

Sistema de información en emergencias sanitarias



Flor de Castro Rodríguez

¹De Castro Rodríguez F, ¹Gil González JM, ¹García Cortés JJ, ²Garmendia Leiza JR, ²Ardura Fernández J, ³Fontsaré Ojeado JM
¹Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León. Valladolid.
²Grupo de Investigación Reconocido de Cronobiología. Universidad de Valladolid.
³Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Valladolid.

Resumen

Objetivo: El objetivo de este trabajo es mostrar el diseño del Sistema de Información Sanitaria (SIS) del Servicio de Emergencias Médicas de Castilla y León, y presentar una serie de indicadores que puedan servir como base para el desarrollo de un mínimo sistema de información común a todos los Servicios de Emergencias Médicas (SEM).

Métodos: El SIS diseñado muestra los indicadores y sus resultados. Se establecen dos grupos de indicadores: 1) los referentes a las fases de recepción, tratamiento asignación y activación del recurso asistencial, propios del Centro Coordinador de Urgencias, y 2) los referidos al seguimiento de los recursos.

Resultados: Los indicadores utilizados para conocer la actividad del Centro Coordinador de Urgencias y la de cada uno de los recursos asistenciales son cuantitativos, cualitativos y con subdivisiones anidadas dentro de cada uno de ellos. El desarrollo de los SIS ha sido especialmente importante en atención primaria y especializada, consiguiendo obtener no solo un gran número de indicadores sino, además, la posibilidad de comparar centros sanitarios entre sí. En el caso de los SEM, los SIS han tenido una implantación más irregular, sin que existan parámetros comunes que permitan comparar los SEM de las distintas Comunidades Autónomas.

Conclusiones: En las organizaciones sanitarias, la obtención de información se ha convertido en un elemento necesario para la planificación, realización de actividades, control y evaluación de resultados. Esto ha llevado a desarrollar sistemas de información sanitarios cada vez más complejos y con mayor número de indicadores.

Palabras clave: Sistema de Información Sanitaria, Emergencias extrahospitalarias, Servicio de Emergencias Médicas.

Information system in sanitary emergencies

Abstract

Objective: The aim of this work is, to show the design of the Sanitary Information system (SIS) of the Service of Medical Emergencies (SEM) of Castilla-y-León, and, to present a series of indicators that could serve as base for the development of a few common indicators to all the Services of Medical Emergencies.

Methods: SIS shows the indicators and his results. These indicators turn out to be divided in two parts, 1) the modals to the phases of receipt, treatment assignment and activation of the welfare resource, own of the Coordinating Center of Urgencies, and 2) recounted to the follow-up of the resources

Results: The indicators used to know the activity of the Coordinating Center of Urgencies and the used ones for knowing the activity of each one of the welfare resources are: quantitative, qualitative, with subdivisions sheltered inside each one. The development of SIS, has been specially important in primary and specialized care, managing to obtain, not only a great number of indicators but, in addition, the possibility of comparing sanitary centers between if. In case of the SEM, SIS has had a more irregular implantation, without there exist homogeneous indicators that allow to compare the SEM of the different Autonomous Communities

Conclusions: In the sanitary organizations the obtaining of information has turned into an element necessary for the planning, accomplishment of activities, control and evaluation of results. This has led to developing sanitary information systems increasingly complex and with major number of indicators.

Key words: Information Sanitary System, Primary care emergencies, Service of Medical Emergencies.

Introducción

Para la Organización Mundial de la Salud, un Sistema de Información Sanitaria (SIS) puede definirse como una estructura para la recolección, el proceso, el análisis y la transmisión de la información necesaria para organizar y hacer funcionar los servicios sanitarios. Esta información sanitaria puede ser utilizada para la toma de decisiones estratégicas, la aplicación o gestión de programas, la monitorización de resultados y la evaluación de lo que funciona y lo que no¹. En definitiva, constituye una herramienta muy valiosa que permite explicar la situación de una organización sanita-

ria y posibilita la adopción de medidas eficientes para lograr los objetivos del Sistema Sanitario².

El contenido y uso del SIS han ido evolucionando a lo largo del tiempo. En un primer momento, las estadísticas vitales, con finalidad administrativa, eran complementadas con sistemas de información que recogían los casos de enfermedades infecciosas. Este sistema de vigilancia epidemiológica, junto con las estadísticas demográficas, ha servido para conocer la evolución del estado de salud de la población, para comprobar el descenso de la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas, y

permitió un extraordinario avance en el conocimiento de las causas que provocaban la enfermedad o la muerte³.

