INFORME 17/2024

INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

AVALUACIÓ DE LES URGÈNCIES HOSPITALÀRIES DE L'HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA, EXERCICI 2022

SINDICATURA DE COMPTES DE CATALUNYA

INFORME 17/2024

INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

AVALUACIÓ DE LES URGÈNCIES HOSPITALÀRIES DE L'HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA, EXERCICI 2022

SINDICATURA DE COMPTES DE CATALUNYA

Edició: desembre de 2024

Document electrònic etiquetat per a persones amb discapacitat visual

Pàgines en blanc inserides per facilitar la impressió a doble cara

Autor i editor:

Sindicatura de Comptes de Catalunya
Via Laietana, 60
08003 Barcelona
Tel. +34 93 270 11 61
sindicatura@sindicatura.cat
www.sindicatura.cat

Publicació subjecta a dipòsit legal d'acord amb el que preveu el Reial decret 635/2015, del 10 de juliol

ÍNDEX

ABREVIACIONS

AQuAS	Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
CatSalut	Servei Català de la Salut
CAC	Centre d'Atenció Continuada
COUE	Comitè Operatiu Territorial d'Urgències i Emergències
CMBD-UR	Conjunt mínim bàsic de dades d'urgències
CUAP	Centre d'Urgències d'Atenció Primària
DPO	Direcció per objectius
GSS	Gestió de Serveis Sanitaris
HUAV	Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida
ICS	Institut Català de la Salut
IRU	Índex relatiu d'urgències
M€	Milions d'euros
MSIQ	Mòdul per al seguiment d'indicadors de qualitat
PIUC	Pla integral d'urgències de Catalunya
PLANUC	Pla nacional d'urgències de Catalunya
PORH	Pla d'ordenació de recursos humans
RLT	Relació de llocs de treball
SEM	Sistema d'Emergències Mèdiques
SOCMUE	Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències
SUH	Servei d'urgències hospitalàries
URG	Urgency Related Groups

ACLARIMENT SOBRE ARRODONIMENTS

Els imports monetaris que es presenten en els quadres d'aquest informe s'han arrodonit de forma individualitzada, fet que pot produir diferències entre la suma de les xifres parcials i els totals dels quadres.

RESUM EXECUTIU

Les urgències mèdiques, que formen part de la Cartera comuna bàsica de serveis assistencials, són una de les prestacions més visibles que ofereix qualsevol sistema sanitari públic. En aquest àmbit, prenen especial rellevància els serveis d'urgències hospitalàries, pensats per atendre els casos que presenten més urgència o complexitat.

Això ha motivat la decisió de la Sindicatura d'avaluar el Servei d'Urgències Hospitalàries de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida (HUAV), en el marc d'una planificació plurianual que preveu fiscalitzar les urgències hospitalàries dels 8 hospitals gestionats per l'Institut Català de la Salut (ICS), en el període 2023-2025, amb l'objectiu d'avaluar-ne la gestió amb criteris d'eficàcia, d'eficiència i d'economia. Aquesta auditoria operativa amb enfocament avaluador inclou 2 actors addicionals que, en virtut de les bases del model sanitari català, esdevenen fonamentals en la implementació de la política: d'una banda, el Departament de Salut, com a responsable de la planificació sanitària i, de l'altra, el Servei Català de la Salut (CatSalut), com a garant de la provisió dels serveis sanitaris.

Així mateix, el recull de les percepcions i experiències de diferents participants en aquesta política, les parts interessades, ha constituït també una font d'informació important per a l'anàlisi de la intervenció, atès que la mirada dels diferents actors implicats ha aportat punts de vista valuosos per entendre com ha funcionat el seu desplegament: professionals sanitaris, la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències i experts tècnics i legals. La Sindicatura hi ha mantingut reunions, juntament amb l'alta direcció i els responsables de l'entitat fiscalitzada, durant la fase de planificació i, posteriorment, per tal de comentar i contrastar els resultats de les conclusions i recomanacions preliminars.

L'objectiu de l'auditoria ha estat articulat mitjançant la definició de quatre objectius principals, que comprenen tots els aspectes avaluats en relació amb el servei d'urgències de l'HUAV, i que es situen en l'àmbit dels recursos i mitjans adscrits, l'equilibri entre la demanda i l'activitat, el procés assistencial i l'avaluació de la política pública d'atenció urgent hospitalària. Les conclusions més rellevants per a cadascuna de les dimensions de l'auditoria es resumeixen tot seguit:

- Eficàcia

  - Les demores registrades en l'atenció al servei d'urgències i les dificultats en el drenatge de pacients impacten negativament en la qualitat percebuda pels usuaris, alhora que poden implicar efectes adversos per a la seva salut. En aquest sentit, és especialment crítica l'espera d'aquells pacients que han de ser ingressats. Es podria assolir una reducció addicional de la mortalitat si es reduís el temps de permanència a urgències d'aquests pacients.

- En termes de qualitat assistencial, el servei d'urgències presenta una taxa de readmissions amb ingrés superior a l'esperada. En termes de qualitat del servei, el dispositiu presenta un nombre de contactes que no finalitzen l'assistència superior a l'esperat. El temps d'estada observat entre aquests pacients suggereix que l'abandó és degut a una espera excessiva per a rebre atenció sanitària. En termes de qualitat percebuda, el servei d'urgències presenta una valoració global per part dels usuaris lleugerament inferior a la del conjunt de Catalunya.

- Eficiència

  - El temps total de permanència dels pacients al servei d'urgències és força dilatat i es troba lluny dels estàndards estatals i internacionals.

  - La Sindicatura de Comptes no ha pogut comparar els temps registrats al servei d'urgències de l'HUAV amb els del conjunt de Catalunya degut a la manca d'homogeneïtat en el registre dels camps corresponents en el conjunt mínim bàsic de dades d'urgències (CMBD-UR).

- Economia

  - L'ICS rep un finançament en concepte d'activitat d'urgències hospitalàries de l'HUAV, per part del CatSalut, inferior al cost total del servei que es desprèn de la comptabilitat analítica del centre.

  - El preu unitari de la urgència atesa pagat per part del finançador públic no permet cobrir el cost de l'atenció dels pacients que presenten risc vital, d'acord amb la comptabilitat analítica de l'HUAV. El preu unitari únicament cobreix el cost dels casos menys urgents.

- Pertinença

  - Els objectius estratègics definits en el Pla estratègic territorial desplegat a la regió sanitària de Lleida no són congruents amb les necessitats detectades, o no estan prou orientats a resoldre-les.

- Coherència

  - No hi ha una correspondència rigorosa entre els objectius estratègics i les mesures i actuacions implementades per a la seva consecució en el marc del pla estratègic territorial (coherència interna), ni tampoc amb altres intervencions en el territori, com ara l'atenció primària o sociosanitària (coherència externa).

Les conclusions d'aquesta avaluació han posat en relleu problemes cabdals de governança que afecten la planificació, el desplegament territorial, l'avaluació, la transparència i el reti-

ment de comptes de la política pública, i també aspectes que constitueixen un incompliment del dret a una bona administració, atribuïbles al CatSalut, a l'ICS i al Departament de Salut, cadascun en l'àmbit de les seves responsabilitats. Així doncs, els fets observats no permeten garantir un marc d'actuació que respongui de forma efectiva als principis d'eficàcia, eficiència i economia. Pel que fa a l'enfocament avaluador de la política, s'observa una manca de pertinença, de coherència i d'una governança adequada de la intervenció pública analitzada, que s'emmarca, al territori de Lleida, en una aliança estratègica formalitzada entre l'ICS i l'empresa pública Gestió de Serveis Sanitaris (GSS), adscrita al CatSalut.

La Sindicatura ha proposat recomanacions de millora en totes les dimensions analitzades. Pel que fa al marc jurídic general que regula els termes de la contractació de l'activitat d'atenció urgent i davant de la manca de formalització del contracte programa entre el CatSalut i l'ICS, es recomana a l'Administració de la Generalitat que els projectes normatius se sotmetin a una avaluació d'impacte normatiu *ex-post*. Així mateix, convé que el CatSalut, com a regla general, subscrigui les clàusules anuals amb els centres proveïdors, en aquest cas l'HUAV, abans de l'inici de la realització de l'activitat.

1. INTRODUCCIÓ

La Sindicatura de Comptes, com a òrgan fiscalitzador del sector públic de Catalunya, d'acord amb la normativa vigent i en compliment del seu Programa anual d'activitats, ha emès aquest informe de fiscalització operativa de les urgències hospitalàries de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida (HUAV), corresponent a l'any 2022.

Les urgències mèdiques formen part de la Cartera comuna bàsica, constituïda pels serveis assistencials coberts de manera completa per finançament públic, i són una de les prestacions més visibles que ofereix qualsevol sistema sanitari públic. És per això que, en termes de política sanitària, l'atenció a la demanda urgent constitueix una de les pedres angulars de les intervencions públiques d'un govern en matèria de salut.

A Catalunya, el Departament de Salut estableix les línies mestres de l'acció pública en l'àmbit sanitari i d'atenció a la salut de les persones a través del Pla de salut de Catalunya, que s'elabora amb un horitzó temporal d'aplicació de 4 anys. Donada la seva importància, tanmateix, l'atenció sanitària urgent compta, des de l'any 2017, amb un instrument de planificació específic, el Pla nacional d'urgències de Catalunya (PLANUC). L'elaboració del PLANUC respon a la necessitat d'adequar els serveis assistencials a una creixent demanda d'atenció urgent derivada de diferents factors socials, com ara l'envelliment de la població o la intensificació de les desigualtats econòmiques, que s'observen no només a Catalunya sinó també a escala internacional. En aquest context, el PLANUC vol "assegurar una atenció continuada i urgent equitativa i de qualitat, adaptada a la salut de les persones, a través d'una xarxa d'atenció integrada, accessible i resolutiva, liderada per professionals, que situï el ciutadà al centre del sistema".[1] Aquesta declaració –en forma de missió– conté 2 elements importants a l'hora d'emmarcar i delimitar correctament el present informe: primer, què s'entén per atenció urgent i, segon, en què es concreta la xarxa d'atenció integrada a la urgència mèdica.

En primer lloc, el mateix pla defineix l'atenció urgent com "aquella que es presta per part de professionals especialment destinats a aquest tipus d'atenció, en recursos i dispositius específics i que no admet demora en relació amb el potencial risc vital, o la percepció del ciutadà de la necessitat d'atenció immediata".[2] Aquesta definició tracta de conciliar, d'una banda, la visió de l'atenció urgent que pot tenir la ciutadania, centrada en la percepció subjectiva d'una necessitat d'assistència sanitària inajornable i, de l'altra, la visió que en tindrien els professionals, més enfocada a l'objectivació clínica del risc per al pacient i a l'adequació dels recursos d'atenció. En aquest sentit, la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències (SOCMUE) ha definit la urgència com aquella "situació clínica amb capacitat

1. Departament de Salut (2017), *Pla nacional d'urgències de Catalunya (PLANUC)*, p. 13.

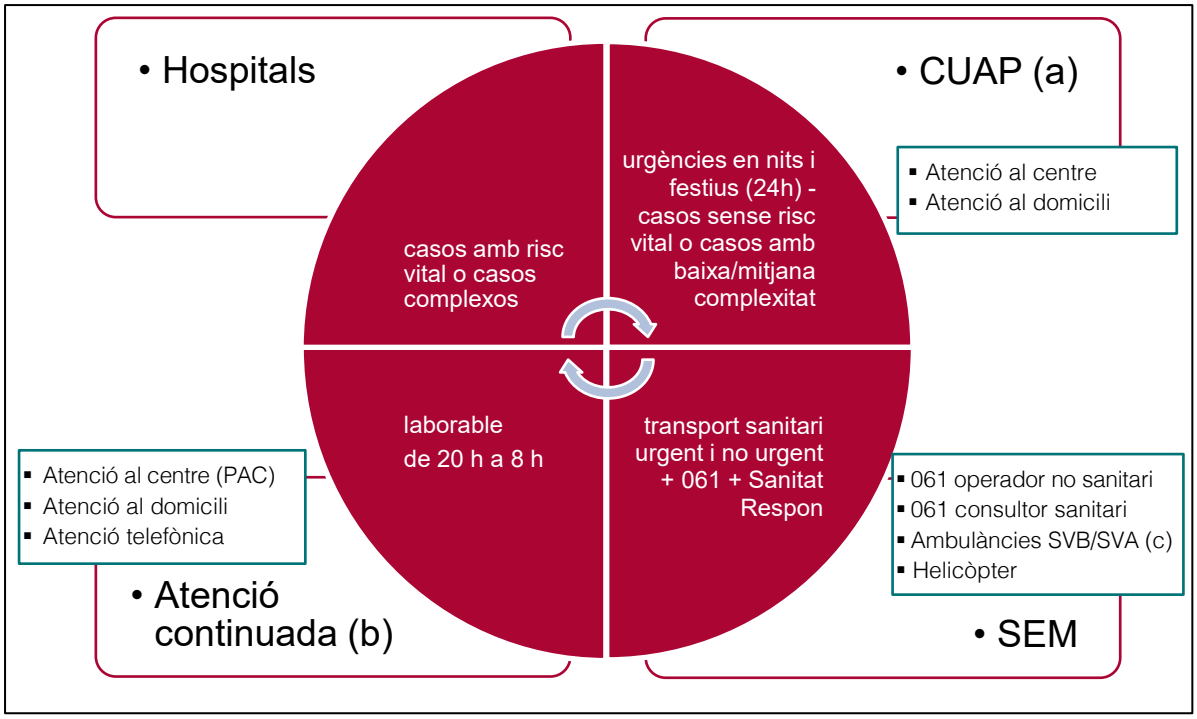
2. *Ibídem*, p. 20.

per generar deteriorament o perill per a la salut o la vida del pacient en funció del temps transcorregut entre la seva aparició i la instauració d'un tractament efectiu, que condiciona un episodi assistencial amb importants necessitats d'intervenció, en un curt període de temps".[3] La definició mateixa comporta implícitament dues idees clau amb relació a la implementació actual de l'atenció urgent: a) la necessitat d'ajustar la resposta assistencial al grau d'urgència, de manera que els pacients més urgents siguin atesos abans, i b) la necessària adequació entre el grau d'urgència i els recursos emprats per tal de donar-hi resposta.

En segon lloc, la xarxa assistencial d'atenció urgent no es pot concebre com un conjunt inconnex de dispositius orientats a atendre la urgència, sinó com una sèrie de recursos interconnectats i interdependents, cadascun dels quals amb atribucions específiques pel que fa a la gestió o resolució de casos urgents, tal com es veu en la figura 1 per al cas de Catalunya. Així, en el nivell d'atenció primària –el més proper a la ciutadania– hi ha una sèrie de dispositius orientats a l'atenció de casos lleus, que no comportin risc vital per al pacient; aquí s'inclouen, d'una banda, els centres d'urgències d'atenció primària (CUAP) i, de l'altra, els punts d'atenció continuada (PAC), dispositius aquests que es diferencien pels seus horaris d'atenció i per la seva diferent capacitat de resolució, i que poden prestar també atenció telefònica o a domicili. En el nivell hospitalari trobem un tipus de dispositius –els serveis d'urgències hospitalàries (SUH)– orientats a l'atenció de casos urgents que impliquin risc vital, o també de casos la complexitat dels quals en justifiqui l'adequació. Finalment, per part del Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM), hi ha el servei d'atenció telefònica 061 i l'atenció als casos urgents que poden implicar la mobilització de recursos al punt on s'ha produït la urgència.

3. Gómez Jiménez, J., Chanovas Borràs, M. R., Miró, O. *et al.* (2008). *Triatge estructurat als serveis d'urgències. Document de posició de la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències (SCMU-ACMES)*, p. 5. Disponible a: https://www.socmue.cat/Upload/Documents/5/59.pdf.

Figura 1. Dispositius d'atenció urgent a Catalunya



Font: Elaboració pròpia a partir de les Memòries d'activitat del CatSalut.

Notes:

(a) CUAP - Nits i festius

Són centres d'urgències d'atenció primària (CUAP).

Obren les 24 hores, cada dia de l'any, tot i que en alguns territoris estan oberts 12 hores.

Recursos d'atenció primària continuada i d'urgències amb una capacitat de resolució més alta que la dels PAC, ja que disposen de suport diagnòstic bàsic (radiologia i analítica).

Resolen els problemes de salut urgents de baixa i mitjana complexitat.

(b) PAC - Laborables

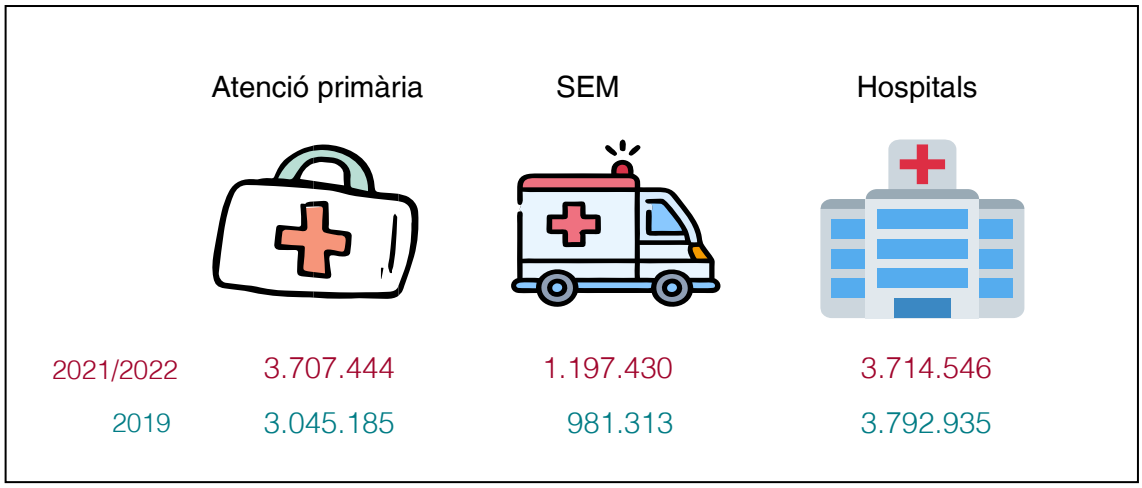
Punt d'atenció continuada

De dilluns a divendres de 20 h a 8 h, dissabte i diumenge tot el dia.

(c) SVB/SVA: Servei vital bàsic i avançat

La figura 2 mostra l'activitat realitzada per donar resposta a la demanda d'atenció urgent. L'any 2022 el volum d'urgències ateses a Catalunya va ser de 8.619.420 en el conjunt dels dispositius del territori, amb una taxa de 1.091 urgències per cada 1.000 habitants. L'any 2019, abans de la pandèmia de la covid-19, el volum d'urgències ateses va ser de 7.819.433.

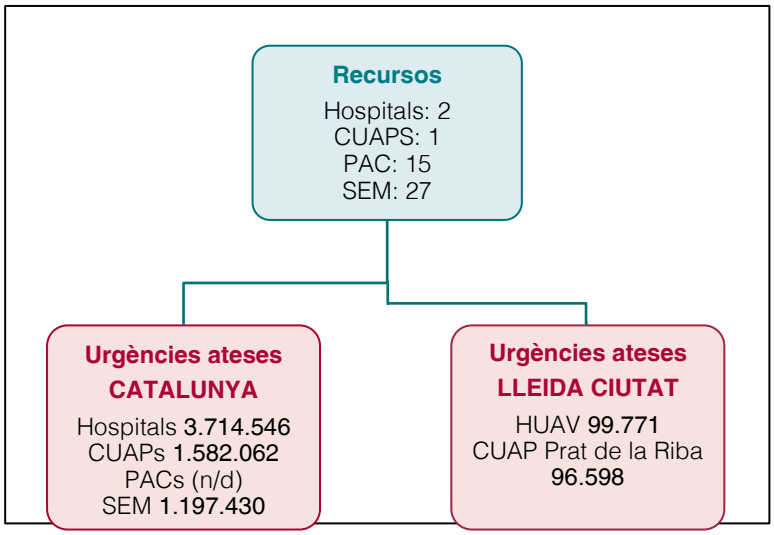
Figura 2. Volum d'urgències ateses a Catalunya. Exercicis 2019 i 2021/2022



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la Central de Resultats, el SEM i el CMBD-UR.
Notes:
(a) Les urgències ateses als dispositius d'atenció primària inclouen les ateses als CUAP i als PAC. Les darreres xifres de què es disposa són de l'any 2021.
(b) Les urgències ateses pel SEM corresponen a les incidències que han tingut resposta amb mobilització de recursos (atenció primària, transport terrestre o transport aeri), els anys 2019 i 2022.
(c) Les urgències hospitalàries corresponen als contactes registrats al CMBD-UR, els anys 2019 i 2022.

Així, doncs, el 43,10% de les urgències ateses a Catalunya l'any 2022 en dispositius d'atenció urgent corresponien a dispositius hospitalaris. A la ciutat de Lleida, el CUAP Prat de la Riba va atendre 96.598 urgències (el 6,11% del conjunt de CUAPs de Catalunya), mentre que a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova es va atendre un total de 99.771 urgències (el 2,69% d'urgències hospitalàries del conjunt del territori de Catalunya).

Figura 3. Activitat i recursos d'atenció urgent. Exercici 2022



Font: Elaboració pròpia, a partir de les dades de la Memòria de la Gerència Territorial de l'ICS a Lleida i CMBD-UR.

La teoria del canvi

El PLANUC constitueix el marc de referència bàsic d'aquest informe pel que fa a la definició i a la planificació de la política sanitària en tot allò referent a l'atenció urgent. En l'annex 1 d'aquest informe s'adjunta una representació esquemàtica del funcionament bàsic de la intervenció pública pel que fa a l'atenció urgent, centrada aquí en l'àmbit hospitalari. Aquest model, conegut en el camp de l'avaluació de polítiques públiques com a "teoria del canvi", permet establir els fonaments lògics de la política en qüestió i la cadena causal d'esdeveniments conduent als seus impactes esperats, així com les hipòtesis que la sustenten.

En el cas que ens ocupa, i de manera succinta, la implementació d'atenció sanitària a través d'un SUH respon a la necessitat de donar resposta a la demanda d'atenció urgent per part de la ciutadania, quan el nivell assistencial hospitalari sigui el més adequat per fer-ho, de manera que, a partir dels recursos disponibles i les activitats efectuades dins del servei d'urgències, s'assoleixin millores en la salut de les persones, les quals tindran, en darrer terme, un impacte positiu en l'esperança i la qualitat de vida. El model posa en relleu les 3 dimensions fonamentals d'aquesta auditoria: els recursos emprats i el seu cost (economia); la relació entre els recursos i els productes obtinguts (eficiència), i l'assoliment dels resultats esperats (eficàcia).

Per entendre què fa un SUH –els productes, en termes del model– resulta oportú descriure sintèticament el procés d'atenció urgent. Quan un pacient arriba al servei d'urgències s'efectua un procés de triatge que en determina el grau d'urgència.[4] D'aquesta manera, es dona prioritat a l'atenció d'aquelles persones que presentin més urgència. Si el servei d'urgències de l'hospital pot resoldre el problema de salut del pacient s'efectuaran les cures o tractaments necessaris i se li donarà l'alta a domicili. En cas que la valoració per part dels professionals del servei determini que el pacient requereix l'ingrés al propi centre hospitalari o una continuïtat assistencial en un altre centre, se'n sol·licitarà l'ingrés o el trasllat, respectivament. També és possible que en el moment de l'avaluació inicial del grau d'urgència (triatge) s'indiqui la remissió a l'atenció primària, pràctica que es coneix com a derivació inversa.

4. L'aplicació del triatge permet prioritzar i ordenar l'atenció amb criteris de seguretat clínica. A Catalunya s'utilitza l'anomenat Model Andorrà de Triatge (MAT), que classifica els pacients en 5 nivells de triatge:

1. Situacions que requereixen ressuscitar la persona, amb risc vital immediat (atenció immediata).
2. Situacions molt urgents, de risc vital previsible.
3. Situacions d'urgència, de potencial risc vital.
4. Situacions de menor urgència, potencialment complexes, però sense risc vital.
5. Situacions no urgents, que permeten una demora de l'atenció, poden ser programades sense risc per al malalt.

És important tenir present que el MAT classifica els pacients segons el grau d'urgència, és a dir, prioritzant qui ha de ser atès abans, i no pas segons la gravetat del pacient (vegeu el document referenciat en la nota a peu de pàgina anterior).

Estructura de l'informe

Seguidament, es descriuen el marc normatiu i l'entitat objecte de fiscalització. La resta de l'informe s'estructura de la manera següent: en l'apartat 2 es descriuen els aspectes metodològics del treball d'auditoria; l'apartat 3 conté les conclusions per cadascun dels objectius de la fiscalització, i l'apartat 4, les recomanacions sobre millores en la gestió de l'activitat assistencial urgent de l'entitat i en les activitats desenvolupades per l'ICS i el CatSalut, en el marc de les seves competències. Finalment, l'apartat 5 exposa amb detall els resultats de l'auditoria.

1.1. MARC NORMATIU

L'HUAV és un dels 8 centres hospitalaris gestionats per l'Institut Català de la Salut (ICS). D'acord amb la memòria d'activitat de l'any 2022, l'ICS és l'empresa pública de serveis de salut més gran de Catalunya, amb 52.500 professionals que presten servei al 76,2% de la població de Catalunya. L'ICS gestiona 289 equips d'atenció primària i, a més, participa en el Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample i en el Consorci Castelldefels Agents de Salut. L'Institut també gestiona 3 grans hospitals terciaris d'alta tecnologia (Vall d'Hebron, Bellvitge i Germans Trias), 4 hospitals de referència territorial (Arnau de Vilanova de Lleida, Joan XXIII de Tarragona, Josep Trueta de Girona i Verge de la Cinta de Tortosa) i un hospital comarcal (Viladecans).

D'acord amb la Llei 8/2007, del 30 de juliol, de l'Institut Català de la Salut (d'ara en endavant, la Llei de l'ICS), l'ICS es constitueix com a entitat de dret públic de la Generalitat, que actua subjecte al dret privat i té personalitat jurídica pròpia i plena capacitat d'obrar. Gaudeix d'autonomia funcional i de gestió, resta adscrit al CatSalut i té la condició de mitjà propi instrumental i de servei tècnic de l'Administració de la Generalitat i dels ens que en depenen.

L'article 2 de la Llei de l'ICS es regeix per aquesta llei, per les normes de desenvolupament que ha d'aprovar el Govern, a qui correspon aprovar-ne els estatuts, i pels acords que adopti el seu consell d'administració dins aquest marc. Resta sotmès a la normativa reguladora del sector públic de la Generalitat, a la normativa sobre finances públiques i del patrimoni de la Generalitat i, en general, a la resta de normes de dret públic en les matèries establertes per aquesta llei.

Pel que fa a la prestació dels serveis sanitaris i sociosanitaris, l'article 14 de la mateixa llei estableix que la prestació de serveis de l'ICS per compte del CatSalut s'articula per mitjà d'un contracte programa subscrit per ambdues entitats, amb l'aprovació prèvia del govern, a proposta conjunta dels departaments competents en matèria de salut i d'economia i finances, i d'acord amb la normativa aplicable al sector públic de la Generalitat. En el con-

tracte programa, d'una durada màxima de 5 anys, s'hi han de fer constar, entre d'altres, la relació de serveis i activitats que ha de prestar l'ICS per compte del CatSalut, l'avaluació econòmica corresponent, els recursos amb relació als sistemes de compra i de pagament vigents, els objectius i el finançament, relació en què han de constar els diversos centres, serveis i establiments de l'Institut. Addicionalment, el contracte programa ha d'establir un programa anual per a cada centre, servei i establiment de l'Institut, que n'ha d'assegurar la suficiència pressupostària, en cas d'augment inesperat de la demanda o per la complexitat de les prestacions.

