



Coordinación



## Coordinación

La coordinación de la atención al paciente durante el curso del proceso asistencial y en los diferentes puntos de la prestación ayuda a garantizar una atención sanitaria efectiva, segura y eficiente. Esta dimensión también hace referencia a la necesidad de que los pacientes reciban una atención para su nivel de salud global y no solo para las diferentes condiciones de enfermedad que presentan. Para ello, una pieza clave es asegurar que toda la información relevante y necesaria para la toma de decisiones clínicas esté disponible para los proveedores y los pacientes.

Los indicadores relacionados a continuación constituyen ejemplos del desarrollo de la coordinación, teniendo en cuenta el papel importante que para ésta tienen el seguimiento del paciente la información bien registrada en la historia de salud, la buena continuidad asistencial, la gestión de las citas interniveles, el seguimiento del paciente, o la propia valoración del paciente sobre ello.

Así, la perspectiva de la coordinación desde el punto de vista de la adecuada información registrada en la historia clínica es ofrecida por cuatro indicadores: los usuarios con antecedentes personales registrados en la historia clínica (7.1); los usuarios con valoración de enfermería registrada también en la historia clínica (7.2); los usuarios con hoja de seguimiento de consulta en atención primaria registrada en la historia clínica electrónica (7.3); y las hojas de seguimiento de consulta en atención primaria con código CIE-9 informado (7.4), cuestión importante para el seguimiento y coordinación interniveles, entre otras utilidades.

Igualmente, la **coordinación** de la atención al paciente **en las citas** es contemplada por indicadores como la población adscrita a centros de atención primaria que asignan cita para atención hospitalaria (7.5) y la población a la que su centro de atención primaria le consigue la cita para consulta extrahospitalaria con el especialista (7.7). Otros aspectos de continuidad asistencial relevantes para el **seguimiento coordinado interniveles** de la atención, son recogidos en indicadores como la entrega de informe para el médico de atención primaria desde el ámbito de consultas de especialista (7.8) o los usuarios que están en seguimiento tras el alta hospitalaria (7.9). La coordinación interna en la respuesta en el ámbito de las urgencias y emergencias es recogida en el indicador del tiempo de coordinación de urgencias y emergencias por prioridad de la demanda (7.10). Por último, se incluye también la **valoración** que el **paciente** percibe sobre la coordinación entre el médico de familia y el especialista hospitalario (7.7).

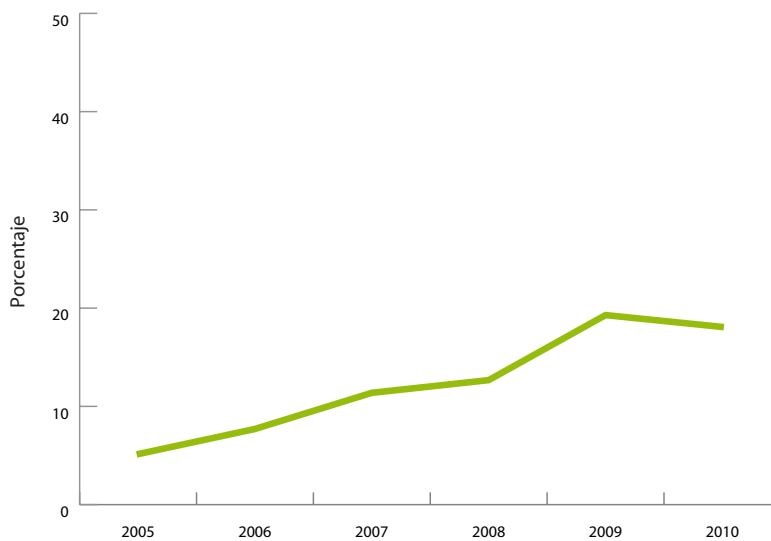
COORDINACIÓN	
Código	Indicador
7.1.	Usuarios con antecedentes personales registrados en la historia clínica. Andalucía, 2005-2010.
7.2.	Usuarios con valoración de enfermería registrada en la historia clínica. Andalucía, 2005-2010.
7.3.	Usuarios con hoja de seguimiento de consulta en atención primaria registrada en la historia clínica digital. Andalucía, 2005-2010.
7.4.	Hojas de seguimiento de consulta en atención primaria con código CIE-9 informado. Andalucía, 2007-2010.
7.5.	Población adscrita a centros de atención primaria que asignan cita para atención especializada. Andalucía, 2005-2010.
7.6.	Población a la que su centro de atención primaria le consigue habitualmente cita con el especialista. Andalucía, 1999-2010.
7.7.	Valoración sobre la coordinación entre médico de familia y especialista hospitalario. Andalucía, 1999-2009.
7.8.	Entrega de informe para médico de atención primaria por tipo. Andalucía, 1999-2010.
7.9.	Usuarios en seguimiento tras alta hospitalaria por provincias. Andalucía, 2010.
7.10.	Tiempo de coordinación de urgencias y emergencias por prioridad de la demanda. Andalucía, 2006-2010.