En la actualidad, los SIS están ampliamente desarrollados en Atención Especializada y Atención Primaria, permitiendo obtener múltiples indicadores y facilitando la comparación entre centros sanitarios de similares características. En el caso de los Servicios de Emergencias Médicas (SEM), cuya aparición es relativamente más reciente, su desarrollo es más irregular, no existiendo un SIS unificado que permita contrastar la actividad de los SEM de las diferentes comunidades autónomas.

En el presente trabajo se pretende mostrar el sistema de información diseñado por la Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León y proponer una serie de indicadores, tanto cualitativos como cuantitativos, que pueden servir de base para el desarrollo de un SIS común a todos los SEM autonómicos.

Métodos

La ejecución del proyecto se ha llevado a cabo por un grupo de trabajo formado por miembros de la Unidad de Informática y de la Dirección de Emergencias Sanitarias de SACYL, junto con un grupo reconocido de cronobiología. El trabajo se dividió en tres fases.

- Primera fase: se analizó de forma exhaustiva cada una de las etapas en las que se divide la actividad de emergencias: recepción y tratamiento de la llamada en el Centro Coordinador de Urgencias (CCU), asignación y activación del recurso asistencial que debe responder a la demanda de asistencia y seguimiento del recurso empleado. Una

vez realizado este análisis, se han definido una serie de indicadores cuantitativos y cualitativos para cada una de las fases de la prestación del servicio, poniendo especial énfasis en los indicadores temporales, ya que son considerados fundamentales para la medida de la calidad asistencial⁴.

- Segunda fase: se examinaron los distintos registros generados en el servicio, especialmente la Hoja del Paciente recogida en la plataforma de gestión de incidentes del CCU y la Hoja Clínico-Asistencial elaborada por las Unidades de Soporte Vital Avanzado. En ambos casos, se analiza de forma prioritaria la codificación según la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión, Modificación Clínica (CIE-9-MC), así como el registro de determinadas maniobras diagnósticas y/o terapéuticas, como son la aplicación de analgesia en los pacientes con lesiones traumáticas graves, el aislamiento de la vía aérea de los pacientes con un traumatismo craneoencefálico con puntuación menor de 9 en la Escala de Glasgow y la medición de tensión arterial, frecuencia cardiaca, glucemia capilar, saturación de oxígeno, así como el registro de la hora de inicio de los síntomas en los pacientes con ictus.
- Tercera fase. Con la información obtenida se diseñó el Sistema de Información, que se presenta en un cuadro de mandos.

Resultados

El SIS diseñado se presenta en un cuadro de mando (figuras 1-3), en el cual se muestran los indicadores y sus resultados. Estos indicadores se dividen en dos partes; por un lado, se muestran los datos referentes a las fases de recepción, tratamiento asig-

nación y activación del recurso asistencial, que son propias del Centro Coordinador de Urgencias y, por otra parte, aparecen los referidos al seguimiento de los recursos.

A. Los indicadores utilizados para conocer la actividad del Centro Coordinador de Urgencias (CCU) son:

1. Indicadores cuantitativos:

- Número total de llamadas atendidas. Total de llamadas que se reciben en el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de Sacyl (CCU) en un periodo de tiempo determinado. Incluye todo tipo de llamadas que hayan sido respondidas en el CCU y que por tanto, generan carga de trabajo para los médicos reguladores y los gestores sanitarios.
- Tipos de llamadas atendidas:
 - Llamadas de demanda asistencial. Primera llamada de demanda de asistencia sanitaria en relación con un problema de salud, independientemente de que la solución a esta demanda sea la movilización o no, de un recurso.
 - Llamadas de coordinación. Son las que se reciben en relación con un incidente que ya está siendo regulado. Es decir, son llamadas que están generadas a partir de una primera llamada asistencial (actualización de la información del estado del paciente o de la localización del paciente, etc.).
 - Llamadas de procedimientos. Aquellas realizadas por los recursos de la Gerencia de Emergencias, no relacionadas directamente con su actividad asistencial, pero que afectan a esta, pues informan de problemas en equipamiento, mantenimiento, averías, etc.

