

INDICE DE LOS PROYECTOS 2003 SECTOR TERUEL

001_2003 “Incremento de cobertura y mejora de calidad en la prestación del servicio de cirugía menor en el equipo de atención primaria” del C. de Salud Teruel Rural	Pág. 2 a 6
002_2003 “Evaluación de Mejora de la Calidad en la Gestión de Inmunizaciones Infantiles de 0 a 18 meses” del C. de Salud de Monreal del Campo	Pág 7 a 17
045_2003 “Aportación de la Consulta Telefónica en Pediatría en la Educación para la Salud en la Zona de Salud de Teruel” del C. del Salud Teruel Urbano	Pág 18 a 26
046_2003 “Ciclo de Mejora de la Calidad en el registro, realización, archivo informatizado y recuperación de los electrocardiogramas y espirometrías en un Centro de Salud Urbano como Mejora de los Sistemas de Información y de los procesos asistenciales” del C. de Salud Teruel Urbano	Pág 27 a 33
047_2003 “Adecuación del tratamiento en el paciente dislipémico. ¿En qué medida están bien controlados nuestros pacientes dislipémicos? del C. de Salud de Calamocha	Pág 34 a 39
057_2003 “Ciclo de mejora en la atención a la mujer en el climaterio con objeto de aumentar la calidad de vida de la misma” del C. de Salud de Mora de Rubielos	Pág 40 a 43
099_2003 “Gestión por procesos: desarrollo y mejora en el subproceso de gestión de agendas en el Centro de Salud de Utrillas” del C. de Salud de Utrillas	Pág 44 a 48
006_2003 “Establecimiento de un ciclo de mejora en el proceso de atención integral al paciente con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST: Elaboración de un proceso asistencial” del Hospital Obispo Polanco	Pág 49 a 52
073_2003 “Programa de Detección y Asistencia del Riesgo Social en el Hospital General Obispo Polanco de Teruel y su Área Asistencial” del Hospital Obispo Polanco	Pág 53 a 56

1 - TITULO

**INCREMENTO DE COBERTURA Y MEJORA DE CALIDAD EN LA PRESTACION
DEL SERVICIO DE CIRUGIA MENOR EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA
TERUEL RURAL**

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos RAFAEL GOMEZ NAVARRO

Profesión MEDICO

Centro de trabajo EAP TERUEL RURAL

Dirección C/ Dean Buj s/n

Localidad TERUEL

Código postal y provincia 44001

Teléfono 978 607664

Fax 978 606427

Correo electrónico

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos

Profesión

Centro de trabajo

AGUSTÍN GALVE ROYO

MEDICO

EAP TERUEL RURAL

JULIAN ALBIÑANA TARRAGO

DUE

EAP TERUEL RURAL

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

En la revisión de las evaluaciones de Cartera de Servicios de los últimos ejercicios hemos podido comprobar que si bien el Equipo globalmente alcanzaba los objetivos pactados en el Servicio de Cirugía Menor, esto se hacía gracias a una participación muy asimétrica de los distintos profesionales. Es decir, la gran mayoría de las actividades de este Servicio en el Centro las estaban realizando entre unos pocos profesionales. Un somero análisis de esta situación nos llevó a la conclusión de que esto no era debido al desinterés de los profesionales que no la practicaban, sino a otras circunstancias cuya corrección y mejora la juzgamos a nuestro alcance.

La práctica de Cirugía Menor exige no solo una serie de conocimientos científico-técnicos sino también una práctica mas o menos constante para mantener un nivel aceptable de habilidad. Los cupos que componen nuestra Zona Básica son de tamaño tan limitado que no generan un número suficiente de pacientes para que cada profesional pueda practicar con cierta frecuencia distintas intervenciones de Cirugía en sus respectivos consultorios locales, que además en la mayoría de las ocasiones no disponen de la infraestructura adecuada para ellas ni están dotados del material mínimo imprescindible para muchas de estas intervenciones.

Sin embargo, nos ha parecido que unas sencillas modificaciones organizativas, creando una consulta de apoyo de Cirugía Menor en nuestro EAP, coordinada por profesionales formados y motivados en este campo, junto con otra serie de actividades docentes y de dotación de infraestructura y material podían favorecer el mayor desarrollo de este Servicio en nuestro Centro de Salud.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Objetivo General:

Incremento de la cobertura y mejora de calidad en la prestación del Servicio de Cirugía Menor en el Equipo de Atención Primaria Teruel Rural.

Dimensiones de Calidad que esperamos mejorar:

1.- *Científico-técnica:* mediante la elaboración de unos criterios de calidad basados en evidencias científicas, que estarán fundamentados básicamente en las Normas Técnicas Mínimas que para este Servicio define la actual Cartera de Servicios de Atención Primaria

2 - *Accesibilidad:* aumentando la cobertura en la prestación de este Servicio, favoreciendo la opción de beneficiarse de él todos los usuarios de nuestra Zona Básica en caso de precisarlo.

3.- *Satisfacción:* tanto de los profesionales del Equipo al poder prestar con un mínimo de calidad un Servicio para el que nos encontramos especialmente motivados, como esperamos de lo usuarios por ofrecerles de una manera generalizada el acceso a la Cirugía Menor de una manera fácil, rápida y por los mismos profesionales que habitualmente les atienden en otros problemas de salud.

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

La metodología que se va a emplear es la correspondiente a un Ciclo de Mejora de Calidad, mediante la elaboración de unos indicadores de calidad y tomándose como situación de partida o Evaluación los resultados de la Evaluación de Cartera de Servicios del año 2002. Llevaríamos a cabo la reevaluación de estos criterios, posiblemente coincidiendo con la Evaluación del año 2004, ya que no creemos que antes pudiera estar debidamente desarrollado el proyecto ni dotado el material necesario.

Actividades:

- 1.- Redacción completa del proyecto con todos sus aspectos: análisis cuantitativo y cualitativo del problema, definición de indicadores y evaluación.
- 2.- Exposición del proyecto detenidamente a todo el personal del Equipo
- 3.- Llevar a cabo los cambios organizativos previstos desarrollando el circuito de acceso de los pacientes a este Servicio.
- 4.- Reciclaje en Cirugía Menor de los profesionales responsables del proyecto, preferentemente utilizando los días necesarios de Docencia, para poder asistir de una manera programada a determinadas Consultas del hospital de referencia (Cirugía, Dermatología y Traumatología), previo acuerdo con sus respectivos especialistas.
- 5.- Sesiones de autoformación en el Equipo en materia de Cirugía Menor, desarrolladas por los responsables del proyecto y si fuera posible contando con el apoyo de algún especialista del Hospital Obispo Polanco.
- 6.- Dotación de material, registros y espacios adecuados para el desarrollo de la Cirugía en nuestro Centro de Salud.
- 7.- Reevaluación, Análisis de resultados, Exposición de los mismos, Nuevas propuestas de mejora.
- 8.- Monitorización.

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

A.- Bibliografía sobre Mejora de Calidad

- Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud.
Universidad de Murcia. U.D. de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Departamento de Ciencias Sociosanitarias. Facultad de Medicina.
- Las oportunidades de mejora o problemas de calidad. Definición y métodos de identificación.
En: Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Cap 7: 17-45.
- Análisis de las oportunidades de mejora. La búsqueda de causas.
En: Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Cap 8: 49-72.
- Manual para equipos de mejora de calidad.
Fundación Avedis Donabedian

Aportan la base metodológica para el desarrollo de cualquier actividad de mejora de calidad en nuestro ámbito.

B.- Bibliografía sobre Cirugía Menor

- Protocolo de Cirugía Menor en Atención Primaria. INSALUD. Área 1 Madrid 1998.
- Manual de Cirugía Menor y otros procedimientos en la Consulta del Médico de Familia.
Arribas, JM.; Caballero, F. JARYPO ED. 1993

Aportan documentación sobre dimensión científico-técnica de Cirugía Menor

6 - RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONOMICA

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Instrumental:	
- Material para equipar tres cajas de instrumental quirurgico basico (178.82*3)	536.47
- Cubo de acero con ruedas	105.12
Mobiliario Clinico:	
- Mesa auxiliar (60*40*80)	129.76
- Vitrina armario dos cuerpos	413.19
- Taburete sin respaldo con ruedas	191.72
Aparatos:	
- Lámpara de luz fría con pie	991.67
- Bisturí eléctrico monopolar	660
- Autoclave	2313.90
Material fungible y otros:	
(Punchs biopsia desechables, Curetas desechables, Grapadoras desechables, Histofreezer, Gafas protectoras, ...)	458.43
TOTAL euros	5800.26

MEMORIA RESUMEN DE LA SITUACION DE PROYECTOS INCLUIDOS ANTERIORMENTE EN EL PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD. (ENERO 2003)

TÍTULO DEL PROYECTO:

MEJORA DE CALIDAD EN LA EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PREVENCIÓN PRIMARIA

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO:

RAFAEL GOMEZ NAVARRO

OBJETIVOS PLANTEADOS:

- 1.- Valoración del Riesgo Coronario según la "Tabla de Riesgo Coronario en prevención primaria de las Sociedades Europeas de Cardiología, Arterioesclerosis, Hipertensión, Medicina de Familia/General y la Sociedad Internacional de Medicina del Comportamiento", a todos los pacientes susceptibles incluidos en los Servicios de Hipertensión, Diabetes e Hipercolesterolemia .
- 2.- Reevaluación del tratamiento tanto hipotensor como hipolipemiente de todos los pacientes valorados que presenten riesgo coronario alto o muy alto.