**7.1. Usuarios con antecedentes personales registrados en la historia clínica. Andalucía, 2005-2010.**

Los **antecedentes personales registrados** en la historia clínica electrónica constituyen un relevante indicador de calidad de una adecuada historia clínica cumplimentada.

Con la implantación de la nueva historia clínica electrónica, el registro de dichos antecedentes ha experimentado en los últimos años la evolución que se observa en el Gráfico 7.1. La prioridad en la cumplimentación de dicha información se ha situado en aquellos casos en que existía algún antecedente de interés, y no en aquellos casos en que no hubiera nada significativo. No obstante, también se considera criterio de calidad la mención a la inexistencia de éstos. La evolución de este registro ha experimentado un crecimiento de 13 puntos porcentuales, alcanzando en 2010 la cifra del 18,1%.

**Gráfico 7.1**

Fuente: Sistema Integrado de Gestión e Información para la Atención Sanitaria (Diraya) – SSPA



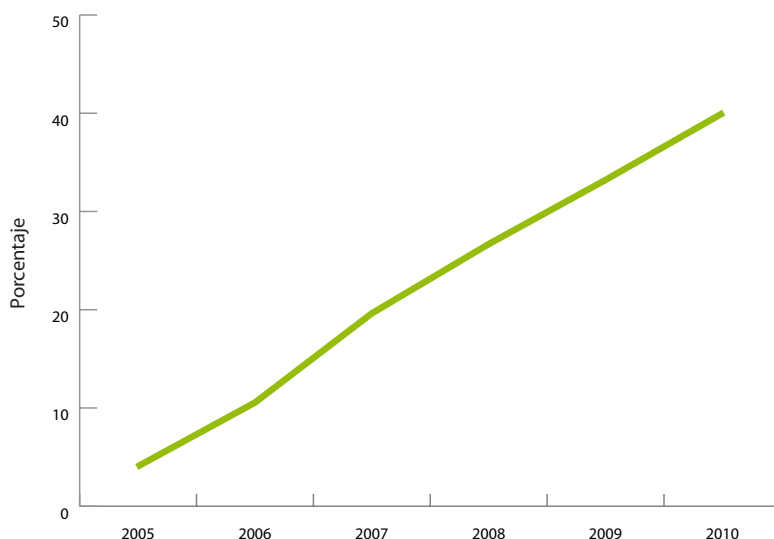
## 7.2. Usuarios con valoración de enfermería registrada en la historia clínica. Andalucía, 2005-2010.

La valoración enfermera es la primera etapa del proceso que los profesionales de enfermería utilizan para atender a las personas, conocer su situación, identificar sus problemas de salud, sus capacidades y recursos. A partir de la valoración, éstos profesionales elaboran y realizan un plan de cuidados con las intervenciones necesarias para alcanzar las mejores condiciones posibles de salud y calidad de vida.

La implantación de medidas para la utilización sistemática de la valoración y el proceso enfermero ha constituido desde 2003 un gran avance para disminuir la variabilidad y mejorar la calidad de los cuidados, su introducción en los procesos asistenciales integrados, la continuidad y la toma de decisiones asistenciales, la seguridad del paciente y en el desarrollo de los sistemas de registro e información para poder medir los cuidados prestados.