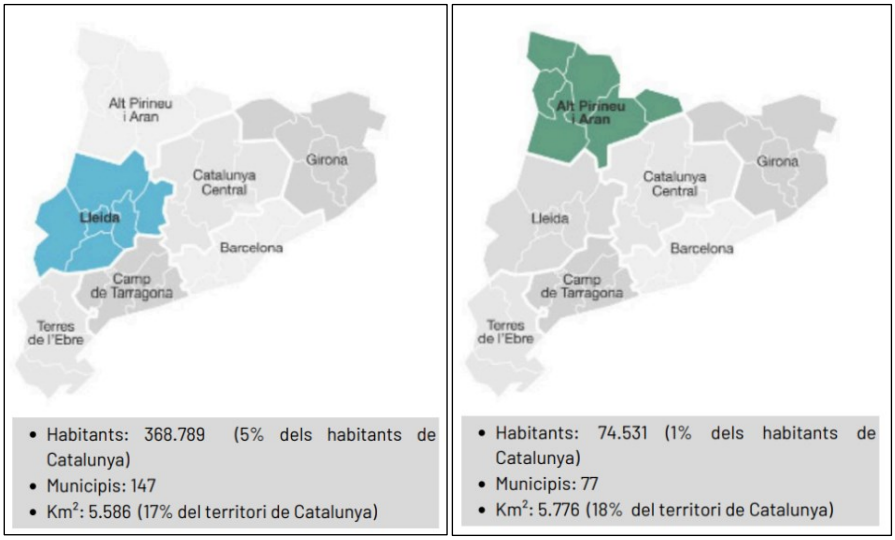
D'acord amb l'article 15 de la Llei de l'ICS, en cas que hi hagi prestació de serveis a un tercer obligat al pagament, l'ICS ha de reclamar, a l'empara de l'article 83 de la Llei general de sanitat, el pagament de la taxa o el preu públic pertinent, en virtut de les normes legals o reglamentàries, de les d'assegurances públiques o privades, o de les de responsabilitat per lesió o malaltia causades a les persones assistides per l'ICS. En cas de convenis o concerts amb tercers obligats al pagament, se'ls ha de reclamar l'import de l'assistència prestada d'acord amb els termes del conveni o concert corresponent.

1.2. ENTITAT FISCALITZADA

L'HUAV és el centre de referència de malalts aguts de les regions sanitàries de Lleida i de l'Alt Pirineu i l'Aran, a més d'exercir també influència sobre la Franja Oriental de l'Aragó.[5] L'any 2022 la seva població de referència era d'aproximadament 445.000 habitants en el conjunt d'aquests territoris. A la Regió Sanitària de Lleida es van atendre 237.048 urgències, i a la d'Alt Pirineu i Aran, 71.300 urgències, amb el suport de la resta de recursos assistencials disponibles per a la prestació de serveis d'atenció continuada i urgent.

5. El 29 d'abril del 2005 se signà el Conveni marc de col·laboració entre el Departament de Salut i Consum del Govern d'Aragó i el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, per tal de coordinar les actuacions d'ambdues administracions en matèria sanitària, per raons de proximitat i pel fet de ser territoris limítrofs. En virtut d'aquest conveni, als hospitals de la Regió Sanitària de Lleida s'atenen pacients dels municipis que formen part de la Franja d'Aragó, uns 32.490 habitants de les zones limítrofes de les províncies d'Osca i Saragossa.

Figura 4. Població de referència de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i dispositius assistencials d'urgències disponibles, Lleida i Alt Pirineu i Aran. Exercici 2022



15 CAC 1 CUAP 2 serveis hospitalaris 237.048 urgències ateses 27 unitats assistencials SEM 3.894 professionals ICS 94,05% de la població assignada a l'atenció primària de l'ICS	10 CAC 0 CUAP 4 serveis hospitalaris 71.300 urgències ateses 18 unitats assistencials SEM 216 professionals ICS 60,7% de la població assignada a l'atenció primària de l'ICS

Font: Memòria de la Regió Sanitària (CatSalut) i la Gerència Territorial (ICS), Lleida i Alt Pirineu i Aran.
Nota: La dada urgències ateses inclou CUAP i hospitals.

L'HUAV és centre universitari des de l'any 1995 i col·labora amb la Universitat de Lleida en la formació d'estudiants de Medicina, Infermeria i altres llicenciatures biomèdiques. Forma part també de l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida des de la seva fundació.

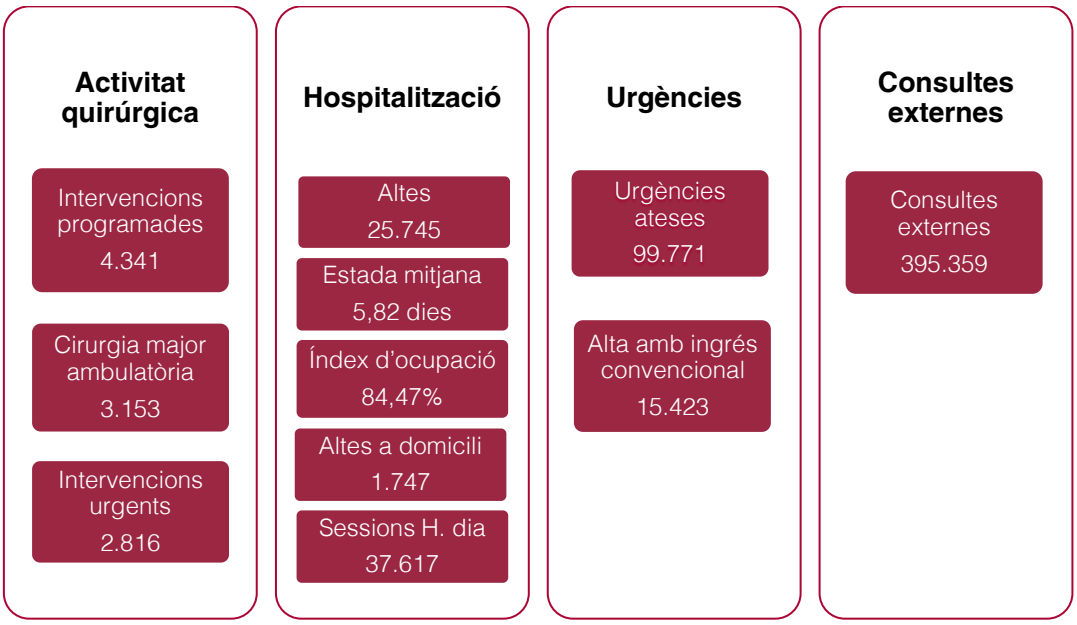
El mes d'abril de 2017 l'ICS-Gerència Territorial de Lleida i de l'Alt Pirineu i l'Aran i l'empresa pública Gestió de Serveis Sanitaris (GSS),[6] adscrita al CatSalut, van formalitzar una aliança

6. D'acord amb els estatuts de l'empresa pública GSS, aprovats per l'Acord de Govern de la Generalitat de Catalunya del 20 de juliol del 1992, el seu objectiu és la gestió i l'administració dels serveis traspassats de la Diputació de Lleida a l'Administració de la Generalitat de Catalunya en matèria sanitària mitjançant el Decret 167/1992, del 20 de juliol. També té com a objectiu la gestió i l'administració dels centres, els serveis i les normes de protecció de la salut i d'atenció sanitària, sociosanitària, salut mental i atenció social que determini el Servei Català de la Salut, dels programes institucionals en matèria de promoció i protecció de la salut, prevenció de la malaltia, assistència sanitària, sociosanitària i rehabilitació i les prestacions del sistema sanitari públic, principalment en l'àmbit territorial de les comarques de Lleida.

estratègica per a la gestió conjunta per part dels professionals de cada especialitat, d'una i altra entitat, de les prestacions de serveis de caràcter sanitari, assistencial i social en el seu àmbit d'influència, que ha estat actualitzat el mes de març del 2022. L'acord regula la constitució d'una estructura directiva de suport conjunt, una estructura assistencial conjunta per a les diferents especialitats mèdiques i estructures de suport territorial. Aquest model de gestió conjunta és present a l'Hospital Universitari Arnau Vilanova de Lleida, l'Hospital de Santa Maria i l'Hospital Comarcal del Pallars, els quals comparteixen gerència única.

L'any 2022 l'HUAV va atendre 99.771 contactes urgents al seu servei d'urgències, un 0,66% menys que l'any 2019, just abans de la pandèmia de la covid-19, quan en va atendre 100.416. D'entre ells, un total de 15.423 pacients van ser donats d'alta amb ingrés hospitalari convencional.

Figura 5. Activitat hospitalària de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Exercici 2022



Font: Memòria de la Gerència Territorial de Lleida ICS-GSS i CMBD-UR, 2022.

1.3. CONJUNT MÍNIM BÀSIC DE DADES D'URGÈNCIES

Adaptar les respostes del sistema sanitari a la demanda d'atenció urgent requereix necessàriament sistemes d'informació de qualitat que permetin conèixer la situació als diferents serveis de manera automatitzada, fiable i sistemàtica. Així ho establia l'eix 8è del PLANUC aprovat l'any 2017.

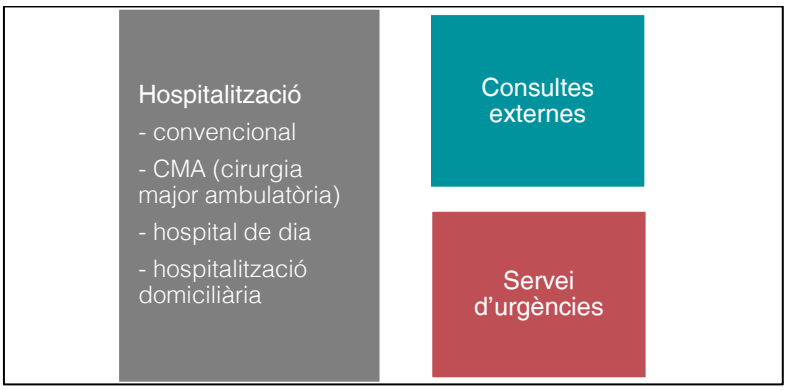
Una de les fonts d'informació de què disposa el CatSalut per fer el seguiment de l'activitat de l'atenció urgent és el conjunt mínim bàsic de dades d'urgències (CMBD-UR), posat en

marxa el mes de gener del 2013 mitjançant la Instrucció 6/2012 del CatSalut, amb l'objectiu de disposar d'informació sobre la morbiditat de la població atesa als diferents dispositius d'atenció a les urgències del Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya (SISCAT). Aquesta informació havia d'estar basada en criteris homogenis que en permetessin la integració i comparació, per tal de millorar la qualitat dels processos de planificació, gestió i avaluació dels serveis d'urgències, tant pel que fa a aquests serveis específicament, com a la relació amb el conjunt de serveis del sistema de salut de Catalunya.

L'atenció urgent es presta en dispositius específicament orientats a aquesta finalitat (serveis d'urgències hospitalàries, CUAP i SEM), i per tant, aquests 3 dispositius són àmbits de notificació del registre del CMBD-UR. Un quart dispositiu on també s'atenen demandes d'atenció immediata o urgent, de complexitat baixa o moderada, són els PAC, tot i que la seva activitat la duen a terme els professionals dels equips d'atenció primària de la xarxa pública i, per aquest motiu, aquestes visites s'enregistren al registre CMBD d'Atenció Primària (CMBD-AP).

Així doncs, en l'àmbit de l'atenció hospitalària conviuen 3 àmbits de notificació dels registres del CMBD:

Figura 6. Àmbits de notificació dels registres del CMBD



Font: Elaboració pròpia.

Registre CMBD-HA (hospital d'aguts)

Registre CMBD-AEA (atenció especialitzada ambulatòria)

Registre CMBD-UR (urgències)

D'acord amb el darrer manual de notificació del CMBD-UR redactat per la Divisió d'Anàlisi de la Demanda i l'Activitat del CatSalut l'any 2019, les principals utilitats dels registres del CMBD que recullen dades d'atenció immediata o urgent són:

- Planificació i gestió de serveis: identificació de necessitats d'atenció urgent a partir de la morbiditat atesa, l'anàlisi de la utilització de serveis urgents, els estudis de fluxos entre els diferents dispositius i la definició de grups de malalts fràgils o de risc.

- Gestió clínica: anàlisi de la variabilitat en la pràctica clínica, anàlisi de l'adequació de l'atenció, identificació dels principals problemes de salut atesos en els diferents nivells d'atenció immediata i d'urgències, entre d'altres.

- Avaluació d'intervencions: conèixer els patrons d'utilització de recursos d'urgència i la seva relació amb altres àmbits assistencials (hospitalització en hospitals d'aguts, centres sociosanitaris o de salut mental).

- Recerca epidemiològica i de serveis.

- Compra de serveis: incorporació de factors d'ajust en els sistemes de pagament, identificació de pacients i activitat segons el règim econòmic.

Aquest manual recull també els criteris de notificació de la informació al registre CMBD-UR per part dels centres proveïdors del SISCAT.

La unitat de registre és el contacte, entès com l'atenció que es dona a un pacient des del moment de l'admissió a un SUH, a un CUAP, o des del moment en què és atès pel SEM, fins que abandona el dispositiu d'urgències. S'han de notificar al CMBD-UR tots els contactes que s'han enregistrat al servei d'admissions d'urgències (encara que no hagin estat ni triats ni atesos), i també s'han de notificar els pacients que arribin amb aturada cardiorespiratòria irreversible.

En el cas dels SUH, es considera activitat d'un servei d'urgències la que es genera des que el malalt arriba, fins que és donat d'alta d'aquest servei (per anar al domicili, ingressar en algun dels serveis hospitalaris, ser traslladat a algun altre centre), o fins que es produeixi una alta voluntària, administrativa o evasió.

2. ABAST I METODOLOGIA

2.1. OBJECTE I ABAST

L'objectiu d'aquest informe de fiscalització operativa és avaluar l'eficiència, l'eficàcia i l'economia de la gestió de l'atenció urgent prestada per l'Hospital Arnau de Vilanova. S'ha incorporat l'enfocament avaluador en la planificació i l'execució dels treballs, en el sentit que s'hi inclouen alguns objectius propis de l'avaluació dels programes i polítiques públiques, com ara l'avaluació de les necessitats i les eines de governança; la coherència interna i externa de la política, i la pertinença i rellevància dels objectius estratègics.

Per tal de poder avaluar aquesta gestió s'han definit 4 objectius principals, expressats en forma de preguntes, que comprenen tots els aspectes que s'han avaluat i que estan adreçats a respondre a l'objectiu global de l'auditoria:

1. Recursos i mitjans adscrits

   Els instruments disponibles permeten dimensionar i distribuir els recursos humans sanitaris segons les necessitats assistencials de la població?

2. Demanda i activitat

   S'avalua la demanda assistencial urgent, els fluxos en la continuïtat assistencial i la seva coherència amb l'activitat assistencial contractada pel CatSalut?

3. Procés assistencial i temps d'atenció

   S'han dissenyat circuits sobre aspectes operatius i funcionals de la gestió integral del procés assistencial urgent i s'implementen com està previst?

4. Avaluació i indicadors de qualitat

   S'avalua i es difon el seguiment periòdic de les activitats, del compliment de les instruccions i estàndards de qualitat i del grau d'assoliment dels objectius?

Cadascun d'aquests objectius s'ha dividit en diversos subobjectius o subpreguntes, per als quals s'han establert criteris, qualitatius i quantitatius, entesos com estàndards o punts de referència per tal d'avaluar l'evidència, arribar a conclusions i respondre sobre els objectius de l'auditoria (vegeu l'annex 2 de l'informe). Els resultats d'auditoria que donen resposta a aquestes preguntes són a l'apartat 5 de l'informe.

Encara que l'àmbit temporal d'aquest informe ha estat l'exercici 2022, quan s'ha considerat necessari per completar el treball, s'ha ampliat a períodes anteriors o posteriors. Concretament, s'ha comparat l'activitat amb les xifres de l'any 2019, per tal d'evitar l'impacte assistencial que va tenir la pandèmia de la covid-19 i s'han fiscalitzat fets posteriors d'interès en relació amb la planificació, la gestió i l'avaluació de l'activitat d'urgències.

2.2. METODOLOGIA

El treball de fiscalització s'ha dut a terme d'acord amb els principis fonamentals de fiscalització de les institucions públiques de control extern i les normes tècniques d'auditoria que es desprenen de la ISSAI-CA 300, sobre els principis fonamentals de la fiscalització operativa, i la GPF-CA 3000, la GPF-CA 3910 i la GPF-CA 3920, sobre l'auditoria operativa.

Per tal de realitzar el treball, la Sindicatura ha dut a terme una anàlisi prèvia de l'entorn relacionat amb la matèria. Amb aquesta finalitat, s'ha consultat i revisat la documentació que s'ha considerat més rellevant, com la legislació aplicable, els contractes públics vigents, informació econòmica i pressupostària, estadístiques oficials i estudis de recerca d'organitzacions i professionals especialitzats.

A partir dels objectius, les preguntes, l'abast i els criteris de l'auditoria definits en la fase de disseny de l'auditoria, la Sindicatura ha determinat en cada cas l'evidència necessària i els mètodes més adequats per contrastar els criteris d'auditoria i obtenir evidència adequada i suficient que sustenti els resultats d'auditoria, mitjançant mètodes quantitatius i qualitatius. Així doncs, els mètodes emprats per tal d'arribar als resultats d'auditoria han combinat l'evidència documental, analítica, física i testimonial, en aquest darrer cas mitjançant entrevistes amb les parts interessades (experts tècnics i legals, entitats auditades i altres actors interessats).

El recull de les percepcions i experiències de diferents participants en aquesta política, les parts interessades, ha constituït també una font d'informació important per a l'anàlisi de la intervenció, atès que la mirada dels diferents actors implicats ha aportat punts de vista valuosos per entendre com ha funcionat el seu desplegament. Així mateix, la Sindicatura ha mantingut reunions, juntament amb l'alta direcció i els responsables de l'entitat fiscalitzada, per tal de comentar i contrastar els resultats de les conclusions i recomanacions preliminars.

3. CONCLUSIONS

A continuació es presenta el detall de les conclusions observades per al conjunt de les preguntes d'avaluació dels serveis d'urgències hospitalàries de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, referit a l'exercici 2022. Els resultats d'auditoria que motiven i expliquen aquestes conclusions són a l'apartat 5 de l'informe.

En termes generals, les conclusions a les quatre preguntes principals que s'han definit posen en relleu problemes cabdals de governança que afecten el marc jurídic que regula la contractació de l'activitat assistencial i la planificació, el desplegament territorial, l'avaluació, la transparència i el retiment de comptes de la política pública, a més d'altres aspectes que constitueixen un incompliment del dret a una bona administració, i per tant afecten negativament l'eficiència, eficàcia i l'economia en la gestió de la política pública.

Els instruments disponibles permetien dimensionar i distribuir els recursos humans sanitaris segons les necessitats assistencials de la població?

La Sindicatura conclou que no existeixen elements de coherència interna en el disseny de la política, en el sentit que no s'han definit ni implementat accions i activitats prou rigoroses per tal d'assolir tots els objectius estratègics. Pel que fa a la coherència externa, no hi ha una coherència idònia entre els objectius de la política i els expressats en altres intervencions del territori, com l'atenció primària o sociosanitària.

Així mateix, no es dona una pertinença adequada dels objectius estratègics desplegats, amb les necessitats existents, de manera que les mesures i actuacions estratègiques no estan sempre orientades a resoldre els problemes detectats. Per altra banda, les mancances detectades en l'ordenació dels recursos humans, l'estructura organitzativa dels dispositius d'urgències i el finançament del cost de la prestació del servei afecten directament la millora de la qualitat, l'eficàcia, l'eficiència i l'economia dels serveis prestats.

Aquesta conclusió es deriva de l'anàlisi dels següents subobjectius d'auditoria:

El Govern ha dissenyat un pla estratègic en el qual s'emmarquin l'atenció a les urgències a Catalunya i els agents implicats i s'identifiqui les necessitats d'atenció i ha informat i involucrat les parts interessades?

El Pla estratègic nacional dissenyat presenta mancances importants en el seu desplegament territorial, no compta amb un sistema robust d'indicadors, no es promou ni s'ha institucionalitzat la cultura de l'avaluació i no s'ha implicat prou les parts interessades, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.1.1):

1. El marc de governança territorial presenta debilitats importants. Els eixos principals de planificació estratègica que es van dissenyar a escala nacional, en el marc del Pla nacional d'urgències de Catalunya (PLANUC), no han estat desplegats ni implementats amb la mateixa concreció ni previsió que ho feia el pla nacional, de manera que alguns dels objectius estratègics no troben el seu encaix en el desplegament territorial.

   El Comitè Operatiu Territorial d'Urgències i Emergències (COUE) al territori de Lleida, responsable de concretar-ne territorialment les línies estratègiques, només va formalitzar en acta les seves reunions en 3 ocasions els 2 darrers mesos de l'any 2022, en les quals no es va comptar amb la presència de cap membre en representació de la Gerència Territorial de l'ICS. En les sessions de l'any 2023 tampoc es va avançar en aspectes rellevants com el disseny de quadres de comandament amb informació adequada per a la presa de decisions, ni s'han impulsat auditories de qualitat del servei prestat en l'àmbit de l'atenció urgent i continuada, que continuaven pendents.

2. El desplegament de les accions de planificació estratègica no compta amb un sistema robust d'indicadors que reti comptes dels aspectes més crítics del seu funcionament. No hi ha sistemes d'informació estructurats que estableixin de manera clara i precisa indicadors d'implementació o de resultats per tal de valorar l'eficàcia, l'eficiència i l'economia del desplegament dels objectius, i no s'ha fixat fites o llindars de referència per a les diferents dimensions.

3. No es promou ni s'ha institucionalitzat la cultura de l'avaluació i no s'ha implicat prou les parts interessades en la implementació dels plans estratègics.

   En aquest sentit, els responsables de la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències (SOCMUE) entrevistats han manifestat que, tot i participar del disseny inicial del PLANUC, no han participat de les avaluacions en el desplegament d'aquest pla. Ni aquesta societat, ni els responsables dels serveis assistencials d'urgències de l'HUAV en el moment de la fiscalització, eren coneixedors dels resultats de l'avaluació que es va fer del PLANUC l'any 2021, ni tampoc compten amb altres eines habilitades amb indicadors essencials per tal de poder prendre decisions de manera informada.

Hi ha un pla funcional d'ordenació de l'estructura de recursos humans de l'hospital i de dimensionament del dispositiu, d'acord amb les previsions del Pla estratègic?

Els reptes estratègics que es perseguien en aquest àmbit no han estat assolits en el territori de l'HUAV, on manquen plans d'ordenació per als professionals adscrits al servei d'atenció urgent, no compten amb especialitat homologada ni s'ha avaluat les seves competències individuals, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.1.2):

4. Els reptes estratègics que perseguia el Departament de Salut i el CatSalut, definits en l'eix 9è del PLANUC, adreçats a potenciar el desenvolupament dels professionals que presten l'atenció urgent, no han estat assolits en el territori on l'HUAV és centre de referència.

   La manca de plans d'ordenació per als professionals d'atenció continuada i urgent ha afectat la planificació del dimensionament de les plantilles en els dispositius, els sistemes d'avaluació de competències, l'adequació dels llocs de treball a les necessitats i el desenvolupament efectiu de responsabilitats. Aquestes fites haurien d'haver trobat els mecanismes adequats de desplegament a través dels plans estratègics territorials.

5. D'acord amb el Pla d'ordenació de recursos humans de l'ICS aprovat per al període 2022-2026, la categoria de metge d'urgències és una categoria deficitària a totes les direccions d'atenció primària i hospitals de l'ICS.[7] Fins a la data de la fiscalització, la

7. El recent mes de juliol del 2024 el Consell de Ministres ha aprovat la nova especialitat de Medicina d'Urgències i Emergències a l'Estat espanyol, tot i que queda pendent d'aprovació encara la del col·lectiu d'infermeria.

formació d'aquests professionals ha estat força irregular i heterogènia, alguns dels professionals que presten serveis en aquests dispositius no tenen especialitat homologada i la seva expertesa en urgències no s'ha anat adquirint per formació reglada, sinó pel temps de residència que passen als dispositius d'urgències.

6. Les retribucions variables pagades als professionals adscrits al servei d'urgències de l'HUAV no responen a l'avaluació de competències individuals dels professionals i no es valora la seva conducta professional, el rendiment o l'assoliment de resultats concrets. Per aquest motiu, no contribueixen a incentivar la millora de la qualitat, l'eficàcia i l'eficiència de la prestació del servei.

És adequada l'estructura organitzativa dels dispositius assistencials d'urgències a la demanda assistencial del centre, en termes de recursos i organització?

L'HUAV no compta amb instruments o criteris que garanteixin una planificació adequada dels recursos, el marc de governança presenta debilitats rellevants, alguns perfils professionals no estan coberts i no s'ha dissenyat un programa de formació continuada i específica per als professionals adscrits al servei, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.1.3):

7. No hi ha una planificació adequada del dimensionament de les plantilles de professionals adscrits al servei d'urgències, per tal de garantir una atenció de qualitat, que millori els fluxos de pacients, adaptada a les necessitats de la població. No es dimensiona la ràtio de personal mèdic/d'infermeria per trams horaris, ni tampoc la ràtio de professionals facultatius, graduats en infermeria, tècnics auxiliars d'infermeria o residents sobre la base del nombre d'urgències ateses, i no s'han definit protocols interns de regulació de la participació dels especialistes en el servei d'urgències.

8. Els llocs de direcció estratègica de l'HUAV —la Direcció Mèdica, la Direcció de Persones i la Direcció de Qualitat Territorial— els ocupa personal amb dependència orgànica de GSS (CatSalut), i no de l'ICS, mentre que la Gerència Territorial depèn orgànicament de l'ICS, i presta serveis també a GSS. Els professionals que ocupen aquests llocs de comandament, a més del director financer de l'hospital, presten també suport territorial desenvolupant les mateixes funcions a l'Hospital Comarcal del Pallars i a l'Hospital Universitari Santa Maria.

   Aquesta estructura de gestió compartida comprèn el suport assistencial d'urgències i la coordinació territorial i es deriva de l'aliança estratègica formalitzada entre l'ICS-Gerència Territorial de Lleida i l'empresa pública GSS, adscrita al CatSalut. Tanmateix, l'acord no dona el compliment adequat als principis de transparència i retiment de comptes, des del punt de vista del control per part de l'ICS; a l'obligació de publicitat de les retribucions de les compatibilitats autoritzades, ni tampoc als principis d'igualtat, mèrit, capacitat,

publicitat i objectivitat en la selecció del personal directiu i de comandament, en contra del que estableixen la disposició addicional vuitena de la Llei 3/2015, de l'11 de març, de mesures fiscals i financeres, i també els principis bàsics del TRLEBEP.

9. Els perfils professionals com el suport a geriatria, farmàcia, mediació intercultural i de gestió dels espais, rellevants per a la qualitat i l'eficiència de l'atenció al servei d'urgències, no estan coberts a l'HUAV, o no ho estan en tots els torns del servei.

   El 75% dels professionals d'infermeria que realitzen el triatge de pacients són personal amb una vinculació laboral temporal, el 37% dels quals amb una antiguitat inferior a 5 anys. No hi ha cap regulació per a la composició d'aquests equips, ni els professionals s'hi dediquen de forma exclusiva, tot i que són aspectes rellevants, atès que el triatge mesura la prioritat en l'ordre d'atenció.

   Pel que fa al personal resident que fa guàrdies de presència física al servei de medicina d'urgències s'ha comprovat que no es van complir les dotacions mínimes exigides en tots els torns de guàrdia, o el nombre mínim de guàrdies mensuals requerides en funció de l'any de residència, en els termes que estableixen els protocols interns del centre. Aquest col·lectiu també ha destacat la necessitat de millora d'alguns aspectes del servei d'urgències, vinculats a la seva supervisió, formació, descansos i signatura de documents del procés assistencial.