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

- 1.- Sesiones de autoformación sobre valoración del riesgo cardiovascular y el tratamiento de sus factores de riesgo
- 2.- Identificación y captación de todos los pacientes incluidos en el estudio
- 3.- Calculo del riesgo cardiovascular de todos estos pacientes. Valoración y replanteamiento del tratamiento si procede
- 4.- Estudio descriptivo de los datos obtenidos

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

Se ha conseguido los dos objetivos prioritarios del estudio en tanto en cuanto se ha valorado el riesgo cardiovascular de todos estos pacientes y se ha reevaluado su tratamiento.

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

Analizar mas detenidamente los resultados obtenidos en el estudio descriptivo y plantear a partir de ellos nuevas acciones de mejora.

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)

1.- TITULO

Evaluación de Mejora de la Calidad en la Gestión de Inmunizaciones Infantiles de 0 a 18 meses.

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos CORINA ESCUSA ANADON

Profesión D.U.E. Centro de trabajo C.S. MONREAL DEL CAMPO

Dirección C/ PIRINEOS, nº 2

Localidad MONREAL DEL CAMPO Código postal y provincia 44300. TERUEL

Teléfono 978.86.34.67 Fax 978.86.37.14 Correo electrónico

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y Apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Carlos Ascoz Herrando	Médico	C.S. Monreal del Campo
Félix Peña Clemente	Médico	"
Pedro Palomar Marzo	Médico	"
Ismael Sánchez Hernández	Médico	"
Julio Montesinos Morlanes	Médico	"
Aurelio Sánchez Fernández	Médico	"
Alberto Delgado Rayo	Médico	"
Francisca Zafra Corella	Médico	"
Angeles Escriche Aguilar	D.U.E.	"
M ^a José Gómez Pérez	D.U.E.	"
M ^a Victoria García Ochoa	A.T.S.	"
Concha Gómez Cadenas	D.U.E.	"
M ^a Laura Aldabas Millán	F.A.S.	"
Francisco Martínez Sánchez	Pediatra	"
Alicia Muñoz Dolz	Auxiliar Administrativo	"

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en El Servicio Aragonés de Salud (2003)

3.1 - OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Deficiencia en la organización y en la gestión del Programa de Inmunizaciones de la Comunidad Autónoma de Aragón en la serie básica de 0 a 18 meses. Entre los problemas detectados:

- 1.- Dificultades en la Previsión de Necesidades Vacunales en cada Petición Trimestral:
No contamos con un listado real de niños de 0 a 18 meses.
Cada profesional D.U.E. utiliza un impreso diferente para conocer dicha previsión.
Inexistencia de un Impreso Normalizado de Población Infantil Maternal Inmunizada (Inmigrantes, padres de residencia eventual ...)
Inexistencia de un Impreso Normalizado para el Registro de Embarazadas.
Exceso de Peticiones de Vacunas Solicitadas Fuera de Plazo
En algunas ocasiones, el usuario tiene que volver otro día para que se le administre el inmunógeno que le corresponde.
- 2.- Mala Organización para la Distribución de las Vacunas a sus correspondientes profesionales.
- 3.- Ausencia de Registro de la Eliminación de las Vacunas Caducadas o Estropeadas.

3.2 - OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Evaluar la calidad y mejora de cumplimentación de los registros en los impresos normalizados en la actualidad, y utilizar los modelos de registro que proponemos como elemento de mejora para poder alcanzar una cobertura vacunal del 100% (según la previsión de vacunas) en la serie básica de 0 a 18 meses, en el Centro de Salud de Monreal del Campo; así como un registro del 100% de dichos inmunógenos administrados.

Conseguir registrar al 100% la eliminación de residuos de vacunas en dicho Centro de Salud.

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo de las Iniciativas de Mejora de la Calidad en El Servicio Aragonés de Salud (2003)

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

Estudio Descriptivo de Calidad Científico Técnica como Ciclo de Mejora Continua de Calidad Asistencial.

Detección y Priorización de Problemas.

Establecimiento de unos Criterios de Calidad consensuados por los componentes del Equipo de Mejora del Centro de Salud de Monreal del Campo, para poder alcanzar una solución del 100% de todos los problemas detectados. Para ello:

Establecemos entrevistas entre DUES, ATS, FAS, Pediatra, Médicos y auxiliar administrativo de dicho Centro, y recopilamos todos los datos pertinentes: recogida de datos para el registro de niños, de embarazadas, de población mal inmunizada, de vacunas caducadas o estropeadas, de hojas de petición de vacunas de febrero, mayo y agosto de 2002; de hojas de petición de vacunas solicitadas fuera de plazo: todo ello referente a la zona de salud de Monreal del Campo.

Diseñamos un Impreso consensuado para el Registro de Embarazadas (Tabla-1). Dato éste muy importante para conocer el nº de nacimientos de cara a una correcta Previsión de Vacunas.

Diseñamos un Impreso consensuado para el Registro de Niños Inmunizados en edades comprendidas entre 1 día y 18 meses. Coincidente éste con el Impreso Normalizado actualmente.

Diseñamos el Impreso para el Registro de Población Infantil Mal Inmunizada. Teniendo en cuenta que en la actualidad no existe ese impreso normalizado.(Tabla-2).

Diseñamos un Impreso consensuado que nos relacionará niños con vacunas, por lo que obtendremos el número necesario de cada inmunógeno para la previsión de las necesidades vacunales cada trimestre.(Tabla-3)

Diseñamos un Impreso consensuado para Registrar los Residuos de Inmunógenos.

Elaboramos unos listados de los niños de 0 a 18 meses por asignación poblacional, (incluyendo los apellidos de los futuros Recién Nacidos, para la correcta previsión de necesidades que correspondan a su trimestre de pedido), de forma descendente, y los relacionamos por edades con el trimestre del pedido vacunal que corresponda. Así obtendremos todas las fechas en que, todos y cada uno de los niños deberán ser vacunados.

Conviene destacar que la población atendida por los profesionales del Equipo de Mejora del Centro de Salud de Monreal del Campo es de 5.440 habitantes, de los cuales, 52 habitantes tienen edades comprendidas entre 1 día y 18 meses.

Toda esta información la guardamos en un disquet informático para evitar posibles errores por parte de los diferentes profesionales encargados de la previsión de necesidades vacunales trimestrales.

Nombramos a un único responsable del Programa de Inmunizaciones, siendo éste el que supervise la cantidad de inmunógenos solicitados por el resto de DUES y ATS, antes de mandar la petición de vacunas por Fax a la gerencia, para EVITAR así:

exceso de peticiones de vacunas solicitadas fuera de plazo,

que el niño al que se le vaya a vacunar tenga que volver al día siguiente por falta de vacuna, la caducidad de los inmunógenos, con el consiguiente coste que representa.

Actualmente, a la recepción de vacunas en el Centro de Salud, se colocan todas en el mismo frigorífico sin tener en cuenta las necesidades de cada profesional. Será el responsable del Programa el encargado de distribuirlas de forma diferencial.

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo de las Iniciativas de Mejora de la Calidad en El Servicio Aragonés de Salud (2003)

Para la Evaluación de la Previsión de Vacunas, hacemos un Estudio Retrospectivo desde el día 04-06-02 (fecha desde la cual hay datos al respecto), hasta el día 07-11-02 (fecha en la que se implanta el plan de mejora), y observamos que el Número de Vacunas Solicitadas Fuera de Plazo según el indicador utilizado para la medición (hojas de pedidos extraordinarios de vacunas), asciende a: 13 Polio Oral, 15 TV, 12 DTP +Hib (pack), 10 Meningitis C, 10 DTP-Hep B +Hib (pack). Lo que supone un 15,66 % de las VPO, un 31,91 % de las TV, un 42,85 % de las DTP +Hib (pack), un 18,51 % de las Meningitis C y un 28,57 % DTP-Hep B +Hib (pack). Mientras que los datos del Estudio Prospectivo, periodo desde el día 08-11-02 hasta el día 15-01-03, ascienden tan sólo a 8 Polio Oral, lo que supone un 17,02 % de las VPO.

Hacemos un Estudio Retrospectivo desde el día 04-06-02 hasta el día 25-08-02 (fecha en la que se implanta el plan de mejora), donde, el Número de Vacunas Caducadas según el indicador utilizado para la medición (los Estadillos de Inmunógenos Inmovilizados, Sí se eliminaban antes de implantar el plan de mejora, pero esta eliminación No se registraba en ningún impreso normalizado.

Los datos del Estudio Prospectivo desde el 26-08-02 hasta el 30-11-02, nos muestra el Registro siguiente:

<< Dosis Inmovilizadas en el mes de Agosto: 3 VPO

<< Dosis Inmovilizadas en el mes de Noviembre: 2 Meningitis C, 1 VPO, 1 DTPa + Hib, y 2 DTP + Hib (pack).