En el año 2005 se realizaron en Andalucía 301.073 valoraciones enfermeras registradas en la historia clínica del paciente frente a las 3.220.722 realizadas en 2010, con un incremento de valoraciones realizadas y registradas que ha pasado del 5% al 40% de usuarios con **valoración enfermera registrada en la historia clínica electrónica**. Este importante salto cuantitativo en los últimos 6 años implica un salto cualitativo en la práctica enfermera, potenciándose con ello el desarrollo de la metodología enfermera en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, lo que sienta las bases para establecer nuevos indicadores de resultados sobre los cuidados prestados a la ciudadanía.

Gráfico 7.2



Fuente: Sistema Integrado de Gestión e Información para la Atención Sanitaria (Diraya) – SSPA



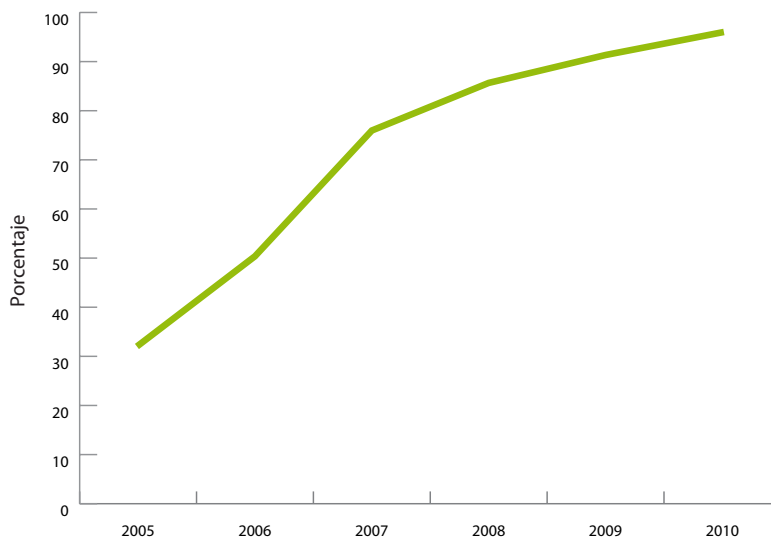
### 7.3. Usuarios con hoja de seguimiento de consulta en atención primaria registrada en la historia clínica digital. Andalucía, 2005-2010.

La historia clínica digital permite a cualquier profesional sanitario, autorizado por el paciente mediante su tarjeta sanitaria, disponer y gestionar su información clínica desde cualquier punto de la red sanitaria pública de Andalucía. La **hoja de seguimiento de consulta** para los profesionales de atención primaria refleja las actuaciones realizadas al paciente atendido, por lo que su apertura para cada visita del paciente permite conocer la utilización de la historia clínica digital en este nivel asistencial.

Como se observa en el Gráfico 7.3, la evolución del nivel de utilización de la historia clínica digital en atención primaria ha experimentado un notable incremento desde el año 2005. En la actualidad, la apertura de la hoja de seguimiento está generalizada en prácticamente el 100% de los pacientes que acuden a consulta, teniendo en cuenta que este indicador hace referencia al total de pacientes registrados en la base de datos de usuarios, hayan o no acudido a consulta en el año analizado.

De cualquier forma se ha de hacer notar que en los primeros años de la nueva historia clínica digital y a medida que se realizaba la extensión de Diraya al conjunto de centros de atención primaria, en otros se seguía trabajando con una anterior historia clínica informatizada resultante del proyecto de colaboración entre la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y el entonces Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Con esta historia clínica anterior, cuyo inicio se remonta a los años 90, se inició también la implantación de la entonces Tarjeta Sanitaria y de la Seguridad Social en Andalucía (TASS).

Gráfico 7.3



Fuente: Sistema Integrado de Gestión e Información para la Atención Sanitaria (Diraya) – SSPA