- Llamadas de estatus de recursos. Son las procedentes de los recursos móviles (Unidades Medicalizadas de Emergencias, Helicópteros Sanitarios y Unidades de Soporte Vital Básico), informando de las diferentes horas de sus estatus: Inicio del servicio, llegada al lugar, inicio de traslado, llegada al Centro Sanitario y finalización del incidente.

- Llamadas administrativas. Aquellas recibidas que no tienen relación directa con la gestión de incidentes, pero que precisan de una respuesta y por tanto, generan carga de trabajo.

- Distribución horaria de las llamadas atendidas.

- Número total de llamadas realizadas por el CCU, y que están relacionadas con la gestión de los diferentes incidentes y el seguimiento de los recursos.

- Número y tipo de alertantes.

- Número y tipo de recursos utilizados. Se dividen en:

- Unidades de Soporte Vital Avanzado terrestres y aéreas.
- Unidades de Soporte Vital Básico.
- Atención Primaria.
- Otros recursos.

- Pacientes atendidos. Total de pacientes que han solicitado asistencia sanitaria independientemente del tipo de respuesta que se le haya proporcionado:

- Consejo telefónico.
- Derivación a Atención Primaria.
- Derivación a Atención Especializada.
- Envío de un recurso de Emergencias Sanitarias, ya sea básico y/o avanzado.

2. Indicadores cualitativos:

- Tiempo de Regulación Sanitaria. Periodo que transcurre desde que entra la llamada en el Centro

- Coordinador hasta que se le asigna un tipo de respuesta:
- Tiempo empleado por el gestor sanitario.
 - Tiempo empleado por el médico regulador.
- Número de incidentes que son resueltos por el Centro Coordinador sin la necesidad de intervención de ningún recurso sanitario.
 - Número de incidentes en los que el recurso asistencial es anulado. La anulación de un recurso se produce cuando tras activar un recurso se comprueba que su presencia se considera innecesaria para la resolución de ese incidente.
 - Grado de adecuación entre la patología referida por el paciente y la respuesta ofrecida.
 - Grado de concordancia entre el diagnóstico realizado por los médicos del CCU y el realizado por los médicos de los recursos asistenciales.
 - Grado de cumplimentación de la historia clínica del paciente en la plataforma informática del CCU.
 - Número de reclamaciones asignadas por los ciudadanos al CCU.

B. Los indicadores utilizados para conocer la actividad de cada uno de los recursos asistenciales son:

1. Indicadores cuantitativos:

- Número de activaciones del recurso. Cuantifica las activaciones (movilizaciones con salida de la Base) de un recurso móvil. Permite conocer la actividad de un recurso en términos de movilizaciones ordenadas por el CCU, independientemente de si hubo o no intervención en el incidente. Incluye los servicios anulados, los servicios en los que no hay paciente en el lugar del incidente y los servicios en los que el paciente se niega a ser atendido.

- Número de asistencias realizadas. Cuantifica las intervenciones en incidentes realizadas por un recurso asistencial.
- Número de incidentes en los que ha sido anulado. Se utiliza para valorar los incidentes en los que el recurso, tras haber sido movilizado, finaliza su actuación antes de iniciar la asistencia del paciente.
- Número de pacientes atendidos por un recurso asistencial, independientemente de que el recurso sea propio de Emergencias Sanitarias o se haya derivado a otro nivel asistencial.

2. Indicadores cualitativos. En este caso se realizan dos subgrupos, dependiendo si el recurso empleado es un equipo de soporte vital avanzado (aéreo y terrestre) o de soporte vital básico:

2.a. Indicadores de las unidades de soporte vital avanzado:

- Tiempo medio de respuesta de cada unidad de soporte vital avanzado. Es el periodo de tiempo que transcurre desde que entra la llamada en el CCU hasta que el recurso llega al lugar del incidente. Se establecen dos grupos:
 - Incidentes en los que el tiempo de respuesta es menor de 15 minutos
 - Incidentes en los que el tiempo de respuesta es superior a 30 minutos
- Tiempo medio de estabilización de las patologías consideradas tiempo-dependientes (parada cardiorrespiratoria, el síndrome coronario agudo, y la patología traumática grave). Es el intervalo que transcurre desde que el recurso inicia la asistencia en el lugar del incidente de determina-

