularios e impresos útiles. Recomienda el empleo de un método de sistematización del seguimiento. Se basa en la categorización de los fumadores en 8 clases según la fase del proceso de dejar de fumar en que se encuentre. Quizá no aporta suficiente información acerca de la cooximetría y otros marcadores de consumo.

Torrecilla M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez C, Plaza MD y Hernández MA. El abordaje del tabaquismo en atención primaria y especializada, una oportunidad real y una necesidad de salud pública

Compara la eficacia de la intervención sobre el tabaquismo, en relación si se realiza en Atención Primaria o en Consultas especializadas de Neumología. No hay diferencias significativas en el éxito de las intervenciones. En ambos casos, la abstinencia al año ronda el 35.

World health Organization European. First WHO European Recommendations on the treatment on tobacco Dependence. Evidence based core recommendations for health care systems in Europe. Copenhagen: WHO, 2000.

Recomendaciones basadas en la evidencia que la Organización Mundial de la Salud ha editado recientemente.

Saturno PJ, Gascón JJ, Parra P. Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Madrid: Dupont-Pharma, 1997.

Bases metodológicas para estudios relacionados con la calidad, especialmente dirigido a la Atención Primaria

Clemente ML, Alonso JA, Córdoba R, Cortada J, Grandes G, Nebot M, Solbes A, Tormo J. Descripción de las guías disponibles en España para el abordaje del tabaquismo en atención primaria. Aten Primaria 1999; 24: 101-108.

Revisión de 17 guías y protocolos para el abordaje del tabaquismo. Se concluye que en general tienen un alto nivel de adecuación a los requisitos establecidos por el Grupo de Abordaje de Tabaquismo de la semFYC. Aunque no puede recomendarse una en concreto al no existir aquella en la que dichos requisitos se cumplan al 100%.



## 1. TITULO: HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD INTEGRAL I I

### 2.1 RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Luis Hijós Larraz			
Profesión	DUE	Centro de trabajo C.S. Grañén	
Dirección	Avda. Flumen nº 9		
Localidad	GRAÑEN	Código Postal y provincia 22260 HUESCA	
Teléfono	974390176	Fax 974391287	Correo electrónico

### 2.2 OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA:

- Domingo Ara Launa (#).
- Angel Castellanos de Mur (\*).
- Raquel Martinez Sánchez (#).
- M<sup>a</sup> Jesus Andres Soler (\*).
- Fernando Aranguren Martinez (#).
- M<sup>a</sup> Dolores Ledesma Romano (#).
- Carmen Campos Avellanas (\*).
- Divina Doste Larrull (##).
- Carmen Figueras Ara (###).
- Ana Mendoza Escuer (\*).
- Lorenzo Rubio Buisán (#).
- Antonio Barbero Ortiz (+).
- Diana Sanz Martínez (###).
- Inmaculada Abadías Corvinos (\*\*).
- Maribel Hernandez Abadía (\*\*).

- Mercedes Cabañuz Latorre (###).
- Mariano Muniesa Abadías (#).
- Virginia Torres Macias (\*).
- Eva Gracia Trujillo (\*).
- Manuel Giménez Sender (#).
- Carmen María González Puga (++)
- Angeles Gallego Castán (++)
- Manuel Peinado Gallego (\*\*)

---

(#) Médico EAP Grañén.

(##) Médico Pediatra EAP Grañén.

(###) Médico Refuerzo Grañén.

(\*) DUE EAP Grañén.

(\*\*) DUE Refuerzo Grañén.

(+) Celador EAP Grañén.

(++) Auxiliares Admvos. EAP Grañén.

### 3.1 OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS.

En este centro de salud realizamos un plan de mejora integral pretendiendo que englobe :

#### **1.- Seguimiento de los proyectos ya puestos en marcha:**

“Mejora calidad en un programa de HTA”

“Mejora de calidad en la atención a la mujer: climaterio (conocimientos)”.

“Hacia la calidad integral I” donde se aplican ciclos de mejora en :

- Valoración del riesgo cardiovascular en el paciente crónico.
- Formación continuada.
- Programa de actividades preventivas y promoción de la salud.

- 2.- Mejorar la organización del grupo de Trabajo en calidad y del EAP.
- 3.- Detección y selección de **nuevos problemas** que puedan surgir.
- 4.- Solucionar déficits estructurales como la insonorización de las consultas,
- 5.- Mejorar la atención en el campo sociosanitario (programa de atención al joven y el plan de ayuda al fumador).

### 3.2 OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

1. Continuidad de las actividades realizadas abarcando las tareas de los proyectos que ya se realizan en el centro de salud.
2. Introducir la **Gestión de Procesos** en nuestro sistema de calidad acercándonos a Modelo EFQM.
3. Priorizar y analizar los nuevos problemas detectados.
4. Subsana los déficits estructurales( equipo de sonido para maniobra distractora).
5. Desarrollar el programa de atención al Joven y el programa de ayuda al fumador.

En otro orden de cosas, queda la consolidación de un grupo de mejora de calidad en este EAP, abarcando a todos los estamentos en la realización de actividades e intentando incentivar y motivar sus actuaciones, reforzando la realización de evaluaciones internas.

#### **4. PLAN DE MEJORA. METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACIÓN DETECTADA.**

1.- El grupo de trabajo en calidad se reunirá una vez al mes realizando las distintas actividades.

Entre las actividades destacamos:

- Monitorización del programa de HTA.
- Reevaluación de Atención climaterio.
- Evaluación del riesgo cardiovascular.
- Evaluación de la formación continuada.
- Reevaluación del PAPPS.

2.- Con respecto a la Gestión por Procesos nuestras actividades serán:

- Formación de este tema.
- Realización del mapa de procesos.

Además, todo el grupo realizará formación básica en dicho modelo.

3.- Las actividades relacionadas con nuevos problemas abordados analizando las causas y problemas relacionados e instaurando las medidas de mejora pertinentes.

5.- En la puesta en marcha del programa del joven y del plan de ayuda al fumador, entre las oportunidades de mejora fundamentales observamos la realización de una guía de apoyo al fumador y de atención al joven.....etc.

<b>TAREA</b>	<b>ENCARGADOS</b>	<b>Fecha probable finalización</b>
Reuniones de Calidad	Grupo de Trabajo en Calidad	mensualmente
Priorización del problema e instauración de medidas correctoras	Grupo de Trabajo en Calidad	Febrero
Formación en Gestión por procesos/ EFQM	3 Miembros del GTC	¿??
Valoración de la formación continuada	Grupo específico	Marzo/abril 2003
Reevaluación climaterio	Grupo de Trabajo en Calidad	Marzo/abril 2003
Monitorización HTA	Grupo de Trabajo en Calidad	Diciembre 2002/Junio 2003
Reevaluación del RCV	Grupo específico	Junio 2003
Reevaluación PAPPS	Responsables del PAPPS	Coincidiendo con la evaluación del PAPPS nacional
Realización del Mapa de procesos	Miembros formados	Diciembre del 2003

## 5. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIOS DE LAS MISMAS.

## 6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACION ECONOMICA

<u>Material/servicios</u>	<u>Euros</u>
Programas informáticos, Programa dietético, Paquete estadístico,.....	1200
Impresión carteles y trípticos.	500
Ordenador sobremesa.	1500
Inscripción revista SECA.	90
Libros.	300
Cursos/matriculas y/o Dietas.	1800
Interconsultas.	500
Equipo de sonido ("hilo musical").	1800
Material oficina.	500
Revisión esfigmomanómetros.	500
Retroproyector de transparencias (si no se arregla el antiguo).	300
<b>TOTAL</b>	<b>= 8990</b>