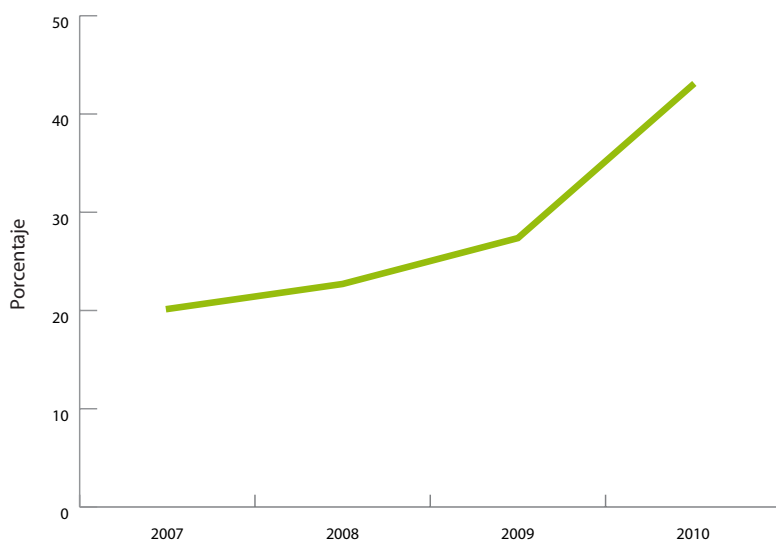
#### 7.4. Hojas de seguimiento de consulta en atención primaria con código CIE-9 informado. Andalucía, 2007-2010.

La **hoja de seguimiento de consulta** en atención primaria con el **código CIE-9 informado**, es un indicador fundamental para conocer las necesidades en salud de la ciudadanía andaluza, pues permite conocer el perfil de morbilidad de la población. El hecho de que las patologías estén codificadas también permite hacer su seguimiento de los ingresos hospitalarios (Conjunto Mínimo Básico de Datos, CMBD), por lo que constituye una herramienta importante de la continuidad asistencial.

Hay que tener en cuenta que existen muchas actuaciones en atención primaria que no hacen referencia a un diagnóstico y que no se codifican, como son: las consultas preventivas, administrativas, de revisión de procesos agudos, etc.

Este indicador ha ido mejorando en los últimos años, siguiendo una curva ascendente que debe continuar al representar un elemento de calidad de la historia clínica electrónica.

Gráfico 7.4



Fuente: Sistema Integrado de Gestión e Información para la Atención Sanitaria (Diraya) – SSPA



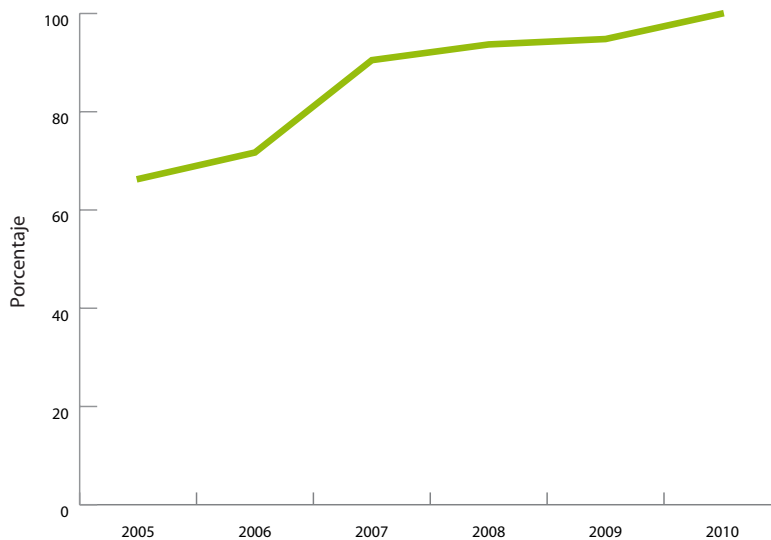
### 7.5. Población adscrita a centros de atención primaria que asignan cita para atención especializada. Andalucía, 2005-2010.

La incorporación progresiva desde 2005 de los centros de atención primaria y hospitales a la Historia Única de Salud Digital de Andalucía (Diraya) y la informatización de los datos de asistencia, proporciona una información clave sobre la atención sanitaria en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Dentro de las aplicaciones del sistema Diraya, se encuentra el módulo de **citas de consultas de especialidades** llamado Citaweb. Este módulo permite que los centros hospitalarios tengan abiertas las agendas para que desde atención primaria puedan darse citas para consultas de especialidades en los centros hospitalarios, lo que evita que el paciente tenga que desplazarse al hospital.

