

INDICE DE PROYECTOS HUESCA 2004

050_2004 "Optimización del consumo farmacológico a través de la supervisión de los botiquines domiciliarios. Análisis económico de la intervención" del CS de Almudévar	Pág. 2 a 7
068_2004 "Posibilidades de mejora en la monitorización ambulatoria de la tensión arterial (MAPA) desde atención primaria" del CS de Sabiñánigo	Pág. 8 a 14
117_2004 "Utilización de coaguchek system para la anticoagulación oral en el Centro de Salud de Berdún"	Pág. 15 a 19
118_2004 "Mejora en la atención a los pacientes con factores de riesgo cardiovascular" del CS Perpetuo Socorro	Pág. 20 a 23
119_2004 "Buceando en la gestión por procesos" del CS de Grañén	Pág. 24 a 33
055_2004 "Diagnóstico y mejora del nivel de información, opiniones y percepciones de los familiares-tutores de los usuarios, y de la población general, respecto al Centro de Rehabilitación Psicosocial (Antiguo Hospital Psiquiátrico) de Huesca" del CRP Santo Cristo de los Milagros	Pág. 34 a 37
057_2004 "Mejora de la continuidad asistencial en las usuarias del programa de detección precoz del cáncer de mama" del H. Sagrado Corazón de Jesús	Pág. 38 a 44
058_2004 "Unidad ortogeriatrica. Mejora en al calidad asistencial del anciano con fractura de cadera" del H. Sagrado Corazón de Jesús	Pág. 45 a 50
111_2004 "Normalización de procedimientos generales de enfermería con inclusión de indicadores de calidad y diagnósticos de enfermería" H.S.Jorge	Pág. 51 a 55
113_2004 "A.E.P.: En busca de la excelencia. Estrategias para mejorar la calidad de los ingresos y estancias hospitalarias en el Hospital San Jorge de Huesca"	Pág. 56 a 61

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Optimización del consumo farmacéutico a través de la supervisión de los botiquines domiciliarios. Análisis económico de la intervención.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Plácido Rubio Esteban

Profesión Médico **Centro de trabajo** C. S. Almudévar

Correo electrónico: placirubio@hotmail.com

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Raúl Cuartero Gutiérrez	médico	C.S.Almudévar
J.Juan Tagüeña Lanau	médico	C.S.Almudévar
M. Paz Ferrer	médico	C.S.Almudévar
Ángel González Aisa	médico	C.S.Almudévar
Irene Gracia Ascaso	enferm.	C.S.Almudévar
Olga Rivas Calvete	enferm.	C.S.Almudévar
Laura Majarenas	enferm.	C.S.Almudévar
Sergio Ramón	enferm.	C.S.Almudévar

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

Se realiza un proceso de identificación y selección de problemas mediante técnica de Grupo Nominal, que da como resultado, evidencias de la existencia de una serie de puntos débiles entre los que se selecciona el problema priorizado, considerando los aspectos de factibilidad, validez, importancia para la eficiencia del proceso asistencial, independencia externa y oportunidad.

En el actual momento de cambio en el diseño de la prescripción, con la incorporación del principio activo, hemos detectado una pérdida de los referentes habituales en una buena parte de la población, sobre todo la de mayor edad, que se manifiesta en duplicidades, variabilidad de los tratamientos, y un mayor riesgo que dificulta la correcta cumplimentación terapéutica.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Fomentar actitudes para la correcta cumplimentación terapéutica.

Mejorar la conservación y adecuación de los botiquines domésticos a las patologías de cada paciente.

Contribuir al ahorro farmacéutico mediante la utilización razonable de los medicamentos que se conservan en los domicilios.

Evitar riesgos por errores en el consumo de fármacos.

**6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN
DEL SALUD**

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>		xxx			
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	xxx				
	x				
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>			xx		
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	xxx				
	x				

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

El envejecimiento progresivo de la población y la pluripatología frecuentemente presentada, contribuyen a la polimedicación. Observamos un importante déficit en la correcta cumplimentación terapéutica, siendo posibles causas la falta de comunicación sanitario-paciente y las limitaciones cognitivas y sensoriales del paciente anciano. Esto nos lleva a una mala cumplimentación de los tratamientos, multiplicación de consultas, fomento de la automedicación con la aparición de un mayor número de interacciones y reacciones adversas a fármacos, aumento del gasto, y la percepción final de no alcanzar un resultado correcto en el proceso asistencial.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Estudio prospectivo durante un año, en la consulta de demanda y/o programada domiciliaria de médico y DUE, que solicitarán permiso para la supervisión del botiquín farmacéutico del domicilio y mediante la cumplimentación de un formulario se analizarán la composición cuali y cuantitativa del mismo, caducidad correcta, prescripción o libre adquisición, fármacos efectivamente consumidos en ese momento, estado de conservación, localización y valoración de los fármacos que puedan servir en el proceso asistido, además del análisis del ahorro generado con la medida.

La responsabilidad de la actividad es de todos los sanitarios trabajando en el centro de salud, puesto que se trata de una medida de mejora de eficiencia para mejorar los objetivos terapéuticos, recayendo en el grupo de mejora las actividades de control y evaluación del proceso.

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, los indicadores que se van a utilizar

Se analizan trimestralmente los cuestionarios cumplimentados cuyos ítems sirven para la elaboración de unos criterios explícitos normativos. La evaluación consta del estudio comparativo entre estos periodos, y en relación a los estándares previstos.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio:01/02/04

Fecha de finalización:01/02/05

Calendario: Monitorización del proceso con análisis trimestrales de cuestionarios.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)

Material/Servicios

Euros

Releer exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

TOTAL

Releer exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

Almudevar 16 Enero de 2004

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Posibilidades de Mejora en la Monitorización Ambulatoria de la Tensión Arterial (MAPA) desde Atención Primaria.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Teófilo Lorente Aznar

Profesión Médico Centro de trabajo C. Salud Sabiñánigo

Correo electrónico: tlorente@teleline.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Asunción González	DUE	C.Salud Sabiñánigo
Enrique Villarroya	DUE	“
Elena Charte	Medico Refuerzo	“
Susana Galindo	DUE Refuerzo	“
Patrocinio Larripa	Pediatra	“
Gabriel Betrán	Médico	“

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

Se constituyó un Grupo Nominal que permitió identificar problemas susceptibles de mejora. Se priorizó el tema actual dada su trascendencia clínica y la factibilidad de las actuaciones de mejora susceptibles de realizar.