   Està previst que a finals d'aquest any 2024 l'HUAV implementi el triatge avançat amb resolució per part d'infermeria al servei d'urgències, que permetrà avançar proves diagnòstiques i prendre decisions que redueixen els temps d'espera dels pacients. L'any 2023 l'hospital va rebre l'acreditació de la Geriatria d'Urgències.

10. No s'ha dissenyat un programa de formació continuada i específica en relació amb les competències dels professionals adscrits al servei d'urgències, i es desconeix a quins cursos concrets han assistit o amb quin aprofitament ho han fet. Per altra banda, hi podria haver facultatius realitzant activitats assistencials, públiques o privades, en altres centres sense haver sol·licitat la preceptiva autorització de compatibilitat.

La prestació del servei s'ha determinat en termes d'economia?

No hi ha un sistema de comptabilitat analítica homogeni per als centres proveïdors de l'ICS ni aquesta és una necessitat inclosa en la planificació estratègica del CatSalut, de manera que els preus i les tarifes que retribueix per l'activitat assistencial d'urgències no responen a l'escandall o estudi de costos propis de la prestació, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.1.4):

11. La contraprestació del CatSalut a l'HUAV pels serveis d'atenció urgent hospitalària prestats l'any 2022, 11,59 M€, es deriva de la clàusula de pagament que les parts van formalitzar, extemporàniament, el mes de març de 2023, sense l'empara del preceptiu contracte programa. El seu import s'ha calculat a partir dels preus unitaris que es deriven de l'aplicació del Decret 118/2014, del 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut. Tanmateix, a diferència de la resta de proveïdors del SISCAT, l'ICS percep l'import estipulat en la clàusula corresponent, amb independència de l'activitat efectivament realitzada. D'altra banda, les clàusules subscrites amb l'HUAV l'any 2022 establien un finançament addicional de les urgències per import de 3,22 M€, a través d'un programa específic.

    D'acord amb la informació facilitada per la Direcció Financera de l'HUAV, i tenint en compte l'import del programa específic addicional, el dèficit de finançament estimat per l'activitat assistencial d'urgències de l'HUAV era d'1,61 M€ al tancament del 2022. Per nivells de triatge dels pacients atesos, la tarifa retribuïda pel CatSalut va ser deficitària per als nivells de triatge de pacients 1 a 3, el 53,3% de les urgències que es van atendre a l'HUAV l'exercici 2022.

12. La necessitat d'un sistema d'informació de costos homogeni no forma part de la planificació estratègica del CatSalut. No hi ha un sistema de comptabilitat analítica homogeni per als centres proveïdors de l'ICS, ni per al grup de centres pertanyents al SISCAT, de manera que els preus i les tarifes que retribueix el CatSalut per l'activitat assistencial d'urgències no responen a l'escandall de costos propis de la prestació.

13. L'any 2022 l'HUAV va registrar ingressos per 686.354 € de mutualitats públiques, mutualitats obligatòries, assegurances lliures i particulars, com a rescabalament per l'atenció prestada a pacients d'urgències amb tercers obligats al pagament, que correspon a un 3,36% de les urgències ateses. En la data dels treballs d'auditoria, desembre del 2023, el saldo de dubtós cobrament amb origen en ingressos meritats abans del 2022 era de 134.457 €.

    El CatSalut no efectua controls o inspeccions de la informació i documentació de l'HUAV per tal de comprovar la correcta atribució de la responsabilitat i el finançament en la prestació, tot i que hi està facultat per tal de donar compliment a l'article 83 de la Llei 14/1986, general de sanitat.

S'avalua la demanda assistencial urgent, els fluxos en la continuïtat assistencial i la seva coherència amb l'activitat assistencial contractada pel CatSalut?

La contractació del servei d'atenció hospitalària urgent per part del CatSalut, els circuits de derivació assistencial entre els diferents dispositius i l'adequació del nivell assistencial de l'atenció prestada són aspectes que afecten directament la planificació de l'activitat i

provoquen desajustos en el seu finançament. D'altra banda, impliquen manca de coherència externa en la intervenció pública al territori.

Aquesta conclusió es deriva de l'anàlisi dels següents subobjectius d'auditoria:

El grau d'utilització dels serveis d'urgències i la seva evolució és coherent amb l'activitat contractada pel CatSalut?

L'ICS i el CatSalut no han formalitzat l'instrument jurídic preceptiu que hauria de regular la seva relació ni es disposa de mecanismes acurats de predicció de la demanda. Això té implicacions en l'activitat contractada, que s'ajusta anualment de manera extemporània, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.2.1):

14. L'activitat d'atenció hospitalària urgent és contractada pel CatSalut als centres proveïdors de l'ICS mitjançant clàusules anuals per les quals es contracta el conjunt de l'activitat assistencial especialitzada d'aguts: l'hospitalització, les urgències, les consultes externes, implants quirúrgics, tractaments específics i altres dispositius i tractaments específics. La clàusula anual de l'any 2022 es va subscriure de manera extemporània, durant el primer trimestre de l'any següent al de la prestació de l'activitat, sense el marc del contracte programa que preveuen la Llei 8/2007, del 30 de juliol, de l'Institut Català de la Salut i també els estatuts d'aquesta entitat, que les parts no han formalitzat mai.

    La subscripció de les clàusules anuals abans de l'inici de la realització de l'activitat hauria de ser la regla general, atès que els convenis es perfeccionen amb el consentiment. En el cas de la clàusula anual de l'activitat urgent de l'any 2022, formalitzada el mes de març del 2023, i atès que no s'hi preveu l'eficàcia retroactiva, constitueix una causa d'anul·labilitat, de conformitat amb l'article 48 de la Llei 39/2015, de l'1 d'octubre, del procediment administratiu de les administracions públiques. D'acord amb l'article 52.2 d'aquesta mateixa norma, aquesta clàusula hauria de ser objecte de convalidació amb efectes retroactius, a la data en què havia de produir els seus efectes.

    Per altra banda, l'incompliment del mandat normatiu, tant pel que fa a la manca de formalització del contracte programa, com a la subscripció de les clàusules anuals addicionals després de la finalització de la vigència temporal, constitueix un incompliment del dret, deure i principi rector d'una bona Administració, d'acord amb el dret reconegut a l'article 30 de l'Estatut d'autonomia de Catalunya, atès que denota l'incompliment del deure de la diligència deguda per part del Servei Català de la Salut i de l'ICS, com a diligència qualificada que els és exigible.

    Així mateix, denota una manca de control per part del Govern en l'avaluació normativa *ex-post* sobre el compliment de la Llei de l'ICS i dels seus estatuts, i també en les funcions de control intern d'aquestes institucions atribuïdes a la Intervenció General de

l'Administració de la Generalitat, controls que són d'especial rellevància quan afecten el disseny i la implementació de polítiques públiques darrere de les quals hi ha la prestació de serveis de caràcter essencial.

15. La predicció de la demanda d'activitat urgent no és prou acurada per tal de garantir que es faci arribar els serveis assistencials a la població diana de manera adequada i equitativa, ni contribueix a l'ajust entre l'oferta i la demanda del servei, o a minimitzar la saturació que pot patir en determinats períodes, en contra del que disposa l'article 16 del Decret 118/2014, del 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut.

16. A partir de l'any 2020, després de l'efecte de la pandèmia de la covid-19, la tendència en la utilització dels serveis d'urgències va ser creixent a Catalunya, també a l'HUAV, a raó de prop del 17% anual, i també ho va ser l'import de la contraprestació rebuda del CatSalut per l'activitat prestada, però en menor grau, entorn del 12%.

    La demanda d'atenció urgent a l'HUAV l'any 2022 va incloure 1.680 contactes provinents dels municipis de la Franja d'Aragó (1,7% del total), en virtut d'un conveni administratiu de col·laboració subscrit entre els governs català i aragonès, que regula la coordinació en matèria d'assistència sanitària i la coordinació dels dispositius necessaris dels pacients de les zones limítrofes d'ambdues comunitats. Amb tot, aquesta activitat no va comptar amb l'empara adequada del conveni esmentat, ja que va deixar de ser vigent l'agost del 2022.

L'atenció assistencial es produeix al nivell assistencial més adequat, en funció del nivell d'urgència? S'han implementat accions correctores per tal de reduir la pressió assistencial al servei d'urgències

Hi ha un problema de sobrecobertura als serveis d'urgències hospitalàries i no s'han adequat mesures correctores per pal·liar-lo, ni internament ni en el marc d'altres intervencions públiques al territori, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.2.2):

17. L'any 2022, l'índex de pressió assistencial d'urgències sobre l'hospitalització era del 77,0% a l'HUAV, per sobre del conjunt de Catalunya (70,5%), amb una tendència creixent des de l'any 2019.

    El volum d'urgències ateses a l'HUAV l'any 2022 amb nivells de triatge sense risc vital (nivells 4 i 5) va ser notori, atès que representava el 45,27% dels casos atesos, però inferior a l'agregat de Catalunya, on representava el 60,1%. Aquestes dades suggereixen que hi ha un problema de sobrecobertura als serveis d'urgències hospitalàries, ja que aquests dispositius estan orientats a atendre urgències amb risc vital.

Per al cas de l'HUAV, la Sindicatura ha calculat un indicador ajustat de les urgències amb risc vital, definit com la relació (ràtio) entre les urgències amb risc vital observades, i les urgències amb risc vital esperades, segons un model d'ajust. El resultat de l'indicador ajustat per a l'HUAV, superior a 1, ha permès concloure que les urgències ateses en aquest hospital l'any 2022 s'adequaven a les esperades en un dispositiu d'urgències hospitalàries, ja que va atendre més casos amb risc vital del que s'esperava segons els factors d'ajust. Tanmateix, aquest resultat està condicionat pel fet apuntat que hi ha sobrecobertura en l'àmbit de l'atenció urgent hospitalària al conjunt de Catalunya.

Dels resultats de les enquestes de satisfacció PLAENSA corresponents a l'any 2022 es desprèn que la majoria d'usuaris dels SUH a Catalunya hi acudien per iniciativa pròpia, principalment perquè creien que era l'únic lloc on podien solucionar el seu problema. Aquest patró s'observa també en les respostes del usuaris de l'HUAV, tot i que de manera més atenuada, ja que hi perd importància la iniciativa pròpia en favor de les derivacions procedents de l'atenció primària.

L'HUAV no ha consensuat ni aprovat circuits de derivació de l'atenció primària de salut al servei d'urgències de l'hospital, ni comptava en el moment de la fiscalització amb criteris clínics de derivació inversa dels dispositius d'urgències hospitalàries cap a l'atenció primària de salut. Els responsables assistencials entrevistats han manifestat que moltes derivacions de l'atenció primària no són adequades, o no estan prou justificades, i en aquests casos no compten amb formularis de preadmissió per tal de prioritzar l'atenció al servei d'urgències hospitalari.

El dispositiu d'atenció primària d'urgències a Lleida és el CUAP Prat de la Riba, ubicat a 1,5 quilòmetres de l'HUAV. La seva estructura organitzativa i de recursos presenta alguns trets rellevants, destacats en les auditories realitzades pel CatSalut l'any 2021, que afecten negativament la seva capacitat de resolució.

Aquests aspectes impliquen una manca de coherència externa de la intervenció pública en el territori.

18. Les clàusules de pagament del CatSalut a l'HUAV no inclouen indicadors o valors de referència que avaluïn els circuits de derivació entre diferents dispositius, o la coordinació i continuïtat de l'atenció entre serveis al territori, i per tant no contribueixen a assolir un millor grau d'accessibilitat i una resolució en el nivell i recurs assistencial més adient, en contra del que disposa el Decret 118/2014, del 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut.

S'han dissenyat circuits sobre aspectes operatius i funcionals de la gestió integral del procés assistencial urgent i s'implementen com està previst?

Les observacions pel que fa als protocols que regulen el procés assistencial, la coordinació de recursos en el procés assistencial i de drenatge dels pacients i el monitoratge del procés assistencial d'atenció de les urgències no garanteixen un marc d'eficàcia i d'eficiència en la prestació del servei, ni la pertinença dels objectius operatius fixats.

Aquesta conclusió es deriva de l'anàlisi dels següents subobjectius d'auditoria:

S'han dissenyat i s'apliquen de manera òptima els protocols específics que regulen el procés assistencial i són adequats a les necessitats d'atenció?

Els circuits interns vinculats al procés assistencial i a garantir la continuïtat assistencial han estat estandarditzats mitjançant protocols que presenten un ampli marge de millora, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.3.1):

19. Els circuits interns de gestió i coordinació de l'hospital rellevants per tal de facilitar la continuïtat assistencial dels pacients assistits a l'HUAV, com ara els circuits que afecten les derivacions a realitzar a altres centres o dispositius assistencials, no compten amb protocols consensuats, o bé els que hi ha no estan prou definits.

    El seu disseny no inclou, en cap cas, indicadors per tal d'avaluar la bondat i el compliment dels circuits i procediments interns que s'hi regulen i, per tant, impulsar les mesures correctores necessàries. Per altra banda, l'actualització periòdica que se'n fa per tal d'adaptar els canvis organitzatius, personals i estructurals presenta certa antiguitat en alguns d'ells, superior als 4 anys.

Hi ha una bona coordinació dels recursos durant el procés assistencial i s'optimitza el temps i el procés de drenatge dels pacients?

No hi ha una coordinació assistencial que optimitzi el procés i els temps de drenatge dels pacients atesos a urgències, ni s'han marcat fites concretes en aquest sentit, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.3.2):

20. L'any 2022, la causa més freqüent d'alta al servei d'urgències de l'HUAV va ser l'alta a domicili (75,8%), seguida per l'ingrés al mateix centre (15,7%) i pel trasllat a un altre centre (2,6%).

    L'anàlisi dels indicadors de temps del procés assistencial calculats per la Sindicatura a partir de les urgències ateses a l'HUAV l'any 2022, posa en relleu 2 aspectes fonamentals que afecten directament la saturació del servei d'urgències: d'una banda, el temps fins al triatge del pacient, que es troba condicionat pels canvis de torn del personal; i de

l'altra, la poca capacitat de resolució efectiva del servei d'urgències en el drenatge de pacients quan es troba condicionat a factors externs, com la disponibilitat de llits al mateix centre hospitalari, la disponibilitat de transport o les dificultats en la coordinació amb altres dispositius (sociosanitaris, salut mental, residències i altres hospitals d'aguts).

La literatura científica estableix una associació entre un temps d'espera més llarg a urgències i un increment de la mortalitat, especialment quan hi ha la indicació d'ingrés del pacient. D'altra banda, el Ministeri de Sanitat recomana que el 90% dels pacients atesos en un SUH sigui donat d'alta, ingressat o traslladat a un altre centre en 4 hores des de la seva admissió al servei. L'HUAV estava lluny d'acomplir aquesta recomanació en el cas dels pacients que ingressaven o eren traslladats, atès que l'any 2022 presentava un valor medià d'entre 9 i 10 hores per a aquests pacients. Es podrien assolir reduccions addicionals de la mortalitat si el temps de permanència d'aquests pacients es reduís fins al nivell recomanat.

En el cas de pacients psiquiàtrics, el drenatge de pacients a l'Hospital Universitari de Santa Maria no és sempre fluid i està subjecte a horaris d'atenció que no cobreixen les necessitats i a demores importants en el transport que els trasllada. El mes de setembre del 2023 el Sindicat de Metges de Catalunya va denunciar un estat decadent del Servei d'Urgències de Salut Mental d'aquest hospital i en van responsabilitzar l'empresa pública gestora, Gestió de Serveis Sanitari (GSS), adscrita al Servei Català de la Salut (CatSalut).

Finalment, l'HUAV no informa adequadament el camp que consta al CMBD-UR per als pacients que són traslladats en ambulància en el moment de l'alta al servei d'urgències. Tanmateix, a partir de les dades obtingudes dels registres del SAP assistencial de l'hospital i del mateix SEM (empresa pública responsable del contracte de prestació del servei de transport, adjudicat a Ambulàncies Egara al territori de Lleida) s'ha conclòs que la demora mitjana en la recollida del pacient al servei d'urgències, des que l'HUAV fa la petició del transport fins que hi arriba el vehicle, va ser d'aproximadament 2 hores l'any 2022 (3,3 hores, en el cas de trasllats a residència social).

21. Els responsables de supervisió del servei d'urgències han deixat constància en els registres interns, amb certa freqüència, de la necessitat de cobrir absències de professionals d'infermeria i la dificultat d'aconseguir-ho en alguns casos, fet que no ha quedat acreditat formalment en tots els torns.

22. L'HUAV no disposa d'unitats estructurals o funcionals com a alternativa segura i eficaç a l'hospitalització convencional: no disposa d'un règim permanent de funcionament de l'hospitalització domiciliària, ni d'unitats de curta estada o llits de semicrítics a càrrec d'urgències, i els dispositius d'atenció intermèdia amb què compta al territori no cobreixen totes les necessitats. Pel que fa als pacients que, a priori, no requereixen ingrés hospitalari però han de romandre en observació, l'HUAV no disposa d'una unitat

d'observació d'urgències prou ben dimensionada d'acord amb les necessitats del servei ni està disponible els 7 dies de la setmana.

Es monitora el procés d'atenció a les urgències amb la finalitat d'avaluar-lo, optimitzar-lo i desenvolupar instruments de millora?

Les febleses que presenta el monitoratge del procés assistencial d'urgències comprometen la qualitat de les dades enregistrades i, per tant, la seva avaluació, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.3.3):

23. Hi ha febleses rellevants que comprometen seriosament la qualitat de les dades enregistrades al CMBD-UR de l'HUAV, vinculades al baix nivell de control d'aquest registre; les dificultats en la interpretació i el sistema d'abocament de les dades; la manca de revisió o valoració de les notificacions fetes al registre amb els circuits assistencials, i l'existència de variables temporals amb informació poc versemblant, errors o omissions. Aquest fet ha obligat la Sindicatura a consultar suports externs d'informació assistencial facilitats per l'HUAV durant el treball, per tal de construir una anàlisi adequada de les dades i extreure'n conclusions oportunes.

24. Els defectes en la qualitat de les dades i la manca d'homogeneïtat en l'aplicació dels criteris del manual de notificació del CMBD-UR no han permès a la Sindicatura efectuar comparatives amb l'agregat dels centres de Catalunya pel que fa als indicadors de temps d'atenció i d'espera.

Es dona una resposta adequada a les situacions de necessitat social i vulnerabilitat que presenten els pacients de les urgències hospitalàries?

Els circuits assistencials dissenyats no garanteixen sempre una resposta adequada a les situacions de necessitat social i vulnerabilitat, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.3.4):

25. Un dels motius de desigualtat en l'accés als serveis assistencials és la manca d'informació o de coneixement sobre com utilitzar adequadament els recursos de cobertura universal. La pobresa, la necessitat social i la vulnerabilitat presenten sovint carències en aquest sentit, fet que desequilibra de manera injusta la seva capacitat de convertir els recursos en benestar. En aquest sentit, l'HUAV no comptava amb protocols consensuats d'intervenció integrada social i sanitària, sinó que l'any 2021 havia aprovat un únic protocol de treball social, amb un caràcter molt general.

26. El servei d'urgències tampoc compta amb geriatre, mediadors interculturals o servei de psiquiatra de guàrdia, i els treballadors socials de l'hospital no estan adscrits al servei d'urgències cada dia, ni en tots els torns. No hi ha els plans específics, els circuits o les

unitats indispensables per a l'atenció als pacients amb malalties d'especial vulnerabilitat, tot i que la Sindicatura ha observat que el pla de mesures d'aplicació immediata que el servei d'urgències de l'HUAV va activar el mes de novembre de 2022 incloïa un conjunt de millores en l'atenció als pacients més fràgils, per tal de donar-los una resposta més efectiva.

27. La derivació dels pacients des del servei d'urgències de l'HUAV a un recurs sociosanitari és totalment anecdòtica. Al territori no es cobreixen les necessitats pel que fa a places d'atenció intermèdia i els recursos socials i sanitaris, i no hi ha un sistema d'atenció integrada social i sanitària, atès que l'estructura directiva, operativa i de coordinació per al desplegament del nou model d'atenció intermèdia impulsat pel Departament de Salut mitjançant l'Ordre SLT/223/2023, del 3 d'octubre, es troba pendent de desplegar i coordinar a escala territorial.

S'avalua i es difon el seguiment periòdic de les activitats, del compliment de les instruccions i els estàndards de qualitat i del grau d'assoliment dels objectius?

La Sindicatura conclou que no hi ha una adequada presa de decisions informada, no es disposa d'instruments adequats per a la mesura de l'eficàcia, l'eficiència i l'economia de la intervenció, i no es dona compliment als requisits de transparència exigits per la normativa.

Aquesta conclusió es deriva de l'anàlisi dels següents subobjectius d'auditoria:

Es disposa de quadres de comandament que integrin dades clíniques, assistencials i administratives per a la presa de decisions informada?

No es disposa d'un sistema d'informació amb dades de qualitat i validades adequadament sobre l'estat de situació dels dispositius d'atenció, fet que no contribueix a la presa de decisions informada i no en fomenta el coneixement, la compartició i la difusió de la informació local i global, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.4.1):

28. Els quadres de comandament de què disposa l'ICS i el CatSalut sobre l'activitat del dispositiu d'atenció hospitalària urgent de l'HUAV, desconeguts pels professionals adscrits a aquest dispositiu, presenten indicadors que divergeixen pel fet que beuen de fonts diferents i perquè inclouen criteris d'inclusió i exclusió no homogenis, tot i que cap d'ambdues institucions no ha concretat el motiu de les discrepàncies observades.

29. No es disposa d'eines adequades que aportin informació de qualitat, a temps real, que integrin dades clíniques, assistencials i administratives i que reflecteixin les dinàmiques del procés assistencial, del propi dispositiu d'urgències i de la resta de dispositius del territori.

El programa reuneix les condicions necessàries d'avaluabilitat de manera que els seus objectius, indicadors i sistemes d'informació estiguin definits en aquesta direcció?

L'atenció urgent no reuneix les condicions necessàries per a ser avaluada, atès que els objectius, els indicadors i els sistemes d'informació no permeten valorar l'acompliment de les activitats, de productes i resultats intermedis, o si l'activitat s'executa segons el previst, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.4.2):

30. El Mòdul d'indicadors d'atenció urgent del CatSalut (MSIQ) compta amb indicadors que informen sobre el procés de drenatge dels pacients i la qualitat i l'adequació assistencial del servei d'atenció als dispositius d'urgències, tot i que no han estat actualitzats des de l'any 2020. La font de les dades és el CMBD-UR, amb les febleses que aquest registre ha posat de manifest quant a la qualitat de les dades notificades.

31. En el marc del sistema de contraprestació del CatSalut per l'atenció urgent prestada pels centres proveïdors, tampoc no s'han marcat objectius ambiciosos o fites concretes per tal d'optimitzar els temps d'espera dels pacients, la continuïtat assistencial o el drenatge àgil dels pacients, i contribuir així a la millora de l'eficiència del servei. Més encara, la clàusula de contraprestació per resultats formalitzada entre el CatSalut i l'HUAV inclou 3 indicadors vinculats als serveis d'urgències, però no és una veritable avaluació de resultats: el CatSalut paga sempre el 100% de l'import de la clàusula, independentment del seu assoliment, pràctica que no contribueix a la millora en la utilització del servei.

S'han establert procediments estandarditzats d'informació al pacient i als seus acompanyants?

Els procediments establerts per tal de garantir els drets d'informació i de reclamació dels pacients no garanteixen suficientment l'exercici d'aquests drets, ni s'avalua la informació recollida de cara a la implementació de millores, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.4.3):

32. La instrucció del CatSalut que recull els procediments de gestió i els requisits de tramitació de les reclamacions i els suggeriments presentats pels usuaris de la xarxa d'atenció assistencial no ha estat actualitzada des de l'any 2004. Les queixes, reclamacions i suggeriments es recullen en un registre central on els centres proveïdors aboquen periòdicament la informació, però no és un registre d'accés comú *on-line*, ni s'elaboren memòries anuals d'anàlisi de l'activitat.

33. L'àmbit de l'assistència hospitalària concentra prop del 50% de les reclamacions anuals presentades al conjunt dels centres proveïdors de la xarxa SISCAT. En el cas de l'HUAV, l'any 2022 es van recollir un total de 256 reclamacions, amb pes rellevant en els mesos

estivals, fet que els responsables de la seva tramitació han atribuït en gran mesura a la reducció de l'horari d'atenció dels centres d'atenció primària de la regió.

L'any 2022 només hi havia 2 codis tipificats per tal de classificar els motius de les reclamacions dels usuaris derivades de l'atenció urgent hospitalària. Les motivacions associades a aquest codis són, d'una banda, la demora excessiva per l'atenció a la urgència, i de l'altra, l'estada de més de 24 hores en observació. La primera d'elles és el motiu principal de les queixes i reclamacions presentades pels usuaris en l'àmbit de l'assistència hospitalària urgent, tant a Catalunya com a l'HUAV, amb un pes relatiu superior a l'HUAV que el que té aquesta reclamació en el conjunt de Catalunya.

Quins han estat els resultats obtinguts en relació amb els serveis d'urgències prestats?

Hi ha marge de millora per a l'HUAV en termes de qualitat de l'assistència hospitalària urgent, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.4.4):

34. La qualitat assistencial i de servei és un aspecte crucial per a qualsevol servei d'urgències. La Sindicatura de Comptes ha avaluat 4 dimensions de la qualitat assistencial del servei d'urgències de l'HUAV: les defuncions registrades; les readmissions a urgències abans de 72 hores; les readmissions a urgències abans de 72 hores que requereixen ingrés hospitalari, i el nombre de contactes urgents no finalitzats. L'anàlisi realitzada ha permès a la Sindicatura concloure que hi ha marge de millora en termes de qualitat de l'assistència en 2 d'aquestes dimensions, ja que tant el nombre de contactes urgents no finalitzats com el nombre de readmissions abans de 72 hores que requereixen ingrés hospitalari són superiors a les que s'esperaria en un servei d'urgències com el de l'HUAV.

35. L'any 2022 els resultats del Pla d'enquestes de satisfacció del CatSalut[8] (PLAENSA) dels usuaris dels serveis d'atenció hospitalària urgent de l'HUAV van obtenir una valoració global de 6,49, sobre 10 de mitjana, per sota de la valoració obtinguda l'any 2019 (7,10) i lleugerament per sota també dels resultats per al conjunt de Catalunya (6,81, l'any 2022, i 7,5, l'any 2019), per tant, havia empitjorat amb el temps. En 8 de les 24 preguntes de satisfacció efectuades l'HUAV obtenia pitjors resultats que en el conjunt de Catalunya, amb una desviació de fins a 17 punts percentuals, en les quals s'avaluaven els temps d'espera, la comoditat dels espais, el tracte personal dels professionals del servei i la disposició a ser escoltat.

8. En relació amb les al·legacions formulades per l'ICS i amb data 31/10/2024, data de lliurament de les al·legacions a la Sindicatura, les enquestes de satisfacció corresponents a PLAENSA 2023 no consten publicades al web del CatSalut i no s'han pogut contrastar els canvis produïts respecte les enquestes de l'any 2022.

A partir de les respostes obtingudes per al conjunt de Catalunya, la Sindicatura ha pogut constatar que aquells usuaris que acudien al SUH per iniciativa pròpia, però que ho feien per tractar d'eludir l'atenció primària, quedaven menys satisfets que aquells que ho feien perquè creien que el SUH era l'únic dispositiu on els podrien solucionar el problema.

Es fa el seguiment i l'avaluació de les directrius i objectius estratègics i se'n fa difusió?