- das patologías hasta que se inicia el traslado al centro sanitario.
- Tiempo medio de asistencia. Tiempo empleado desde que el recurso inicia la asistencia hasta que el paciente es transferido al centro de destino o recibe el alta *in situ*.
- Tiempo medio de ocupación. Tiempo que transcurre desde que el recurso es asignado al incidente por el CCU hasta que finaliza su actuación. Durante este tiempo el recurso no se asigna, salvo excepción, a otro incidente.
- Pacientes que tras ser atendidos son trasladados a un centro sanitario.
- Pacientes que tras ser atendidos reciben el alta *in situ*.
- Patologías atendidas agrupadas según las categorías de la clasificación internacional de las enfermedades CIE 9-MC.
- Tiempos medio de estabilización, asistencia y ocupación por patologías atendidas agrupadas por CIE 9-MC.
- Grado de cumplimentación del informe clínico-asistencial del paciente.
- Grado de ejecución de determinadas técnicas diagnósticas y/o terapéuticas, en patologías consideradas de especial relevancia por su gravedad e incidencia.
- Número de reclamaciones dirigidas a las unidades de soporte vital avanzado.

2.b. Indicadores de las unidades de soporte vital básico:

- Tiempos medios de respuesta del recurso:
 - Incidentes en los que el tiempo de respuesta es menor de 15 minutos.
 - Incidentes en los que el tiempo de respuesta es superior a 30 minutos.
- Tiempo medio de ocupación.

- Número de reclamaciones dirigidas a las unidades de soporte vital básico.

La periodicidad con la que se obtienen estos indicadores depende de la importancia que cada indicador tiene para la organización. Por este motivo, hay indicadores, como los temporales, que se obtienen de forma diaria y otros, como el grado de cumplimentación del informe clínico asistencial del paciente, que son de carácter anual.

Discusión

Los instrumentos y estructuras destinados a obtener, organizar y compartir la información son indispensables para mejorar la labor de cada uno de los proveedores de atención sanitaria y para aumentar la calidad de la atención en todo el sistema⁵. La información sanitaria puede utilizarse al menos con cuatro objetivos diferentes pero relacionados como son la toma de decisiones, la aplicación de programas, la monitorización de resultados, y el hallazgo de las áreas de mejora. Bajo estas premisas la Dirección de la Gerencia de Emergencias Sanitarias, a finales de 2008, coincidiendo con la implantación de una nueva plataforma de gestión de incidentes en el CCU, toma la decisión de revisar su sistema de información. En 2009 se configuran los primeros cuadros de mandos y se obtienen los primeros datos que han servido para detectar aquellas aéreas susceptibles de mejora, elaborar los objetivos del Plan Anual de Gestión, y determinar si es necesario o no la implantación de nuevos recursos.

El compromiso de cualquier SEM con sus pacientes es doble; por un

MES: ABRIL

TOTAL LLAMADAS 2010 2011 DIF.

ADMINISTRATIVAS			
LLAMADA ASISTENCIAL			
PROCEDIMIENTOS			
TOTAL			

ALERTANTES 2010 2011 DIF.

Atencion Primaria			
Entorno			
Familiar			
Fuerzas Seguridad			
Otros Centros			
TOTAL			

RECURSOS 2010 2011 DIF.

AMBULANCIA SVB			
ATENCION PRIMARIA			
HELICOPTERO SANITARIO			
MEDICO REGULADOR CCU			
OTROS RECURSOS AJENOS			
UNIDAD MOVIL DE EMERGE			
TOTAL			

REC. PROPIOS 2010 2011 DIF.

RECURSOS ACTIVADOS			
MEDIA Tº REGULACION S.			
MEDIA Tº TRAYECTO			
MEDIA Tº RESPUESTA 1ºRe			
MEDIA Tº ASISTENCIA			
MEDIA Tº OCUPACION			

2010 2011 DIF.

PACIENTES ATENDIDOS:			
-----------------------------	--	--	--

PERIODO: ENERO- ABRIL

TOTAL LLAMADAS 2010 2011 DIF.

ADMINISTRATIVAS			
LLAMADA ASISTENCIAL			
PROCEDIMIENTOS			
TOTAL			

ALERTANTES 2010 2011 DIF.

Atencion Primaria			
Entorno			
Familiar			
Fuerzas Seguridad			
Otros Centros			
TOTAL			

RECURSOS 2010 2011 DIF.