Para la Evaluación del Registro de Eliminación de Residuos, utilizamos como Indicador los Estadillos de dosis de Inmunógenos Inmovilizados, para así poder registrar no sólo las vacunas caducadas, sino también las estropeadas por diferentes causas.

Según el Estudio Retrospectivo: No se registran.

Según el Estudio Prospectivo desde el día 26-08-02 hasta el día 30-11-02, observamos que se Registran:

<< En agosto: 3 VPO por caducidad.

<< En noviembre: 2 Meningitis C, 1 VPO, 1 DTPa + Hib, y 2 DTP + Hib (pack); todas ellas por caducidad.

Como actividades para mejorar la situación detectada proponemos la utilización por parte de Todos los DUE y ATS, los impresos diseñados por el Equipo de Mejora; hacer entrevistas interdisciplinarias al menos una vez al mes entre los DUE, ATS, FAS, Pediatra y Médicos; solicitar entre un 3% y un 5% de inmunógenos Más de lo que corresponda a las necesidades de previsión vacunal de cada trimestre para evitar la solicitud de los pedidos de vacunas fuera de plazo; hacer un seguimiento informatizado del listado de niños comprendido entre 0 y 18 meses, y de las embarazadas, para poder alcanzar el 100% de la cobertura vacunal y poder valorar la eficacia de dicho programa, y para que la recaptación de los abandonos (sujetos que han interrumpido su pauta de vacunación) se realice de forma eficaz.

Calendario previsto:

< Entrevistas interdisciplinarias una vez al mes.

< Recogida de datos en los registros de niños y embarazadas durante todo el año.

< Previsión y Petición de Inmunógenos en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre.

< Recogida de datos sobre la eliminación de Residuos durante todo el año.

< Recepción, Colocación y Distribución del Pedido Vacunal en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre.

< Vacunación y Registro de Inmunógenos durante todo el año.

< Evaluación de todas las actividades en el mes de diciembre.

RELACION VACUNAS-NIÑOS (Tabla 3)

Vacunas	Nombre comercial	Edad	Monreal del C.	Camínreal	Ojos Negros	Torrijo del C.	Villafraanca	Necesidades
Polio oral	Polio Sabin	2,4,6, 18 meses 6 años						
DTPa-Hib	Infanrix-Hib	18 meses						
DTP +Hib (pack)	Tretract-Hib	4 meses						
DT menores 7 años	Anatoxal DT	6 años						
Hepatitis B pediátrica	Engerix B 10 mg	11 años 14 años (1)						
DTP - HepB +Hib (pack)	Trintanrix-Hep B+ Hiberix	2 y 6 meses						
Meninguitis C	Meningitec	2,4,6 meses						
Triple virica	Priorix	15 meses 6 años						
DT	Ditanrix	11 años (2) 14 años						

(1) 14 años sólo se vacunarán si a los 11 años no se vacunaron.

(2) 11 años sólo se a los 6 años no se vacunaron.

5.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

- 1.- Guía Práctica para la aplicación del Programa de Vacunaciones en Aragón. Documentos técnicos 2. Servicio Aragonés de Salud. 2001. Ampliación Abril 2002.
- 2.- Manual de Vacunas en Pediatría. Primera Edición. Comité Asesor de Vacunas 1994-1998. Asociación Española de Pediatría.
- 3.- De Juanes JR. IV Jornadas Internacionales sobre Actualización en Vacunas. Primera Edición. Madrid 1996.
- 4.- Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Salud. Manual de Inmunizaciones. Comunidad Autónoma de Madrid. 1994.
- 5.- Dirección General de Salud. Servicio de Epidemiología y Promoción de la Salud. Manual de Vacunaciones. Gobierno de la Rioja. 1991.
- 6.- Salud Pública y Educación para la Salud. ICEPSS. Bernardo E. Macías Gutiérrez- José Luis Arocha Hernández. 1996.

1.- TITULO

"Aportación De La Consulta Telefónica En Pediatría En La Educación Para La Salud En La Zona De Salud De Teruel"

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Mercedes Montaner Cosa

Profesión ATS/DUE Centro de trabajo Centro de Salud de Teruel Urbano

Dirección C/ Miguel Vallés, 1

Localidad: Teruel

Código postal y provincia 44001-Teruel

Teléfono 978602809
svaldearcos@aragob.es

Fax

978603266

Correo

electrónico

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos

Profesión

Centro de trabajo

Adoración Adivinación Herrero

ATS/DUE

Centro de Salud de Teruel

Santiago Valdearcos Enguidanos

MEDICO

Centro de Salud de Teruel

José Galán Rico

PEDIATRA

Centro de Salud de Teruel

Cristina Cubero Berges

AUX. ADM

Centro de Salud de Teruel

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Durante el año 2002, se realizó en el Centro de Salud de Teruel un proyecto de Mejora de Calidad titulado "APORTACIÓN DE LA CONSULTA TELEFÓNICA EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN LA ZONA DE SALUD DE TERUEL".

Del análisis de los resultados de este primer proyecto de calidad (anexo 3 y 4) se desprenden las actividades de mejora de la calidad que se presentan para este proyecto.

El análisis de las llamadas telefónicas recibidas y las encuestas que se realizaron entre los padres que acudían con sus hijos al Centro de Salud, nos hizo ver que las demandas de Teleasistencia correspondían a unos grupos concretos de patologías o procesos (anexo 4)

Paralelamente al proyecto de calidad 2002 nos proponemos realizar un proyecto de Calidad para el año 2003 que suponga una mejora de la información de la población de nuestra zona sobre los procesos más demandados en la teleasistencia.

Nos proponemos realizar sesiones de educación sanitaria en las familias con niños de los grupos de edad que más demandan el Servicio de Asistencia Telefónica (menores de 2 años) y de las Zonas de Teruel de las que proceden las llamadas (Ensanche y Fuenfresca). El contenido de estas sesiones serán los procesos más frecuentemente consultados que han sido registrados bien mediante análisis de las llamadas recibidas, bien mediante consulta con las familias.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mejorar el conocimiento de las familias sobre los procesos pediátricos más demandados telefónicamente.
- Fomentar la autoconfianza de las familias para el manejo de los procesos banales más demandados.
- Disminuir el número de consultas telefónicas por estos procesos
- Disminuir el número absoluto de consultas de demanda

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

Se plantean realizar 7 sesiones de divulgación para padres de niños preferentemente menores de 2 años con los siguientes temas:

1. Manejo en casa del niño con fiebre
2. Afectaciones cutáneas más frecuentes en lactantes
3. Manejo de la diarrea y el estreñimiento de los lactantes
4. Las vacunas del Calendario vacunal aragonés. Sus posible reacciones
5. Alimentación del lactate
6. ¿qué fármacos podemos administras a nuestros niños en casa?
7. Prevención de los accidentes más frecuentes en la infancia

Las sesiones se realizarán en horario de tarde para favorecer la asistencia de las familias y serán impartidas por los profesionales participantes en el Equipo de mejora.

Estas sesiones se realizarán durante los meses de mayo, junio y septiembre de 2003.

Posteriormente se estudiará la efectividad de la intervención mediante el análisis de las encuestas que se realizarán a los asistentes a las sesiones y mediante el análisis de las llamadas recibidas al Servicio de Atención Telefónica el Centro de Salud durante los meses de octubre y noviembre.

Los resultados de las llamadas se compararán con los obtenidos en el proyecto del año anterior cuyo resumen se presenta como anexo

4.1- CALENDARIO PREVISTO

Fase / mes	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Sep	Oct	Nov	Dic
Preparación de sesiones										
Divulgación de las sesiones										
Selección asistentes										
Organización de las sesiones										
Sesiones										
Análisis de los resultados										
Resultados										

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

1. Wood PR. Pediatric resident training in telephone management: a survey of

- training programs in the United States. *Pediatrics* 1986;77 (6):822-825.
2. Greenhouse DL, Probsr JC. After-hours telephone calls in a family practise residency: volume, seriousness, and patient satisfaction. *Fam Med* 1995; 27 (8):525-530.
 3. Alberola López S, Del Real Llorente M, ortega García R, Maestro González B, Andrés de Llano J. La consulta telefónica. Utilización y posibilidades en Atención primaria. *Bol Pediatr* 1997; 1997; 37: 221-225
 4. Carbajal R, Barthez P, Blanc P, Paupe A, Lenclen R, Olivier-Martin M, Simon N. Conseil téléphoniques donnés aux urgences puor un cas pédiatrique simulé. *Arch Pédiatr* 1996; 3:964-968.
 5. Poole SR, Schimtt BD, Carruth T, Peterson-Smith A, Slusarski M. After-hours telephone coverage: the application of an areawide telephone triage and advice system for pediatric practices. *Pediatrics* 1993; 92 (5):670-679.

Se presentan 5 trabajos en la que se pone de manifiesto la experiencia de los autores en la atención de la consulta telefónica tanto nacionales como extranjeros.