En este momento el 100% de los andaluces tiene la posibilidad de conseguir en su centro de salud una cita para consulta de especialidades, si su médico de familia considera necesaria la derivación. En el Gráfico 7.5 se observa la incorporación progresiva al módulo de citación de Diraya de los centros de atención primaria, reflejando la consolidación de este sistema en toda la Comunidad Autónoma en el año 2010.

Gráfico 7.5



Fuente: Sistema Integrado de Gestión e Información para la Atención Sanitaria (Diraya) – SSPA



Coordinación



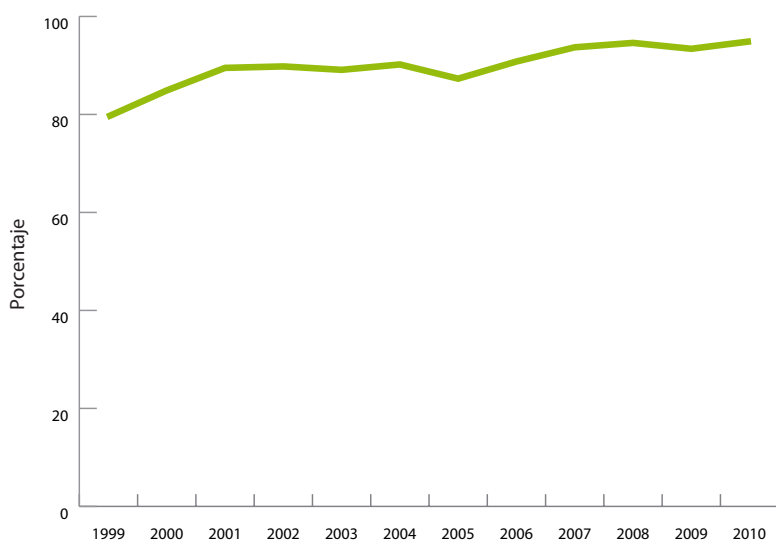
### 7.6. Población a la que su centro de atención primaria le consigue habitualmente cita con el especialista. Andalucía, 1999-2010.

Cuando el médico de familia considera necesaria la derivación al especialista hospitalario, le indica una cita. Anteriormente, el paciente acudía al centro de especialidades donde efectuaba la petición de cita.

En los últimos años, con la implantación de la historia electrónica y su módulo de citación, y la centralización de las agendas médicas, **la cita es facilitada desde el propio centro de atención primaria**, sin necesidad de que el paciente deba trasladarse al centro de especialidades para ello.

En el Gráfico 7.6 se observa la evolución del porcentaje de personas que obtienen cita para atención especializada a través de su centro de salud, situándose en 2010 en el 96%.

Gráfico 7.6



Fuente: Encuestas de satisfacción a usuarios – SSPA



### 7.7. Valoración sobre la coordinación entre médico de familia y especialista hospitalario. Andalucía, 1999-2009.

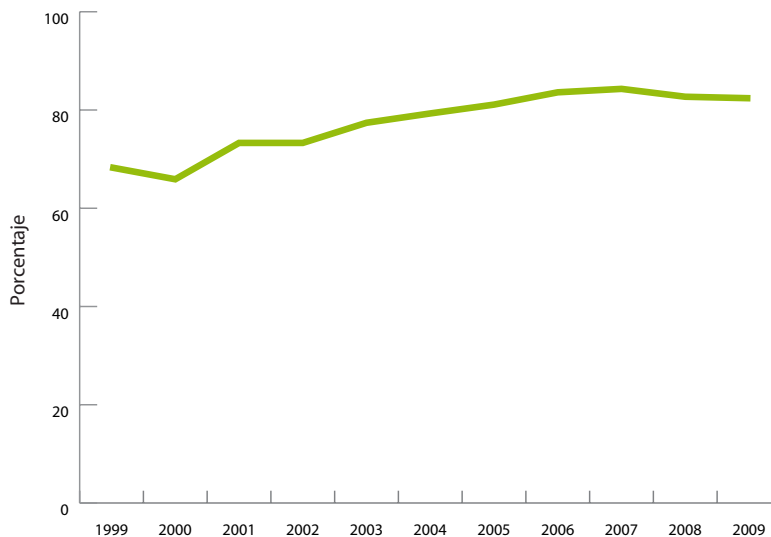
Una de las prioridades del Sistema Sanitario Público de Andalucía es la **coordinación entre los dos niveles asistenciales** para la atención del paciente, lo que se denomina Continuidad Asistencial. El objetivo es que el usuario no note el paso de un nivel a otro de asistencia y no se vea afectado en el seguimiento de su proceso. Dentro de esta línea de trabajo se han elaborado los Procesos Asistenciales Integrados, en los que se definen los cometidos de cada nivel asistencial en los procesos patológicos más frecuentes y se establecen los cauces de comunicación y colaboración.