AMBULANCIA SVB			
ATENCION PRIMARIA			
HELICOPTERO SANITARIO			
MEDICO REGULADOR CCU			
OTROS RECURSOS AJENOS			
UNIDAD MOVIL DE EMERGE			
TOTAL			

REC. PROPIOS 2010 2011 DIF.

RECURSOS ACTIVADOS			
MEDIA Tº REGULACION S.			
MEDIA Tº TRAYECTO			
MEDIA Tº RESPUESTA 1ºRe			
MEDIA Tº ASISTENCIA			
MEDIA Tº OCUPACION			

2010 2011 DIF.

PACIENTES ATENDIDOS:			
-----------------------------	--	--	--

MES	2010	2011	DIF.
Tº ACCESO >30 MINUTOS			

ACUMULADO	2010	2011	DIF.
Tº ACCESO >30 MINUTOS			

MES	2010	2011	DIF.
Tº ACCESO <= 15 MINUTOS			

ACUMULADO	2010	2011	DIF.
Tº ACCESO <=15 MINUTOS			

Figura 1. Cuadro de mando del Sistema de Información Sanitaria



CUADRO DE MANDO MENSUAL



MES: ABRIL

UMES	2010	2011	DIF.
RECURSOS ACTIVADOS			
MEDIA Tº REGULACION S.			
MEDIA Tº TRAYECTO			
MEDIA Tº RESPUESTA			
MEDIA Tº ASISTENCIA			
MEDIA Tº OCUPACION			

SVBP	2010	2011	DIF.
RECURSOS ACTIVADOS			
MEDIA Tº REGULACION S.			
MEDIA Tº TRAYECTO			
MEDIA Tº RESPUESTA			
MEDIA Tº ASISTENCIA			
MEDIA Tº OCUPACION			

HELICOPTEROS	2010	2011	DIF.
RECURSOS ACTIVADOS			
MEDIA Tº REGULACION S.			
MEDIA Tº TRAYECTO			
MEDIA Tº RESPUESTA			
MEDIA Tº ASISTENCIA			
MEDIA Tº OCUPACION			

PERIODO: ENERO- ABRIL

UMES	2010	2011	DIF.
RECURSOS ACTIVADOS			
MEDIA Tº REGULACION S.			
MEDIA Tº TRAYECTO			
MEDIA Tº RESPUESTA			
MEDIA Tº ASISTENCIA			
MEDIA Tº OCUPACION			

SVBP	2010	2011	DIF.
RECURSOS ACTIVADOS			
MEDIA Tº REGULACION S.			
MEDIA Tº TRAYECTO			
MEDIA Tº RESPUESTA			
MEDIA Tº ASISTENCIA			
MEDIA Tº OCUPACION			

HELICOPTEROS	2010	2011	DIF.
RECURSOS ACTIVADOS			
MEDIA Tº REGULACION S.			
MEDIA Tº TRAYECTO			
MEDIA Tº RESPUESTA			
MEDIA Tº ASISTENCIA			
MEDIA Tº OCUPACION			

ACTIVACIONES Y TIEMPOS COMO 1er RECURSO

UMES	2010	2011	DIF.
RECURSOS ACTIVADOS			
MEDIA Tº REGULACION S.			
MEDIA Tº TRAYECTO			
MEDIA Tº RESPUESTA			
MEDIA Tº ASISTENCIA			
MEDIA Tº OCUPACION			

SVBP	2010	2011	DIF.
RECURSOS ACTIVADOS			
MEDIA Tº REGULACION S.			
MEDIA Tº TRAYECTO			
MEDIA Tº RESPUESTA			
MEDIA Tº ASISTENCIA			
MEDIA Tº OCUPACION			

HELICOPTEROS	2010	2011	DIF.
RECURSOS ACTIVADOS			
MEDIA Tº REGULACION S.			
MEDIA Tº TRAYECTO			
MEDIA Tº RESPUESTA			
MEDIA Tº ASISTENCIA			
MEDIA Tº OCUPACION			

UMES	2010	2011	DIF.
RECURSOS ACTIVADOS			
MEDIA Tº REGULACION S.			
MEDIA Tº TRAYECTO			
MEDIA Tº RESPUESTA			
MEDIA Tº ASISTENCIA			
MEDIA Tº OCUPACION			