MEMORIA RESUMEN DE LA SITUACION DE PROYECTOS INCLUIDOS ANTERIORMENTE EN EL PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO ARAGONES DE SALUD. (ENERO 2003)

TÍTULO DEL PROYECTO: "Aportación De La Consulta Telefónica En La Calidad De La Atención Pediátrica En La Zona De Salud De Teruel"

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO: MECEDES MONTANER COSA

OBJETIVOS PLANTEADOS:

El objetivo de este trabajo es conocer la aportación de la consulta telefónica en la mejora de la calidad de la atención pediátrica de la zona de Teruel.

Objetivo general: Conocer la utilidad de la consulta telefónica en pediatría en términos de mejora asistencial (número de consultas de demanda, ingresos hospitalarios y satisfacción de los padres)

Objetivos secundarios:

- Analizar los motivos que ocasionan las llamadas telefónicas
- Analizar las variables que influyen en las llamadas telefónicas

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

- Comparación con grupo control en número de ingresos y consultas de demanda posteriores a la consulta telefónica
- Encuesta de satisfacción a los padres
- Análisis del registro de las llamadas telefónicas

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

1. La consulta telefónica ofrecida por el Equipo de Pediatría del Centro de Salud de Teruel se utiliza sobretudo para consultas de niños menores de 2 años y sin diferencias entre los días de la semana.
2. La exposición de síntomas y las consultas sobre alimentación son los motivos de llamada más frecuentes.
3. El desenlace de la llamada más frecuente fue ofrecer un consejo terapéutico e información general
4. La consulta telefónica es bien valorada por las familias que la utilizan. Más de las tres cuartas partes de los encuestados que habían usado el servicio consideraban que la mayoría de las veces se les había resuelto el problema planteado y se les había evitado acudir a la consulta.
5. No obstante la consulta telefónica no sustituye a la consulta de demanda. Aquellos niños por los que se llama suelen acudir más a la consulta de demanda del Centro de Salud que un grupo similar por los que no se ha llamado

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

Una vez analizados los resultados concluimos los siguientes puntos de mejora:

- Curso de formación en Teleasistencia para personal del Equipo de Pediatría
- Solicitar a la Gerencia de Atención primaria una nueva línea telefónica
- Redistribución de los horarios para que todos los profesionales atiendan el Servicio de Atención Telefónica

1.- TITULO

CICLO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL REGISTRO, REALIZACION, ARCHIVO INFORMATIZADO Y RECUPERACION DE LOS ELECTROCARDIOGRAMAS Y ESPIROMETRIAS EN UN CENTRO DE SALUD URBANO COMO MEJORA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION Y DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES.

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos **SANTIAGO VALDEARCOS ENGUIDANOS**

Profesión **MEDICO** Centro de trabajo **CENTRO SALUD TERUEL URBANO**

Dirección **CALLE MIGUEL VALLES Nº 1**

Localidad **TERUEL** Código postal y provincia **44001 - TERUEL**

Teléfono **978603428** Fax **978603266** Correo electrónico **svaldearcos@aragob.es**

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ANGEL GUTIERREZ CORDUENTE	MEDICO	CS TERUEL URBANO
MIGUEL CASTILLO GUILLAMON	ATS/DUE	CS TERUEL URBANO
CARLOS IZQUIERDO CLEMENTE	MEDICO	CS TERUEL URBANO
CRISTINA CUBERO BERGES	ADMTVO	CS TERUEL URBANO
CARMEN MIEDES FRIAS	ADMTVO	CS TERUEL URBANO
SARA FUSTERO FUSTERO	ATS/DUE	CS TERUEL URBANO
ANGELINA HERRERO PEREZ	ADMTVO	CS TERUEL URBANO

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

En todo Centro de Salud existe un catálogo de prestaciones sanitarias al que tiene acceso, cuando así lo requiera, todo usuario del sistema sanitario. En este catálogo se incluyen las diversas pruebas complementarias que se pueden realizar con medios propios y ajenos. Dentro de las pruebas propias, incluidas a la vez como pruebas funcionales, se encuentran los electrocardiogramas y las espirometrías respiratorias.

Son, por otro lado las 2 pruebas funcionales más solicitadas y realizadas por el centro de salud, con recursos y personal propios, que han recibido formación específica al efecto. Dejando a un lado las dificultades o facilidades teóricas de realización de las mismas, no cabe ninguna duda que pertenecen a los sistemas de registro e información del centro de salud, y a la vez se integran dentro de los diferentes registros de la Historia clínica.

Estamos viéndonos inmersos en un proceso en alza de informatización de las consultas y de los servicios de admisión de los centros de salud, conviviendo a la vez con los viejos sistemas de Historia clínica en formato papel, coexistencia que no hace sino dificultar la recuperación de la información a la par que consume recursos humanos extras en el registro y la recuperación de dicha información.

Tras la informatización incompleta del centro de salud Teruel Urbano, todo el personal del centro ha venido constatando la dificultad en la recuperación de los ECG y las espirometrías, sobre todo de sus datos teóricos y más aún del formato gráfico que comporta la prueba en sí. En un futuro muy cercano está previsto cambiar la aplicación de gestión de consulta (Siap-Win) por otra (Omi-AP), con mayores posibilidades.

En una reunión del equipo en la que se realizó una tormenta de ideas y puesta en común, se detectaron problemas en el circuito de registro en las historias clínicas, desde que llegan a la consulta del profesional que las analiza, informa al paciente y luego decide que hacer con los registros gráficos. También se encontraron posteriormente problemas en la recuperación de los datos crudos de las pruebas y fundamentalmente en los registros gráficos, destacándose los siguientes:

1. No hay un registro general informatizado de los ECG y las espirometrías en el que vengan relacionadas todas las pruebas realizadas, ya sean a través de cita previa como urgentes.
2. Los profesionales médicos sólo registran datos crudos de las pruebas cuando están alteradas, y no en su totalidad, reflejando el resto como normalidad, dificultando una comparación posterior; ello viene a ocurrir en las consultas informatizadas.
3. Aquellos registros que se derivan al archivo general del centro, no todos tienen historia clínica en formato papel, al haberse dejado de abrir, por competencia con la historia informatizada, por lo que tienden a perderse.
4. En aquellas consultas en las que se funciona con HC en papel, se remiten los registros gráficos también al archivo, constatándose que todas las HC no están correctamente colocadas a diario por diversos motivos y pueden perderse los registros.
5. La recuperación de los registros que están en formato papel, conllevan que el

personal administrativo deba trasladar de continuo las HC a las consultas para la comparación de los registros de las pruebas, y esto no suele suceder en el preciso momento en el que el profesional lo necesita, ya sea para su análisis comparativo o para la derivación a los especialistas, con lo que en este paso se podría perder el registro al entregarse al paciente, que no siempre es el mejor federatario.

6. Las pruebas funcionales recorren un circuito con excesivas estaciones desde que se indican hasta que se informan los resultados y se archivan.
7. El ECG (Cardiovit 2 plus) y el Espirómetro (Datospir100), tienen la posibilidad de conectarse a un PC portátil, por medio de sendos programas informáticos de gestión, y crear una base de datos con todos los registros de ambas pruebas en el centro de salud.

Para no realizar un análisis excesivamente teórico, que pudiera no basarse en la realidad, se decide realizar un análisis previo de la situación, y para ello se plantea un estudio tomando como base las últimas 30 pruebas funcionales (30 ECG y 30 espirometrias) realizadas antes del día en que se realizó la reunión del equipo, para que el solo hecho de ser tema de debate no pudiera afectar en la mejora del registro en los días sucesivos.

Se obtuvieron los siguientes datos:

	ECG (n=30)	ESPIROMETRIAS (n=30)
Recuperación soporte físico	14	18
No recuperación soporte físico	16	12

De entre las historias en las que no se encontró el soporte físico original, encontramos:

	ECG (n=16)	ESPIROMETRIAS (n=12)
Normalidad sin registrar datos	10	3
Normalidad registrando datos	3	4
ANORMALIDAD	3	5

Claramente se detectaron irregularidades en el registro y recuperación en ambos tipos de pruebas, con mayor intensidad en los ECG, probablemente porque es la prueba más solicitada y de mayor acceso, con menor atención en su registro y conservación física.

Se echa así pues en falta, un sistema de registro con alta fiabilidad en su incorporación al mismo, a la vez que para recuperar de forma completa toda la información que dan las pruebas funcionales, tanto gráfica como teórica.

No cabe duda alguna que la informatización de los registros supondría la mejor solución, así como que el largo circuito recorrido tras la prescripción de las pruebas quedaría reducido a la mínima expresión.

El circuito del que partimos como problema detectado describe en el plan de mejora, para poder ilustrar más comparativamente su reducción.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Objetivos principales:

1. Evitar la pérdida de la valiosa información que suponen los registros gráficos y analíticos de los ECG y Espirometrias como componentes de la HC personal de cada paciente.
2. Obtención de un registro completo e íntegro de las dos pruebas funcionales como parte de los sistemas de información del centro de salud.
3. Realización de las mismas en cualquier parte física del centro de salud donde de forma habitual se realizasen, inclusive en cercanías del centro de salud en casos urgentes.
4. Desburocratización de las citaciones de pruebas funcionales y del manejo del soporte gráfico de las mismas.