No s'han implementat auditories de qualitat del servei, no s'han consensuat llindars d'assoliment ni s'ha donat compliment als requisits de publicitat i difusió de l'avaluació dels plans estratègics nacionals i territorials, fet que contravé els preceptes de la normativa de transparència, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.4.5):

36. Els resultats de les auditories d'implementació del PLANUC que el CatSalut va externalitzar l'any 2021 no s'han difós ni comunicat als responsables dels serveis d'atenció urgent de l'HUAV, ni a la resta de parts interessades entrevistades. No s'han impulsat altres accions correctores rellevants, o altres actuacions posteriors.

    Tampoc no s'han dut a terme auditories de qualitat del servei en l'àmbit de l'atenció urgent al territori, funció que, d'acord amb l'eix 7è del PLANUC, correspon desplegar als COUE.

37. En el marc del PLANUC, el pla estratègic desplegat en l'àmbit territorial presenta una definició poc rigorosa pel que fa a les accions estratègiques desplegades, per a les quals no es concreten indicadors ni llindars d'assoliment qualitatius. Pel que fa a l'avaluació que se'n va fer al tancament de l'exercici 2022, no s'hi va incloure cap anàlisi qualitativa, no es van motivar les que van ser desestimades, i la Sindicatura no ha pogut obtenir cap documentació acreditativa de les ponderacions parcials que es van considerar per a l'avaluació de les diverses accions, ni dels percentatges d'assoliment anual aprovats.

4. RECOMANACIONS

A continuació es formulen les recomanacions que es consideren pertinents a partir del resultat del treball de fiscalització realitzat:

Planificació estratègica i desplegament territorial

1. És indispensable que el CatSalut i l'ICS implementin instruments de planificació interna, actualitzats i assumits pel personal a càrrec del servei, que incloguin un nivell estratègic i un nivell operatiu alineats correctament; defineixin objectius i indicadors concrets i mesurables per a cadascuna de les dimensions operatives; identifiquin clarament les activitats a dur a terme; assignin en cada cas recursos i responsabilitats, i clarifiquin fites i

calendaris. Contribuiria a una implementació correcta i serien una font d'informació molt important per a l'avaluació posterior de la política pública.

En aquest sentit, la definició d'indicadors d'assoliment vinculats a les dimensions clau dels objectius operatius permet conèixer què fa el programa o servei, i com està funcionant. La comparació d'aquesta informació amb estàndards de bona execució que s'hagin pogut determinar (mitjançant la teoria del canvi descrita, estàndards administratius, literatura científica o avaluacions d'intervencions similars, per exemple) permetria valorar si s'ha avançat adequadament o, per contra, s'han donat disfuncions i a què són degudes.

2. El desplegament per part de la Direcció Territorial de l'ICS del Pla d'urgències i atenció continuada hauria d'incloure plans de contingència, de prevenció de la saturació i d'atenció a les urgències de pacients amb especificitats; un pla operatiu de transport sanitari integral; plans funcionals d'inversions; l'articulació de dotació de recursos humans per tal de fer front a pics de demanda, o els resultats que planteja aconseguir i la concreció del grau d'acompliment d'indicadors d'estructura, procés, resultat, qualitat i saturació, entre altres.

Pla d'ordenació dels recursos humans

3. La definició d'un pla d'ordenació de recursos humans propi i singular per part de l'ICS, amb el contingut (ampliable) proposat per l'art 69 del TRLEBEP, amb la planificació sobre aspectes d'ordenació de personal, selecció i estructuració d'acord amb les necessitats del territori/regió sanitària, contribuiria a alinear el dimensionament de les plantilles amb el Pla estratègic territorial. En el marc del Pla d'acció immediata 2022-2023 que el servei va aprovar el mes de novembre de 2022 ja s'incloïen mesures per tal d'abordar aquestes necessitats, i per tant, caldria fer-ne un seguiment.

4. La diversitat i complexitat de situacions viscudes als serveis d'urgències hospitalaris exigeixen una capacitació, formació i experiència professional específiques. La necessitat que l'Administració de l'Estat asseguri una formació adequada i reglada per a la prestació d'atenció urgent dels professionals de medicina i d'infermeria d'urgències és un aspecte essencial que han assenyalat les parts interessades entrevistades.

5. L'avaluació de competències individuals, vinculades a l'activitat assistencial de l'àmbit d'urgències i a les dimensions estratègiques del PLANUC i del Pla estratègic territorial, permetria als centres proveïdors de l'ICS mesurar el rendiment o assoliment de resultats dels treballadors públics, amb la finalitat de millorar la productivitat de les unitats on presten servei i, en últim terme, la qualitat dels serveis públics. El recent Reial decret 6/2023, del 19 desembre, pel qual s'aproven mesures urgents per a l'execució del Pla de recuperació, transformació i resiliència en matèria de serveis públics de justícia, funció pública, règim local i mecenatge aporta alguns criteris orientadors en aquest sentit.

6. Cal que l'ICS desplegui territorialment les accions necessàries per tal de donar compliment als objectius estratègics del PLANUC en tot allò que afecta els professionals que presten l'atenció urgent. En l'àmbit dels serveis sanitaris, els entorns laborals favorables s'associen a millors resultats clínics, a més eficiència i a més satisfacció dels professionals.

Estructura organitzativa del dispositiu d'urgències

7. La Sindicatura posa en relleu la necessitat que l'ICS revisi l'adequació dels termes de la delegació de les funcions de direcció i gestió i l'efectivitat dels circuits d'inspecció i control de les activitats de prestació conjunta que es desprenen dels acords de l'aliança estratègica formalitzada entre l'ICS i GSS (CatSalut). Cal parar especial atenció a la complexitat derivada de la coexistència a l'HUAV de 2 convenis laborals diferents aplicables al personal assistencial, el de l'ICS i el del SISCAT.

8. Per tal de millorar la coordinació amb la resta de serveis de l'hospital, és rellevant que l'HUAV disposi de personal propi adscrit al servei d'urgències amb la màxima ràtio possible i establir necessitats, en nombre de professionals, en funció no només del volum i tipus d'activitat, sinó també de l'estructura en què es desenvolupa l'activitat. Així mateix, les parts interessades també han posat en relleu la importància de la incorporació al servei de la figura informadora ubicada a la sala d'espera, per a la informació als familiars dels pacients.

9. La revisió dels circuits d'organització dels professionals vinculats a l'assistència en els serveis d'urgències de l'HUAV ha de procurar que els canvis de torn no afectin el temps d'espera mitjà per a ser atès en el transcurs del procés assistencial i del drenatge dels pacients, i que la dotació de tots els recursos humans implicats s'adeqüi a les variacions de l'activitat, per torn, per dies de la setmana i estacionals. Així mateix, és rellevant regular internament les visites dels especialistes al servei d'urgències, quan aquests són requerits.

10. El CatSalut i l'ICS han de resoldre les mancances detectades en els recursos estructurals, especialment aquelles que fan referència als equips, o definir la cartera de serveis i el dimensionament adequat de les unitats d'observació d'urgències, de manera adequada a les necessitats del servei.

Prestació del servei i rescabalament de despeses

11. El CatSalut hauria d'ajustar el càlcul de les tarifes per la contraprestació de l'atenció hospitalària als costos reals directes i indirectes imputables al servei prestat pels centres proveïdors, d'acord amb un sistema homogeni de càlcul. La utilitat de la informació de costos dels serveis públics, a més de la presa de decisions quant a la tarificació dels serveis, afecta també la transparència, el retiment de comptes, la pressupostació i l'anà-

lisi d'eficàcia i eficiència dels serveis públics, i també i no menys important la conscienciació ciutadana del cost total dels serveis.

El dèficit de finançament de l'activitat prestada per l'HUAV no s'hauria d'ajustar mitjançant la negociació *ad-hoc* entre les parts, sinó ajustant adequadament l'activitat contractada a la realment executada, i la tarifa retribuïda als costos reals de la prestació.

12. El CatSalut hauria d'establir circuits d'inspecció i control per tal de comprovar la veracitat i correcta atribució de les responsabilitats (i despeses) assumides en relació amb la prestació de l'atenció hospitalària urgent, en els termes que li atribueix la Instrucció 4/2013 del CatSalut, per la qual es regulen els procediments per al rescabalament de l'atenció sanitària a càrrec del CatSalut.

Evolució de l'activitat contractada i la utilització dels serveis d'urgències

13. Atesa la manca de subscripció del contracte programa entre el CatSalut i l'ICS, la Sindicatura recomana que se sotmetin els projectes normatius a una avaluació d'impacte normatiu *ex-post*, que ara per ara l'Administració de la Generalitat només ha centrat en iniciatives específiques. Això ha de permetre valorar com es duu a terme la implementació de la norma i el grau d'assoliment dels objectius perseguits, aspectes que prenen especial rellevància quan afecten el disseny i la implementació de polítiques públiques darrere de les quals hi ha la prestació de serveis de caràcter essencial.

14. Per a les polítiques públiques que proveeixen serveis a les persones, com és el cas de l'atenció hospitalària urgent, és important forçar la reflexió sobre a quines persones està destinat el servei, com s'espera que reaccionin a l'existència del servei, i distingir si la política pública pot funcionar de manera diferent segons els diversos subgrups de població a qui s'adreça. Aquesta anàlisi, que correspon al Departament de Salut, hauria de contribuir a determinar el volum de població susceptible de demanar serveis d'urgències hospitalàries.

15. La planificació anual de l'activitat d'urgències contractada per part del CatSalut hauria d'utilitzar indicadors o dades de predicció de demanda ajustades a les necessitats i particularitats diferencials del territori. Alguns indicadors que podrien servir d'exemple serien les fluctuacions de la població flotant; l'increment de trucades al 061; l'increment de consultes o diagnòstics concrets, o la reducció d'activitat en altres dispositius d'atenció urgent (per vacances, per exemple).

Adequació del nivell assistencial de l'atenció prestada

16. Els pacients han de disposar d'informació clara sobre temps d'espera i els dispositius disponibles per a la resolució de la prestació urgent que necessiten. En aquest sentit, els COUE tenen un paper rellevant, a l'hora de revisar la disposició i organització dels

dispositius i garantir l'accés equitatiu de la població del territori, i definir la cartera de serveis. Els responsables d'urgències de l'HUAV han manifestat que la coordinació territorial és un aspecte molt rellevant i de necessària millora, amb especial èmfasi en la coordinació amb l'atenció primària.

17. L'elaboració de protocols de derivació inversa entre dispositius d'atenció primària, CUAPs i el servei hospitalari d'urgències, per tal que el pacient s'atengui al dispositiu més adequat, és un aspecte rellevant i pendent d'implementació a l'HUAV. S'hauria de considerar el temps d'espera del pacient en el primer dispositiu, per tal que fos prioritzat en el dispositiu receptor, i impulsar alhora una tasca divulgativa sobre la capacitat de resolució real i efectiva dels CUAPs.

    Per altra banda, l'avaluació de l'auditoria d'implementació del PLANUC al CUAP Prat de la Riba de Lleida va posar de manifest observacions que haurien de ser abordades i millorades pel CatSalut i l'ICS, cadascun en l'àmbit de les seves responsabilitats.

18. Cal establir indicadors vinculats als circuits que afecten la continuïtat assistencial a l'HUAV, amb valors de referència, i incloure'ls en els plans estratègics territorials, i també en les clàusules de pagament de l'activitat per part del CatSalut, per tal de fer-ne seguiment. Especialment, en aquells processos que no depenen directament de l'activitat intrínseca del servei d'urgències però que afecten la fluïdesa de drenatge dels pacients, entès com la sortida del pacient dels serveis d'urgències: la programació hospitalària, el transport no urgent i el trasllat a centres sociosanitaris i residències.

Protocols reguladors del procés assistencial

19. És necessari que l'HUAV elabori protocols de coordinació i indicadors que donin informació sobre els circuits que entorpeixen el drenatge assistencial dels pacients, com són l'activitat d'hospitalització, el transport sanitari o el trasllat a altres dispositius assistencials o d'atenció intermèdia. Aquests protocols han de ser revisats i actualitzats de forma periòdica i incloure indicadors de seguiment de l'activitat, per tal d'obtenir informació adequada, precisa i oportuna per a la presa de decisions i introduir millores per augmentar l'eficiència del servei.

    En el cas de l'atenció intermèdia, l'any 2023 el Departament de Salut va aprovar la Cartera de serveis d'atenció intermèdia, amb la intenció de reordenar els recursos específics d'atenció a les persones grans i aquelles amb malalties cròniques avançades, com un dels elements de la transformació de l'atenció sociosanitària a l'atenció intermèdia, i es va dotar d'una nova estructura orgànica per tal d'avançar en el canvi de model en l'àmbit sociosanitari, mitjançant l'Ordre SLT/223/2023, del 3 d'octubre. Cal desplegar i coordinar el model de transformació de l'atenció intermèdia de manera efectiva a tota la xarxa de proveïdors a escala territorial.

Coordinació dels recursos i procés de drenatge

20. L'atenció urgent està indestriablement vinculada al funcionament de l'hospital i n'és una peça clau. En aquest sentit, el procés de drenatge és un moment en què la coordinació entre els diferents dispositius i serveis ha de ser clau a l'HUAV, tant per garantir l'atenció correcta del pacient, com per evitar la possible saturació del servei, especialment en el cas dels pacients amb necessitats especials.

21. El control i la valoració de la saturació d'urgències a l'HUAV són cabdals, ja que aquesta saturació té conseqüències negatives sobre la qualitat i la seguretat del pacient atès als serveis d'urgències. També ho és el control del sistema de triatge i dels canvis de torn, atès que alguns dels problemes de seguretat del pacient als serveis d'urgències deriven de factors associats a una avaluació inicial pobra o inacceptable, la falta de reconeixement del deteriorament en la condició clínica del pacient, o la comunicació inadequada en el traspàs de la informació clínica.

22. El model d'atenció intermèdia està poc desenvolupat al territori. Presta una atenció essencial als pacients crònics d'edat avançada, que són usuaris freqüents del servei d'urgències, i permet agilitzar el drenatge dels pacients, sense haver-los d'ingressar.

    Així mateix, cal que el Departament de Salut i el CatSalut potenciïn al territori les alternatives a l'hospitalització convencional (unitats de curta estada, de subaguts, hospitals de dia, unitats de diagnòstic ràpid o hospitalització a domicili), per tal de contribuir a l'optimització de l'ús dels llits de l'hospital i facilitar el drenatge del servei d'urgències.

Monitoratge del procés assistencial i d'atenció a les urgències

23. És necessari homogeneïtzar els circuits de recollida de dades del CMBD-UR als dispositius hospitalaris d'urgències i adequar-los a les previsions del manual de notificació d'aquest registre, en tots els casos, per tal d'obtenir dades assistencials i administratives homogènies i de qualitat. El paper del CatSalut en aquesta fita és cabdal, així com en la difusió i millora de les incidències detectades en les auditories realitzades.

24. La Directiva 2016/1148 sobre ciberseguretat defineix la seguretat de les xarxes i els sistemes d'informació com la capacitat que tenen de resistir, amb un nivell determinat de fiabilitat, tota acció que comprometi la disponibilitat, l'autenticitat, la integritat o la confidencialitat de les dades emmagatzemades, transmeses o tractades, o els serveis corresponents oferts per aquestes xarxes i sistemes d'informació o accessibles a través d'aquests. L'ICS hauria de resoldre les recomanacions i disconformitats detectades en l'informe d'auditoria sobre la certificació de l'Esquema Nacional de Seguretat.

Resposta a les situacions de necessitat social i vulnerabilitat

25. Cal que l'ICS traci plans específics per a l'atenció urgent i continuada dels pacients amb necessitats específiques, com la població pediàtrica, les persones amb malalties oncològiques, les persones d'edat avançada, amb criteris de fragilitat o cronicitat, persones amb malalties mentals i aquelles institucionalitzades en residències, la situació de les quals condiciona el triatge, la valoració integral, la presa de decisions i les infraestructures físiques d'atenció.

26. L'abordatge de les necessitats socials dels serveis d'urgències de l'HUAV ha d'incloure la millora dels temps d'estada dels pacients en aquests dispositius, l'elaboració de protocols consensuats d'intervenció integrada social i sanitària i la capacitat d'activació dels recursos.

Presa de decisions informada

27. Els quadres de comandament del CatSalut i l'ICS han de ser comuns i estar disponibles per a tots els dispositius d'urgències del territori, amb informació a temps real, que integri dades clíniques, assistencials i administratives, fidels i verificades amb els circuits assistencials dels centres proveïdors, d'accés comú. El seu disseny hauria d'incloure indicadors de saturació, disponibilitat de recursos, predicció de demanda i qualitat assistencial, a més dels d'activitat i temporals, per a una presa de decisions informada i la millora de la gestió i l'adequació de l'organització i l'oferta de recursos.

28. El COUE territorial ha de vetllar per la vinculació entre l'accés al quadre de comandament, i la implementació dels plans d'actuació i contingència, a més de complir amb la funció difusora i facilitadora als territoris sobre el seu coneixement i implementació.

Avaluabilitat

29. Una política pública ha de comptar amb indicadors que donin compte d'aquells aspectes més crítics per al seu funcionament i que difongui resultats únics, amb valors de referència associats. Això permet fer un seguiment i avaluar una política en diferents moments i des de les perspectives necessàries per prendre decisions, comptant amb informació actualitzada i precisa, quant a les necessitats, els recursos, les activitats, els resultats (*outputs*) o els canvis generats (*outcomes*).

    Els indicadors dissenyats per l'Administració sanitària han de ser rellevants, específics, mesurables, realistes, pertinents i delimitats en el temps, a més d'evitar incentius perversos.

30. És imprescindible que es resolguin les febleses en la qualitat i l'homogeneïtat de les dades registrades al CMBD-UR per tal que el Mòdul d'indicadors d'atenció urgent del CatSalut (MSIQ) aporti informació veraç i comparable.

31. L'HUAV hauria de treballar en l'elaboració d'un pla de qualitat orientat a establir les dinàmiques organitzatives necessàries per tal d'obtenir la conformitat amb els requisits del servei prestat a l'usuari. Els eixos d'aquesta política haurien d'incloure el nivell de qualitat dels serveis; la racionalització dels recursos existents per tal d'assolir l'eficiència del servei; activitats formatives dels professionals; el disseny de processos per a la implementació d'accions correctives i per a la millora contínua; valors de l'alta direcció; els compromisos de l'equip humà, o el compliment dels requisits legals i reglamentaris i els de les diferents parts interessades, entre altres.

Informació al pacient i exercici del dret a reclamar

32. Convé que el CatSalut elabori un registre únic de queixes, suggeriments i reclamacions, amb connexió *on-line* per part dels centres proveïdors, atès que unificaria i donaria informació més ajustada i a temps real a tots els seus usuaris, també per a la presa de decisions sobre la millora de la gestió.

    Per altra banda, els temps d'espera a l'atenció urgent i els temps de drenatge dels pacients són problemes manifestats pels pacients, però cal repensar i ampliar la codificació de les tipologies de reclamacions en l'àmbit dels serveis d'urgències hospitalàries, que ara mateix és molt generalista.

Resultats de l'atenció hospitalària urgent

33. Els resultats obtinguts en l'enquesta PLAENSA elaborada pel CatSalut, de satisfacció dels usuaris del servei d'urgències, haurien de ser considerats en l'avaluació i la introducció d'aspectes de millora en la gestió, i incorporats als plans de qualitat de l'entitat.

Seguiment, avaluació i difusió dels objectius estratègics

34. La comunicació per part del CatSalut és un element clau de millora per donar a conèixer tot el procés d'avaluació i, especialment, dels seus resultats, atès que facilita la millora en la presa de decisions de les administracions. La forma com es comuniquen les avaluacions i les evidències que generen és clau per incrementar les possibilitats de millora de les polítiques públiques i, conseqüentment, per beneficiar la ciutadania, a més de contribuir a un exercici de transparència, retiment de comptes i democràcia per part dels organismes públics.

35. L'avaluació anual del Pla estratègic territorial feta per l'ICS ha de comptar amb el suport i l'evidència suficients que justifiquin el grau d'assoliment de les diverses accions, en qualsevol moment del temps.

36. En compliment de l'article 12 de la Llei 19/2014, del 29 de desembre, de transparència, accés a la informació pública i bon govern, l'Administració ha de publicar les auditories que realitzi de l'avaluació de la qualitat dels serveis públics i engegar les accions correctores pertinents. La informació publicada ha de ser accessible, comprensible, estructurada i susceptible de ser reutilitzada, d'acord amb el que recomana el Tribunal de Comptes en la seva Guia sobre el principi de transparència, aprovada el mes de gener del 2024.

5. RESULTATS DE LA FISCALITZACIÓ

5.1. ELS INSTRUMENTS DISPONIBLES PERMETEN DIMENSIONAR I DISTRIBUIR ELS RECURSOS HUMANS SANITARIS SEGONS LES NECESSITATS ASSISTENCIALS DE LA POBLACIÓ?

5.1.1. El Govern ha dissenyat un pla estratègic en el qual s'emmarquin l'atenció a les urgències a Catalunya i els agents implicats i s'identifiquin les necessitats d'atenció i ha informat i involucrat les parts interessades?

En el marc del Pla de salut de Catalunya per al període 2016-2020 i la Carta de drets i deures de la ciutadania, el Departament de Salut i el Servei Català de la Salut, seguint el mandat del Pla de Govern, va considerar la necessitat d'ordenar l'atenció continuada i urgent a Catalunya com una prioritat estratègica.

L'eina per donar resposta a aquest mandat va ser el Pla nacional d'urgències de Catalunya (PLANUC), elaborat per un comitè d'experts[9] i publicat l'any 2017, que va proposar un procés de transformació de la xarxa profundament complex, per la multiplicitat d'actors que hi intervenen, i obligatòriament progressiu, per la necessitat que implica de reorientar els dispositius que la integren, amb un únic objectiu: assegurar una atenció continuada i urgent equitativa i de qualitat, adaptada a les necessitats de salut de les persones, a través d'una xarxa d'atenció integrada, accessible i resolutiva, liderada per professionals, que situï el ciutadà al centre del sistema.

9. La metodologia d'elaboració del PLANUC parteix del treball del comitè d'experts del Pla director d'urgències, format per més de 40 professionals que van abordar diversos àmbits de treball. També hi van col·laborar representants del món local, proveïdors, entitats de pacients i associacions de veïns i d'usuaris, mitjançant un procés participatiu, i grups focals amb professionals del SEM per a l'avaluació de la posada en marxa del transport sanitari integrat.

Els elements objectius que conformaven el nucli d'aquest pla, doncs, van ser l'equitat i l'ordenació territorial; l'adequació dels processos i dispositius assistencials; la millora de la qualitat del procés d'atenció continuada i urgent; el lideratge professional, i la informació al ciutadà. Per donar resposta a aquests objectius i a les necessitats del conjunt del sistema, el PLANUC es va estructurar en 10 grans eixos d'intervenció que van preveure el desplegament d'un total de 30 accions:

1. Atenció en el dispositiu més adequat: per a uns serveis sanitaris resolutius en el temps òptim.
2. L'atenció primària a la comunitat com a primer nivell d'atenció.
3. Les emergències i la coordinació dels dispositius hospitalaris per a l'atenció del pacient crític.
4. L'atenció urgent hospitalària: procés d'atenció, organització i drenatge.
5. Plans específics per a pacients amb necessitats específiques.
6. L'atenció urgent i l'atenció integrada social i sanitària.
7. Organització territorial i coordinació de dispositius i recursos.
8. Sistemes d'informació.
9. Els professionals com a principals garants d'una atenció d'excel·lència.
10. Apoderament de la ciutadania.

Un dels instruments de planificació de les actuacions previstes en el PLANUC, per tal de donar resposta a les necessitats assistencials en l'àmbit de les urgències, és disposar de plans de contingència territorials. Els plans d'acció territorial són, doncs, la concreció territorial de les accions que caldrà desenvolupar a mesura que pugui augmentar la pressió assistencial, i realitzen una descripció dels recursos territorials, l'organització territorial, l'activitat i les diferents actuacions que es preveu realitzar, l'aprovació dels quals correspon als comitès operatius d'urgències i emergències (COUE).[10]

Al territori de Lleida, la creació de la Gerència Territorial de l'ICS a Lleida l'any 2009 va donar lloc a l'elaboració d'un marc estratègic i pla d'actuació de manera col·laborativa, amb la incorporació de nous objectius. Un temps després, l'any 2012, seguint l'encàrrec del Departament de Salut d'establir sinergies entre GSS i l'ICS, la Gerència Territorial de l'ICS a Lleida, la Gerència de GSS i la Gerència Territorial de l'Alt Pirineu i Aran van passar a ser ocupades simultàniament per la mateixa persona, fet que va conduir a adoptar decisions estratègiques comunes.

10. D'acord amb l'eix 7 del PLANUC, els COUE estan formats per representants dels diferents proveïdors que intervenen en el procés d'atenció a les urgències del territori (hospitals, centres d'atenció primària, centres sociosanitaris i SEM), i han d'actuar com a òrgans d'ordenació, integració i gestió dels serveis d'urgències al territori. Els COUE estaven ja constituïts en alguns territoris des de feia anys, tot i que els seus objectius, funcions, composició i activitat són molt heterogenis.

Aquesta trajectòria de coordinació i direcció estratègica es va concretar en diversos instruments de planificació territorial, en concordança també amb les propostes estratègiques del Pla de salut de Catalunya al territori de la regió sanitària de Lleida. Així, el mes d'abril del 2023 el Comitè de Direcció Territorial va aprovar el Pla estratègic territorial 2022-2025, adaptant els seus objectius a la realitat i les necessitats inherents de la regió.

Aquest pla es va desplegar en 10 línies estratègiques i 42 objectius que incloïen diverses accions, amb eixos centrats en la consolidació d'una comptabilitat analítica, sistemes de reconeixement de professionals en recursos humans o la coordinació entre l'atenció primària i hospitalària:

1. Avaluació i transparència mitjançant els sistemes d'informació.
2. Potenciació de la gestió de persones.
3. Promoció de la millora contínua i la cultura en qualitat i seguretat dels pacients.
4. Renovació tecnològica i desplegament del pla d'espais.
5. Desenvolupament del model de cronicitat/complexitat amb el lideratge de l'atenció primària.
6. Integració de serveis i enfocament a la transversalitat.
7. Promoció de la comunicació interna i externa dirigida als professionals i a la ciutadania.
8. Potenciació de la gestió de la recerca.
9. Promoció de la docència i la gestió del coneixement.
10. Impuls de la innovació en el territori.

Així, doncs, en aquest marc de planificació estratègica, organització territorial i coordinació dels recursos de l'atenció urgent hi conviuen:

- El Departament de Salut, responsable de la planificació sanitària segons les necessitats generals i dels territoris.

- El Servei Català de la Salut (CatSalut), ens instrumental públic del Departament de Salut, responsable de la distribució, el desplegament i la coordinació de recursos per fer front a aquestes necessitats i garantir l'accés universal, equitatiu i de qualitat als serveis sanitaris a tota la ciutadania. S'articula en una organització central, on es prenen decisions que afecten el conjunt del territori, i una organització per regions sanitàries que tenen, entre d'altres atribucions, l'adaptació, la coordinació i el desplegament d'aquestes decisions a les particularitats i necessitats de cada territori.

  El CatSalut va coordinar la redacció del PLANUC juntament amb el Departament de Salut, i s'ha dotat de comitès operatius territorials, constituïts per professionals sanitaris, que colideren i es corresponsabilitzen del bon funcionament del sistema sanitari.

- L'ICS, com a empresa pública que lidera la Gerència Territorial de Lleida i el desplegament dels plans estratègics territorials, en el marc de l'aliança estratègica formalitzada amb l'empresa GSS (CatSalut). És responsable també de la gestió dels serveis assistencials d'atenció continuada i urgent que presta l'HUAV.