SVBP	2010	2011	DIF.
RECURSOS ACTIVADOS			
MEDIA Tº REGULACION S.			
MEDIA Tº TRAYECTO			
MEDIA Tº RESPUESTA			
MEDIA Tº ASISTENCIA			
MEDIA Tº OCUPACION			

HELICOPTEROS	2010	2011	DIF.
RECURSOS ACTIVADOS			
MEDIA Tº REGULACION S.			
MEDIA Tº TRAYECTO			
MEDIA Tº RESPUESTA			
MEDIA Tº ASISTENCIA			
MEDIA Tº OCUPACION			



Figura 2. Cuadro de mando del Sistema de Información Sanitaria

MES: ABRIL

PERIODO: ENERO- ABRIL

CIES ATENDIDOS ACUMULADO	2010		2011		DIF.	
	Nº	T.ASIS	Nº	T.ASIS	Nº	T.ASIS
ANOMALIAS CONGENITAS						
CODIGOS E						
CODIGOS V (EXCEPTO V65.5 Y V71)						
COMPLICACIONES DE LA GESTACION, PARTO Y PUERPERIO						
DETERMINADAS CONDICIONES CON ORIGEN EN EL PERIOD						
ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS						
ENF.DE LA PIEL Y DE LOS TEJIDOS SUBCUTANEOS						
ENF.DE LA SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS						
ENF.DEL APARATO CIRCULATORIO						
ENF.DEL APARATO DIGESTIVO						
ENF.DEL APARATO GENITOURINARIO						
ENF.DEL APARATO MUSCULAR Y ESQUELETICO Y DE LOS T						
ENF.DEL APARATO RESPIRATORIO						
ENF.DEL SISTEMA NERVIOSO Y ORGANOS SENSORIALES						
ENF.ENDOCRINAS, DE LA NUTRICION, METABOLICAS Y TRA						
EXITUS						
INTOXICACIONES-AGENTES EXTERNOS						
NEOPLASIAS						
NO PATOLOGIA						
NO PATOLOGIA URGENTE						
PORTE SIN DIAGNOSTICO						
PROCEDIMIENTOS						
SINTOMAS, SIGNOS Y ESTADOS MAL DEFINIDOS						
TR.MENTALES						
TRAUMATISMOS						



Figura 3. Cuadro de mando del Sistema de Información Sanitaria

lado debe ser ágil en proporcionar una respuesta ante la demanda del ciudadano y por otro, debe prestar una asistencia de calidad.

El análisis de los indicadores temporales ha permitido identificar áreas de mejora en las que se ha intervenido, como ha sido el cambio en la operativa de trabajo del CCU, que ha permitido disminuir el tiempo de regulación sanitaria en los incidentes considerados tiempo dependientes como son: la atención a los pacientes con ictus subsidiarios de recibir tratamiento trombolítico, a los pacientes que sufren

un síndrome coronario agudo o un trauma grave. En estos casos, el tiempo empleado es de 120 segundos, encontrándose un minuto por debajo del tiempo de regulación sanitaria considerado como óptimo según algunos expertos⁶.

En cuanto a la calidad de la asistencia prestada, también se adoptaron varias medidas entre como la inclusión de indicadores de calidad dentro del pacto de objetivos firmado entre las unidades asistenciales y la Dirección Gerencia en el año 2009 y 2010. Destacan la aplicación de analgesia en los pacientes con lesiones traumá-

Tabla 1. Resultados obtenidos durante 2009 y mejora conseguida en 2010

Indicador	Estándar		
	Propuesto	Alcanzado	
		2009	2010
Aislamiento de la vía aérea en pacientes con TCE y una puntuación en la Escala de Glasgow < 9	100%	95%	96,38%
Administración de analgesia intravenosa en pacientes con trauma grave	90%	84,64%	90,82%
Registro de varias constantes en el paciente con ictus	90%	84,64%	87,77%

ticas graves, el aislamiento de la vía aérea de los pacientes con un traumatismo craneoencefálico grave y la determinación de determinadas constantes en los pacientes con un ictus. El compromiso de estas unidades consiste en lograr que estos indicadores de calidad alcancen un determinado porcentaje de consecución (el 100% en el caso de la analgesia en el paciente con trauma grave y el 90% en los otros dos indicadores), que son considerados óptimos y que se ajustan a los estándares recomendados por el Grupo de Trabajo de Indicadores Extrahospitalarios de SEMES⁷. Los resultados obtenidos durante 2009 y la mejora conseguida en 2010 se recogen en la tabla 1

El análisis del grado de satisfacción del usuario es considerado como un indicador fundamental para medir la calidad asistencial que presta un servicio sanitario^{8,9}. Por este motivo, este dato ha sido utilizado como medida del impacto que han tenido las acciones de mejora instauradas. Los resultados obtenidos indican una mejoría discreta respecto a años previos pero marcan una clara tendencia ascendente, especialmente del ítem que valora la profesionalidad de los Equipos de Emergencias que en 2008 era del 89,8% alcanzando un 92,6% en 2009

En definitiva, el SIS se ha convertido en una herramienta indispensable para la gestión y organización del SEM, siendo su mantenimiento y revisión continua objetivos prioritarios para la Dirección Gerencia.

Bibliografía

1. WHO. Health Information Systems. Report on a conference. Copenhagen, 1973.
2. Severiano S, Pla R, Fuentes C. Sistemas de información y estadística sanitaria. En Lamata F. Manual de administración y gestión sanitaria. Madrid: Ed. Díaz de Santos; 1998. p. 611-33.
3. Regidor E. Sistema de información sanitaria en la planificación. Rev San Hig Púb. 1991;65:9-16.
4. Junta de Andalucía. Manual de indicadores de actividad y calidad para urgencias y emergencias. del Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía, Consejería de Sanidad; 2000.
5. WHO. Informe para la salud en el mundo 2003. Capítulo 7: Sistemas de Salud. Información sanitaria: mejor pero no suficientemente buena. Evolución de la

información sanitaria [consultado el 20 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/index5.html>

6. Ayuso Baptista F. Asistencia y transporte de pacientes críticos. Fundamentos Básicos de Anestesia y Reanimación en Medicina de Urgencias, Emergencias y Catástrofes, Vol. 3. Madrid: Editorial Arán; 2007. p. 29-41.
7. Grupo de trabajo de SEMES de Indicadores Extrahospitalarios. Propuesta de indicadores de calidad para servicios de emergencias extrahospitalarios [consultado el 3 de mayo de 2011] Disponible en: <http://www.semes.org>
8. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial. 2002;17(1):22-9.
9. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial. 2001;16:276-9.

INDICACIONES GENERALES

- Pueden optar a los Premios Profesor Barea todas las Instituciones públicas o privadas relacionadas con el sector sanitario.
- Los Premios están destinados a proyectos inéditos, finalizados o en fase avanzada de desarrollo que supongan una mejora sustancial en la gestión y evaluación de costes sanitarios.
- Además de los premios económicos, los trabajos finalistas serán publicados por la Fundación Signo.
- El plazo para la presentación de trabajos finaliza el 28 de febrero de 2013.
- La entrega de los Premios en todas sus modalidades se realizará en mayo de 2013.
- En caso de cualquier duda contacte por favor con nosotros en www.fundacionsigno.com o en secretaria@fundacionsigno.com

MODALIDADES DE PARTICIPACIÓN

1. Los Centros Sanitarios como Empresas de Servicios: Gestión Global
 - Cada Entidad podrá presentar únicamente un proyecto
 - El premio está dotado con 3.000 euros
2. Proyectos multientidad
 - Cada Proyecto debe venir presentado por más de dos entidades
 - El premio está dotado con 3.000 euros
3. Gestión de un Área de conocimiento
 - No existe límite en el número de trabajos
 - El premio está valorado en 2.000 euros
4. Innovación, desarrollo y nuevas tecnologías
 - No existe límite en el número de trabajos
 - El premio está valorado en 2.000 euros

JURADO

- D^a Margarita Alfonsel Jaén
- D^a Ángeles Amador Millán
- D. Josep Maria Capdevila i Miravert
- D. José Ignacio Echániz Salgado
- D. Alfredo García Iglesias
- D. Fernando Lamata Cotanda
- D^a. Elena Miravalles González
- D. Gregorio Peces Barba Martínez
- D. José Manuel Romay Beccaría
- D. José María Segovia de Arana
- D. Jerónimo Saavedra Acevedo
- D. Xavier Trias i Vidal de Llobatera
- D. Juan Velarde Fuertes

Asesoras Técnicas

- D^a Carmen Pérez Mateos
- D^a Isabel Prieto Yerro



Para más información
www.fundacionsigno.com

Premios Profesor Barea

11 edición

mayo
2013