En el Gráfico 7.7 se muestra el porcentaje de usuarios que expresan estar "satisfecho" o "muy satisfecho", con la coordinación entre el médico de familia y el especialista hospitalario.

Esta información procede de las encuestas de satisfacción, en respuesta a la pregunta: "¿Cómo valora Ud. la coordinación entre su médico/a de cabecera y el médico/a especialista?".

Los datos de evolución sugieren el efecto de las acciones anteriormente mencionadas dirigidas a la mejora en la coordinación entre los niveles asistenciales, mostrando una satisfacción creciente, que en los últimos años se mantiene por encima del 80%.

Gráfico 7.7



Fuente: Encuestas de satisfacción a usuarios – SSPA



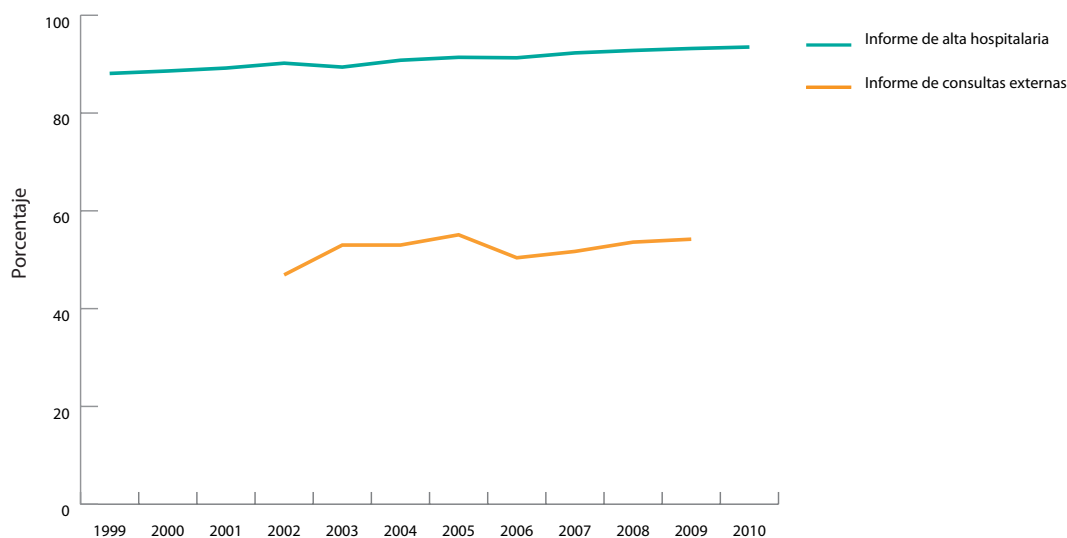
### 7.8. Entrega de informe para médico de atención primaria por tipo. Andalucía, 1999-2010.

Este indicador se extrae de la información aportada por la Encuesta de Satisfacción que se realiza a las personas (o sus familiares) que han estado ingresadas en los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía y a aquellas que han acudido a una consulta externa hospitalaria.

Desde hace más de una década, la mayoría de las personas ingresadas en los hospitales andaluces **recibe el informe** de alta hospitalaria para el médico de atención primaria. Aunque este indicador habitualmente se ha mantenido en porcentajes elevados, ha mostrado una tendencia de moderado crecimiento, entregándose al 93,5% de los pacientes ingresados en el año 2010. Teniendo en cuenta que la entrega de este informe para el médico de atención primaria no se hace efectiva en personas que fallecen ni en los casos de alta voluntaria, se puede considerar que el informe para el médico de atención primaria se entrega a casi el 100% de los pacientes a los que se da de alta en nuestros hospitales públicos.