En relació amb aquest marc de planificació estratègica i d'organització territorial la Sindicatura ha constatat aquests aspectes:

- Hi ha debilitats importants en el marc de governança, atès que s'ha observat que la implementació territorial de les accions i estratègies en l'àmbit de l'atenció urgent s'ha diluït o no s'ha desenvolupat amb la mateixa concreció i precisió que es definia en el marc nacional.

  En aquest sentit, el Pla territorial no desenvolupa alguns dels eixos prioritaris establerts en el Pla de salut i en el PLANUC, ni tampoc reflecteix algunes de les seves fites més importants. Alguns exemples importants d'aquesta manca de desplegament són els relacionats amb els objectius en temps d'espera o de derivació; l'optimització de llits; la reducció de la saturació; els indicadors de triatge i qualitat del servei; pla de recursos humans per als professionals d'atenció continuada i urgent i dimensionament dels dispositius; suport al desenvolupament de l'especialitat de medicina d'urgències i desenvolupament de les responsabilitats dels professionals dels dispositius d'urgències i emergències, o els circuits de derivació i coordinació amb l'atenció intermèdia i primària de salut.

- El desplegament de les accions de planificació estratègica, ni en el marc nacional (PLANUC), ni en l'àmbit territorial (Pla de salut i Pla estratègic territorial de la Regió Sanitària de Lleida), no compta amb un sistema robust d'indicadors que reti comptes dels aspectes més crítics del seu funcionament. No hi ha sistemes d'informació estructurats que estableixin de manera clara i precisa indicadors d'implementació o de resultats, ni els seus valors o llindars de referència, de manera que, per a les accions que despleguen els objectius estratègics, no s'han fixat fites concretes a assolir en cap d'aquestes dimensions.

  En l'eix 8è del PLANUC es proposaven indicadors de saturació, predicció de demanda o de qualitat que no s'han concretat en la planificació estratègica territorial, ni tampoc per tant en els quadres de comandament de l'HUAV.

- Els comitès operatius territorials d'urgències i emergències (COUE) existeixen en una part del territori, però el seu rol, grau de proactivitat, participació i representativitat és molt variable. Al territori de Lleida només es va reunir en 3 ocasions l'any 2022, els mesos de novembre i de desembre. En aquestes reunions no hi va ser present cap membre en representació de la Gerència Territorial de l'ICS i s'hi van abordar principalment aspectes relacionats amb el Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC) vigent.

Al tancament de l'exercici 2023 aquest comitè territorial no disposava d'indicadors de seguiment de l'activitat, no havia desplegat quadres de comandament amb informació adequada per a la presa de decisions, ni havia realitzat auditories de qualitat del servei prestat al territori en l'àmbit de l'atenció urgent i continuada, tal com estableix el PLANUC.

- No es promou ni s'ha institucionalitzat la cultura de l'avaluació i no s'ha implicat prou les parts interessades en la implementació dels plans estratègics.

  Els responsables de la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències (SOCMUE) entrevistats han manifestat que, tot i participar del disseny inicial del PLANUC, han estat escoltats en poques ocasions i no han participat de les avaluacions del desplegament d'aquest pla. La comunicació amb el Departament de Salut és escassa i les propostes que han traslladat a les administracions responsables de la planificació estratègica durant els anys posteriors a l'aprovació del pla no han estat considerat.

  Els responsables dels serveis assistencials d'urgències de l'HUAV i el SOCMUE, com a parts interessades, no són coneixedors dels resultats de l'auditoria que es va fer del PLANUC l'any 2021, ni tampoc coneixen altres eines habilitades amb indicadors essencials per tal de prendre decisions de manera informada.

5.1.2. Hi ha un pla funcional d'ordenació de l'estructura de recursos humans de l'hospital i de dimensionament del dispositiu, d'acord amb les previsions del Pla estratègic?

L'eix 9è del PLANUC posava els professionals assistencials en el centre de l'atenció prestada a la població, com a garants d'una atenció d'excel·lència. En l'àmbit dels serveis sanitaris, els entorns laborals favorables s'associen a més bons resultats clínics, més eficiència i més satisfacció dels professionals.

Les accions estratègiques previstes per al desenvolupament d'aquest eix eren 4:

a) la millora d'accessibilitat a una informació fiable, integral i universal, entre les quals s'inclou com a font el CMBD-UR;
b) l'elaboració d'un pla de recursos humans per als professionals d'atenció continuada i urgent i dimensionament dels dispositius;
c) el suport al desenvolupament de l'especialitat de medicina d'urgències i emergències, i de l'especialitat d'infermeria d'urgències i emergències,
d) i el desenvolupament efectiu de responsabilitats dels professionals dels dispositius d'urgències i emergències.

Els plans d'ordenació de recursos humans constitueixen l'instrument bàsic de planificació global d'aquests recursos dins del servei de salut. D'acord amb allò que estableix l'article 13 de la Llei 55/2003, del 16 de desembre, de l'estatut marc del personal estatutari dels serveis de salut, han d'especificar els objectius que s'han d'aconseguir en matèria de personal i els efectius i l'estructura de recursos humans que es considerin adequats per complir els objectius, i poden establir les mesures necessàries en matèria de quantificació de recursos, programació de l'accés, mobilitat geogràfica i funcional, i promoció i reclassificació professional.

L'HUAV no compta amb un pla d'ordenació de recursos humans (PORH) propi, sinó que la planificació dels recursos humans del centre s'inclou en el marc del PORH de l'ICS, consensuat en la Mesa Sectorial de Negociació de Sanitat i aprovat pel Consell d'Administració de l'ICS el 10 de març de 2022, amb vigència fins el desembre de 2026.

A partir d'aquesta ordenació del personal, el sistema d'avaluació de competències dels professionals de l'HUAV, que determina les seves retribucions variables, preu, d'una banda, l'assignació d'un 40% d'aquestes retribucions en funció del compliment d'un acord general de gestió de l'hospital i, d'altra banda, el 60% restant, sotmès a l'avaluació de determinades competències específiques.

L'acord esmentat de gestió del centre només inclou 2 objectius vinculats als circuits assistencials d'urgències, en concret d'infermeria, mentre que la resta d'objectius sotmesos a avaluació en l'àmbit de la unitat productiva d'urgències tenen també caràcter general, com l'ús d'aplicacions informàtiques, la revisió o complementació de protocols, el compliment de circuits i documents interns del servei o l'assistència a cursos de formació, sense valorar-ne l'aprofitament.

Així, doncs, a partir de l'anàlisi del marc d'ordenació de recursos humans de l'HUAV la Sindicatura ha constatat aquests aspectes:

- Tot i que es tracta d'un instrument de caràcter potestatiu, els plans d'ordenació de recursos humans constitueixen un instrument clau per a dimensionar plantilles i per establir mesures excepcionals. Pel fet que el pla d'aplicació ha estat definit en l'àmbit de l'ICS, algunes dades clau no consten desagregades a nivell de l'HUAV ni responen a les particularitats del territori i, per tant, el centre no compta amb aquesta eina a l'hora d'analitzar les necessitats de personal, o de fer previsions sobre els sistemes d'organització del treball.

- La Relació de llocs de treball de l'HUAV vigent l'any 2022 va ser aprovada per l'ICS l'any 2018, amb una definició genèrica de llocs que no tenia en compte les unitats productives dels treballadors. En el cas del servei d'urgències, no hi constaven definits els llocs de comandament (coordinació i supervisió), la forma de provisió dels llocs, la jornada labo-

ral o dedicació específica, la titulació, les funcions, les responsabilitats assignades ni les retribucions.

- L'absència de l'especialitat de medicina d'urgències fins a la data de la fiscalització ha tingut com a conseqüència una formació irregular i heterogènia dels metges que desenvolupen la seva activitat als dispositius d'urgències. En el cas d'infermeria, i ateses les peculiaritats de la formació, les tasques, responsabilitats i competències que té l'exercici d'aquesta professió als dispositius d'urgències requeria el desenvolupament específic de l'especialitat.

  A la data de redacció del present treball de fiscalització no s'havia assolit la fita d'una formació adequada i reglada per a la prestació d'atenció urgent dels professionals de medicina i infermeria. En aquest sentit, el juliol de 2024 el Consell de Ministres ha aprovat la nova especialitat de Medicina d'Urgències i Emergències a l'Estat espanyol, tot i que queda pendent encara la d'infermeria.

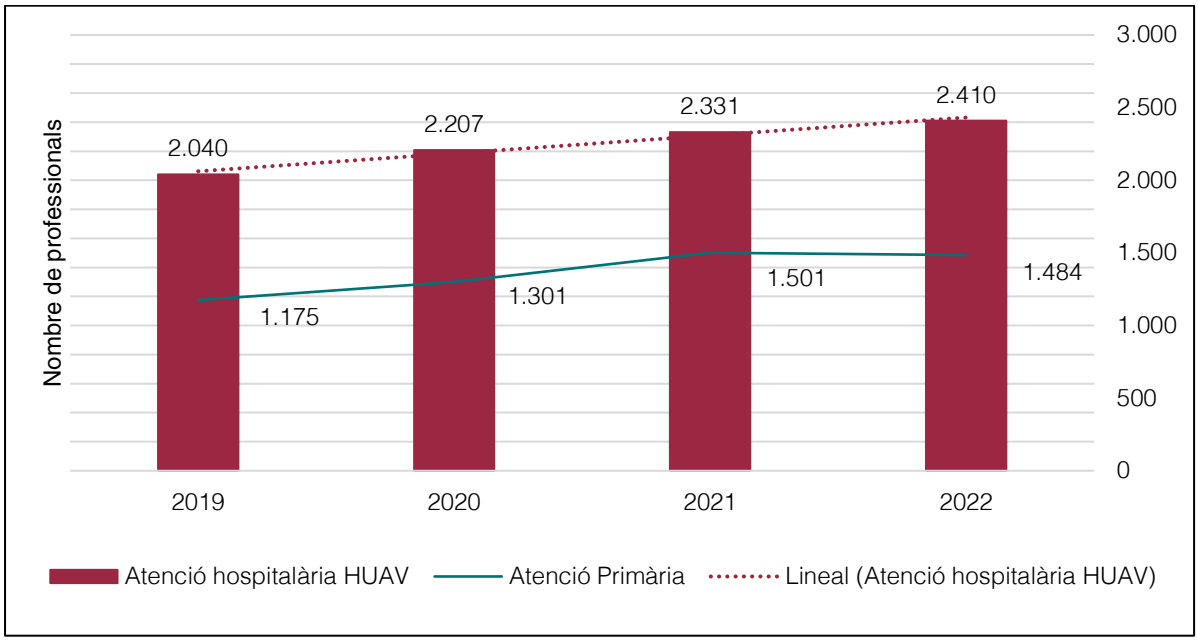
- Els aspectes destacats en els punts anteriors afecten el disseny de l'avaluació del rendiment dels professionals, que ha de partir de la planificació estratègica.

  En aquest sentit, l'HUAV no ha establert un marc de valoració objectiva, tenint en compte els recursos, objectius i resultats dels professionals que integren la unitat assistencial d'urgències, i no ha definit objectius ni indicadors que avaluïn les competències individuals d'aquests professionals. No hi ha, per exemple, indicadors d'avaluació vinculats a la gestió assistencial o al procés de drenatge dels pacients, o d'aspectes qualitatius de la prestació del servei.

5.1.3. És adequada l'estructura organitzativa dels dispositius assistencials d'urgències a la demanda assistencial del centre, en termes de recursos i organització?

El creixement de professionals assistencials al territori de Lleida en el període comprès entre l'any 2019, abans de la pandèmia de la covid-19, i l'any 2022 va ser del 18,1%, en l'àmbit de l'atenció assistencial hospitalària de l'HUAV, i del 26,3%, en l'àmbit de l'atenció assistencial primària:

Gràfic 1. Professionals dedicats a l'activitat assistencial, territori de Lleida. Període 2019-2022



Font: Memòria de la Gerència Territorial de Lleida, 2022.

En aquest marc assistencial de recursos humans, l'any 2022 els recursos humans adscrits al servei d'urgències de l'HUAV, en termes de jornada equivalent, era de 222,6 efectius: 16 al Servei d'admissions;[11] 28 al Servei de Medicina d'Urgències, i 178 als Serveis Generals d'urgències.[12] Els torns de jornada ordinària[13] d'aquests professionals donaven cobertura assistencial en horari de matí, tarda i nit, a més d'incloure la dedicació d'un màxim de 40 hores anuals a formació.

Aquesta xifra de professionals presentava un increment del 21,5% respecte dels recursos humans que hi estaven adscrits l'any 2019, 183,19 en termes de jornada equivalent, força en línia amb el creixement dels professionals assistencials del territori:

11. El Servei d'Admissions del SUH de l'HUAV era propi i diferenciat de les admissions hospitalàries, i funcionava 24 hores, els 365 dies de l'any.

12. Els Serveis Generals d'Urgències inclouen el personal que realitza el triatge de pacients, realitzat per professionals d'infermeria que no s'hi dediquen de forma exclusiva. L'any 2022 hi havia 75 infermers habilitats per a les tasques de triatge, a raó de 2 professionals per cada torn de matí (8 h - 15 h) i de tarda (15 h - 22 h), i 1 en el torn de nit (22 h - 8 h). S'ubicaven en 2 consultes, una per als pacients que hi accedeixen a peu per la porta de la sala d'espera, després d'admissions, i l'altra per als pacients que arriben en ambulància.

13. Els torns de jornada ordinària a l'HUAV l'any 2022 eren:

- Facultatius: torns de 7 hores de matí o tarda o torns de 12 h de dia (8 a 20 h) i 12 h nit (20 a 8 h)
- Personal assistencial (DUI, aux. infermeria): torns diürns de 7 hores (de 8 a 15 h i de 15 a 22 h) i torn nocturn de 10 hores dies alterns (de 22 a 8 h de l'endemà). També hi havia un torn de 10 h a 17 h i de 17 h a 00 h.
- Personal de gestió i serveis: torns diürns de 7 hores (de 8 a 15 h i de 15 a 22 h) i torn nocturn de 10 hores dies alterns (de 22 h a 8 h de l'endemà).

Quadre 1. Plantilla de recursos humans adscrita als serveis d'urgències. Exercici 2022

	Admissió d'urgències		Medicina d'urgències		Urgències generals		TOTAL	
Categoria professional	Plantilla equivalent	Retri-bucions	Plantilla equivalent	Retri-bucions	Plantilla equivalent	Retri-bucions	Plantilla equivalent	Retri-bucions
Facultatius especialistes. Medicina fam. comunitària			15,0	1.379.702			15,0	1.379.702
Facultatius especialistes. Medicina interna.			4,0	433.653			4,0	433.653
Facultatius especialistes. Microbiologia			1,0	32.655			1,0	32.655
Metge (Llei 44/2003)			7,9	176.389			7,9	176.389
Graduat en Infermeria					90,2	3.567.134	90,2	3.567.134
Treballador social					1,0	40.378	1,0	40.378
Auxiliar d'infermeria					65,4	1.544.009	65,4	1.544.009
Auxiliar administratiu	14,4	371.785			1,0	24.898	15,4	396.683
Administratiu	2,0	73.898					2,0	73.898
Zelador					20,7	468.77	20,7	468.773
Total	16,4	445.683	27,9	2.022.400	178,3	5.645.193	222,6	8.113.275
Cost Seguretat Social								2.125.678
Total cost d'urgències								10.238.954

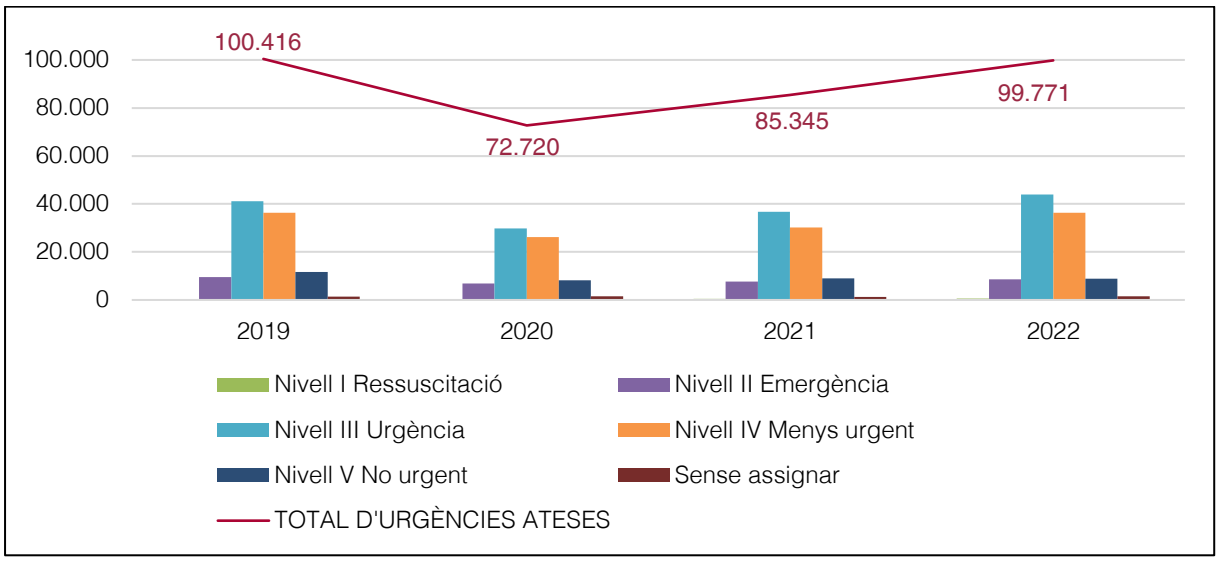
Font: Direcció de Persones i Desenvolupament Professional, HUAV.

El personal adscrit als serveis d'urgències de l'HUAV té una dedicació a jornada completa en aquest servei, dins els torns de jornada establerts, a més de passar-hi interconsultes altres facultatius especialistes de la resta de serveis de l'hospital, a sol·licitud del servei d'urgències. L'estructura de comandament incloïa 1 cap de servei, 1 coordinador d'urgències, i 2 caps de secció, a més d'un professional referent d'infermeria del servei d'urgències.

D'acord amb la informació facilitada pels responsables de recursos humans de l'HUAV, l'índex d'absentisme del personal adscrit al servei d'urgències va ser del 5,92% l'any 2022, molt a prop de l'índex d'absentisme de la mitjana de la plantilla de l'HUAV al tancament de l'any 2021, del 6,39%.

El volum d'activitat assistencial d'urgències que aquests professionals van atendre l'any 2022 a l'HUAV va ser de 99.771 urgències, xifra que presenta un decrement del 0,66% respecte de la xifra d'urgències ateses l'any 2019, 100.416. Aquest decrement s'ha de contextualitzar en el marc de la notable davallada de les urgències ateses l'any 2020 per l'efecte de la pandèmia de la covid-19. L'activitat s'està recuperant des d'aquell any amb un creixement dels contactes d'urgències entorn del 17% anual:

Gràfic 2. Urgències hospitalàries ateses, HUAV període 2019-2022



Font: Memòria de la Gerència Territorial de Lleida, 2022.

L'HUAV disposa d'un Protocol de funcionament de les urgències, on es descriu la disposició i el funcionament dels recursos estructurals de les urgències de l'HUAV i el flux de trànsit dels pacients atesos, amb el detall dels espais físics, la tipologia de professionals adscrits i les seves funcions, el procés de la informació en el servei, els circuits d'atenció dels pacients, els controls d'absències i cobertures mínimes i l'accés a l'interior del servei d'urgències per part d'acompanyants i personal aliè.

El mes de maig del 2023, en el marc del Pla de mesures d'aplicació immediata que els responsables d'urgències van consensuar davant les mancances i debilitats detectades en el servei, aquest protocol va ser actualitzat i va incorporar, entre altres aspectes, noves dotacions de recursos humans i estructurals.

L'anàlisi de l'estructura organitzativa del dispositiu assistencial d'urgències de l'HUAV ha donat lloc a la constatació d'alguns aspectes rellevants:

- L'estructura de personal del servei d'urgències combina personal adscrit al servei i personal no adscrit (especialistes de planta), però l'hospital no ha definit protocols interns de regulació de la participació dels especialistes en el servei d'urgències, quan aquests professionals són requerits. D'acord amb la responsable de la Direcció de Persones, el cost

directe de personal adscrit al servei d'urgències l'any 2022 era de 10,19 M€, mentre que segons la comptabilitat analítica de l'HUAV, la despesa total imputable va ser d'11,22 M€, xifra superior en 1,03 M€, atès que inclou la imputació de la dedicació d'altre personal no adscrit directament al servei i altres costos imputables.

- No es dimensiona la ràtio de personal mèdic / d'infermeria per trams horaris, ni tampoc la ràtio de professionals facultatius, diplomats en infermeria, tècnics auxiliars d'infermeria o residents, a partir del nombre d'urgències ateses.

- L'estructura de suport conjunt compartida a través de l'aliança estratègica subscrita per l'ICS i l'empresa GSS, adscrita al CatSalut, comprèn el suport assistencial d'urgències, d'una banda, i la coordinació territorial, de l'altra. En el marc d'aquesta estructura de gestió conjunta, ambdues parts es refacturen cada any la dedicació del personal directiu vinculat a la gestió del Servei d'Urgències de l'HUAV, i altres àrees bàsiques vinculades a aquest servei:

Quadre 2. Prestació de serveis conjunts ICS-Gerència Territorial de Lleida i GSS. Exercicis 2021 i 2022

Despeses de personal	Dedicació (%)
Facturació d'ICS a GSS	
Gerent territorial	30
Facturació de GSS a l'ICS	
Direcció Mèdica	70
Direcció de Recursos Humans	70
Direcció de Qualitat	60

Font: Conveni addicional 1 al Conveni marc d'aliança estratègica entre l'ICS —Gerència Territorial de Lleida i Alt Pirineu i Aran— i l'empresa pública GSS, adscrita al CatSalut, març del 2022.

Així, doncs, els llocs de direcció estratègica de l'HUAV l'any 2022 –la Direcció Mèdica, la Direcció de Persones i la Direcció de Qualitat Territorial– els ocupava personal amb dependència orgànica de GSS (CatSalut), i no de l'ICS, mentre que la Gerència Territorial de Lleida, que depèn orgànicament de l'ICS, prestava serveis també a GSS. En tots els casos, els professionals d'aquests llocs de comandament prestaven suport territorial, ocupant el mateix lloc al l'Hospital Comarcal del Pallars i a l'Hospital Universitari Santa Maria, tal com ho feia el director econòmic i financer, que prestava servei conjunt als 3 centres hospitalaris.

Aquesta estructura constitueix un projecte de gestió compartida entre centres que formen part del sistema sanitari públic, regulat en la disposició addicional vuitena de la Llei 3/2015, de l'11 de març, de mesures fiscals i financeres. Tanmateix, hi ha alguns aspectes d'aquesta aliança estratègica que caldria observar i millorar, atès que afecten la prestació de serveis conjunts: d'una banda, el compliment de les obligacions de transparència i retiment de comptes dels professionals a les entitats que integren aquesta aliança, i de

l'altra, l'obligatorietat de complir amb la normativa d'incompatibilitats i de publicar les retribucions de les compatibilitats autoritzades.

- El control financer que la Intervenció Adjunta per al Control de les Entitats Sanitàries va fer de la Gerència Territorial de l'ICS a Lleida, referida a l'any 2022, va posar de manifest, entre altres conclusions de l'àmbit de personal, l'existència de 3 contractes d'alta direcció per als quals no es va motivar el procediment de selecció dels candidats contractats.

  Dos d'aquests contractes van ser subscrits l'any 2022 per a la provisió dels llocs de la Direcció de l'HUAV i de la Gerència Territorial de Lleida, mentre que el tercer contracte regulava la vinculació laboral de la Direcció Economicofinancera del centre, lloc per al qual no estava prevista aquesta relació laboral de caràcter especial.

- No s'ha dissenyat un programa de formació continuada i específica que desenvolupés les competències dels professionals adscrits al servei d'urgències, ni la Sindicatura ha pogut conèixer a quins cursos concrets havien assistit, o amb quin aprofitament ho havien fet, a partir de les dades facilitades pel registre de la unitat de formació de l'HUAV.

- Alguns perfils professionals rellevants no estaven coberts al servei d'urgències de l'HUAV, o no ho estaven en tots els torns del servei. Com a exemples, no es disposava de professionals de suport a geriatria; farmacèutic en forma presencial; professionals que fessin la tasca de mediació intercultural, infermer gestor d'espais (figura implementada l'any 2023, amb una molt bona valoració d'acord amb el que van manifestar els responsables d'urgències), ni professionals de psiquiatria en cada torn, ni cada dia de la setmana.

- Entre els 75 professionals d'infermeria que realitzaven les tasques de triatge dels pacients d'urgències, 19 d'ells eren treballadors fixos del centre (25,3%); 26 eren personal interí (34,7%), i 30 eren treballadors de caràcter temporal per reforç (40%).

  La temporalitat predominava, doncs, en la vinculació laboral dels professionals d'infermeria que realitzaven el triatge a l'HUAV l'any 2022 (56 treballadors, el 74,7% del total). D'entre ells, 28 professionals tenien una antiguitat igual o inferior a 5 anys.

- L'any 2022 un total de 106 residents van realitzar guàrdies de presència física al servei de medicina d'urgències. El volum aproximat d'hores realitzades va ser de 36.000, per les quals l'HUAV va pagar 561.443 €.

  El Protocol de supervisió del resident a urgències, aprovat per la Comissió de Docència de l'HUAV en compliment de l'article 15.5 del Reial decret 183/2008, del 8 de febrer, pel qual es determinen i classifiquen les especialitats en ciències de la salut i es desenvolupen determinats aspectes del sistema de formació sanitària especialitzada, estableix unes dotacions mínimes de personal resident, per torn de guàrdia, i una freqüència preceptiva de guàrdies mensuals, en funció de l'any de residència, que la Sindicatura ha comprovat que no s'acomplia en determinats mesos.

A finals de l'any 2022, i en compliment d'aquest protocol, l'HUAV va realitzar enquestes a un conjunt de 37 residents per tal de valorar la seva pràctica laboral al centre. Algun dels punts que els enquestats van destacar com a susceptibles de ser millorats al servei d'urgències van ser la manca de supervisió de presència física en el torn de guàrdia, o l'incompliment de la ràtio pactada de supervisió; la formació rebuda en l'àmbit d'urgències; la signatura de documents del procés assistencial sense la deguda supervisió, o la manca de descans després de torns de guàrdia de 24 hores.

- Tal com consta en el Pla d'ordenació de recursos humans de l'ICS vigent l'any 2022, l'HUAV tenia un total de 2 professionals d'infermeria i 79 facultatius especialistes en règim de pluriocupació. D'acord amb la informació facilitada per l'àrea de recursos humans de l'hospital, només 2 d'ells estaven adscrits al servei d'urgències i tenien autoritzada una segona activitat com a formadors a la Universitat de Lleida.

  De les xifres subministrades la Sindicatura considera que no són coherents amb el total de facultatius que es trobaven en aquest règim a l'HUAV, i que podrien estar realitzant altres activitats assistencials, públiques o privades, les quals requeririen també l'autorització de compatibilitat del centre.

- En l'auditoria d'implementació del PLANUC que es va fer l'any 2021, els responsables de coordinació del servei d'urgències de l'HUAV van posar de manifest algunes mancances quant als recursos estructurals del dispositiu d'urgències.

  Entre elles, es feia referència a: l'existència generalitzada de boxes sense separació visual i/o auditiva; la situació freqüent de boxes doblats, que obligava a fer ús del passadís a l'hora d'ubicar els pacients en cas de saturació, i malgrat que l'ús d'aquest espai no està previst als protocols s'havia registrat al CMBD-UR; la manca de llits de semicrítics, que obligava a situar els pacients que requerien vigilància intensiva en boxes propers als controls d'infermeria; un sol box d'aturada; la manca de circuits diferenciats per als treballadors i els familiars dels pacients, o la manca d'equipament de suport al diagnòstic a les àrees de pacients greus.