La Monitorización Ambulatoria de la Tensión Arterial (MAPA o Holter de Tensión Arterial) es un procedimiento que permite el registro automático de TA durante 24 horas a intervalos de tiempo prefijados. Se trata de una técnica que ha demostrado sobradamente su utilidad. Está exenta de efectos adversos importantes y resulta accesible desde la Atención Primaria.

No debería ser utilizada de forma rutinaria e indiscriminada, fundamentalmente por su coste y por la presumible incomodidad para el paciente. No obstante se trata de un procedimiento especialmente útil en la atención de subgrupos de hipertensos con problemas específicos. Nos aporta determinaciones más realistas, realizadas en un contexto más próximo a las condiciones de vida cotidianas del paciente. Permite el estudio de las HTA refractarias y el despistaje de HTA de bata blanca. Ayuda además a estratificar el riesgo cardiovascular.

Más importante aún es la evidencia que indica que la lesión de órganos diana asociada a la hipertensión, está más estrechamente relacionada con la media de la presión arterial existente durante las 24 horas obtenida por MAPA, que con valores aislados obtenidos en la clínica. También hay datos que indican que la presión arterial ambulatoria previa al tratamiento tiene valor pronóstico, y recientemente se ha sugerido que la regresión de las lesiones de órganos diana, como la hipertrofia ventricular izda., está más estrechamente relacionada con los cambios en al media de TA de 24 horas que con las modificaciones de los valores de TA en la consulta.

La adecuada utilización desde la Atención Primaria nos permitirá un mejor control del paciente hipertenso, limitar la yatrogenia y aumentar la satisfacción del paciente.

Es por todo lo anterior que nos proponemos potenciar y mejorar todo el proceso de realización del MAPA en nuestro Centro de Salud.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Potenciar el empleo de la MAPA en nuestro Centro de Salud
2. Mejorar la adecuación en la indicación de la técnica mediante formación del Equipo.
3. Garantizar una adecuada realización de la técnica, minimizando los fallos y las lecturas erróneas.
4. Asegurar un tiempo mínimo de demora desde que se solicita la prueba hasta que se entregan los resultados, que inicialmente se establece en 7 días.
5. Conocer la opinión del paciente: efectos adversos, incomodidades, la satisfacción general tras la técnica
6. Investigar la efectividad de las medidas y el proceso de realización de la técnica mediante un estudio de Nivel de Calidad

6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	X				
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>			X		
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>		X			
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	X				

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

Problemas detectados:

No existe, en el momento actual, un responsable de la técnica, que garantice el mantenimiento y correcto uso del equipo de MAPA y de la aplicación informática.

Se han detectado frecuentes mediciones erróneas por fallos en la realización de la técnica.

No se emplea ningún tipo de impreso para solicitar la prueba ni para comunicar los resultados de la misma

Ausencia de actualización reciente de los conocimientos acerca de las indicaciones de la técnica y la interpretación de los resultados.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Una pareja de profesionales del Equipo (Medico y Enfermera) se harán responsables de la técnica, del mantenimiento del equipo, de la colocación y retirada del instrumento, del manejo de la aplicación informática y de la obtención de resultados.

2. Se prevé mejorar la adecuación en la indicación de la técnica, formando a los miembros del Equipo acerca de las indicaciones correctas de la misma, así como sobre la interpretación de los resultados de la MAPA.

Miembros del Equipo de Mejora del Centro prepararán e impartirán las Sesiones de Equipo oportunas.

3. El proceso se iniciará con el diseño de un “Formulario de Solicitud de la Prueba”, que contendrá todos los datos útiles del paciente, y que deberá ser cumplimentado y remitido a los responsables de la técnica.

4. Se espera mejorar los tiempos de realización de la técnica, de forma que la demora entre solicitud de la misma y la obtención de resultados no supere los 7 días,

5. Tras la realización de la técnica se remitirá al facultativo que la solicitó y en el plazo de tiempo previsto, un impreso que contendrá de forma clara y destacada los resultados más importantes, así como las posibles incidencias que hayan podido surgir durante la realización de la MAPA.

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, los indicadores que se van a utilizar

Concluida la fase de formación y el diseño y difusión de los impresos de solicitud y de resultados de la prueba, se iniciará el periodo de recogida de datos para el estudio.

Se prevé la realización de un “**Estudio de Nivel de Calidad**”. Se obtendrá información de 30 monitorizaciones, de forma consecutiva. Investigando el grado de cumplimiento de los siguientes **criterios**:

1. Toda prueba deberá solicitarse cumplimentando el impreso de solicitud previsto para ese fin, conteniendo información acerca de datos de filiación básica del paciente, medidas antropométricas y tratamiento antihipertensivo a que está sometido.
2. Debe constar la indicación de realización de la técnica. Además, ésta debe ajustarse a una de las indicaciones aceptadas: Sospecha de HTA de bata blanca, estudio resistencia aparente al tratamiento farmacológico, estudio de hipotensión sintomática en pacientes tratados, la hipertensión episódica y la disfunción autonómica.
3. Demora en la realización: el tiempo transcurrido entre la solicitud de la prueba y la entrega de resultados no deberá de superar los 7 días.
4. En cada prueba, no deberá de haber más de un 15% de lecturas fallidas, nulas o incorrectas respecto de las previstas.
5. Toda prueba debe completarse con la inclusión del “diario de acontecimientos” que el paciente debe cumplimentar y aportar al serle retirado el equipo.
6. Investigación de efectos adversos y complicaciones. En concreto se investigará la aparición de: petequias, erupciones y dermatitis locales, parálisis braquiales, interferencia manifiesta con la actividad diaria, aumentos paradójicos de la TA, insomnio.
7. Tras cada prueba, los responsables del equipo deben cumplimentar el impreso de “Resumen de resultados”, en donde constará al menos la TA media de 24 horas, la media diurna y la nocturna.

Adicionalmente se realizará una breve **Encuesta de Satisfacción** a cada usuario, investigando acerca de la incomodidad de la prueba, la aparición de molestias, limitación con las actividades diarias, insomnio, y opinión general del procedimiento. Se le invitará además a realizar sugerencias.