La información disponible sobre la entrega del informe para el médico de atención primaria en las consultas externas muestra también una tendencia creciente en el Sistema Sanitario Público de Andalucía de forma continuada, pasando del 42,9% de los pacientes atendidos en 2002 al 54,2% en 2009. Al valorar este indicador debe considerarse que el informe de consultas externas no se entrega a aquellos pacientes a los que se cita para nueva revisión, y que no se suele aportar hasta la finalización del proceso en las consultas hospitalarias, por lo que el porcentaje alcanzado en este indicador puede considerarse un buen resultado.

Gráfico 7.8



Fuente: Encuestas de satisfacción a usuarios – SSPA



### 7.9. Usuarios en seguimiento tras alta hospitalaria por provincias. Andalucía, 2010.

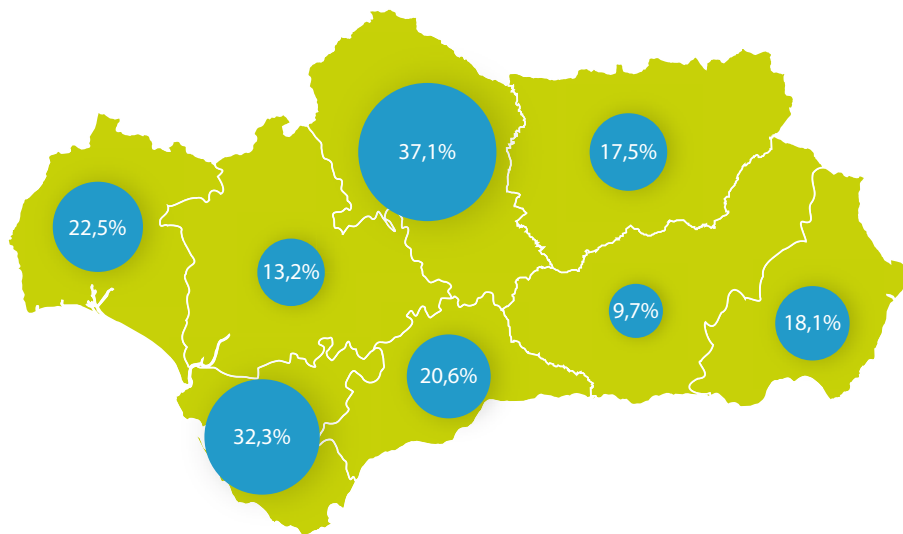
El porcentaje de **usuarios en seguimiento tras el alta hospitalaria** es un indicador básico de continuidad asistencial interniveles.

Las personas atendidas en procesos médicos o quirúrgicos iniciados en el ámbito hospitalario pueden necesitar un seguimiento para continuar, completar y/o adaptar su plan terapéutico tras la vuelta a su entorno y hasta conseguir su recuperación. Es por ello que, desde el año 2003, se incorpora el Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) como un nuevo instrumento de soporte que viene a mejorar la coordinación y colaboración interprofesional entre ambos ámbitos asistenciales: el hospital y atención primaria. El informe de continuidad de cuidados recoge la información clínica necesaria para que el personal de enfermería de atención primaria conozca los cuidados realizados al usuario durante su estancia en el hospital y cuáles son los cuidados que necesitará continuar en su domicilio. Este informe será especialmente necesario para aquellas personas que, por sus condiciones de fragilidad/vulnerabilidad y/o la complejidad de los cuidados tras la hospitalización, necesiten de la continuidad de cuidados profesionales.

En el año 2010 se registraron en Andalucía 545.994 altas hospitalarias y se realizó el seguimiento en atención primaria de un 20,42% de estos usuarios que tenían necesidad de continuidad de cuidados al alta.

La continuidad de cuidados tras el alta por los profesionales del equipo de referencia del usuario en atención primaria, en coordinación y colaboración con el hospital, viene a aumentar la calidad asistencial y la satisfacción del usuario con la atención sanitaria recibida.