- El mes de novembre del 2022 el Servei d'Urgències de l'HUAV va redactar un pla de mesures d'aplicació immediata, davant la necessitat d'un projecte de millora integral del servei. Entre les debilitats que es van destacar, se citava l'existència d'instal·lacions amb les mateixes funcionalitats en els darrers 15 anys i la necessitat de dotar-lo d'equipaments i aparells addicionals propis del servei.

5.1.4. La prestació del servei s'ha determinat en termes d'economia?

La prestació de serveis de l'ICS per compte del CatSalut s'articula per mitjà d'un contracte programa que haurien d'haver subscrit les parts en compliment de l'article 14 de la Llei 8/2007, del 30 de juliol, de l'ICS, i que en el moment de la fiscalització no s'havia formalitzat.

En absència d'aquest instrument jurídic, ambdues parts formalitzen clàusules anuals on s'estableixen els preus, paràmetres i imports vigents que percebrà l'HUAV com a concert sanitari per la prestació dels serveis assistencials d'hospitalització, urgències, tècniques, tractaments i procediments específics, consulta externa, implants quirúrgics, i serveis, dispositius i programes específics, a més d'incloure els imports addicionals tramitats mitjançant resolucions de la direcció del CatSalut per a l'exercici 2022. Aquestes clàusules se subscriuen de forma extemporània, un cop finalitzada la seva vigència. Tanmateix, durant l'any els centres proveïdors de l'ICS es nodreixen de les aportacions que el CatSalut fa mensualment, via transferència corrent al capítol IV, per tal de finançar els serveis assistencials prestats.

En el cas de l'HUAV, la clàusula anual corresponent a l'any 2022 es va subscriure el mes de març del 2023. L'import estipulat en la clàusula per l'activitat d'urgències de l'hospital corresponent a l'any 2022 va ser d'11,59 M€, a més d'un import pel programa addicional destinat a l'Absorció d'urgències, de 3,22 M€, que fan un import total transferit per l'activitat d'urgències de 14,82 M€:

Quadre 3. Clàusula anual del concert amb el CatSalut, activitat d'urgències. Exercici 2022

Triatge	Nre. de triatges	Preu triatge			Import
	94.000	17,65			1.659.100
Urgències ateses	**Nre. d'urgències**	**IRU**	**Preu unitari mitjà**	**Preu unitari**	**Import**
	90.000	1,1049	99,90	110,38	9.934.156
Suma					11.593.256
Absorció d'urgències					3.222.411
Total					14.815.667

Font: Clàusules addicionals subscrites entre el CatSalut i l'ICS (HUAV).

D'acord amb el detall que consta a la clàusula, el sistema de pagament del CatSalut als centres proveïdors del SISCAT pel que fa a l'atenció urgent hospitalària ve donat per 2 paràmetres vinculats a l'activitat assistencial d'urgències: el triatge i la urgència atesa. Així, l'any 2022 la contraprestació econòmica d'una urgència hospitalària a l'HUAV va quedar determinada per la suma d'aquests conceptes:

a) El triatge de pacients: l'any 2022 el CatSalut va preveure el triatge de 94.000 contactes, a un preu unitari[14] de 17,65 € (1,66 M€).

14. Els preus unitaris del triatge i de la urgència atesa van ser publicats en l'Ordre SLT/88/2022, del 22 d'abril, per la qual es determinen per a l'any 2022 els preus unitaris per a la contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada.

b) Les urgències ateses: l'any 2022 el CatSalut va preveure l'atenció de 90.000 urgències, a un preu unitari de 110,38 € (9,93 M€). Aquest preu unitari venia determinat pel producte de 2 factors: el factor de ponderació de l'índex relatiu d'urgències (IRU),[15] amb un valor d'1,1049, i el preu unitari mitjà de la urgència atesa, 99,90 €. Si de la visita del triatge no es derivava un procés assistencial, la contraprestació només incloïa el preu unitari mitjà de la visita de triatge.

En el cas de l'ICS, a diferència del que succeeix amb la resta de proveïdors del SISCAT, no s'efectua cap regularització de l'activitat prestada, de manera que l'import que percep en concepte d'urgències de l'HUAV no es correspon a l'activitat efectivament realitzada, sinó que és aquell estipulat en la clàusula. L'any 2022, el programa de reconeguda necessitat denominat "Absorció d'urgències – urgències extrahospitalàries" va suposar un finançament addicional per valor de 3,22 M€.

Per altra banda, en l'import de la facturació del centre proveïdor per l'activitat d'atenció urgent prestada cal tenir present allò que disposa l'article 83 de la Llei 14/1986, general de sanitat, en el sentit que no s'ha de finançar amb càrrec a fons públics del Sistema Nacional de Salut l'assistència sanitària en els supòsits, assegurats o no, en els quals aparegui un tercer obligat al pagament. Així mateix, l'article esmentat estableix que les administracions que hagin atès sanitàriament aquests usuaris tindran dret a reclamar al tercer responsable el cost dels serveis prestats.

D'acord amb aquest precepte i per tal de facturar els serveis al responsable del seu finançament i pagament, el CatSalut va aprovar la Instrucció 4/2013, on s'estableixen les actuacions a portar a terme en compliment del contracte o conveni amb el CatSalut, amb relació a l'acreditació del dret d'accés a l'atenció sanitària per compte del CatSalut mitjançant l'obtenció, per part de les entitats proveïdores de serveis sanitaris, de les dades mínimes obligatòries sobre l'origen, causa, contingència o motiu de l'atenció sanitària, en el moment de l'accés a l'atenció o abans de l'alta o de la finalització de l'atenció.

Per tal de donar compliment als procediments descrits, l'HUAV ha establert un circuit de rescabalament dels imports corresponents a l'atenció prestada a pacients d'urgències, quan hi ha tercers obligats al pagament. En aquest cas, la recollida de dades per tal de determinar el motiu que genera l'assistència depèn del servei d'admissió d'urgències, que recull les dades administratives del pacient a la seva entrada al circuit d'urgències, mentre que la unitat de facturació és responsable de revisar diàriament totes les urgències del dia anterior,

15. L'IRU és un indicador que relaciona el pes mitjà de la urgència atesa per a tot el sistema, amb el preu de la urgència atesa d'acord amb la complexitat de l'activitat registrada, i s'actualitza anualment per cada centre proveïdor. Cada urgència atesa té una puntuació de mesura de la complexitat, d'acord amb un indicador australià (URG, Urgency Related Groups) que es construeix amb la combinació de 3 variables: diagnòstic de la urgència; circumstància de l'alta d'urgències, i nivell de triatge. S'obté un URG mitjà per a cada centre i un URG global per a tot el sistema. L'IRU és el resultat de la divisió entre l'URG mitjà de cada centre i l'URG mitjà de tot el sistema.

verificar que les assistències susceptibles de reclamació estiguessin ben identificades, i recollir tota la documentació necessària per poder facturar l'assistència correctament.

D'acord amb les dades que consten al CMBD-UR de l'any 2022, un 3,36% de les urgències ateses a l'HUAV van ser finançades per tercers obligats al pagament: mutualitats públiques, mutualitats obligatòries, assegurances lliures i particulars.

L'anàlisi del cost de la prestació del servei d'urgències a l'HUAV ha permès a la Sindicatura concloure aquests aspectes:

- La contraprestació del CatSalut a l'HUAV pels serveis d'atenció urgent hospitalària establerts a la clàusula addicional subscrita per l'ICS —àmbit territorial de Lleida— i el CatSalut l'any 2022, 11,59 M€, s'estableix sense l'empara d'un contracte programa, en contra del que estableix l'article 14 de la Llei 8/2007, de l'ICS.

  D'acord amb la comptabilitat analítica de l'HUAV i les dades facilitades per la seva Direcció Financera, l'any 2022 els costos directes i indirectes imputables a l'activitat d'urgències van ser 16,42 M€, mentre que el finançament rebut del CatSalut va ser d'11,59 M€, per l'activitat d'urgències, més 3,22 M€, per programes específics addicionals, que fa un import total per a l'any 2022 de 14,82 M€. Així doncs, el dèficit de finançament estimat per l'activitat assistencial d'urgències de l'HUAV l'any 2022 va ser d'almenys 1,61 M€. Per tant, l'activitat del servei d'urgències requeriria més finançament per cobrir el seu cost de funcionament.

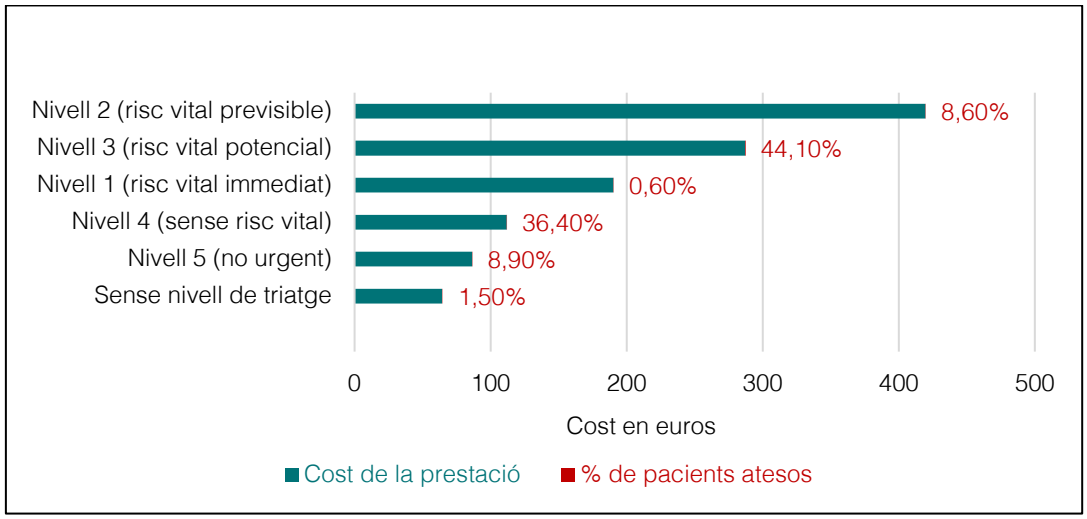
- La Direcció Financera de l'HUAV ens ha facilitat els costos unitaris estimats de prestació del servei assistencial d'urgències, per a cada nivell de triatge (vegeu el quadre 4). Si es comparen aquests costos amb la tarifa única retribuïda pel CatSalut, 128,03 € (preu del triatge més la urgència atesa), resulta que la tarifa retribuïda pel CatSalut va ser deficitària per als nivells de triatge de pacients 1 a 3, el 53,3% de les urgències que es van atendre a l'HUAV l'any 2022.

Quadre 4. Cost de la prestació assistencial urgent. Exercici 2022

Nivell de triatge	Cost de la prestació	Pacients atesos	Pacients atesos (%)
Nivell 1 (risc vital immediat)	190,11	615	0,6
Nivell 2 (risc vital previsible)	419,48	8.542	8,6
Nivell 3 (risc vital potencial)	287,01	43.987	44,1
Nivell 4 (sense risc vital)	111,77	36.294	36,4
Nivell 5 (no urgent)	86,29	8.870	8,9
Sense nivell de triatge	64,38	1.463	1,5
Total	193,17	99.771	100

Font: Direcció Financera HUAV i elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.
Nota: La Sindicatura no ha verificat l'escandall de costos facilitat per la comptabilitat analítica de l'HUAV.

Gràfic 3. Urgències hospitalàries ateses. Exercici 2022



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la Direcció Financera de l'HUAV i del CMBD-UR.

- L'any 2022 l'HUAV va registrar ingressos per 686.354 € de mutualitats, particulars i altres com a rescabalament per l'atenció prestada a pacients d'urgències amb tercers obligats al pagament. En la data de realització dels treballs d'auditoria, desembre de 2023, l'import pendent de cobrament era de 155.452 €, el 13,5% del qual tenia origen en prestacions realitzades l'any 2022.

- La Instrucció 4/2013 del CatSalut, per la qual es regulen els procediments per al rescabalament de l'atenció sanitària a càrrec del CatSalut, faculta aquesta entitat per al control i la inspecció de la informació i documentació que consideri necessàries en relació amb la facturació, per tal de comprovar la correcta atribució de la seva responsabilitat en la prestació, i si és el cas, aplicar els corresponents descomptes als imports facturats incorrectament. Tanmateix, no ha efectuat cap control d'aquest tipus a l'HUAV.

5.2. S'AVALUA LA DEMANDA ASSISTENCIAL URGENT, ELS FLUXOS EN LA CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL I LA SEVA COHERÈNCIA AMB L'ACTIVITAT ASSISTENCIAL CONTRACTADA PEL CATSALUT?

5.2.1. El grau d'utilització dels serveis d'urgències i la seva evolució és coherent amb l'activitat prevista pel CatSalut?

L'evolució de la demanda d'atenció urgent està molt condicionada per factors demogràfics, com ara l'envelliment de la població, per factors socioeconòmics o per les preferències dels usuaris en l'ús dels serveis sanitaris. El Pla estratègic territorial de l'ICS a Lleida, Alt Pirineu i Aran referit al període 2022-2025 va partir d'un escenari a la Regió Sanitària de Lleida amb un índex d'envelliment del 127,7%; un sobreenvelliment de la població del 19,5%, i una ràtio d'immigració del 20%, per sobre del valor de Catalunya.

En aquest context, l'any 2022 el CatSalut va preveure a l'HUAV el triatge de 94.000 pacients i l'atenció de 90.000 urgències, tot i que d'acord amb les dades registrades al CMBD-UR, se'n van realitzar efectivament 98.308:

Quadre 5. Activitat prevista i activitat prestada. Evolució 2019-2022

Clàusula anual CatSalut	2019	2021	2022	22-19 (%)	22-21 (%)
Triatge	**83.545**	**83.545**	**94.000**	**12,51**	**12,51**
Urgències ateses	83.545	83.545	90.000	7,73	7,73
Import clàusula	9.881.703	10.335.352	11.593.300	17,32	12,17
Import clàusula + programa esp.			14.815.711		
Import total clàusula anual			165.198.236		
Urgències ateses - CMBD-UR	2019	2021	2022	22-19 (%)	22-19 (%)
Urgències ateses	**100.416**	**85.345**	**99.771**	**(0,64)**	**16,90**
Població assegurada-Lleida	362.580	369.923	373.974	3,1	1,10
Taxa d'urgències ateses/1.000 hab.	276,95	230,71	266,79	(3,67)	15,64
Urgències ateses/hab.	0,28	0,23	0,27	(3,67)	15,64

Font: Elaboració pròpia, a partir de les clàusules addicionals subscrites amb el CatSalut, el CMBD-UR i el Registre central d'assegurats del Servei Català de la Salut.
Nota: L'import de la clàusula correspon al volum total de les transferències corrents efectuades pel CatSalut a l'ICS durant l'any 2022. El volum total anual (165,19 M€) correspon a l'import total de la clàusula de l'any 2022, per l'activitat d'atenció especialitzada hospitalària d'aguts contractada.

El creixement de les urgències ateses, doncs, va ser superior al de l'import de la contraprestació per part del CatSalut. El CatSalut va pal·liar l'infrafinançament del servei, derivat de les tarifes pagades per l'activitat prevista mitjançant clàusules addicionals d'import fix que es negocien *ad-hoc*, en el marc de les clàusules anuals de pagament. Amb tot, l'import d'aquestes clàusules, via programa d'especial interès, no va resultar suficient per eixugar completament el dèficit, estimat en almenys 1,61 M€ l'any 2022.

La predicció de demanda assistencial d'urgències al territori de Lleida també es veu afectada per l'activitat que es presta als pacients de la Comunitat Autònoma de l'Aragó, 1.680 pacients l'any 2022.

El finançament de l'atenció a aquests pacients es troba articulat en el marc del conveni administratiu formalitzat entre els governs de les comunitats autònomes de Catalunya i l'Aragó el mes d'abril de 2005, renovat el mes d'agost de 2018, que regula la coordinació en matèria d'assistència sanitària i la coordinació dels dispositius necessaris, dels pacients de les zones limítrofes[16] d'ambdues comunitats.

16. Comprèn 37 municipis de Catalunya i 46 municipis de la Franja d'Aragó.

Del treball realitzat, la Sindicatura ha constatat:

- La presa de decisions en la planificació dels recursos i l'activitat del territori no és prou informada i no es disposa d'indicadors de predicció de demanda per tal de determinar i actualitzar les estimacions d'afluència de pacients. Aquest fet no contribueix a l'ajust entre l'oferta i la demanda del servei, o a minimitzar la saturació que pot patir en determinats períodes, finalitat a la qual tampoc no han contribuït els COUE del territori, en contra del que es va preveure en l'acció 25a del PLANUC.

- L'any 2022 l'HUAV va facturar l'import d'11,53 M€ per tota l'atenció assistencial prestada als pacients dels municipis de la Franja de l'Aragó, import que inclou els pacients atesos a urgències, que van representar l'1,7% del total de les urgències ateses. Aquesta atenció no comptava amb un marc legal vigent, atès que l'actualització del conveni entre ambdues comunitats autònomes formalitzada el mes d'agost de 2018 havia finalitzat la seva vigència el mes d'agost de 2022, sense pròrroga expressa.

- L'article 31 del Decret 118/2014, del 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut, on es regula la contraprestació per resultats als centres proveïdors de serveis, estableix que els objectius del pagament per resultats han d'estar relacionats amb els eixos estratègics del Pla de salut de Catalunya, fonamentalment amb l'atenció a la cronicitat, l'accessibilitat i la capacitat de resolució del sistema, i han d'estar dirigits a incentivar la millora de la qualitat i l'eficiència de la prestació de serveis i l'autonomia clínica dels seus professionals. Amb aquesta finalitat, aquests objectius han de tenir en compte els sistemes d'informació i les diferents dimensions de l'atenció sanitària: accessibilitat, resolució, coordinació/integració, eficiència, seguretat i satisfacció.

  Per contra, els serveis d'urgències de l'HUAV no compten amb indicadors o valors de referència que permetin avaluar els circuits de derivació entre diferents dispositius, o la coordinació i continuïtat de l'atenció entre serveis al territori, que contribueixin a assolir un millor grau d'accessibilitat i una resolució en el nivell i recurs assistencial més adient. Els 3 únics indicadors que el CatSalut ha establert en les clàusules anuals de pagament, vinculats a l'activitat del servei d'urgències, són pagats sempre al 100% del seu assoliment en el cas dels centres proveïdors de l'ICS, sense realitzar-ne avaluació, de manera que no es promou cap incentiu de millora (vegeu el quadre 14).

5.2.2. L'atenció assistencial es produeix al nivell assistencial més adequat, en funció del nivell d'urgència? S'han implementat accions correctores per tal de reduir la pressió assistencial al servei d'urgències?

Un dels reptes pel que fa a l'atenció urgent i continuada és aconseguir atendre les persones en el dispositiu més adequat per a la resolució del problema pel qual consulten, amb qualitat i en el menor temps possible. L'ordenació de la demanda urgent i immediata és una aspiració

del Departament de Salut, en el marc de la seva planificació estratègica, per ajustar i organitzar l'oferta i donar una resposta proporcionada i efectiva. Així, "l'ordenació de l'atenció a la demanda ha de millorar l'accessibilitat i l'equitat, de manera que si la persona és atesa al dispositiu adequat, s'eviten duplicitats, es millora la resolució de cada dispositiu, s'eviten derivacions innecessàries i retards en l'atenció i el conjunt dels dispositius incrementen la seva capacitat de donar resposta a la ciutadania".[17] L'adequació de la demanda al dispositiu implica també que el cost en què s'incorre per l'atenció prestada es correspondrà a l'efecte obtingut en termes sanitaris i de salut (òptima relació cost-efectivitat).

Cal tenir en compte que és el ciutadà qui decideix a quin dispositiu consulta i, per tant, és necessari que disposi dels instruments per poder prendre la millor decisió, responsabilitat que recau en les autoritats sanitàries, i que es va recollir com una de les prioritats del PLANUC, en el seu eix primer.

Hi ha diferents indicadors d'adequació de l'atenció urgent hospitalària en el sentit apuntat més amunt. L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) i el MSIQ defineixen indicadors d'adequació vinculats al grau d'urgència, el nombre d'urgències ingressades o el nombre de derivacions efectuades. En aquest informe es pren el nombre d'urgències amb risc vital (nivells 1, 2 i 3 del MAT) com l'indicador més apropiat per aproximar la idea d'adequació de la urgència al dispositiu hospitalari, donat que aquest tipus de dispositius estan orientats a la gestió i eventual resolució d'aquests casos. Cal matisar, tanmateix, que no es tracta d'un indicador perfecte: no totes les urgències de nivells 4 i 5 (sense risc vital) poden ser gestionades adequadament en dispositius d'atenció primària, i és necessari acudir al nivell hospitalari si la complexitat del pacient ho requereix.[18] Amb tot, un elevat percentatge de contactes sense risc vital pot ser indicatiu de manca d'adequació de la demanda al dispositiu hospitalari, ja que hi ha una correlació entre el nivell d'urgència i la condició en què es troba el pacient.

En tots els anys compresos entre 2019 i 2022, les urgències ateses a l'HUAV en nivells de triatge sense risc vital (nivells 4 i 5), susceptibles, en bona mesura, de ser atesos en dispositius d'atenció primària, van ser força significatives, entre el 45 i el 48% segons l'any, amb un increment entre el 2021 i el 2022 del 15,3%. La mitjana de Catalunya per a aquests pacients també va ser significativa i superior a l'HUAV l'any 2022, el 60,10%. Aquestes dades suggereixen que hi ha un problema de sobrecobertura generalitzat als SUH, en el sentit que un nombre significatiu de persones hi acudeixen per afectacions que no ho requereixen.

17. Departament de Salut (2017). *Pla nacional d'urgències de Catalunya (PLANUC)*.

18. Cal recordar que el MAT classifica els pacients segons el grau d'urgència i no pas de gravetat. Les patologies prèvies i d'altres característiques del pacient poden condicionar la gravetat dels contactes originats per causes no urgents.

Quadre 6. Urgències ateses, per nivell de triatge del pacient. Període 2019-2022

Urgències ateses	2019	2020	2021	2022	2022-21
Totals	100.430	72.720	85.345	99.771	16,9
Nivell 1 (risc vital immediat)	311	218	418	615	47,1
Nivell 2 (risc vital previsible)	9.501	6.836	7.691	8.542	11,1
Nivell 3 (risc vital potencial)	41.116	29.742	36.741	43.987	19,7
Nivell 4 (sense risc vital)	36.336	26.252	30.187	36.294	20,2
Nivell 5 (no urgent)	11.720	8.217	8.995	8.870	(1,4)
Sense nivell de triatge	1.446	1.454	1313	1.463	11,4
Urgències ateses sense risc vital	48.056	34.469	39.182	45.164	15,3
Percentatge	47,85	47,40	45,91	45,27	

Font: Elaboració pròpia.

La taula següent mostra la distribució de casos d'urgències registrats a l'HUAV, segons el nivell de triatge informat per la unitat proveïdora, l'any 2022.[19] S'observa que, en relació amb la mitjana catalana, l'HUAV presentava un percentatge de casos superior per als nivells de triatge amb risc vital, i inferior pel que fa als nivells de triatge sense risc vital.

Quadre 7. Urgències ateses a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i global de Catalunya, per nivell de triatge del pacient. Exercici 2022

	HUAV		Global de Catalunya	
Nivell	Nombre de casos	Percentatge	Nombre de casos	Percentatge
Nivell I	615	0,62	11.994	0,32
Nivell II	8.542	8,56	200.347	5,40
Nivell III	43.987	44,08	1.223.679	33,00
Nivell IV	36.294	36,38	1.843.276	49,70
Nivell V	8.870	8,89	387.325	10,40
No informat/erroni	1.463	1,47	43.499	1,17
Total	99.771	100	3.710.120	100

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

La taxa bruta d'urgències amb risc vital de l'HUAV va ser, l'any 2022, del 53,68%, per sobre de la taxa bruta corresponent al conjunt dels serveis d'urgències hospitalàries de Catalunya, que fou del 39,55% en el mateix període. D'altra banda, aquest percentatge suposa un increment de prop de 3 punts percentuals en relació amb la taxa bruta registrada l'any 2019, que va ser de 50,35%.

19. S'exclouen els contactes que arriben al servei d'urgències amb aturada cardiorespiratòria.

Quadre 8. Taxa bruta d'urgències de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova amb risc vital Exercicis 2019 i 2022

	Any 2019		Any 2022	
	Nombre de casos	Percentatge	Nombre de casos	Percentatge
Urgències amb RV	50.558	50,35	52.976	53,68
Casos possibles	100.402	100	98.681	100

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

Per tal d'analitzar si les urgències ateses a l'HUAV l'any 2022 s'adequaven a un dispositiu d'urgències hospitalàries, la Sindicatura ha calculat un indicador ajustat de les urgències amb risc vital seguint la metodologia establerta per al càlcul dels indicadors d'atenció urgent del MSIQ del CatSalut. Aquest indicador s'entén com la relació entre les urgències amb risc vital observades, i les esperades segons un model d'ajust que té en compte factors que afecten la probabilitat que una urgència presenti un nivell de triatge amb risc vital: el sexe, l'edat, la morbiditat, el nivell hospitalari i la classe de patologia diagnosticada.[20] El valor obtingut per a aquest indicador ajustat ha estat de 1,184.

En aquest àmbit, és important també observar el resultat de les enquestes de satisfacció dels usuaris dels dispositius d'atenció hospitalària urgent recollides pel Pla d'enquestes de percepció, experiència i satisfacció d'usuaris del Servei Català de la Salut (PLAENSA), on s'observa, entre d'altres, que el 37,6% dels usuaris de l'HUAV enquestats l'any 2022 van triar aquest dispositiu per iniciativa pròpia, mentre que un 30,8% ho va fer per indicació dels dispositius d'atenció primària del territori. En el cas del conjunt de Catalunya la xifra és més elevada: un 60,7% el va triar per iniciativa pròpia, mentre que només un 15,1% ho va fer per indicació dels dispositius de primària.

En el cas dels usuaris de l'HUAV que van acudir als dispositius d'atenció hospitalària urgent per iniciativa pròpia, els motius principals que argumentaven per haver pres aquesta decisió eren el fet de creure que el problema només es podia resoldre a urgències (44,9%), o perquè al CAP no els podien atendre (20,9%).

El treball desenvolupat ha permès concloure aquests aspectes:

- Seguint la metodologia establerta per al càlcul dels indicadors d'atenció urgent del MSIQ, desenvolupada pel CatSalut, la Sindicatura ha calculat un indicador ajustat de les urgències amb risc vital, entès com la relació entre les urgències amb risc vital observades i les urgències amb risc vital esperades segons el model d'ajust (vegeu l'annex 4). El càlcul

20. El mètode d'ajust emprat és un model de regressió logística (vegeu l'annex metodològic).

per part de la Sindicatura de l'indicador ajustat de les urgències amb risc vital, amb valor superior a 1, ha permès concloure que les urgències ateses a l'HUAV l'any 2022 s'adequaven a les esperades en un dispositiu d'urgències hospitalàries, atès que l'hospital va atendre més casos amb risc vital del que s'espera, segons els factors d'ajust. No obstant això, aquesta conclusió no implica que l'atenció hospitalària d'urgències prestada per l'HUAV s'estigués produint en el dispositiu més adequat en tots els casos.

- L'HUAV no ha consensuat ni aprovat circuits de derivació de l'atenció primària de salut al servei d'urgències de l'hospital, ni compta amb criteris clínics de derivació inversa dels dispositius d'urgències hospitalàries cap a l'atenció primària de salut per al cas dels ciutadans que consulten sense risc vital, per tal de facilitar-los informació sobre dispositius propers i els temps d'espera.

  Aquests circuits, que contribuirien a disminuir les esperes en l'atenció per consultes sense risc vital o no urgents i millorar la continuïtat en les derivacions entre dispositius, tampoc han estat abordats per les accions desplegades en el marc del Pla estratègic territorial. Els responsables dels serveis d'urgències de l'HUAV entrevistats van manifestar que moltes derivacions de l'atenció primària no eren adequades, o no estaven prou justificades, i tot i que s'intentava atendre de forma més ràpida els pacients que venien derivats del CUAP, no comptaven amb formularis de preadmissió on es tingués en compte l'hora d'arribada al primer dispositiu, per tal que el ciutadà no fos penalitzat en el temps de resolució de la seva demanda i se'n prioritzés l'atenció al servei d'urgències hospitalari.

- La Sindicatura també ha analitzat les dades dels qüestionaris obtinguts en les enquestes de satisfacció dels usuaris de l'atenció hospitalària urgent de l'HUAV (PLAENSA) realitzades l'any 2022. D'aquesta anàlisi se'n deriven diverses conclusions rellevants: la majoria d'usuaris enquestats acudia al servei d'urgències hospitalàries per iniciativa pròpia (no pas per derivació), i ja hi havien acudit alguna vegada abans; en segon lloc, s'observa que, en cas d'acudir-hi per iniciativa pròpia, la majoria d'usuaris ho feia perquè creia que era l'únic lloc on poden solucionar el seu problema.

  D'altra banda, es constata que aquells usuaris que, en comptes d'això, acudien a urgències per eludir el seu CAP quedaven menys satisfets. També, que altres atributs personals afecten el nivell de satisfacció: la satisfacció amb el servei d'urgències sembla augmentar amb l'edat, i és més alta també pel fet d'acudir-hi per primer cop.

- Les auditories que el CatSalut va encarregar l'any 2021 per tal d'avaluar la implementació del PLANUC van detectar alguns aspectes destacables en el cas de l'avaluació realitzada al dispositiu d'atenció primària d'urgències a Lleida, el CUAP Prat de la Riba, atès que no permetien garantir l'eficàcia i l'eficiència en la seva capacitat de resolució, per als quals no s'ha abordat la resolució: la impossibilitat d'indicar ingressos directes a domicili o a

sociosanitari; alguns professionals que feien el triatge no tenien la formació reglada específica; la manca d'accés a consulta no presencial amb professionals de l'àmbit de salut mental les 24 hores; no es disposava de protocols de coordinació amb els recursos assistencials socials, sociosanitaris, residències assistides o el SEM; no hi havia un sistema d'identificació inequívoca dels pacients, i no es disposava d'indicadors de qualitat del servei, ni es tenia accés als quadres de comandament de l'ICS, entre altres.

- L'any 2022 l'HUAV no havia implementat un sistema de triatge amb resolució per part d'infermeria. No obstant això, l'Acord de gestió de l'hospital d'aquell exercici va incloure un objectiu vinculat al desenvolupament de la "gestió infermera de la demanda aguda a urgències", per tal de resoldre l'atenció dels pacients classificats com a nivell 4 o 5 de triatge, de baixa complexitat, sistema que es coneix també com a visita ràpida, o *fast track.* Aquesta figura es va implementar efectivament a l'hospital el mes de gener del 2023.

5.3. S'HAN DISSENYAT CIRCUITS SOBRE ASPECTES OPERATIUS I FUNCIONALS DE LA GESTIÓ INTEGRAL DEL PROCÉS ASSISTENCIAL URGENT I S'IMPLEMENTEN COM ESTÀ PREVIST?

5.3.1. S'han dissenyat i s'apliquen de manera òptima els protocols específics que regulen el procés assistencial i són adequats a les necessitats d'atenció?

El procés assistencial urgent a l'hospital comprèn un seguit d'accions que transcorren durant la prestació d'atenció en els serveis d'urgències, des de l'arribada del pacient fins que surt del servei. Aquest procés comença amb la primera intervenció assistencial que se li presta, que consisteix a fer una valoració de risc per tal de discernir els pacients sense risc vital, o amb demandes no urgents, i que per tant poden esperar a ser atesos, dels qui s'han d'atendre amb diferent prioritat. Aquesta valoració és el que es denomina *triatge*, i és especialment rellevant en serveis amb saturació i on s'atenen pacients amb risc vital, com és el cas dels serveis d'urgències hospitalàries. Després del triatge, el procés assistencial continua amb la valoració clínica, l'aproximació diagnòstica, el tractament i la decisió a l'alta. En tot aquest procés hi intervenen diferents professionals del servei d'urgències hospitalari (metges, infermers, tècnics, zeladors, administratius i laboratori), i també altres serveis i especialitats, per la qual cosa requereix una gran coordinació de recursos per tal de garantir el procés assistencial en el mínim temps possible.

L'any 2006 l'HUAV va redactar i implementar un procediment de funcionament d'urgències on es recullen els circuits assistencials del servei, i que s'ha revisat en diverses ocasions, les dues darreres els anys 2013 i 2023, per tal d'adaptar en cada moment els aspectes organitzatius, personals i estructurals.

A més d'aquest protocol, l'hospital n'ha aprovat altres d'interns, de gestió o de coordinació, que regulen circuits assistencials paral·lels o vinculats a aquest, entre els quals els més rellevants són:

- Protocols que regulen les funcions de determinats professionals adscrits al servei d'urgències, com el cap i el supervisor de guàrdia; el personal d'informació, d'infermeria, de triatge i el treballador social.
- Protocols vinculats al circuit assistencial, que regulen l'admissió i el triatge de pacients; el funcionament de la Unitat d'Observació d'Urgències (UOU); el circuit de derivació d'urgències psiquiàtriques; el procediment per tal de garantir la continuïtat de la gestió assistencial; el pla de supervisió dels residents, o el procediment de transport sanitari no urgent dels pacients ingressats al servei d'urgències.

Quant al disseny i aplicació d'aquests protocols, es posen de manifest les següents consideracions:

- Alguns circuits rellevants per tal de facilitar la continuïtat assistencial dels pacients assistits a l'HUAV, tant en l'àmbit intern de l'hospital, com en el curs de les possibles derivacions a realitzar a altres centres o dispositius assistencials, no compten amb protocols consensuats, o no estan definits exhaustivament.

  En aquest sentit, no hi ha un protocol de coordinació i distribució de tasques amb professionals d'altres serveis; manca una definició exhaustiva de tasques dels professionals en els diversos espais assistencials; no hi ha protocols de derivació, o derivació inversa, amb els dispositius d'atenció primària; no s'han dissenyat procediments per al control del flux de malalts que, un cop valorats pels serveis d'urgències, requereixen un ingrés hospitalari, i en el cas de derivació a altres centres hospitalaris, la regulació del circuit de drenatge del pacient es fa de manera molt succinta. Tampoc no s'han aprovat protocols d'actuació davant les emergències socials, sinó que hi ha un protocol genèric que fa referència a l'actuació del treballador social amb caràcter general, més que a l'estandardització davant de situacions concretes.

- Alguns dels protocols vigents l'any 2022 no s'havien actualitzat recentment, sinó que la darrera actualització s'havia fet feia més de 4 o 5 anys. Els protocols de funcionament de la UOU i de supervisió dels residents a urgències no tenien data de formalització.

- Els protocols dissenyats no inclouen indicadors per tal d'avaluar la bondat i el compliment dels circuits i procediments interns que s'hi regulen, i per tant, impulsar les mesures correctores necessàries.

5.3.2. Hi ha una bona coordinació dels recursos durant el procés assistencial i s'optimitza el temps i el procés de drenatge dels pacients?

Els dispositius d'urgències hospitalaris són els que pateixen més saturació, produïda per múltiples factors, relacionats amb l'elevada pressió de la demanda, amb el procés assistencial dins del mateix servei d'urgències i amb el drenatge dels pacients, entre d'altres.

Aquesta saturació té efectes no desitjats, especialment per als pacients, que es poden traduir en retards en l'atenció, esperes en condicions deficients o estades perllongades en espais inadequats. La saturació, doncs, té un impacte negatiu en la percepció de la ciutadania de la capacitat de resposta del sistema, però també en els professionals, que veuen compromès el seu benestar degut a la intensitat de les càrregues de treball, augmenta el risc de patir *burnout*, o síndrome d'esgotament professional.[21]

El procés de drenatge, és a dir, la sortida del pacient dels serveis d'urgències, és un moment en què la coordinació entre els diferents dispositius i serveis és clau, tant per garantir la correcta atenció del pacient i evitar estades perllongades evitables, com per evitar la possible saturació dels serveis d'urgències. Per tant, és un dels elements clau que cal abordar en la millora de l'atenció als pacients. El drenatge es veu condicionat per elements que el SUH no controla, com ara la disponibilitat de llits al propi hospital, o el transport sanitari adequat en el temps requerit, en cas de trasllat del pacient a un altre centre. Donat el volum relatiu d'ingressos al propi centre, la gestió de llits de l'hospital esdevé crucial per al correcte drenatge dels pacients d'urgències. Al seu torn, aquesta gestió de llits es veu condicionada no només per l'activitat programada al centre sinó també per la pròpia pressió dels ingressos urgents.

D'acord amb les dades publicades per l'AQuAS,[22] la pressió assistencial d'urgències[23] sobre l'hospitalització va presentar una tendència creixent a l'HUAV, entre 2019 i 2022, amb valors que es situen per sobre de la mitjana de Catalunya: l'any 2022, el valor d'aquest indicador era del 77,0% a l'HUAV, per sobre del conjunt de Catalunya (70,5%), tal com passava l'any 2019, quan aquests percentatges eren del 74,2% i el 67,9%, respectivament. D'acord amb la mateixa font, tanmateix, els experts recomanen que aquesta pressió sigui inferior al 60%. En suma, una elevada pressió d'urgències limita la capacitat del centre per a realitzar l'activitat programada –i reduir així les llistes d'espera–, que ha d'habilitar el màxim nombre

21. Daniels, J., Robinson, E., Jenkinson, E., *et al.* (2024). Perceived barriers and opportunities to improve working conditions and staff retention in emergency departments: a qualitative study. *Emerg Med J.* 41: 257-255.

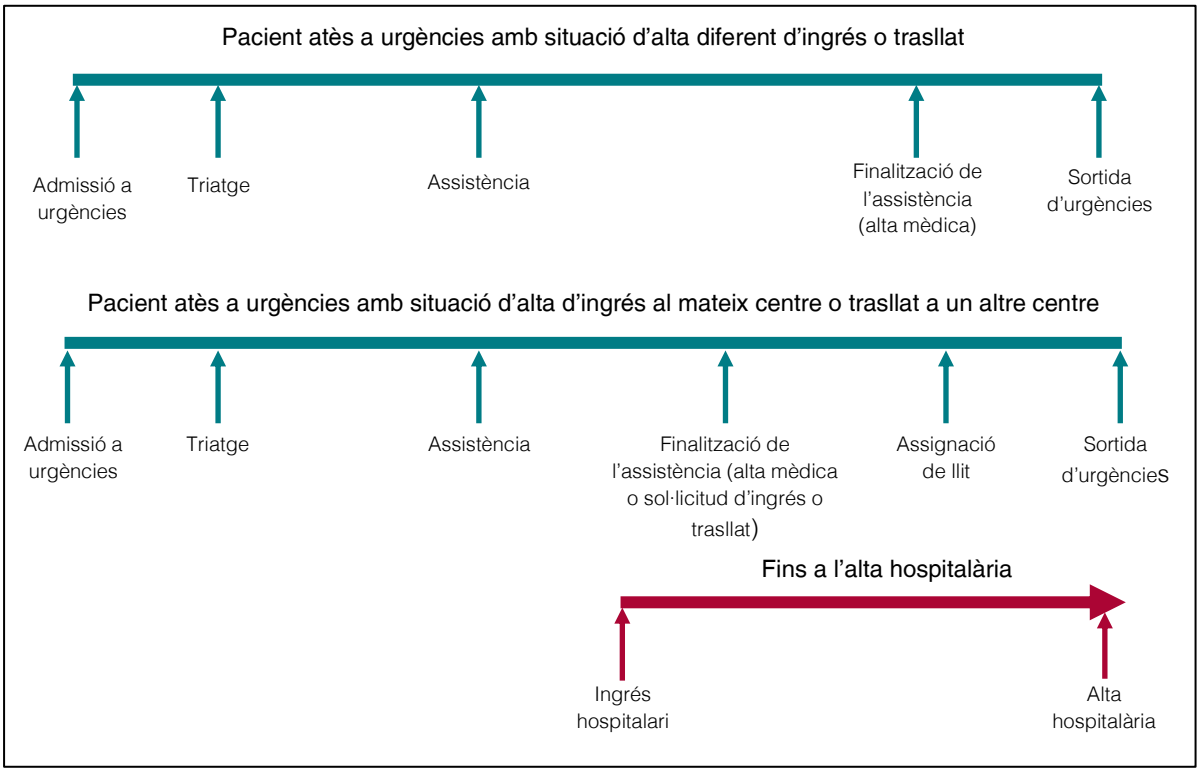
22. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (2023). *Àmbit d'atenció hospitalària. Dades 2017-2022 de la Central de Resultats.* Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

23. Percentatge d'ingressos hospitalaris provinents del servei d'urgències.

de llits possibles per a dur a terme aquesta activitat, fet que condiciona la disponibilitat de llits excedents per a rebre pacients urgents. Per això una gestió òptima de llits hospitalaris implica també disposar de mecanismes que permetin evitar, de forma segura, l'ingrés del pacient a l'hospital, com ara la capacitat de resolució per part dels SUH, l'hospitalització domiciliària des d'urgències o la derivació a l'atenció intermèdia, entre d'altres.

El manual de notificació del CMBD-UR[24] estableix una seqüència cronològica de les urgències que s'atenen en un dispositiu hospitalari.

Gràfic 4. Seqüència cronològica d'una urgència, amb ingrés hospitalari i sense



Font: Elaboració pròpia a partir del Manual de notificació del CMBD-UR, 2019.

A partir de les dades del registre CMBD-UR, d'acord amb la seqüència cronològica descrita i aplicant les definicions i els criteris metodològics propis de la Sindicatura apuntats en l'annex metodològic (vegeu l'annex 4), s'han analitzat els temps d'estada registrats dels pacients atesos a les urgències de l'HUAV l'any 2022.

24. Servei Català de la Salut (2019). *Manual de notificació del CMBD-UR*. 8a edició. Barcelona: Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Els resultats obtinguts són indicadors de temps[25] que alerten sobre determinades particularitats rellevants en la coordinació i la continuïtat assistencial i el procés de drenatge al servei d'urgències de l'HUAV (vegeu els quadres 9-12). Els indicadors inclosos són 5: el **temps fins al triatge (1)** mesura temps que transcorre entre l'admissió a urgències i el moment en què es realitza el triatge; el **temps fins a l'inici d'assistència (2)** mesura temps que transcorre entre l'admissió a urgències i el moment en què s'inicia l'atenció urgent; el **temps fins a la decisió (3)** es defineix com el temps transcorregut entre l'admissió a urgències i la finalització de l'assistència (alta del pacient o sol·licitud d'ingrés o trasllat); el **temps total d'estada (4)** mesura el temps transcorregut entre l'entrada del pacient a urgències (admissió) i la seva sortida física del dispositiu; i finalment, la **diferència entre (4) i (3)**, que aquí s'interpreta com un indicador de la dificultat de drenatge de pacients.

És important tenir en compte que aquests indicadors ens permeten aproximar el grau d'eficiència dels dispositiu, en el sentit que uns temps adequats de resolució o de drenatge són indicatius d'un òptim ús de recursos en el procés assistencial. Però és molt important ressaltar també que aquests indicadors poden incidir en els resultats de salut que es deriven d'aquest procés i, per tant, tenen efectes sobre l'eficàcia de la seva intervenció.[26] En aquest sentit, la literatura acadèmica assenyala que les demores en el tractament o en l'ingrés dels pacients que acudeixen al servei d'urgències, sovint derivats de la saturació del servei, estan associats a un increment dels efectes adversos sobre la salut i de la mortalitat dels pacients, així com també sobre el benestar del personal del servei.[27] Un estudi recent, tanmateix, conclou que una demora superior a les 5 hores, des del moment de l'admissió fins al moment de l'ingrés d'aquells pacients que ho requereixen, està associada a un increment de la mortalitat per qualsevol causa als 30 dies, amb independència de la saturació del servei.[28] Els autors d'aquest estudi estimen que per cada 82 pacients l'ingrés dels quals es demora entre

25. En relació amb els indicadors de temps calculats, cal puntualitzar aquests aspectes:
   (a) S'indica el valor de les medianes, i no de les mitjanes aritmètiques, atès que l'existència de casos extrems fa que la mitjana no sigui representativa.
   (b) Per a les dades del moment de sortida amb transport no urgent en ambulància, s'han utilitzat les dades del SAP assistencial de l'HUAV, atès que el CMBD-UR de l'HUAV no recull aquesta informació de manera acurada.
   (c) No ha estat possible efectuar comparacions amb l'agregat de centres de Catalunya, atesa la manca d'informació en alguns dels camps requerits en el CMBD-UR i la manca d'homogeneïtat en els criteris de recollida i registre de les dades (vegeu l'apartat 5.3.3)

26. En relació amb l'al·legació presentada pel CatSalut, la Sindicatura considera pertinent, i necessària, la traducció dels temps d'espera perllongats en els seus possibles efectes adversos per a la salut. Cal fer palès, d'altra banda, que els possibles riscos sobre la salut es poden reduir si s'escurcen els temps d'espera, fet que depèn en certa mesura de factors organitzatius i de gestió assistencial.

27. Vegeu per exemple Pearce S., Marchand T., Shannon T., *et al.* (2023) Emergency department crowding: an overview of reviews describing measures causes, and harms. *Intern Emerg Med.* 18(4):1137-1158.

28. Jones, S., Moulton, C., Swift, S., *et al.* (2022). Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30-day mortality. *Emerg Med J.* 39(3):168-173.

6 i 8 hores des de la seva admissió a urgències, es produeix una defunció addicional. L'any 2022 les demores que es van donar entre els pacients atesos a urgències a l'HUAV amb indicació d'ingrés hospitalari haurien pogut impactar en un nombre de morts addicionals.[29]

Quadre 9. Indicadors temporals de l'HUAV, segons el nivell de triatge. Exercici 2022

	Indicadors – Mediana (minuts)					
Nivell de triatge	Temps fins al triatge (1)	Temps fins a l'inici d'assistència (2)	Temps fins a la decisió (3)	Temps total d'estada (4)	Diferència entre (4) i (3)	Var. percentual
Nivell I	4	20	269	353	84	31,20
Nivell II	6	30	263	424	161	61,20
Nivell III	7	63	290	328	38	13,10
Nivell IV	9	50	129	133	4	3,10
Nivell V	9	34	86	88	2	2,30
Sense triatge	n.d.	n.d.	117,5	178,5	61	51,90
Global	8	50	194	220	26	13,40

Font: Elaboració pròpia.
N.d.: no disponible.

Quadre 10. Indicadors temporals de l'HUAV, segons la situació a l'alta. Exercici 2022

	Indicadors – Mediana (minuts)					
Situació a l'alta	Temps fins al triatge (1)	Temps fins a l'inici d'assistència (2)	Temps fins a la decisió (3)	Temps total d'estada (4)	Diferència entre (4) i (3)	Var. percentual
Domicili	8	50	164	167	3	1,80
Derivació post-triatge	7,5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Derivació post-assistència	5	48	453,5	593,5	140	30,90
Ingrés convencional	6	39	351	568	217	61,80
Ingrés semicrítics	5	30	216,5	248,5	32	14,80
Hospitalització a domicili	6	64,5	601	622	21	3,50
Residència	5	86,5	409	581	172	42,10
Alta voluntària	7	79,5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Alta administrativa	7	10	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Evasió	8,5	178	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Èxitus	4	25	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Global	8	50	194	220	26	13,40

Font: Elaboració pròpia.

29. Text modificat arran de l'al·legació presentada pel CatSalut.

Quadre 11. Indicadors temporals de l'HUAV: alta a domicili segons tipus de transport. Exercici 2022

	Indicadors – Mediana (minuts)					
Tipus de transport	Temps fins al triatge (1)	Temps fins a l'inici d'assistència (2)	Temps fins a la decisió (3)	Temps total d'estada (4)	Diferència entre (4) i (3)	Var. percentual
Domicili pel seu compte	-	-	154	154	0	0,00
Domicili en ambulància	-	-	455	629	174	38,20

Font: Elaboració pròpia.

Quadre 12. Indicadors temporals de l'HUAV, segons derivació a l'alta. Exercici 2022

	Indicadors – Mediana (minuts)					
Tipus de recurs - derivació	Temps fins al triatge (1)	Temps fins a l'inici d'assistència (2)	Temps fins a la decisió (3)	Temps total d'estada (4)	Diferència entre (4) i (3)	Var. percentual
Urgències Atenció primària	7,5	n.d.	n.d.	n.d.	-	-
Ingrés en un hospital d'aguts	5	48	445	589	144	32,40
Ingrés en un sociosanitari	6	49	625	768	143	22,90
Salut mental	5	56	492,5	608	115,5	23,50
Fora de Catalunya	6	49	722	863	141	19,50
Sense derivació	8	50	188	212	24	12,80
Global	8	50	194	220	26	13,40

Font: Elaboració pròpia.
N.d.: no disponible.

Aquests són els fets observats en relació amb el procés assistencial i el drenatge dels pacients al servei d'urgències de l'HUAV:

- L'anàlisi de les dades registrades al CMBD-UR i dels indicadors temporals elaborats per la Sindicatura, referits a l'any 2022, indica aspectes rellevants relacionats amb el procés assistencial del servei d'urgències de l'HUAV.

  - Temps fins al triatge: mesura la capacitat per realitzar una primera avaluació del pacient que acudeix als serveis d'urgències.

El temps medià[30] de triatge a l'HUAV l'any 2022 va ser de 8 minuts (l'any 2019, també de 8 minuts) i incrementava d'acord amb el nivell de triatge finalment assignat. També s'observa que aquest temps era més llarg els dilluns, i en horaris concrets durant la setmana: a les 10 h del matí, a les 22 h de la nit, i a la 1 h de la matinada. Aquests repunts coincideixen amb canvis de torn del personal assistencial (10 h, 22 h i les 00 h).

- Temps fins a l'inici d'assistència: mesura la capacitat del servei de donar resposta assistencial al pacient que acudeix als serveis d'urgències.

  El temps medià fins a l'inici de l'assistència va ser de 50 minuts l'any 2022 (l'any 2019, de 46 minuts). S'observa també alguna distribució poc coherent amb el nivell de triatge: els pacients amb un nivell de triatge I (risc vital imminent) presentaven un temps que no és versemblant i els pacients de nivell de triatge II i III (amb risc vital) concentraven un temps medià similar, o inclús superior, respectivament, al dels pacients de nivell IV i V (sense risc vital). D'acord amb les consideracions fetes per l'HUAV i l'auditoria del CMBD-UR realitzada l'any 2021, el motiu podria ser el fet que aquest temps no es registrava fins que el professional no obria la història clínica del pacient.

  És important fer notar també l'elevat temps fins a l'inici d'assistència que mostren els casos amb situació d'alta d'evasió[31] i d'alta voluntària, amb una mediana de 178 i 79,5 minuts, respectivament. La informació recollida en el CMBD-UR no ens permet saber si aquests contactes han arribat a iniciar l'assistència –això és, si han arribat a ser atesos. Amb tot, el fet que sí que hi hagi registrada l'hora d'inici d'assistència ens permet inferir que el professional ha arribat a obrir la història clínica i que, donada la demora amb què això s'ha produït, en aquests casos l'abandó pot ser degut a l'elevat temps d'espera per a ser atès.

- Temps fins a la decisió: mesura la capacitat de resolució o indicació intrínseca dels casos (contactes) per part del servei d'urgències.

30. S'ha calculat el temps medià, en comptes del temps mitjà, ja que la presència de valors extrems fa que la mitjana sigui poc representativa en aquest cas. La mediana és el valor que deixa a la seva esquerra el 50% dels casos d'una mostra.

31. Una de les conclusions a què arribà l'auditoria del CMBD-UR realitzada l'any 2021 va ser el fet que molts dels responsables entrevistats no tenien clara la diferència entre les situacions d'alta administrativa, alta voluntària i evasió. Donada l'elevada freqüència relativa de casos amb situació a l'alta d'evasió que presenta l'HUAV, la Sindicatura creu que s'han produït errors de registre o de traspàs d'informació i que aquests corresponen en bona mesura a situacions d'alta administrativa. En qualsevol cas, a efectes del que aquí s'analitza, les 3 situacions d'alta es corresponen a una única situació: pacients que han abandonat el servei abans de finalitzar l'assistència.

El valor medià d'aquest indicador va ser de 194 minuts l'any 2022, i els valors més elevats corresponen als pacients amb risc vital, donada la potencial complexitat o gravetat d'aquests pacients.

- **Temps total a urgències**: mesura la capacitat de resolució o indicació efectiva (drenatge) de casos per part dels serveis d'urgències, condicionada per factors externs al servei, com la disponibilitat de llits de l'hospital o d'altres centres, o la disponibilitat de transport.

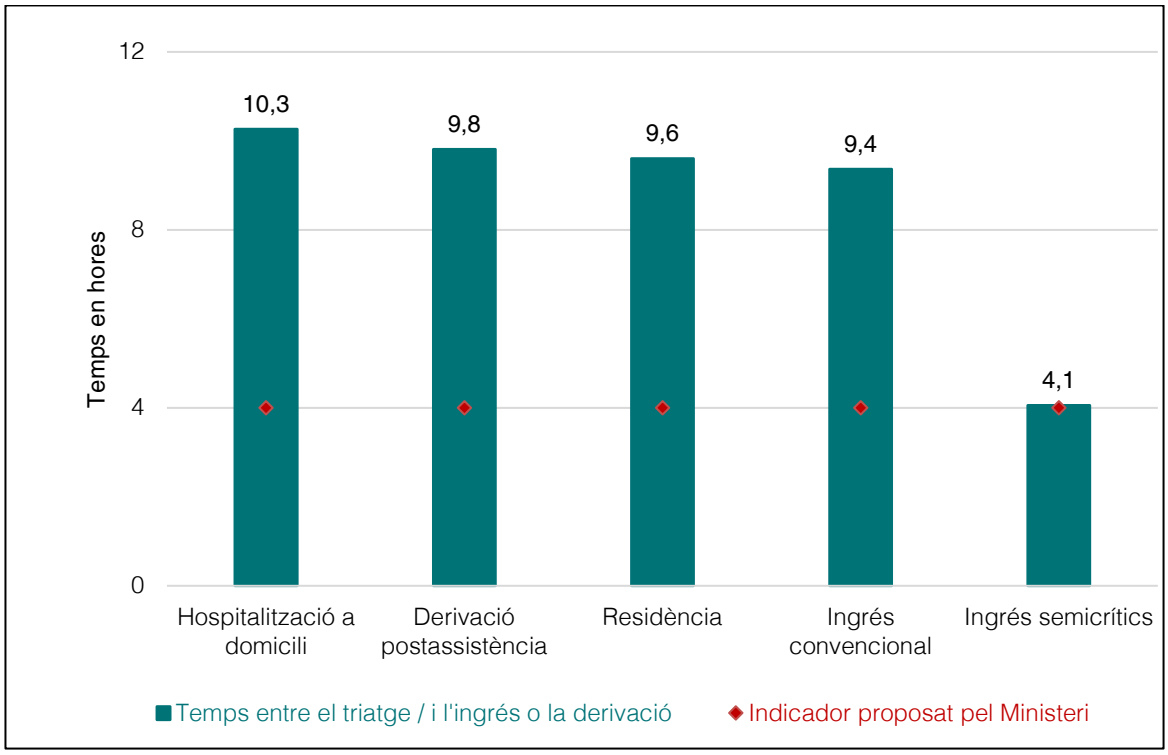
  El temps medià d'estada dels pacients als serveis d'urgències de l'HUAV va ser de 220 minuts l'any 2022 (l'any 2019, de 210 minuts). Els temps medians de permanència a urgències eren especialment dilatats en el cas dels pacients que havien de cursar ingrés al propi centre (568 minuts) i aquells que havien de ser derivats a un altre centre (593,5 minuts): tots ells presentaven medianes superiors o iguals als 589 minuts, independentment del tipus de recurs on haguessin de ser traslladats (vegeu el quadre 12). Tenint en compte els temps registrats fins a la decisió, aquests temps evidencien dificultats en el drenatge de pacients.