Objetivos secundarios:

1. Registrar de forma informatizada todos los ECG y Espirometría que se realicen en el centro de salud, con todos los datos que dichas pruebas aporten, tanto gráfica como analíticamente, y acceso a la HC del paciente sometido a las pruebas en el preciso instante en que se realicen estas.
2. Reducir el circuito desde que se realiza la prueba funcional hasta que llega al paciente por parte del médico a solamente 2 estaciones, la de realización de la pruebas y la de recuperación del registro para informar al paciente en la visita médica.
3. Lograr la recuperación del 100% de los registros de ambas pruebas de forma completa y de forma sencilla y rápida para el profesional.
4. Establecer el plazo de un año para lograr ese objetivo, estableciendo como punto de partida el momento de puesta en marcha informático del sistema.
5. Estimular a todos los profesionales a integrarse completamente en la informatización de las consultas como gestión integral de la atención sanitaria.

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

El plan de mejora consiste en que toda prueba funcional (nos referiremos siempre al ECG y a la espirometría, ya sea basal o con prueba broncodilatadora), se cite mediante el ordenador en una agenda creada al efecto, sea cual sea la premura y tipo de petición de dichas pruebas, y además exista una conexión entre los aparatos que realizan las mismas, a través de un puerto RS-232, con un ordenador portátil con conexión inalámbrica a la red local y con capacidad de realizar copias de seguridad periódicas y conectado a un disco duro externo de gran capacidad que hará las veces de servidor para el almacén de los registros gráficos de ambas pruebas.

Mediante sendos programas informáticos específicos para cada aparato (SEMA 2000 y SPIRO), se introducirán los datos de filiación completos, y quedarán registrados junto a las imágenes y los valores encontrados, con la posibilidad informática de una aproximación diagnóstica orientativa y diagnósticos diferenciales inclusive.

El almacenamiento se realizará en un disco duro externo, capaz de ser conectado a cualquier PC para su copia o análisis estadístico y epidemiológico, y registrado con un código identificativo inequívoco y único por paciente.

Desde el mismo instante en que la prueba se realice, todos los médicos y/ATS que lo requieran, podrán tener acceso instantáneo a la imagen gráfica a pantalla completa con la posibilidad añadida de realizar una copia en papel para lo que sea necesario. El médico podrá realizar informes adjuntos a la prueba que se almacenarán junto a la misma en la base de datos.

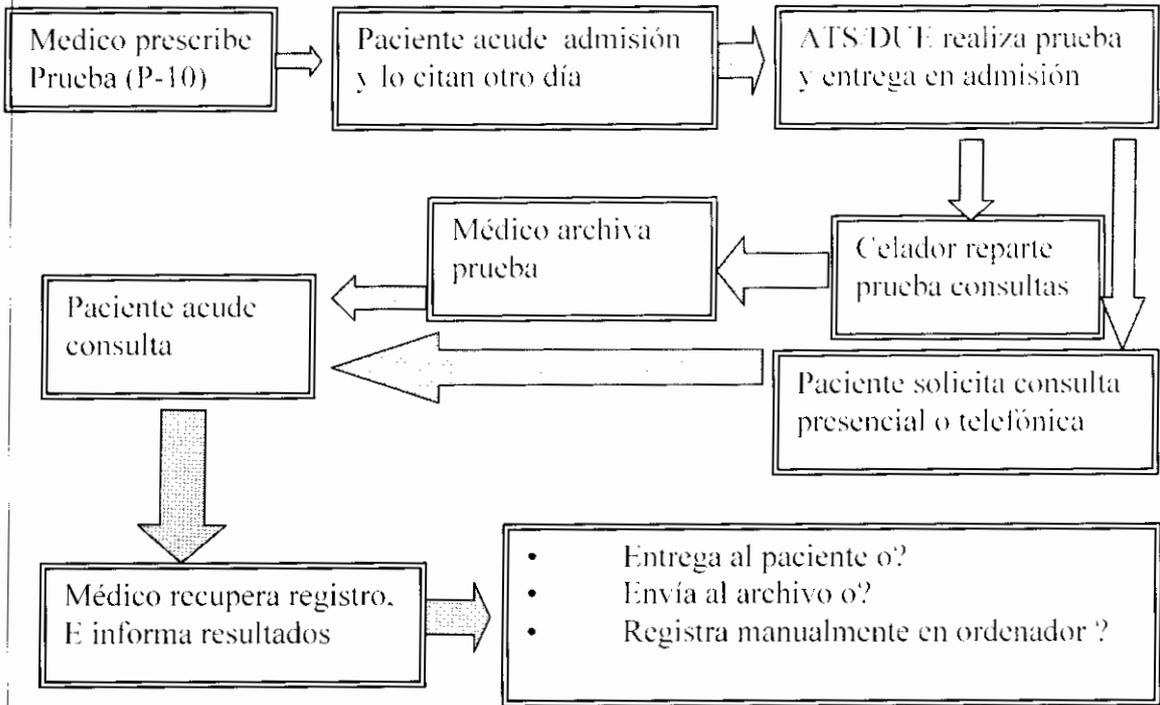
Se eliminará el registro en soporte papel con tinta, que únicamente se realizará en las circunstancias en que así sea requerido. Se podrá recuperar el registro cuantas veces se precise, sin poder ser modificada la información lograda con el programa informático de cada prueba.

Se podrán realizar las pruebas en cualquier lugar del centro de salud cuando así se precise, y siempre de acuerdo con la organización del centro, dada la conexión inalámbrica del ordenador portátil que registra las pruebas con el PC que tiene conectado el disco duro externo y que hace las veces de servidor de pruebas funcionales, y las que en un futuro se puedan añadir.

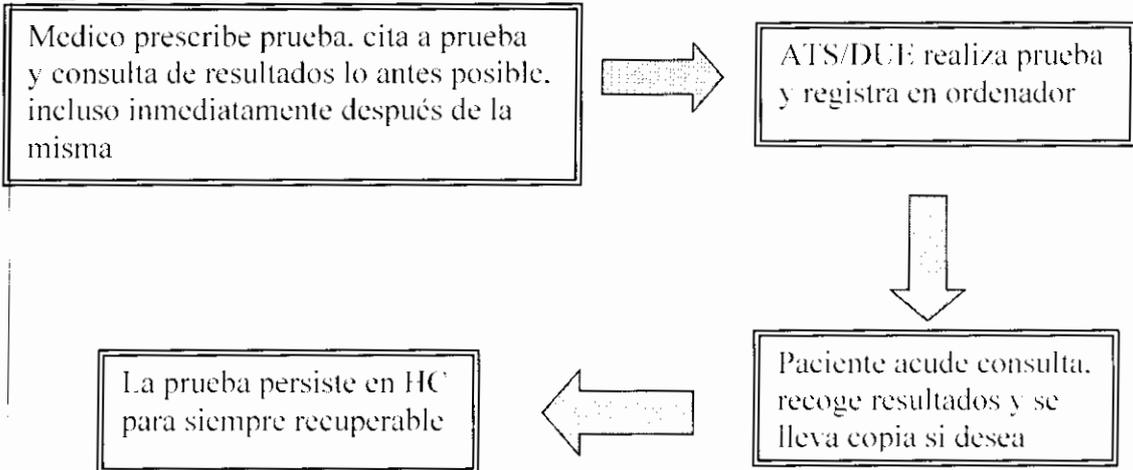
Las citaciones a la consulta de pruebas funcionales se realizarán directamente desde las consultas por cada profesional, en la hora más favorable al paciente, con lo que en ese momento se podrá dar la cita de la recogida de resultados inclusive para el mismo día un poco después de la realización de la prueba, sin que el paciente tenga que irse del centro, agilizando así el acortamiento del episodio.

Pasamos pues como mejora importantísima de un circuito reberberante (Circuito 1) a uno mucho más corto y resolutivo (Circuito 2 de mejora):

CIRCUITO 1:



CIRCUITO 2 DE MEJORA:



En todo caso, conseguimos la recuperación completa del 100% de los registros de ambas pruebas.

COMPONENTES DE LA EVALUACIÓN:

CRITERIO 1: Todo paciente que por cualquier motivo le sea solicitada una prueba funcional, ya sea ECG y/o espirometría en cualquiera de sus variantes, será citado directamente desde la consulta del médico; o bien de enfermería si se hace siguiendo un programa de salud o de cartera de servicios, y además se le dará cita para la recogida de resultados.

No hay aclaraciones. Excepciones serán aquellos pacientes que han sido citados desde admisión con un P-10 por haberle sido prescrito la prueba en una sala o consulta sin informatizar.

CRITERIO 2 : Todas las pruebas funcionales (ECG y espirios) serán informatizadas en el momento de su realización, encontrándose todos los registros en una base de datos y siendo accesible desde todas las consultas informatizadas, pudiendo ser recuperadas completamente en cualquier momento.

Aclaraciones: Todos aquellos pacientes pertenecientes a cupos no integrados en la informatización se llevarán el registro en formato papel, pero habiendo sido igualmente informatizado.

No hay excepciones en este criterio.

DIMENSION

Científico-Técnica y efectividad

UNIDADES DE REGISTRO

- Proveedor: Personal médico y enfermería de Atención Primaria del Centro de Salud
- Paciente: Todo usuario al que le sea prescrito un ECG o espirometría como prueba funcional.
- Ventana temporal: Desde que el médico prescribe la prueba hasta que la misma es registrada informáticamente

IDENTIFICACIÓN/MUESTREO

- Marco muestral: Usuarios pertenecientes al centro de salud Teruel Urbano
- Identificación: Agenda de citaciones de pruebas funcionales del centro de salud
- Tamaño muestral: Todas las pruebas funcionales realizadas durante un mes, 30 días después de la implantación del sistema informatizado

TIPO DE EVALUACION

Retrospectiva, interna, obtención de datos: interna

Recogida de datos mediante revisión de historias clínicas, listados de la agenda de pruebas funcionales y la base de datos informatizada registrada en el disco duro externo

CRONOGRAMA

Las actividades a realizar según el calendario previsto, a partir de la implantación de los programas informáticos y los materiales serán:

- Fase 1 (1 mes): Instalación de programas y pruebas de almacenamiento y transmisión datos.
- Fase 2 (1 mes): Formación de personal de enfermería en la utilización del material informático, del registro de las pruebas y de los sistemas de citaciones en la agenda. Formación de los médicos en la recuperación de registros.

realización de informes, codificaciones diagnósticas informatizadas de las pruebas funcionales y en la utilización de los sistemas de citaciones de las agendas.

- Fase 3 (15 días): Prueba piloto sin la utilización de agendas
- Fase 4 (1 mes): Implantación generalizada y el uso de agendas
- Fase 5 (15 días): Obtención de resultados mediante recuperación de todos los registros realizados en el último mes tras la implantación.
- Fase 6 (15 días): Reevaluación a los 6 meses de la primera de igual forma metodológica

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

1. Basora J, Martín F, Donado-Mazarrón A, Daniel J. Pruebas funcionales respiratorias en atención primaria. Interpretación informatizada de espirometrías. FMC. Marzo 1999; 6:161-172
2. Violán C. Nuevas formas de gestión en Atención Primaria. Nuevas propuestas de gestión, ¿porqué?. Atención Primaria 1999; 24: 123-125
3. Ruiz Téllez A. La organización de un equipo de atención primaria. Centro de Salud 1999; 7:592-616
4. Grupo SemFYC-SEMERGEN. Actividades burocráticas en la consulta del médico de atención primaria. Propuestas para la desburocratización. Ed SemFYC-SEMERGEN. Barcelona 1996.
5. Osakidetza. Plan de informatización del proceso asistencial en la Atención Primaria de Osakidetza. Documento A. Subdirección de atención Primaria. 1995.

La práctica totalidad de la bibliografía coincide en que la desburocratización de las consultas médicas y los procesos asistenciales es clave para la mejora de la sanidad. Parece que la informatización de las consultas es la mejor solución a la misma, así como mejor solución para el almacenamiento de la historia clínica.

Los registros en formato papel quedan atrás con la informatización de todas las pruebas que se realizan, y mejoran de forma general la organización de los centros, así como la recuperación de registros de dichas historias.

¿Se reducen entonces las actividades que se realizan? La conclusión es que no se reducen, solamente se reorganizan y se dedica más tiempo a cosas que requieren más de la intervención personal, si entretenerse "en rellenar papeles".

1-TITULO

“Adecuación del tratamiento en el paciente dislipémico.”

¿En qué medida están bien controlados nuestros pacientes dislipémicos?

2. 1-RESPONSABLE DEL PROYECTO:

Nombre y Apellidos: Andresa Gil Domingo

Profesión: Médico. Centro de Trabajo: Centro de Salud de Calamocha

Dirección: Paseo de San Roque, s/n

Localidad: Calamocha

Código Postal y Provincia: 44200 Teruel

Teléfono: 978731014 Fax: 978731281

2.2- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA:

Mº José Badesa Monreal. Médico del Centro de Salud de Calamocha.

Isabel Baquerizo Gracia. Médico del Centro de Salud de Calamocha.

Andresa Gil Domingo. Médico del Centro de Salud de Calamocha.

Emilio Jiménez Marín. Médico del Centro de Salud de Calamocha.

Ana Cristina Navarro Gonzalvo. Médico del Centro de Salud de Calamocha.

José Luis Ramos Lobera. Médico del Centro de Salud de Calamocha.

José Luis Tartaj Tomás. ATS del Centro de Salud de Calamocha.

3.1- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS.

- 1- Demasiados pacientes llevan tratamiento farmacológico.
- 2- Demasiados incumplimientos en los tratamientos dietéticos.
- 3- Mal control en las cifras de la mayoría de los pacientes.

3.2- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

- 1- Disminuir la morbi-mortalidad por enfermedad cardiovascular.
- 2- Aumentar el número de enfermos dislipémicos controlados.
- 3- Mejorar el cumplimiento de los tratamientos dietéticos.
- 4- Reducir los tratamientos farmacológicos.

4.- PLAN DE MEJORA. METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACION DETECTADA.

- 1- Continuar con la comisión de evaluación. Nuevos miembros sustituyen a los anteriores, como consecuencia del concurso de traslados.
- 2- Se trabajará sobre el tema un día a la semana. Los viernes de 8,30 a 10 horas.
- 3- Elaboración de criterios en Febrero de 2003.
- 4- Diseño de estudio de evaluación de calidad: Recogida, análisis y discusión de los datos obtenidos. Febrero y Marzo de 2003.
- 5- Diseño de intervención. Consenso con el equipo para obtener las conclusiones definitivas que formen parte del trabajo habitual en Abril y Mayo de 2003.
- 6- Implantación de la intervención diseñada hasta Diciembre de 2003.

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.

- 1- FMC en Atención Primaria. Ed. Doyma.
- 2- Palmer, RH "Evaluación de la asistencia ambulatoria, principios y práctica".
- 3- Saturno PJ, Concepto y medición de la calidad. Misión, visión y diseño de líneas estratégicas en Centros de Atención Primaria. Universidad de Murcia.
- 4- Martín Zurro, A. Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica clínica. 4ª Edición. Barcelona 1999.

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACION ECONOMICA.

Impresora.....	460
Scanner.....	200
Discos blandos y CDs.....	100
Transparencias.....	50
Folios.....	50
Rotuladores de transparencias.....	30
Total	890

MEMORIA RESUMEN DE LA SITUACION DE PROYECTOS DE CALIDAD**EN EL AREA IV (DICIEMBRE DE 2002)**

TITULO DEL PROYECTO: ADECUACION EN LA FETICION DE PRUEBAS ANALITICOS EN EL PACIENTE DISLIPEMICO. ESTUDIO DE UTILIZACION.

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO:
ANDRESA GIL DOMINGO

OBJETIVOS PLANTEADOS:

- USO ADECUADO DE RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.
- CONVENIR / O MEJORAR PROTOCOLO DE INCLUSION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE DISLIPEMICO.
- CONTRIBUIR A DISMINUIR LA FRECUENCIA INNECESARIA EN LA CONSULTA DIARIA.
- MENTALIZAR AL PACIENTE SOBRE FACTORES DE RIESGO CV.
- DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD POR ENFERMEDAD CV.

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

- ELABORACION DE CRITERIOS
- DISEÑO DEL ESTUDIO: RECOLECCION DE DATOS

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

ACTUALMENTE ESTAMOS EN FASE DE RECOLECCION DE DATOS. EXISTE LA IMPRESION DE QUE LOS PACIENTES JOVENES SON HIPOFRECUENTADORES Y LOS PACIENTES ANCIANOS HIPERFRECUENTADORES. Pocos DISLIPEMICOS "Puros".

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

- ANALISIS Y DISCUSION DE LOS DATOS OBTENIDOS
→ (ENERO - MARZO 2003)
- DISEÑO DE INTERVENCIÓN → (ABRIL - JUNIO 2003)
- INTERVENCIÓN → (MAYO - DICIEMBRE 2003)
- REEVALUACION → (ENERO 2004)

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)
---------	--

1.- TITULO

*CICLO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO
CON OBJETO DE AUMENTAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA MISMA*

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos :	M^o ANTONIA ROCA MUÑOZ	
Profesión ENFERMERA	Centro de trabajo : C.S. MORA DE RUBIELOS	
Dirección C/ PEDRO ESTEBAN , 4		
Localidad : MORA DE RUBIELOS	Código postal y provincia : 44400 TERUEL	
Teléfono : 978806201	Fax : 978806209	Correo electrónico : _____

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^o ANGELES ALEPUZ TUDELA	F.A.S.	C.S. MORA DE RUBIELOS
LUISA ARGILES HERNANDEZ	ENFER.	C.S. MORA DE RUBIELOS
JOSE AZNAR MORRO	ENFER.	C.S. MORA DE RUBIELOS
JOSE L. BENAVENT DOMENECH	MEDICO	C.S. MORA DE RUBIELOS
LUIS COSTART TAFALLA	MEDICO	C.S. MORA DE RUBIELOS
JUAN GÜELL AYUDA	MEDICO	C.S. MORA DE RUBIELOS
ISABEL LICERAS FUSTER	MEDICO	C.S. MORA DE RUBIELOS
DOMINGO MORA PALOMARES	MEDICO	C.S. MORA DE RUBIELOS
M ^o MAR LARIO	AUX. AD.	C.S. MORA DE RUBIELOS