Los resultados del estudio se expondrán y comentarán en reunión de Equipo, lo que permitirá definir un nuevo paquete de **Medidas Correctoras**.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio: Marzo 2.004	Fecha de finalización: Enero 2.005
<p>Calendario:</p> <p>Marzo 2004. Nombramiento de responsables del material, encargados de su mantenimiento y uso adecuado.</p> <p>Abril 2.004. Diseño y difusión de los impresos específicos de “solicitud de la prueba” “impreso de comunicación de resultados” y “encuesta de satisfacción”.</p> <p>Mayo a Julio 2.004. Sesiones formativas acerca de las características generales de la técnica, el procedimiento de colocación y retirada del equipo, el manejo de la aplicación informática, las indicaciones aceptadas para la realización de la prueba y finalmente la interpretación de los resultados de la misma.</p> <p>Mayo 2.004 en adelante: realización de las mediciones de MAPA.</p> <p>Diciembre 2.004. Estudio de nivel de calidad.</p> <p>Enero 2.005 Análisis y discusión de resultados en común. Propuesta de nuevas medidas correctoras.</p>	

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

UTILIZACIÓN DE COAGULOCHek SYSTEM PARA LA ANTICOAGULACIÓN ORAL EN EL CENTRO DE SALUD DE BERDÚN.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Ana Carmen Giménez Baratech

Profesión Médico Centro de trabajo C.S. Berdún

Correo electrónico: acarmengimenez.terra.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ana Arnal Barrio	DUE	
Joaquin Repolles Rueda	Médico	
M ^a Angeles Vitoria Gomez	Médico	
Julio Benavente García	Médico	
Charo Oto Perez	DUE	
Elisa Bescos García	DUE	
Gisela Jordan Lanaspá	Médico	

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
 Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

- Evitar desplazamientos de los pacientes desde los pueblos hasta el Centro de Salud., sobretodo al ser una población envejecida.
- Disminuir la presión del nº de extracciones sanguíneas semanales.
- Control de la anticoagulación oral (**ACO**), por el equipo de AP.
- El proyecto fue priorizado por la Gerencia de AP.
- Iniciar un nuevo servicio para el paciente.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Dominar la técnica y el cálculo del Sintrom, para el control de la ACO desde el centro de salud.
- Mejorar la asistencia global al paciente.
- Llegar en el 2º semestre al 90% de los anticoagulados de la zona de salud.

6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD
 Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>		X			
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>				X	
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>		X			
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>			X-		

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

- El paciente con ACO debe desplazarse repetidas veces desde su domicilio, siendo estos de edad avanzada y sin medio de transporte.
- Interés por parte de Gerencia en la realización de dicho proyecto.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Asistencia de un miembro del equipo a un curso de formación.
- Aprendizaje del resto del equipo del funcionamiento del coagulocek y por parte de los médicos del cálculo de la dosis del Sintrom.
- Elaboración de un "planning" para la realización en los consultorios locales de dicha actividad.

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, los indicadores que se van a utilizar

- Indicación de cobertura: N° de pacientes con ACO controlados desde el centro / n° de pacientes anticoagulados.
- Indicación de calidad: Comparación resultados obtenidos desde el centro con los obtenidos en el Sº de Hematología.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fecha de inicio: 21 febrero de2004	Fecha de finalización: Noviembre de 2004
Calendario: 21 y 28 de febrero: Formación del equipo. Febrero, marzo y abril: Cálculo dual (IV y con coagulocheck). Febrero, marzo y abril: Organización del planning de los consultorios. Mayo: Inicio de del programa en los consultorios locales.	

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mejora en la atención a los pacientes con factores de riesgo cardiovascular (FRCV)

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos M^a Angeles Pardo Gracia

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

Correo electrónico:

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

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

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

Hemos utilizado de nuevo el Grupo Nominal y la Ordenación Simple como métodos de detección y priorización.

Considerando que las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la 1ª causa de muerte para el conjunto de la población española, hemos decidido mejorar la detección y diagnóstico de FRCV, lo que nos permitirá posteriormente ofrecer las intervenciones preventivas y terapéuticas que precise cada paciente en función de su nivel de riesgo.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1.- Todas las personas con antecedentes de ECV estarán correctamente identificadas, y dichos antecedentes registrados en su Historia Clínica.

2.- Las personas con algún FRCV deberán ser adecuadamente identificadas, registrándose esta información en la Historia Clínica.

3.- A las personas a quienes se haya detectado algún FRCV y que todavía no han desarrollado síntomas de enfermedad, se les calculará y valorará el riesgo cardiovascular (RCV).

6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>		X			
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>				X	
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>		X			
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>		X			

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

Partimos de un resultado no muy favorable en la última Evaluación de la Cartera de Servicios en lo relativo a prevención de ECV.

En el caso de nuestro Centro de Salud, pensamos que una causa importante de este resultado negativo puede ser la reciente introducción del programa informático OMI en las consultas, que por el momento conlleva un deficiente registro en las Historias Clínicas.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1.- Registrar en la Historia Clínica los antecedentes de ECV conocida.
- 2.- Detección y diagnóstico de los FR de forma oportunista, aprovechando cualquier motivo de consulta: antecedentes de cardiopatía isquémica precoz en familiares de primer grado, antecedentes de HTA, tabaquismo, DM personal y/o familiar, dislipemia personal y/o familiar, obesidad.
- 3.- Cálculo y registro del RCV, en nuestro caso mediante el método de Framingham (el que consta en OMI).

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, los indicadores que se van a utilizar

Queremos utilizar la próxima Evaluación de la Cartera de Servicios, como método de evaluación del proyecto presentado.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: Enero-2004

Fecha de finalización: Septiembre-2004

Calendario:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

BUCEANDO EN LA GESTION POR PROCESOS.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Luis A Ifonso Hijós Larraz

Profesión DUE

Centro de trabajo Centro Salud Grañen

Correo electrónico: luishijos@monegros.net

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Ana Mendoza Escuer (*).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Angel Castellanos de Mur (*).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Angeles Gallego Castán (++)	ADMINISTRATIVA	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Antonio Barbero Ortiz (+).	CELADOR	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Carmen Campos Avellanas (*).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Carmen Figueras Ara (####).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Carmen María González Puga (++)	ADMINISTRATIVA	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Diana Sanz Martínez (####).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Divina Doste Larrull (###).	PEDIATRA	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Domingo Ara Launa (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Eva Gracia Trujillo (*).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Fernando Aranguren Martínez (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Irma Abadías Corvinos (**).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Lorenzo Rubio Buisán (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Luis Hijós Larraz (*).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
M ^{ra} Dolores Ledesma Romano (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
M ^{ra} Jesus Andres Soler (*).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Manuel Giménez Sender (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Mariano Muniesa Abadías (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Maribel Hernandez Abadía (**).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Mercedes Cabañuz Latorre (####).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Raquel Martínez Sánchez (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Virginia Torres Macias (*).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Ana Garrido Arilla	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

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

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

Aplicando ciclos de mejora en :

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

2.- Mejorar la organización del grupo de Trabajo en calidad y del EAP.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Garantizar la continuidad de las actividades realizadas así como su mejora abarcando las tareas de los proyectos que ya se realizan en el centro de salud.
2. -Introducir la **Gestión por Procesos** a través del área de **mejora "toma de responsabilidades"** en nuestro sistema de calidad. Valorando la realización de una evaluación según el Modelo EFQM para la detección de áreas de mejora. La toma de responsabilidades es el área de mejora seleccionada el año anterior, analizando las causas de la misma, debemos describir las áreas de responsabilidad para asumirlas en un segundo paso. Viendo la presunta concordancia entre estas áreas y un supuesto mapa de procesos, decidimos introducir la gestión por procesos como un paso adelante en nuestro sistema de calidad.

Como siempre de una manera implícita se deberá consolidar 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.

6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>		X			
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>		X			
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>		X			
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	X				

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

Después de la realización de varios proyectos de calidad, y coincidiendo con la toma de responsabilidades como área de mejora para analizar, se decide por parte del EAP optimizar la organización del mismo por medio de la gestión por procesos.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

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

1.- Actividades pendientes:

Entre estas destacamos, como queda reflejado en la memoria de Calidad, lo siguiente :

- Evaluación del riesgo cardiovascular.
- Evaluación de la formación continuada.
- Reevaluación del PAPPS.

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

- Formación en este tema.
- Desarrollo del mapa de procesos.
- Definir las responsabilidades de los propietarios.(v.g. mediante protocolos).
- Ponderación de las responsabilidades entre los miembros del EAP.
- Asignar propietarios-responsables a los mismos.

-Detección de procesos críticos.

Todo el grupo realizará formación básica en dicho modelo. Se valorará la realización de una evaluación EFQM.

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, los indicadores que se van a utilizar

En la toma de responsabilidades podemos usar como criterio de seguimiento los siguientes :

CRITERIO	Aclaraciones	Exclusiones	INDICADOR	STANDARD
Todas las actividades tienen que tener responsable	Las actividades estarán previamente definidas. Se valorará registro específico.		Numero actividades con responsable/Numero de actividades Totales	80%
Los responsables realizarán las tareas asignadas.	Tareas definidas previamente según protocolos.	Ausencias por IT u otras causas.	Actividades realizadas/actividades protocolo	80%
La responsabilidad estará distribuida entre las personas de forma equilibrada.	Existirá un criterio de ponderación.		Según dicho criterio.	

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendarlo:

TAREA	ENCARGADOS	Fecha probable finalización
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 2004
Reevaluación climaterio	Grupo de Trabajo en Calidad	Marzo-abril 2004
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

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Programas informáticos, Programa dietético, Paquete estadístico.....	1200
Inscripción revista SECA.	90
Libros.	300
Cursos matriculas y/o Dietas.	2400
Interconsultas.	500
Revisión esfigmomanómetros.	500
Material oficina.	500
TOTAL	5490 Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

1.- TÍTULO

HACIA LA CALIDAD INTEGRAL II

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Luis Alfonso Hijós Larraz

Profesión DUE Centro de trabajo Centro Salud Grañén

3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de inicio: 01 Enero 2003

Fecha de actualización: 31 Diciembre 2003

4.- AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

Indicar las variaciones que se hayan producido en cuanto al responsable, componentes del equipo de mejora, fechas previstas, resultados esperados, relación con las líneas de intervención, indicadores, etc

Resaltar que solamente un miembro del equipo de Mejora, cambio de centro de salud: Manuel Peinado Gallego.

El meticoloso abordaje del área de mejora priorizada ("toma de responsabilidades") ha influido en las demás actividades realizadas por el EAP de Grañén. En nuestro centro de salud las tareas de calidad comparten calendario con las de formación continuada; así el área abordada enlenteció todas las demás actividades presentadas en el proyecto de calidad; por ejemplo, con respecto al calendario de actividades la reevaluación del climaterio sufrió un retraso de dos meses.

5. ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

Dentro de nuestro plan integral realizamos las siguientes actividades

1. Seguimiento de los **proyectos ya puestos en marcha**: monitorización HTA, reevaluación climaterio, monitorización RCV, valoración Formación continuada, evaluación PAPPS.
2. Nuevas áreas de mejora: Priorizamos la **toma de responsabilidades**, creando un grupo focal de calidad para analizar las causas y proponer las medidas de mejora.
3. En el campo sociosanitario se puso en marcha el **Programa del Joven** en el centro educativo de esta localidad y el **Plan de ayuda al fumador**.
4. Los **déficits estructurales** comentados han sido subsanados.
5. En la **mejora de la organización del EAP**, se realizó una normativa sobre las reuniones del EAP, siendo aceptada por el mismo. Igualmente, relacionado con el punto 2 se introduce la gestión por procesos, donde se ha realizado una sesión formativa para todo el EAP.

6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

1.- **Monitorización HTA**: Mediante muestreo para la aceptación de lotes (LQAS) realizado en diciembre del 2002 y Junio 2003 fueron aceptados ambos.

Monitorización RCV: Por el mismo sistema fueron rechazadas ambas muestras (diciembre 2002 y Junio del 2003). Aun así podemos evidenciar un aumento del cumplimiento del criterio de un 8,51% al 44,57 % de la última muestra. Como medida de mejora incluimos el registro del riesgo cardiovascular en la hoja de seguimiento del paciente crónico resaltando el carácter pragmático del mismo en sesión autoformativa.

Reevaluación climaterio: La puntuación total del nivel de conocimientos sobre el climaterio aumento debido a la mejora en las dimensiones "riesgos de salud" y "cuidados y actividades para la salud", así mismo aumentaron las mujeres que presentan niveles altos y medios de conocimientos. En el análisis del proceso, aumento el cumplimiento en los criterios de seguimiento, disminuyendo los relativos a la valoración inicial, en ambos casos el resultado esta por encima del standard (60%).

Valoración de la Formación Continuada: Los estándares de calidad relativos a la cantidad, planificación y satisfacción fueron alcanzados; el criterio referente a la realización de una sesión específica al mes para cada estamento, solo se cumple en medicina. En la encuesta obtenemos que los objetivos son altos (76,76%), el contenido muy alto (71,7%), metodología buena (63,6-65,6%), utilidad buena (57,57%) y organización alta (74,7%). Siendo la satisfacción general del 81,11% resultando mayor en las sesiones clínicas.

Evaluación PAPPS: Además del programa del adulto, fueron evaluados los relativos a los niños de 0-2 años y de 3-6 años.

2.- Para la **toma de responsabilidades** analizamos las causas con un diagrama de Ishikawa. Se crearon criterios relativos a la ponderación y toma de las mismas. Como mejora se propusieron medidas como la definición consensuada de responsabilidad, búsqueda de áreas de responsabilidad, asignación ponderada de las mismas,....etc. Este punto optimiza así mismo la organización del EAP.