Gráfico 7.9



Fuente: Sistema Integrado de Gestión e Información para la Atención Sanitaria (Diraya) – SSPA



### 7.10. Tiempo de coordinación de urgencias y emergencias por prioridad de la demanda. Andalucía, 2006-2010.

Los Centros Coordinadores de **Urgencias y Emergencias Sanitarias** (CCUE) tienen como objetivo principal facilitar a la ciudadanía el acceso al Sistema Integral de Urgencias y Emergencias en Andalucía. Para ello se dispone en cada provincia de un centro coordinador que cuenta con la infraestructura, recursos y profesionales que garantizan la respuesta al ciudadano en situaciones de urgencia o emergencia sanitaria.

En el año 2010 los CCUE de Andalucía registraron un total de 1.121.533 solicitudes de asistencia, incrementándose en un 1,07% respecto al año previo. Las solicitudes de asistencia se canalizan de forma mayoritaria a través del teléfono de emergencias sanitarias 061 y del teléfono de urgencias sanitarias.

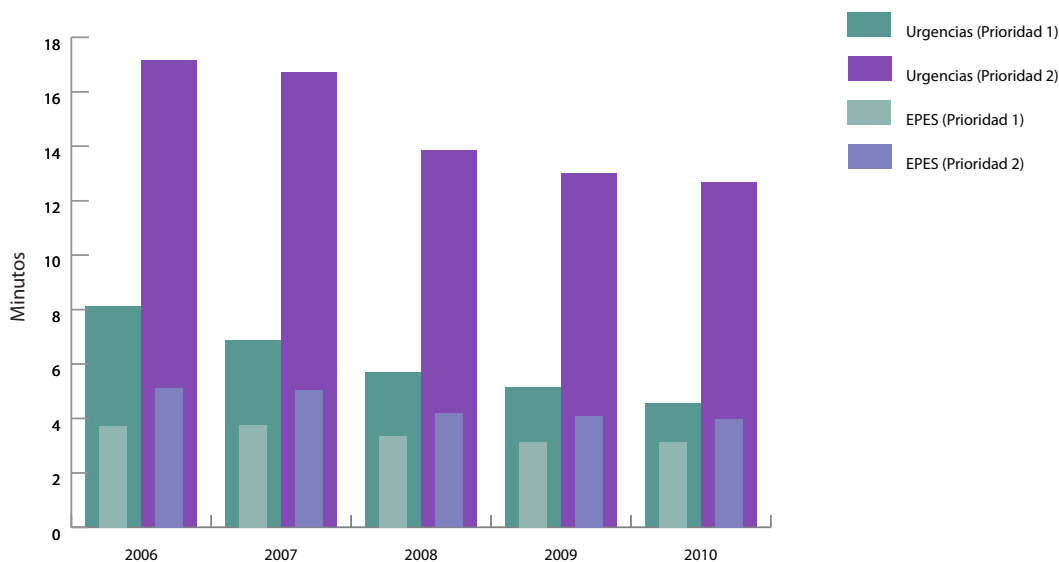
El **tiempo de coordinación** se define como el tiempo que transcurre desde que el CCUE recibe la llamada del usuario hasta que dicho CCUE notifica al primer recurso el servicio que tiene que realizar.

El Gráfico 7.10 muestra la evolución anual de los promedios de tiempos de coordinación de las solicitudes de asistencias recibidas en los CCUE de Andalucía que fueron clasificadas por el médico coordinador como Prioridad 1 o Prioridad 2 según la gravedad.

Durante el período 2006-2010, el Sistema Sanitario Público de Andalucía ha reducido progresivamente los tiempos de coordinación. Así, en el año 2010 el promedio de tiempos de coordinación para el primer recurso que se moviliza en respuesta a la solicitud de asistencia de Prioridad 1 (emergencia vital) fue de 3 minutos 7 segundos (188 segundos) para los recursos de emergencias (EPES) y 4 minutos 32 segundos (273 segundos) para los recursos de urgencias, siendo un buen indicador de la agilidad en la toma de decisiones del CCUE.

En las llamadas de Prioridad 2, en el año 2010 el tiempo de coordinación se acorta respecto al de años anteriores hasta los 3 minutos 58 segundos (239 segundos) en los recursos de EPES y 12 minutos 40 segundos (760 segundos) en los recursos de urgencias.

Gráfico 7.10



Fuente: Sistema de Información - Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía