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

- BAJO NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN LAS MUJERE EN LA ÉPOCA DEL CLIMATERIO RESPECTO A LAS REPERCUSIONES FISIOLÓGICAS Y PSICOLÓGICAS DE DICHA ETAPA.
- BAJA DEMANDA DE CONSULTA MEDICA EN ESTA ETAPA DE LA VIDA
- DEFICIENCIA EN EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS PREESCRITOS
- POSIBLE DISMINUCIÓN DE LAS RELACIONES SEXUALES DEBIDO A ÉSTA CAUSA
- POSIBLE DISMINUCIÓN DE LA AUTOESTIMA

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS DE LAS MUJERES INCLUIDAS EN PROYECTO
- MEJORAR LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO
- AUMENTAR LA DEMANDA DE ÉSTE GRUPO HACIA LOS PROFESIONALES SANITARIO
- CONSEGUIR LA CAPTACIÓN DE LA MAYORIA POSIBLE DE LAS PACIENTES
- INFORMAR DE LOS DIVERSOS TRATAMIENTOS DISPONIBLES
- MEJORAR LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)
---------	--

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

ENERO 2003	Desarrollo del Proyecto.
FEBRERO 2003	Formación del equipo.
MARZO 2003	Captación de la Población Diana.
ABRIL-MAYO 2003	Elaboración de cuestionarios.
JUNIO 2003	Valoración de los problemas – encuestas.
SEPT.-OCT. 2003	Educación Sanitaria sobre los principales problemas detectados tanto Individual como colectivamente, con apoyo de medios audiovisuales y Escritos. Charlas a grupos ofertando consultas individualizadas y derivación a especialista si procede.
NOV.-DIC. 2003	Reimplantación de la encuesta y evaluación de la misma.

5.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

- Fernandez Carrera J. M. Curso Atención Primaria. Asturias-Insalud, 1999-2000.
- Martín Zurro A. Cano Perez J. F. Atención Primaria 4ª Edición 1999, 140-147.
- Uwe Hollihn K. Menopausia y Terapia Hormonal Sustitutiva 1997.
- Fry J. Manual Beecham de Medicina Familiar y Comunitaria 1991 , 267-269.
- Rios Rial B. Depresión en Patologías Organicas 1999; 26-40.
- Alonso Alvaro A., Fuertes Rocañin J.C., De La Ganduza Martín J., Martínez Guisasola J., Perez Hidalgo C. Menopausia y Trastornos Psicósomaticos. 1997.

1.- TITULO

GESTIÓN POR PROCESOS: DESARROLLO Y MEJORA EN EL SUBPROCESO
DE GESTION DE AGENDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE UTRILLAS

2.1 - RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y Apellidos BENITO LUÑO GARCÍA
 Profesión MÉDICO Centro de trabajo C.S. UTRILLAS
 Direccion AVDA. VALENCIA S/N
 Localidad UTRILLAS Código postal y provincia 44760 TERUEL.
 Teléfono 978 758212 FAX 978 757166 Correo electrónico med008828@saludalia.com

2.2- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de Trabajo
PILAR ALEGRE GIMENO	ADMINISTRATIVA	
LUCIA BARTOLÓMELALANZA	PEDIATR.	C.S. UTRILLAS
ANA CALVO ABANTO	D.U.E.	..
LORENZO CLADERA CRESPI	MEDICO	..
ALBERTO COMPES LORENTE	MEDICO	..
FRANCISCO CORTES LOPEZ	MEDICO	..
BELÉN DIGES NOZAL	CELADORA	
WENCESLAO GOMEZ LOPEZ	D.U.E.	..
ELVIRA IBÁÑEZ CUBERO	MEDICO	..
MARISOL IGUAL CERCÓS	ADMINISTRATIVA	
LUIS FERNANDO MARIN HERRERO	MEDICO	..
ISABEL MINGUILLON SANZ	D.U.E.	..
Mª ANGELES MONTON ESCOLANO	D.U.E.	..
GEORGES NASSAR AILAN	MEDICO	..
Mª VICTORIA RUBIELLA RAMOS	D.U.E.	..
ANGELES MIGUEL	D.U.E.	..

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Una vez diseñado el mapa de procesos del Centro, al intentar implantar el proceso de "Gestión de documentación", hemos detectado que el subproceso "Gestión de Agendas" debe mejorarse por ser fundamental para poder desarrollar el proceso " Programación", que es uno de nuestros procesos "clave".

De esta manera, si implantamos una buena gestión de las agendas, no sólo optimizamos el tiempo dedicado a la actividad asistencial, sino que permitimos que la visita programada pueda ser de una mejor calidad.

7

32

13

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Gestionar la "programación" como un proceso que incluya varios subprocesos, entre éstos la "gestión de agendas"

Que cada uno de los subprocesos contenga su procedimiento específico.

Representación de cada subproceso con su diagrama de flujo, nivel 3 del modelo IDEF

Utilizar la Política y Estrategia favorable; evaluar su importancia.

Asegurar la implantación del subproceso, que permita su desarrollo y despliegue.

Implicar y dar reconocimiento a las personas que participan en esta actividad de mejora. Establecer los propietarios del proceso.

Desarrollar un plan de formación específico en este tema; adecuar el conocimiento a la competencia.

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

Nuestro plan de mejora seguirá el modelo EFQM de gestión de calidad.

Para dar cumplimiento de a los objetivos propuestos, se acompañan una serie de actividades en relación con los nueve criterios de este modelo.

-Estimular la asunción de responsabilidades (empowerment) en las personas implicadas. Asegurar que se implanta el proceso. Establecer actividades dirigidas a la mejora de los conocimientos en el tema, mediante sesiones clínicas.

-Recoger indicadores internos de rendimiento. Adaptación del proceso a tecnología informática próxima a instalarse en el Centro

-Animar a los compañeros con responsabilidades, fomentar la implicación con autovaloración y encuestas.

-Aprovechamiento de los medios adjudicados para mejorar y ampliar la biblioteca-hemeroteca y el sistema de archivo de documentos. Aprovechar la próxima informatización de las consultas para la gestión de agendas.

-Medir el proceso implantado de forma semestral. Mejorar el proceso a partir de los resultados obtenidos.

Enero 2003

febrero

marzo

abril

mayo

junio

... diciembre 2003

7

32

13

Presentación proyecto

Formación al EAP

Reparto responsables

Comienzo del proceso

1ª evaluación

Evaluación

7

13

32

5.-BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA.

- 1.-Daniel i Diez,J.,et al.,Gestión por procesos en un Equipo de Atención Primaria.Rev Calidad Asistencial 1999;14:157-254
- 2.-Zabala Aizpúña,E., et al.,Proceso asistencial del parto eutócico. Rev Calidad Asistencial 1999; 14:279-287
- 3.-Duran i Navarro, J., Evaluar la calidad de gestión en atención primaria. Jano 1995; XLIX: 37-47
- 4.-Casado Pérez, P., et al. Gestión de Calidad en Atención Primaria. SEMERGEN. 2001.:108-112
- 5.-Costa, J.M... Curso de Gestión por procesos. Fundación Avedis Donavedian..noviembre 2002

Aunque es corta, esta bibliografía reúne datos conceptuales ilustrados con ejemplos, que permiten llegar a entender el concepto de la gestión por procesos y cómo puede aplicarse en el terreno de la Atención Primaria.

MEMORIA RESUMEN DE LA SITUACIÓN DE PROYECTOS DE CALIDAD

EN EL AREA IV (DICIEMBRE DE 2002)

TÍTULO DEL PROYECTO: "Gestión por procesos en el Centro de Salud de Utrillas."

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO: Benito L. Luño García

OBJETIVOS PLANTEADOS:

Iniciar al Equipo de Atención Primaria de nuestro Centro en la Gestión por Procesos, siguiendo el modelo EFQM de Excelencia.

Desarrollar los niveles 1, 2 y 3 siguiendo la metodología IDEF. (Integration Definition for Function Model)

Identificar los procesos "clave", es decir, los que ayudan a cumplir la "misión" del Centro.

Identificar los procesos "estratégicos" que den soporte a los clave. Establecer directrices y guías.

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

Formación específica en Gestión por procesos. Sesiones clínicas informativas.

Propuesta al Equipo de implantar un cambio en la gestión.

Confección del borrador del "mapa de procesos" del Centro.

Selección de un Proceso para su desarrollo

Estamos desarrollando el subproceso en forma de diagrama de flujo.

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

Los componentes del Equipo han aceptado la Gestión por Procesos.

Hemos completado el mapa de procesos de nuestro Centro

Hemos seleccionado, por consenso, el Proceso de Gestión de documentación, subproceso Programación.

Todavía no hemos desarrollado el subproceso y la asignación de responsables.

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

Enero-febrero 2003: desarrollo del subproceso. Redacción del manual de procedimiento representado en forma de diagrama de flujo.

Selección de indicadores para valoración del subproceso.

Marzo 2003: nombramiento de responsables del subproceso y formación en sesiones de Equipo.

Puesta en marcha e implementación del subproceso.

Junio 2003: evaluación intermedia para introducir las primeras correcciones.(lógica FEDER)

Marzo 2004: reevaluación.

1.- TITULO

"Establecimiento de un ciclo de mejora en el proceso de atención integral al paciente con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST": Elaboración de un proceso asistencial

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Isabel Gutierrez Cía

Profesión Facultativo especialista de área Centro de trabajo Hospital "O. Polanco"

Dirección Calle Nueva. 13-15. 3º dcha.

Localidad Teruel Código postal y provincia 44001 - Teruel

Teléfono 978604460 Fax Correo electrónico igutierrcia@hotmail.com

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Fernando Colás Beltrán	Médico	Dirección médica - Atención Primaria
Carlos Catalán Lorente	Médico	061 - Teruel
Begoña Gambado Royo	Médico	061 - Monreal del Campo
Jesús Martínez Burgui	Médico	Urgencias - Hospital "Obispo Polanco"
José María Montón Dito	Médico	UCI - Hospital "Obispo Polanco"
Manuel Gato León	Médico	Cardiología-Hospital "Obispo Polanco"

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

- Retrasos en la identificación, traslado y atención intra y extrahospitalaria del infarto agudo de miocardio
- Inadecuación del transporte sanitario en el infarto agudo de miocardio
- Demora en la aplicación del tratamiento fibrinolítico
- Incumplimiento de los estándares de calidad según el proyecto ARIAM
- Falta de unificación de los criterios diagnósticos y terapéuticos entre los diferentes escalones del proceso de atención del infarto agudo de miocardio.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

GENERALES:

- 1.- Mejorar la eficiencia, adecuación y accesibilidad de los pacientes con infarto agudo de miocardio al sistema sanitario
- 2.- Elaboración de una arquitectura de proceso para el infarto agudo de miocardio con elevación del ST.
- 3.- Mantener la continuidad del proceso asistencial entre todos los niveles de sistema.

ESPECÍFICOS:

- Toma de conciencia del personal sanitario
- Formación del personal de los centros de salud y 061
- Uso de estándares de calidad asistencial en el infarto agudo de miocardio, mediante criterios objetivos y reproducibles por todos los participantes en el proceso asistencial.
- Aumentar el uso de transporte medicalizado en el IAM
- Reducción de los tiempos de demora asistencial
- Disminuir el retraso en la aplicación de fibrinólisis.

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

- Recogida de datos utilizando como herramienta el proyecto ARIAM y procesamiento de los mismos para evaluar la mejora a lo largo de este año.
- Reuniones mensuales del equipo de mejora
- Elaboración de una arquitectura de proceso
- Implementación del proceso asistencial
- Presentación en Centros de Salud, 061, Urgencias, Cardiología y Cuidados Intensivos.
- Análisis de los tiempos de demora y calidad asistencial

Enero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
-------	-------	-------	------	-------	-------	--------	------------	---------	-----------	-----------	-------	---------	-------

Evaluación datos recogidos														
Reuniones equipo de mejora														
Elaboración del proceso														
Implementación														
Análisis mejora														
Evaluación														

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

- 1.- Arós F, Loma-Osorio A, Alonso A, Alonso J, Cabadés A, Coma-Canella I, García-Castrillo L et al. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en el infarto agudo de miocardio. Rev Esp Cardiol 1999; 52: 919-956
- 2.- Thomas J, Ryan, Elliott M, Antman, Neil H, Brooks, Robert M, Califf, L, David Hillis, Loren F, Hiratzka, Elliot Rapaport, et al. ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction. Circulation. 1999;100:1016-1030
- 3 - Costa J.Mª, Guía de evaluación del modelo EFQM. 1999.
- 4.- Arboleda JA, Siendones R, González JV, Romero C, Agüera C, Marfil JL y grupo ARIAM. Plan de actuación conjunta en el infarto de miocardio (PACIAM). Medicina Intensiva, 2000; 24: 316-320.
- 5 - Informe ARIAM: datos 2001
- 6.- Metha S, Urban P y De Benedetti E. Infarto agudo de miocardio. En: Evidencia clínica. BMJ Publishing group. 2002; p. 10-36.
- 7.- Guía del proceso asistencial IAM con elevación ST. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. En: www.csalud.junta-andalucia.es

3.1. – OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

En julio de 2002 se puso en marcha en el Hospital General "Obispo Polanco" de Teruel el Programa de Valoración de Riesgo Social. Elaborado por la Unidad de Calidad y la Trabajadora Social del Centro, contó con el pleno apoyo y la colaboración de la Dirección.

Adjuntamos el Programa donde constan los problemas detectados, objetivos, plan de actuación, etc.

Tenemos previsto desarrollarlo en su totalidad en un plazo máximo de tres años.

En su primera fase ha sido implantado en el área de hospitalización. Previamente fue entregado y explicado a todos los estamentos del Hospital.

En los primeros seis meses de funcionamiento se han atendido unos cuatrocientos pacientes, aproximadamente el 10% de los ingresos, y las dos evaluaciones realizadas han sido muy satisfactorias.

Aunque fue también diseñado para Consultas, la implantación en ese área ha sido desigual y afianzarlo es la tarea de los próximos meses.

En una segunda fase, ya iniciada aunque no implantada, queremos extenderlo al Hospital San José, de larga-media estancia socio-sanitaria, y a los Centros de Salud dependientes de nuestro Hospital, adaptándolo a este medio. La información debe fluir en ambas direcciones para asegurar la continuidad de los cuidados y la coordinación entre niveles. Nuestras primeras experiencias han permitido detectar e intervenir social y/o sanitariamente de modo precoz, con una orientación preventiva.

Actualmente y gracias a este programa, el hospital ha cambiado su concepto de institución cerrada y ha abierto sus puertas a la comunidad en la que se integra, mejorando e incrementando la colaboración con distintas asociaciones de salud.

El tercer objetivo es poder contar de forma permanente y más estructurada con las organizaciones de voluntariado.

3.2-OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Cuando comenzamos a diseñar el programa una de las primeras dificultades, fue definir los criterios de inclusión. En la bibliografía revisada se valoraba, a nuestro juicio excesivamente, el factor edad. Por otro lado en nuestro país existen problemas de más reciente aparición como es la población inmigrante.

Al enumerar los criterios los adaptamos a nuestra área y experiencia. Además de los objetivos enumerados en el texto que adjuntamos, nos propusimos:

-Evaluar los motivos de atención social y redefinir cuáles son los criterios válidos de inclusión.

4-CALENDARIO PREVISTO

Para este año 2003.

MARZO- Tercera evaluación del programa y segunda encuesta a pacientes atendidos para ver la efectividad y satisfacción. Valorar necesidad de introducir cambios y mejoras.

JUNIO- Elaboración de resultados. Informar a los distintos estamentos hospitalarios. Perfilar qué sectores hay que fidelizar y a cuáles hay que motivar para que se adhieran al programa.

Durante este PRIMER SEMESTRE, darlo a conocer a los profesionales de los distintos Centros de Salud y de Servicios Sociales. Organizar los medios de comunicación entre niveles. SEGUNDO SEMESTRE: seguimiento y evaluación.

5- BIBLIOGRAFIA

-La atención socio-sanitaria del futuro. Dolors Colom. Mira Editores, SA. Zaragoza, 1997.

Libro donde se estudia la problemática socio-sanitaria de modo exhaustivo y completo, tiene un buen capítulo dedicado a los problemas hospitalario. Estudia los problemas y las medidas a tomar.

-La planificación del alta hospitalaria. Dolors Colom. Mira Editores, Sa. Zaragoza, 2000.

La misma autora del texto anterior, pionera en la defensa de concepto socio-sanitario, aboga en este caso por una planificación precoz e interdisciplinar del alta hospitalaria, con el fin de conseguir la mejor ubicación terapéutica del paciente. Refiere experiencias.

-Guía de organización del Servicio de Trabajo Social. INSALUD. Madrid, 2000.

En su anexo figuran los indicadores importantes que pueden utilizarse para valorar la atención socio-sanitaria.

-Asistencia socio-sanitaria: Revisión y reflexiones. Rodríguez- Testal JF y León-Fuente, JL. Geriátrika, 2002; 18: 27-39.

Estudian modelos prácticos de asistencia socio-sanitaria, sobre todo a nivel de residencias de larga estancia, y la implicación de los centros de salud y de los hospitales

-Programa de Riesgo Social al ingreso. Experiencia en un hospital de 400 camas. Enriquez T, Rodríguez MJ, Bermúdez M y colaboradores. Revista Trabajo Social 2000. 29: 98-108.

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONOMICA

Material/Servicios	Euros
- Ordenador portatil	1.800
- Curso: Proceso de datos sanitarios. Universidad Autonoma de Barcelona. Presencial, 60 horas, 8 días.	1.600
- Impresora color y escaner para la Unidad de Trabajo Social.	300
- Viajes a los Centros de Salud y Centros Sociosanitarios	1.000
- Libros y revistas	500
- Asistencia a Reuniones o Congresos para exponer el trabajo, dos personas.	1.700

TOTAL euros

6.900