3.- **Programa del Joven**: En el centro educativo fueron atendidos 40 alumnos (23,4 % de la población diana). El motivo más frecuente fue la vacunación con un 77,5 % y un 17,5 % problemas psicofísicos. Un 16,6% de las consultas fueron realizadas a profesores-cuidadores. Se realizaron tres charlas con un rango de asistentes de 40 a 22 alumnos y de 3 a 1 profesor.

Plan de Ayuda al Fumador: Se han atendido a 32 fumadores con un total de 104 intervenciones de las cuales un 21 % fueron telefónicas. Los éxitos conseguidos a los 3, 6 y 12 meses es del 44,8 % , 34,7% y 27,3% respectivamente.

5.-**Aspectos organizativos EAP**. La asistencia a las reuniones del EAP es aceptable tanto a las reuniones específicas de Calidad como a las propiamente informativas-organizativas. Todos los estamentos participan en las mismas: Medicina, enfermería, refuerzos y personal administrativo. En relación con las

áreas de responsabilidad encontradas en el punto 2 podemos considerar las mismas como un primer mapa de procesos a un nivel general.

7. CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

TAREA	ENCARGADOS	Fecha probable finalización
Formación gestión de procesos	Equipo de Atención primaria	Marzo/abril 2004
Realización mapa de procesos.	Grupo de Trabajo en Calidad	Diciembre 2004
Reevaluación RCV	Grupo específico	Diciembre 2003/Junio 2004
Valoración de la evaluación PAPPs	Responsables del PAPPs	

8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

Evaluación PAPPs: La base de datos facilitada por la Semfyce proporciona una retroalimentación errónea, hemos solicitado una solución a la Semfyce.

RCV.- Se encontraron resistencias al cambio, las medidas para vencerlas son aptitudinales y motivacionales.

Programa del Joven: Tras comunicarnos la puesta en marcha de un programa de Atención al Joven por parte de los Servicios Sociales de la Comarca de los Monegros y teniendo en cuenta, la posible duplicidad de las actuaciones se valora la no continuidad de este servicio en el centro escolar.

Gestión por procesos: El tiempo invertido en la "toma de responsabilidades" ralentizó la formación en Gestión por procesos, quedando pendiente la misma.

9.-PREVISIÓN DE NUEVOS RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
INCLUIDO EN PROYECTO 2004	
TOTAL	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

Sensación de información deficitaria respecto a las actividades del Centro de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.) "Santo Cristo de los Milagros" de Huesca, en los familiares-tutores de los usuarios de este centro. Conceptos prefijados y estigmatización social del resto de la población respecto al antiguo Hospital Psiquiátrico de Huesca.

Se utilizará encuesta dirigida sobre la satisfacción en la información a cada uno de los familiares y/o tutores de los usuarios/residentes del C.R.P. y una encuesta sobre percepción y opiniones a una muestra de la población general de Huesca capital.

Valorando las opiniones respecto a la información recibida de los familiares/tutores de los pacientes del CRP, detectaremos carencias que permitirán una mayor información y favorecerán la implicación de los familiares/cuidadores en el proceso de rehabilitación de los usuarios del CRP.

Conociendo la opinión de la sociedad general respecto al antiguo Hospital Psiquiátrico de Huesca podremos realizar una posterior campaña de información y divulgación, acercando el funcionamiento del CRP a la población general y reduciendo así el estigma de la enfermedad mental crónica en las antiguas instituciones asilares.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Esperamos mejorar la información que reciben los familiares y/o tutores de los usuarios del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Huesca, a través de la información recibida de una encuesta por correo personalizada, y conseguir que éstos se impliquen en algunas actividades del Centro en las que estén dispuestos a colaborar voluntariamente.

También creemos que podemos mejorar los prejuicios existentes respecto a los usuarios del CRP (antiguo Hospital Psiquiátrico) que han permanecido en la sociedad aumentando la estigmatización de los enfermos mentales crónicos. Pretendemos "acercar" el CRP a la población general y transformarlo en un espacio dinámico y abierto.

6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>		X			
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>		X			
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	X				
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>			X		

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

Existe una información deficitaria en los familiares y/o tutores de los usuarios del CRP de Huesca respecto a las actividades rehabilitadoras que implican a su familiar y/o tutelado; detectado en nuestras entrevistas personales y conversaciones telefónicas mantenidas con los familiares/tutores.

Existen en la sociedad conceptos prefijados respecto a los antiguos hospitales psiquiátricos y a sus usuarios: en relación con el "miedo", el estigma, la marginación y las instituciones asilares. Detectamos estas opiniones en los comentarios habituales en los medios de comunicación haciendo referencia a la peligrosidad de los enfermos mentales, la necesidad de institucionalización permanente, el alejamiento de las ciudades de este tipo de instituciones, etc

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Envío de encuestas dirigidas a los familiares/tutores de los usuarios del CRP. Evaluación de los resultados de las encuestas e información posterior personalizada intentando mejorar las áreas deficitarias, ofertando la posibilidad de participación en algunas actividades recreativas-rehabilitadoras del centro.
- Elaboración de folletos explicativos para familiares y/o tutores sobre el funcionamiento del centro y las actividades que se realizan, anticipando el posible plan de mejoras a aplicar.
- Muestreo poblacional en Huesca capital y envío de encuestas para valorar opinión y percepciones respecto al antiguo Hospital Psiquiátrico de Huesca. Evaluación de los resultados y comunicación de los mismos a la población general.
- Edición de un folleto explicativo para la población general sobre la transformación del Hospital Psiquiátrico en el actual CRP (Unidades de Media Estancia, Larga Estancia y Gerontopsiquiatría)
- Edición de una página web del CRP, con entrada libre en la red
- Realización de "jornadas de puertas abiertas" y "jornadas culturales" en el CRP

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, los indicadores que se van a utilizar

Encuestas con indicadores tipo: número de llamadas telefónicas del centro, comunicaciones escritas, visitas al mismo, número de conversaciones con del personal sanitario, conocimiento del diagnóstico de su familiar/tutelado, las actividades de rehabilitación en las que participa, etc. todo ello operativizado en días/mes, días/trimestre o días/año.

Encuestas para la población general con indicadores cómo: grado de conocimiento del centro CRP, sensaciones que le produciría una supuesta visita al CRP, opinión personal sobre los usuarios del CRP, etc. Operativizado a través de respuestas cerradas a las cuestiones de la encuesta

Edición de folletos y actividades informativas ya reseñadas

Reevaluación con encuestas al año de aplicación de las actividades informativas planteadas.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: Mayo de 2004

Fecha de finalización: Diciembre de 2005

Calendario:

Mayo 2004 – Diciembre 2004: envío de encuestas, recepción y análisis de la información. Enero-Marzo de 2005: comunicación de la información. Abril – Septiembre 2005: edición de folletos y jornadas informativas. Octubre-Diciembre de 2005: reevaluación de los resultados.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“Mejora de la continuidad asistencial en las usuarias del Programa de detección precoz del cáncer de mama”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: AURORA CALVO PARDO

Profesión MÉDICO Centro de trabajo Hospital Sdo. Corazón de Jesús de Huesca (HSCJ)

Correo electrónico: acalvop@aragob.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
SIMEÓN LÓLPEZ GRACIA	Radiólogo	HSCJ
ANA ALDEA MARTINEZ	Radióloga	HSCJ
MARTA ROVIRA SATUE	T.E.R.	HSCJ
EVA VALDOBINOS MARTINEZ	T.E.R.	HSCJ
SILVIA MONGE	T.E.R.	HSCJ
PILAR ESCARIO	Aux. adm.	HSCJ

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

Las usuarias del Programa de detección precoz de cáncer de mama constituyen un grupo de población diana de 50 a 65 años, aparentemente se trata de población SANA, que acepta una invitación para separar a las mujeres que tienen posibilidad de padecer cáncer de mama de las negativas.

El grupo de mejora constituido trata de evaluar de que manera el programa planifica las actuaciones necesarias para detectar precozmente el cáncer de mama y de cómo las lleva a cabo.

De la misma forma pretende evaluar los procesos que utiliza el Programa para facilitar el acceso de las usuarias a un nivel de atención adecuado y el grado de coordinación entre las distintas actuaciones.

Oportunidad de mejora:

Mejorar el sistema de derivación de mujeres con mamografía positiva a otros centros que puedan cubrir sus necesidades.

Aportar adecuadamente los datos e información para ayudar a otros profesionales a satisfacer las necesidades de asistencia continuada a la paciente

Encadenar las actuaciones de forma continuada.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- **Garantizar la derivación y primera atención de las mujeres con mamografía positiva en una Unidad de Tratamiento adecuada, en un plazo determinado (7 días)**
- **Garantizar que toda la información existente en el Programa se transmite al centro de destino al derivar una paciente**
- **Establecer cauces para, de forma fluida, conocer el tratamiento al que son sometidas las pacientes**
- **Facilitar información escrita e individualizada sobre los resultados de las distintas pruebas al médico de Atención Primaria en el 100% de los casos**

6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	x				
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>			x		
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	x				
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>			x		

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

El Programa de detección precoz del cáncer de mama deriva a usuarias con mamografía positiva a los hospitales de referencia, según su zona de salud (Hospital San Jorge de Huesca / Hospital de Barbastro). La cita se tramita desde la propia Unidad de Gestión del Programa, pero dado que se trata de mujeres con mamografía positiva, la primera visita debería realizarse en un periodo máximo de 7 días.

Se envía toda la información referida a la paciente al Hospital de referencia, pero se observa en algunos casos repetición innecesaria de pruebas .

Los médicos de Atención Primaria reciben información de todas las pacientes de su cupo a las que se les ha realizado mamografía, pero no se individualizan las positivas por lo que, sobre todo en cupos grandes, puede pasar desapercibido un resultado.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- **Se analizará la demora entre la petición de la primera cita al Centro Hospitalario y la primera visita. Tras conocer la mediana, esta deberá ser menor de 7. Se estudiarán de forma individualizada los extremos para analizar sus causas.**
- **Se tratará de analizar los casos en los que se produce repetición innecesaria de pruebas en el centro hospitalario.**
- **Se individualizará la información al médico de atención primaria de sus pacientes con mamografía positiva**

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, los indicadores que se van a utilizar

En la primera fase del proyecto se realizará el análisis concreto de la situación:

- **Mediana y moda de la demora de la primera cita hospitalaria**
- **% de mujeres a las que se repite en hospital pruebas radiológicas con respecto al total de mujeres enviadas**
- **% de imágenes mamográficas que no son recibidas en la consulta hospitalaria sobre el total de mujeres enviadas**
- **% informes individualizados que recibe el médico de Atención Primaria con respecto al total de mujeres de su cupo con mamografía realizada en el programa**
- **% informes individualizados que recibe el médico de Atención Primaria con respecto al total de mujeres de su cupo con mamografía positiva**

Tras analizar los resultados, se establecerán las medidas correctoras que se crean oportunas, para evaluar posteriormente la repercusión de esas medidas y reevaluar los indicadores buscando el óptimo total (100%)

En una segunda fase se pretende diseñar una pequeña encuesta de satisfacción dirigida al personal sanitario (médicos y enfermeras de atención primaria y médicos de las Unidades hospitalarias de patología mamaria), con respecto a evaluar el grado de coordinación entre las distintas actuaciones que se prestan a las usuarias del programa. Se pretende que la asistencia que se presta sea un sistema integrado de lugares, servicios, profesionales sanitarios y niveles asistenciales.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: **01-02-2004**

Fecha de finalización: **31 - 01 - 2005**

Calendario:

FEBRERO 2004: Análisis documental que permita elaborar los indicadores para conocer la situación real

ABRIL 2004: Establecimiento por parte del equipo de mejora de las causas que producen que los indicadores no indiquen un nivel de calidad adecuado

MAYO 2004: Priorización de las medidas a adoptar para mejorar indicadores. Puesta en marcha de las medidas consensuadas

DICIEMBRE 2004: Nueva elaboración de indicadores. Comparación con los previos. Informe de adecuación de las medidas correctoras .

ENERO 2005: Decisión por parte del equipo de mejora de que medidas de las adoptadas deben ser definitivas.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Ordenador portátil	1.500 Euros
TOTAL	1.500 euros Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

2004 / 11 / 15



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

<p><u>1.- TITULO</u></p> <p>Unidad ortogeriátrica. Mejora en la calidad asistencial del anciano con fractura de cadera.</p>

<u>2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u>	
Nombre y apellidos: Mercedes Clerencia Sierra	
Profesión: Médico Geriatra	Centro de trabajo: Hospital Sgd. Corazón de Jesús
Dirección: Paseo Lucas Mallada 22	
Localidad: Huesca	Código postal y provincia: 22006
Teléfono: 974292000 Fax: 974292009 Correo electrónico: mclerencia@aragob.salud.es	

<u>2.2- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
José Galindo Ortiz de Landázuri	Médico Geriatra	Hospital Sgd. Corazón de Jesús
Ana López Forniés	Médico Geriatra	Hospital Sgd. Corazón de Jesús
Juan Vallés Noguero	Médico Geriatra	Hospital Sgd. Corazón de Jesús
Carmen Gorgas Soria	Médico Geriatra	Hospital Sgd. Corazón de Jesús
Elena Ubis Diez	Médico Residente Geriatría	Hospital Sgd. Corazón de Jesús

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

Fernando Gracia Repollés	Médico Traumatólogo	Hospital San Jorge de Huesca
Lucía Morlans Gracia	Médico Geriatra	Hospital Sgd Corazón de Jesús

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

El paciente anciano geriátrico y el anciano frágil representan un porcentaje elevado de los pacientes que sufren una fractura de cadera, pero en ellos se dan unas condiciones que hacen que las complicaciones en la fase aguda, antes e inmediatamente después de la intervención quirúrgica, sean muy frecuentes y condicionen su situación funcional posterior.

En el anciano ante una situación de enfermedad es preciso considerar una serie de factores clínicos y no clínicos que nos permitan aproximarnos de la forma más fiable a la situación real ante la que nos encontramos y a la que debemos aportar una serie de soluciones, para ello la Geriátria se sirve de un instrumento denominado Valoración Geriátrica Integral. En diversos estudios realizados la valoración geriátrica integral ha demostrado las siguientes ventajas: mejora en las decisiones sobre la ubicación del paciente; reducción del uso de servicios hospitalarios; mejora del estado funcional, afectivo y cognoscitivo; reducción del uso de medicamentos; reducción del coste de la asistencia médica y aumento de la supervivencia. Estos resultados son más manifiestos en el paciente geriátrico y el anciano frágil.

Donde la intervención de un geriatra puede ser más eficaz es en el servicio de Traumatología, realizando una valoración del paciente a su ingreso y colaborando con el servicio en el seguimiento del paciente en todos aquellos aspectos no quirúrgicos que tanto complican la estancia estos pacientes.

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

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Incrementar la relación interdisciplinar
- Realizar una completa valoración geriátrica preoperatoria adecuando la intervención quirúrgica
- Establecimiento de guías clínicas en la atención al paciente con fractura de cadera
- Mejorar la atención en el postoperatorio inmediato del paciente mayor de 70 años con fractura de cadera
- Mejorar los canales de interconsulta y derivación entre Servicios
- Conseguir una mayor y más rápida recuperación funcional en el anciano frágil
- Mejorar la calidad asistencial, prestando una atención integral y coordinada al anciano con fractura de cadera.

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

Desplazamiento de un médico geriatra del Hospital Sagrado Corazón de Jesús al servicio de Traumatología del Hospital San Jorge de Huesca, realizando la siguiente labor:

1. Valoración del paciente en las primeras 24 horas de su ingreso (excepto en los ingresados en el fin de semana), con elaboración de un plan de cuidados
2. Seguimiento del paciente desde el punto de vista clínico durante el postoperatorio.
3. Control de las posibles complicaciones médicas que pudieran surgir.
4. Elaboración, junto con Sº Traumatología, de una programación de cuidados o alta.
5. Si fuera preciso su traslado al Hospital Sagrado Corazón de Jesús, coordinación de ese traslado.

El Geriatra desarrollará su labor en horario de mañana, de 11 a 15 horas, centrandose su trabajo en la planta de Traumatología .

El calendario previsto de actuación será el siguiente:

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

1er. trimestre 2004: implantación de las valoraciones

2º y 3er. trimestre: elaboración de protocolos conjuntos con el Sº de Traumatología

4º trimestre: evaluación de las acciones emprendidas

5.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

- Abizanda Soler P, Oliver Carbonell JL, Luengo Marquez C, Romero Pérez L. Resultados y beneficios de la creación de un Equipo de Valoración y cuidados Geriátricos en el Hospital General de Albacete: análisis del primer año de funcionamiento. Rev Esp Geriatr Gerontol 1998; 33: 195-203.
- Solano Jaurrieta JJ et al. Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos. Tipología de las solicitudes de consulta y derivación realizadas en función de Grupos de Utilización de Recursos. Rev Esp Geriatr Gerontol 1998;33: 203-209.
- Sánchez Fermín P et al. Valoración geriátrica en ancianos con fractura proximal de fémur. Rev Esp Geriatr Gerontol 1999;34:65-73.
- González Guerrero JL et al. ¿Es rentable un geriatra en un servicio de Traumatología?. Rev Esp Geriatr Gerontol 1999;34:266.
- González Montalvo JL et al. Resultados asistenciales de un equipo consultor geriátrico en un hospital general. Cuatro años de actividad. Rev Esp Geriatr Gerontol 1999;34:336-346.
- Rexach Cano L, Gutiérrez Baron C, Crespo Pallas M. Actividad e idoneidad de los equipos geriátricos consultores hospitalarios en los cuidados paliativos. Rev Esp Geriatr Gerontol 1999;34:9234-9242.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><u>1.- TÍTULO</u></p> <p>Normalización de Procedimientos generales de Enfermería con inclusión de Indicadores de Calidad y Diagnósticos de Enfermería.</p>

<p><u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u></p> <p>Nombre y apellidos: Carmen Tosat Mancho</p> <p>Profesión: Enfermera Centro de trabajo: Hospital San Jorge. Huesca</p> <p>Correo electrónico: ctosat@salud.aragob.es</p>

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ángel Orduna Onco	Supervisor. Comisión de Enfermería	Hosp. San Jorge. Huesca
Dolores Arbués Torralba	DUE. Comisión de Enfermería	Hosp. San Jorge. Huesca
Carlos Viñuales Palomar	DUE. Comisión de Enfermería	Medicina Interna. Hosp. San Jorge. Huesca
Ana Botaya Estaún	DUE. Comisión Enfermería	Pediatría/Nidos. Hosp. San Jorge. Huesca
Carmen Puyuelo Blecua	DUE. Comisión de Enfermería	Urgencias. Hosp. San Jorge. Huesca
Montserrat Marqués Guardiola	DUE. Comisión de Enfermería	Neurología. Hosp. San Jorge. Huesca
Paloma López Casterad	Supervisora. Comisión de Enfermería	Hosp. San Jorge. Huesca
Alicia Barbanoj Torrecilla	DUE. Comisión de Enfermería	Tocoginecología. Hospital San Jorge de Huesca
Lucía Núñez Blázquez	DUE. Comisión de Enfermería	Cirugía/Oncología. Hospital San Jorge De Huesca
Mª José Salaverri Nalda	DUE. Comisión de Enfermería	Medicina Preventiva. Hosp. San Jorge De Huesca

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existencia de múltiples normas de actuación para cada procedimiento. - Elaboración propia por unidades de los procedimientos más habituales acomodados al servicio concreto. - Criterios de calidad o indicadores múltiples, variables en el tiempo y no consensuados. - Inconvenientes en la práctica cuando se produce movilización interna de personal entre servicios o unidades. - Trabajo de actualización que no se difunde con el resto de unidades y se comparte de forma puntual por necesidad y a demanda. - Alto coste de impresión externa.

<p>5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unificación de los procedimientos generales. - Unificación de objetivos, personal responsables, precauciones previas, material a utilizar, actuación, normas de registro, Diagnósticos de Enfermería relacionados e indicadores para evaluar la Calidad. - Cumplimiento de dicha normalización en todos los servicios y unidades pertinentes. - Facilitar las revisiones periódicas difundiendo la información. - Aumento y seguimiento de la calidad de las prestaciones. - Uso apropiado de recursos materiales. - Satisfacción de los profesionales en la práctica clínica.

6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD					
Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto					
Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	X				
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>			X		
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>		X			
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	X				

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

Durante el año 2003, la Comisión de Enfermería ha formado grupos de trabajo con enfermeras/os y auxiliares de enfermería de todos los servicios y unidades del Hospital. Tras reparto de los procedimientos generales, dichos grupos han revisado bibliografía, actualizaciones, enfermería basada en la evidencia, últimas investigaciones, etc, y se han revisado y redactado 90 procedimientos.

Actualmente se está trabajando en las últimas validaciones y en la maquetación para la impresión y difusión.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Difundir en todos los servicios y unidades los Procedimientos Generales de Enfermería revisados en 2003.
- Editar en formato útil, práctico y dinámico dicho Manual.
- Presentación oficial y general en el Hospital.
- Seguimiento de uso y utilidad.
- Recogida de aportaciones, sugerencias para revisiones.
- Revisión general anual
- Revisiones puntuales ante información, técnicas o normativa nueva.

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, los indicadores que se van a utilizar

- Estudio de los Diagnósticos Enfermeros que recoge cada procedimiento y su registro en la documentación de enfermería.
- Evaluación semestral de los indicadores de calidad reseñados en cada Procedimiento.
- Encuestas de satisfacción a 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 (2004)
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio: abril 2004	Fecha de finalización: diciembre 2004
<p>Calendario:</p> <p>Abril: Impresión de los Manuales de Procedimientos</p> <p>Mayo: Presentación oficial y en las unidades.</p> <p>Junio: reparto</p> <p>Junio- julio- agosto- septiembre: puesta en uso.</p> <p>Noviembre: Evaluación de registros e indicadores de calidad.</p> <p>Diciembre: Revisión.</p>	

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

Es bien conocido el elevado porcentaje de inapropiación de ingresos y estancias en los hospitales, lo que genera problemas de calidad importantes de cara a los pacientes, en unos porque están más días en el hospital de los necesarios y en otros porque al estar las camas ocupadas en ocasiones no siendo necesario, impiden los ingresos programados generando esperas innecesarias.

De entre todos los métodos que existen para identificar el uso inapropiado, en nuestro caso utilizaremos el AEP (Appropriateness Evaluation Protocol).

Se trata de detectar los ingresos y las estancias inadecuadas en el hospital, conocer las causas que las generan y establecer un plan de actuación que optimice la utilización mejorando la calidad en la atención y agilizando las demoras en la actividad programada.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Los resultados que se esperan obtener son los mismos o similares a los encontrados en la bibliografía consultada:

Una utilización inapropiada entre un 15 y un 25% en el caso de los ingresos y un 25 a 35% en el caso de las estancias.

Las diferencias de inapropiación entre los distintos servicios oscilan entre un 5% y un 40%.

El uso innecesario de la hospitalización se encuentra fundamentalmente bajo la responsabilidad de la organización.

Las variables que se asocian al uso innecesario son fundamentalmente la edad y el sexo entre las características del paciente, y la adecuación de la admisión y el tipo de servicio entre las características de la hospitalización.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<u>6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD</u>					
Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto					
Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	X				
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>				X	
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	X				
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	X				

<u>7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA</u>
Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información
Se trata de detectar los ingresos y las estancias inadecuadas en el hospital, conocer las causas que las generan y establecer un plan de actuación que optimice la utilización mejorando la calidad en la atención y agilizando las demoras en la actividad programada.

<u>8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR</u>
Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables
Conocer la magnitud del uso inapropiado y saber con que factores se relaciona nos permitirá diseñar estrategias que mejoren la eficiencia de la gestión hospitalaria, orientándonos la intervención en aspectos como la adecuada planificación del alta, la programación y reducción de demoras para resultados de pruebas diagnósticas y la realización de estas de forma ambulatoria, así como la coordinación entre los distintos niveles asistenciales (Atención Primaria, Domicilio, Ambulatoria, Sociosanitario y Hospitales de Agudos).
Una vez medido el problema, las posibilidades de mejora pasan por incidir en todos aquellos aspectos que generan inadecuación.
Valoración por todos los agentes del hospital que están implicados: Servicios médicos, Enfermería, Dirección médica, Unidad de calidad.

Seguimiento a través de un equipo de mejora que se encarga de medir las variaciones observadas en la actuación de todos los agentes implicados en el proceso.

Comparación de resultados antes y después de la actuación.

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, los indicadores que se van a utilizar

Se pretende realizar un muestreo aleatorio con estratificación proporcional por servicio en el que la unidad de muestreo sea la estancia y la base del sondeo estará integrada por todas las estancias generadas en el hospital durante el año 2003.

Se quiere realizar un estudio de tipo transversal mediante una revisión retrospectiva de una muestra de estancias hospitalarias distribuidas a lo largo del año, repartido entre los 4 trimestres del periodo y recogiendo casos de todos los días de la semana de manera que están representados los siete.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: 01 febrero 2004

Fecha de finalización: 01 febrero 2005

Calendario:

Cronograma: 1 año - 2004

Actividades (Plan-Do-Check-Act):



Reuniones:

- 1.- Reunión previa del equipo de mejora.
- 2.- Valoración del índice de concordancia inter e intraobservadores.
- 3.- Estudio de la muestra trimestral.
- 4.- Valoración global y trabajo estadístico.
- 5.- Elaboración de informe final con las conclusiones y propuestas de cambio y mejora.
- 6.- Aplicación de las medidas propuestas y medición periódica del resultado de la actuación.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Enero-----1		
Febrero-----2		
Marzo-----		A
Abril-----B	3	
Mayo		
Junio-----		A
Julio-----B	3	
Agosto		
Septiembre-----		A
Octubre-----B	3	
Noviembre		
Diciembre-----		A
Enero 2005---B		
C		
C		
C D 6		
C .		
. .		
. .		
. D 6		
.		