  Per bé que no sembla que hi hagués problemes de drenatge a escala global –donat que la majoria de pacients cursava alta a domicili, en què la sortida és pràcticament immediata–, sí que s'evidencien per a determinades tipologies d'alta. Així, els pacients amb ingrés (convencional) al propi centre presentaven una diferència entre el temps medià total i el temps medià fins a la decisió de gairebé 4 hores (217 minuts). Tenint en compte el que s'ha apuntat anteriorment, aquesta demora en l'ingrés que es produïa per la dificultat de drenatge pot tenir impacte sobre la mortalitat d'aquests pacients. També s'evidencien dificultats pel que fa al pacients derivats a d'altres centres (140 minuts) i, amb menor incidència pel seu volum relatiu, en els pacients que van a residència (172 minuts).

- L'informe que va publicar l'any 2010 el Ministeri de Sanitat i Política Social[32] recomanava, entre diversos indicadors d'eficiència, l'objectiu de 4 hores per al temps transcorregut entre l'admissió dels pacients i el seu ingrés a l'hospital o trasllat a altres centres, en el moment de l'alta. El gràfic següent mostra que el valor medià d'aquest indicador a l'HUAV l'any 2022, per a les diferents situacions a l'alta del pacient, estava lluny, excepte en un cas, de l'objectiu d'eficiència proposat.

32. Ministeri de Sanitat i Política Social (2010). *Unidad de urgencias hospitalarias, estándares y recomendaciones*. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/UUH.pdf.

Gràfic 5. Indicador d'eficiència per a les altes del servei d'urgències. Exercici 2022



Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR i del SAP assistencial de l'HUAV.

- El control de cobertures mínimes dels professionals adscrits al servei d'urgències es registra en una aplicació pròpia de gestió de temps. Qualsevol incidència prevista es cobria des de la direcció, amb els professionals que consten en la cartellera d'incidències, i si la incidència sorgeix durant el torn de tarda o nit, o en un dia festiu o cap de setmana, és el supervisor de guàrdia qui cobria l'absència amb el personal disponible.

  El llibre de guàrdies del supervisor d'urgències consultat per a 4 mesos (2 d'ells, amb activitat ordinària, i els altres 2, amb elevada activitat estacional) deixa constància, en tots els períodes analitzats, de la necessitat freqüent de cobertura d'absències de professionals d'infermeria i de tècnics en cures auxiliars d'infermeria (TCAI), i la dificultat d'aconseguir-ho en alguns casos. El control del compliment de les cobertures mínimes del servei, que s'estableix en el Procediment de funcionament del Servei d'Urgències, no ha quedat acreditat formalment en tots els torns revisats.

- Els pacients que tenen indicació d'ingrés i estan al servei d'urgències han de cursar ingrés en dispositius adequats, per la qual cosa és rellevant disposar d'unitats estructurals o funcionals que siguin una alternativa segura i eficaç a l'hospitalització convencional, com les unitats de curta estada, les de subaguts (atenció intermèdia), els hospitals de dia, o d'hospitalització a domicili. D'altra banda, per a aquells pacients que, a priori, no requereixen ingrés hospitalari, però que han de romandre al servei d'urgències, és important disposar d'unitats d'observació d'urgències (UOU) efectives i ben equipades.

En aquest sentit, la Unitat d'Observació d'Urgències de l'HUAV, disponible a partir de finals de l'any 2022, no es troba dimensionada d'acord amb les necessitats i la demanda, compartia espai amb altres serveis assistencials i no estava operativa els caps de setmana.

Pel que fa als altres dispositius, l'HUAV no disposa d'un règim permanent de funcionament de l'hospitalització domiciliària, ni d'unitats de curta estada o llits de semicrítics a càrrec d'urgències. Compta amb hospital de dia però en l'especialitat de medicina interna, i els dispositius d'atenció intermèdia amb què compta al territori eren escassos.

El mes de gener de 2023 l'HUAV va implementar la figura de la "infermera d'urgències gestora d'espais", per gestionar les ubicacions i moviments dels pacients per tal de resoldre les xifres de saturació del servei.

- Per al drenatge de pacients psiquiàtrics l'HUAV compta amb un protocol que no ha estat actualitzat des de l'any 2016, formalitzat amb l'Hospital Universitari de Santa Maria (HUSM), on ambdues parts van establir els circuits per a la gestió de la disponibilitat de llits i la selecció, derivació i atenció d'aquests pacients.

  Tot i la proximitat d'aquest hospital a l'HUAV, els responsables del servei d'urgències de l'HUAV entrevistats han manifestat que hi ha problemes en el flux de drenatge de pacients, derivats de la manca de servei de psiquiatria de guàrdia més enllà de les 15 h de la tarda, de manera que les necessitats sorgides més enllà d'aquesta hora han d'esperar a l'endemà, a més de les demores en el servei de transport que els trasllada.

  El mes de setembre de 2023 el Sindicat de Metges de Catalunya[33] va denunciar públicament l'estat de "decadència" del Servei d'Urgències de Salut Mental de l'Hospital Universitari Santa Maria (HUSM), referent per a l'atenció psiquiàtrica del territoris de Lleida i Pirineus, amb unes infraestructures "malmeses, insuficients i inadequades" per atendre pacients amb trastorns psicològics i saturacions cada cop més freqüents. D'aquesta situació en van responsabilitzar l'empresa pública Gestió de Serveis Sanitari (GSS), adscrita al Servei Català de la Salut (CatSalut) i gestora de l'HUSM, davant la seva inacció reiterada.

- El trasllat de pacients ingressats al servei d'urgències de l'HUAV es regula a través del protocol de transport sanitari no urgent i no programat formalitzat, i és realitzat per l'em-

33. D'acord amb el que disposa la Llei 11/85, del 2 d'agost, que regula el dret d'associació sindical, el Sindicat Metges de Catalunya (MC) és una organització sindical, sense ànim de lucre, que assumeix la representació i la defensa dels interessos laborals, professionals i socials dels seus afiliats. L'any 2002 el Sindicat de Metges de Catalunya (SMC) i la Federació d'Associacions de Metges d'Hospitals de Catalunya (FAMHOC), van impulsar la integració dels 2 sindicats, que va donar lloc al sindicat Metges de Catalunya (MC), el successor legal d'ambdues organitzacions, constituït el 30 de novembre del mateix any i dipositari dels valors, dels drets i dels deures de les dues organitzacions.

presa Sistema d'Emergències Mèdiques, SA (SEM), societat mercantil constituïda pel Servei Català de la Salut l'any 1992.

L'any 2014, el CatSalut va adjudicar el servei de transport sanitari terrestre, urgent i no urgent, mitjançant la lotificació territorial del seu objecte, l'execució del qual corresponia al SEM. Al territori de Lleida, l'adjudicatari del contracte va ser l'empresa Ambulàncies Egara, responsable del personal i l'organització de la base ubicada a l'hospital, i també d'establir i programar les rutes de transport de pacients que fan els vehicles, d'acord amb els plecs de prescripcions tècniques de la licitació.

Atès que en el registre CMBD-UR de l'HUAV no hi consten informats els pacients que són traslladats en ambulància en el moment de l'alta al servei d'urgències, la Sindicatura ha obtingut les dades dels serveis de transport sol·licitats i realitzats l'any 2022 a partir de suports externs: el sistema SAP assistencial de l'hospital, i del propi SEM. Les dades obtingudes a partir d'ambdues fonts posen de manifest que la demora mitjana en la recollida del pacient al servei d'urgències quan és donat d'alta, des que l'HUAV fa la petició del transport, és d'aproximadament 2 hores, tot i que en el cas de trasllat del pacient a residència social la demora és superior a aquesta mitjana:

Quadre 13. Transport de pacients en el moment de l'alta al servei d'urgències. Exercici 2022

Derivació per tipus d'alta	Nombre de trajectes	Demora en l'arribada del transport (mitjana, en hores i minuts)
Trasllat a l'Hospital Clínic	1	6:00
Derivació a residència social	42	3:26
Ingrés hospitalització domiciliària	100	2:25
Derivació a un altre centre assistencial	1.552	2:16
Domicili	2.862	2:01
Sociosanitari	10	1:39
Remissió a Atenció Primària (destí: domicili)	50	1:35
Alta voluntària (destí: domicili)	8	0:59
Hospitalització domicili extern	5	0:49
Total	4.630	2:07

Font: Elaboració pròpia.
Nota:
D'acord amb el SAP assistencial de l'HUAV, l'any 2022 es van fer 7.064 trajectes de transport sanitari no urgent, el 81% dels quals mitjançant transport col·lectiu, i la resta, individual. Les dades que consten al quadre s'han calculat a partir de 4.630 d'aquests trajectes, atès que són els que tenen informats els camps d'hora i dia de petició i recollida del transport.
D'acord amb la informació facilitada pel SEM, el total de trajectes sol·licitats i realitzats des de l'HUAV l'any 2022 va ser de 6.601, tot i que la demora mitjana de la recollida del transport calculada a partir d'aquesta base de dades també resulta en una demora mitjana aproximada de 2 hores.

El plec de prescripcions tècniques del contracte de transport sanitari no urgent que el CatSalut va adjudicar a les diferents empreses que gestionen el servei arreu del territori de Catalunya insisteix en la consideració essencial del compliment, per part del proveïdor, de l'hora prevista de tractament, prova o alta hospitalària, de tal manera que el seguiment de la puntualitat és un element destacat en l'avaluació i en la contraprestació d'aquests contractes.

- Com ja s'ha esmentat en apartats precedents, per tal de resoldre les diverses disfuncions i problemàtiques del servei d'urgències, el mes de novembre de 2022 els serveis d'urgències de l'HUAV van dissenyar un pla d'aplicació immediata. Com a escenari de partida, els responsables del servei van apuntar debilitats molt rellevants, desenvolupades en els apartats precedents d'aquest informe: la manca de definició de tasques en els espais assistencials, de bons controls del flux de malalts i del drenatge dels pacients, en cas de requerir un ingrés hospitalari; la difícil coordinació amb altres equipaments assistencials; la manca de professionals per fer front als pics de pressió assistencial; una estratègia comunicativa deficient cap als usuaris; la inexistència d'un pla de qualitat consolidat, i instal·lacions amb les mateixes funcionalitats que feia 15 anys.

5.3.3. Es monitora el procés d'atenció a les urgències amb la finalitat d'avaluar-lo, optimitzar-lo i desenvolupar instruments de millora?

D'acord amb el nou model de transmissió de dades comú a la resta d'aplicacions del Pla de sistemes, la comunicació amb l'aplicació del registre del CMBD-UR s'ha de fer mitjançant serveis web (*web services*), amb les mateixes garanties d'entorn segur, els quals disposen de les operacions de tramesa d'activitat, consulta de l'estat de la tramesa, consulta d'activitat i consulta d'enviaments.

El treball de fiscalització realitzat en relació amb el monitoratge del procés de recollida de dades del procés d'atenció a les urgències ha permès concloure sobre aquests punts:

- A partir de les dades facilitades pel CatSalut, la Sindicatura ha analitzat el registre CMBD-UR de l'HUAV corresponent a l'any 2022, i els circuits implementats per a la seva complementació i comprovació. De l'anàlisi efectuada es conclou que hi havia febleses rellevants: un baix nivell de control del CMBD-UR per part dels responsables assignats (en el cas de l'HUAV, era un professional amb dependència orgànica de l'empresa GSS, adscrita al CatSalut); dificultats per part dels professionals en la interpretació d'algunes de les variables; l'automatització i desconeixement del disseny del sistema d'abocament de dades; la manca de conciliació de les dades enregistrades amb els circuits assistencials on es generen; les discordances entre les alternatives dels codis del CMBD-UR, i les dades que consten al programa d'admissions de l'hospital, i finalment, una d'especial-

ment rellevant, errors i omissions i informació dubtosa, o poc versemblant, en algunes de les seqüències horàries enregistrades i en les variables temporals.

- Les febleses destacades afecten directament la qualitat de les dades sobre les urgències ateses a l'HUAV enregistrades al CMBD-UR i, per tant, en dificulten l'avaluació, l'optimització i el desenvolupament d'eines de millora.

  La Sindicatura ha sol·licitat als responsables del servei d'urgències suports externs quan ha estat necessari, principalment amb origen en el SAP assistencial de l'hospital, per tal de realitzar una anàlisi adequada de les dades i extreure'n les conclusions oportunes. Tanmateix, els defectes detectats i la manca d'homogeneïtat en l'aplicació dels criteris del manual de notificació del CMBD-UR no ens han permès efectuar comparatives amb l'agregat dels centres de Catalunya (vegeu la nota al peu núm. 24).

- L'auditoria realitzada per l'empresa Aenor durant el primer trimestre de 2023, sobre la certificació de conformitat de l'ICS respecte dels requisits especificats en el Reial decret 3/2010, del 8 de gener, pel qual es regula l'Esquema Nacional de Seguretat (ENS) en l'àmbit de l'Administració electrònica, va concloure que el sistema no complia amb els requisits del reial decret esmentat i del Reglament general de protecció de dades, per la qual cosa no va concedir aquesta conformitat i va emetre recomanacions per tal que fossin implementades. L'abast dels treballs d'auditoria va incloure, entre altres centres, el Centre Corporatiu de l'ICS, la Gerència Territorial de Lleida i l'Hospital Arnau de Vilanova.

5.3.4. Es dona una resposta adequada a les situacions de necessitat social i vulnerabilitat que presenten els pacients de les urgències hospitalàries?

L'abordatge de la problemàtica social en els dispositius d'atenció urgent i la identificació d'altres grups de població que requereixen necessitats específiques quan necessiten atenció immediata o urgent són també eixos essencials del PLANUC.

Tal com es desprèn de l'anàlisi dels indicadors temporals a l'apartat 5.3.2, la dificultat de donar sortida als pacients amb problemàtica social i amb altres necessitats específiques des dels serveis d'urgències hospitalaris incideix directament en la saturació d'aquests dispositius. L'atenció assistencial urgent a aquests pacients no pot alentir el procés assistencial, i al mateix temps, ha d'assegurar els resultats de la intervenció sanitària urgent.

L'HUAV compta amb un protocol intern que regula la tasca dels treballadors socials en l'acompanyament dels pacients del servei d'urgències, a més del protocol que regula el

drenatge dels pacients psiquiàtrics a l'HUSM, però no té altres procediments, plans o circuits específics per a l'atenció urgent a aquests grups de població.

L'any 2022 a l'HUAV hi havia 3 llocs de treball assignats a treballadors socials (en torn de matí, tarda i cap de setmana), a geriatria d'urgències només un treballador social els dies laborables i al matí i, per tant, aquests professionals no estaven adscrits al servei d'urgències cada dia, ni en tots els torns. Aquell any van atendre 2.605 pacients al servei urgències (1.731 dels quals —el 66,5%— amb motiu d'actuacions proactives del servei de treball social a urgències) i van gestionar 1.859 interconsultes, a petició del personal sanitari del propi servei d'urgències.

L'anàlisi de la resposta de l'HUAV a les situacions de necessitat social i vulnerabilitat dels pacients de les urgències hospitalàries posa de manifest les conclusions següents:

- El protocol de treball social de què disposa l'HUAV, aprovat l'any 2021, fa referència a l'actuació del treballador social amb caràcter general, més que no pas a l'estandardització de l'actuació davant de situacions concretes. La història social dels pacients està integrada a la seva història clínica però no hi ha protocols consensuats d'intervenció integrada social i sanitària.

- D'acord amb les dades informades al CMBD-UR, l'any 2022 un total de 58 pacients del servei d'urgències de l'HUAV van ser donats d'alta amb derivació a centres sociosanitaris, però aquesta derivació no va ser gestionada pels treballadors socials, sinó pels propis serveis d'urgències.

- No s'han habilitat zones adaptades a les necessitats de pacients amb necessitats específiques, com les persones amb problemes de salut mental o addicions, en termes de seguretat, confort sensorial i prevenció de caigudes, ansietat, estrès o pacients fràgils, per tal de millorar la qualitat de la seva atenció. Tampoc s'han iniciat actuacions de consultoria entre els professionals dels serveis d'urgències i de l'atenció primària.

- L'HUAV no disposa de geriatre, mediadors interculturals o servei de psiquiatria de guàrdia al servei d'urgències. No hi ha plans específics per a l'atenció de perfils susceptibles de presentar símptomes geriàtrics —l'any 2022 l'hospital va atendre 18.315 pacients majors de 75 anys—,[34] criteris de priorització pactats amb l'atenció especialitzada, d'atenció adaptada a les seves necessitats, circuits de prevenció de l'aguditització dels pacients crònics o unitats de fragilitat, dotades amb protocols d'actuació i zones adaptades a les necessitats dels pacients per tal de garantir una atenció multidisciplinària i integral.

34. Text modificat arran de l'al·legació presentada pel CatSalut.

Tots aquests recursos resulten indispensables per a l'atenció dels pacients amb malalties cròniques, oncològiques, dependència, demència, necessitats pal·liatives o altres malalties d'especial vulnerabilitat.

- En el Pla de mesures d'aplicació immediata que el servei d'urgències de l'HUAV va activar el mes de novembre del 2022, es constata com a amenaça del servei un volum significatiu de pacients amb problemàtica social que molts cops es resolia a urgències, i els treballadors socials s'incorporaven a les reunions del COUE per primer cop. En aquesta línia, l'any 2023 la Regió Sanitària de Lleida va posar en marxa un dispositiu de suport a l'atenció primària integrat per professionals de diferents perfils i entitats proveïdores de salut, que treballen coordinats sota el Projecte territorial d'atenció domiciliària integrada en cronicitat i complexitat, amb l'objectiu de millorar la continuïtat d'atenció a domicili davant les situacions de crisi dels pacients més fràgils i donar-los una resposta més efectiva durant el cap de setmana i els festius.

5.4. S'AVALUA I ES DIFON EL SEGUIMENT PERIÒDIC DE LES ACTIVITATS, DEL COMPLIMENT DE LES INSTRUCCIONS I ELS ESTÀNDARDS DE QUALITAT I DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS?

5.4.1. Es disposa de quadres de comandament que integrin dades clíniques, assistencials i administratives per a la presa de decisions informada?

El desplegament del PLANUC al territori va preveure que l'elaboració dels plans territorials per part dels comitès operatius corresponents anés acompanyada d'instruments de gestió útils per tal de disposar d'informació acurada sobre la realitat de l'atenció urgent al seu territori –com ara els quadres de comandament. L'ús i l'anàlisi de la informació recollida havien de permetre fer un diagnòstic de la situació, així com planificar les accions per tal de donar la millor resposta possible a la demanda urgent al territori.

En últim terme i segons el PLANUC, l'elaboració d'instruments de gestió, integradors i operatius ha de contribuir a garantir l'equitat i l'accés a l'atenció urgent, a donar una resposta de qualitat i resolutiva i a potenciar la corresponsabilitat dels professionals sanitaris en la planificació territorial.

En relació amb la prestació d'atenció hospitalària urgent, la Sindicatura ha obtingut els quadres de comandament elaborats per l'ICS i pel CatSalut, que inclouen indicadors d'activitat i algunes variables temporals. Aquestes són les conclusions observades:

- Els responsables de l'atenció urgent de l'HUAV i dels dispositius d'urgències del territori no tenen accés als quadres de comandament, i alguns d'ells han manifestat que desconeixen que existeix, o com accedir-hi.

- La font d'informació d'aquests quadres de comandament no és la mateixa: en el cas de l'ICS, la font de les dades és el mòdul assistencial de SAP del propi hospital, mentre que en el cas del CatSalut, les dades origen són del CMBD-UR de l'hospital i, per tant, es troben afectades per les febleses descrites en l'apartat 5.3.3 d'aquest informe.

  La Sindicatura ha observat que les dades d'una i altra font divergeixen i no han estat contrastades ni conciliades entre elles. En aquest sentit, el CatSalut ha assenyat que utilitza criteris d'inclusió i exclusió diferents als de l'ICS, però no ha concretat el motiu ni l'origen de les diferències detectades.

- Els indicadors recollits mesuren l'activitat i els temps d'espera, però no estan focalitzats en les dinàmiques de processos. No inclouen informació a temps real o d'extracció automàtica sobre la saturació del servei, la disponibilitat de recursos, la predicció de demanda o l'adequació i qualitat del servei.

5.4.2. El programa reuneix les condicions necessàries d'avaluabilitat de manera que els seus objectius, indicadors i sistemes d'informació estiguin definits en aquesta direcció?

El Mòdul per al seguiment d'indicadors de qualitat (MSIQ) del CatSalut inclou un mòdul específic d'urgències on es presenta una bateria d'indicadors d'atenció urgent ajustats. La majoria d'ells fan referència a l'activitat hospitalària (indicadors de qualitat de l'assistència, d'eficiència, i d'adequació de l'activitat), excepte els de freqüentació, que recullen l'activitat atesa en els dispositius hospitalaris i en els d'Atenció Primària d'alta resolució.

L'objectiu dels indicadors d'atenció és l'avaluació, la gestió i el monitoratge d'aspectes importants de la qualitat de l'assistència sanitària finançada pel CatSalut. La font de les dades és el registre CMBD-UR, corresponent a les urgències ateses als serveis hospitalaris i també als dispositius d'atenció primària.

Els indicadors elaborats i inclosos en el Mòdul MSIQ en la seva darrera actualització, de l'any 2020, inclouen:

- Indicadors de qualitat (mortalitat i readmissions).
- Indicadors d'eficiència (temps de triatge, assistència i sortida i estades perllongades).
- Indicadors d'adequació (urgències ingressades, amb risc vital i derivacions).
- Indicadors de freqüentació

El propi mòdul d'indicadors descriu les limitacions que afecten el seu càlcul, entre les quals la manca d'exhaustivitat i congruència en la notificació de les dades al CMBD-UR, tot i que és eficaç a l'hora d'establir marcadors que assenyalen problemes potencials i àrees on és possible la millora de la qualitat de l'assistència.

L'any 2022 el CatSalut va incloure només 3 indicadors vinculats a l'acompliment dels eixos establerts pel PLANUC en les clàusules de pagament a l'HUAV, tot i que només l'avaluació del primer té repercussió econòmica per a l'hospital:

Quadre 14. Objectius vinculats al pagament de la Clàusula de Resultats, CatSalut 2022

Objectiu		Objectiu pactat (%)	Ponderació	Objectiu CPR pactat	Grau d'assoliment (%)
PLANUC AE04	Temps d'espera per ingrés hospitalari des d'urgències (estada a urgències ≤24 h)	80,00	4	Objectiu vinculat a la CPR	88,53
PLANUC AE05	Temps de trasllat dels pacient atesos a urgències (arribada en transport sanitari)	90,00	0	Objectiu sense repercussió econòmica	98,37
PLANUC AE06	Temps de permanència a urgències de pacients nivell MAT III (estada a urgències ≤12 h)	80,00	0	Objectiu sense repercussió econòmica	89,77

Font: Elaboració pròpia.

El treball de fiscalització ha permès arribar a aquestes conclusions:

- No s'ha definit un sistema robust d'indicadors per tal d'avaluar el compliment de les accions incloses en el Pla territorial de la Regió de Lleida, o en els protocols interns de l'hospital, i per tal de proporcionar informació per a la presa de decisions en els quadres de comandament. A tall d'exemple, manquen indicadors sobre estada mitjana a la unitat d'observació; nivell d'ocupació dels boxes; ocupació diària; percentatge d'ingressos segons horaris, temps d'espera per ingrés a planta o trasllat en ambulància, o altres indicadors rellevants sobre el drenatge dels pacients i la qualitat i l'adequació assistencial del servei d'atenció als dispositius d'urgències.

- El Mòdul MSIQ, d'indicadors d'atenció urgent, elaborat pel CatSalut compta amb indicadors de qualitat, disponibilitat de recursos, saturació i predicció de demanda que no s'han actualitzat des de l'any 2020.

- La definició dels 3 indicadors vinculats als serveis d'atenció urgent inclosos en les clàusules de pagament del CatSalut a l'HUAV no és prou exigent i les fites que fixen els in-

dicadors no contribueixen a millorar aspectes rellevants que afecten la pressió assistencial i l'eficiència del servei.[35]

5.4.3. S'han establert procediments estandarditzats d'informació al pacient i als seus acompanyants?

La Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària, i també la Llei 14/1986, del 25 d'abril, general de sanitat, disposa que el ciutadà té dret a rebre una educació en salut que permeti obtenir informació i coneixement sobre els factors ambientals, socioeconòmics i culturals que poden influenciar la salut individual i col·lectiva; a la utilització de les tecnologies de la informació i la comunicació per accedir al sistema sanitari de manera segura; a rebre assessorament relatiu a la informació disponible a la xarxa, i a participar com a agent actiu en el sistema sanitari, entre altres.

En aquest context, és desitjable fomentar l'ús d'eines que afavoreixin més implicació i corresponsabilitat dels ciutadans en la seva autocura, l'autogestió de la salut i la presa de decisions més informada. Amb aquest objectiu i fonament, un dels eixos principals del PLANUC s'orienta a la millora de la informació i l'educació en salut i a facilitar al ciutadà instruments per a la presa de decisions més informada, atès que només així es pot exigir a la ciutadania l'ús adequat dels recursos del sistema sanitari.

Aquest marc normatiu també estableix que la persona té dret, en l'àmbit dels serveis de salut, a expressar l'opinió sobre el sistema sanitari i a conèixer i utilitzar els procediments per presentar reclamacions, suggeriments i agraïments, i que aquests siguin avaluats i contestats en temps i forma adequats. En aquest sentit, el CatSalut garanteix l'exercici efectiu d'aquest dret a poder reclamar i formular suggeriments en referència a un acte o procés assistencial, mitjançant un marc normatiu que va desplegar amb la Instrucció 3/2004, sobre reclamacions i suggeriments, en vigor des de l'1 de gener de 2005, i la creació d'un Registre central de queixes i suggeriments.

Les reclamacions previstes en aquesta instrucció inclouen els aspectes d'assistència, tracte, informació, organització i tràmits, hoteleria i confort, documentació i altres aspectes, com a conseqüència de l'atenció sanitària rebuda en un centre, servei o establiment sanitari que no l'ha satisfet, i de la qual n'espera una resposta i/o actuació. Per contra, queden fora de l'àmbit d'aquesta instrucció els procediments iniciats per la via patrimonial amb motiu d'una presumpta mala praxi mèdica en algun centre del Sistema Integral de Salut de Catalunya, les reclamacions que tenen el caràcter de reclamacions prèvies a la via judicial, o de caràcter econòmic, i els recursos d'impugnació d'actes administratius.

35. Text modificat arran de l'al·legació presentada pel CatSalut.

Al seu torn, l'HUAV compta amb un Protocol de la gestió de la informació al servei d'urgències, que afecta tot el personal adscrit, sense excepcions, un Procediment de gestió de reclamacions i agraïments i un Registre propi de queixes i reclamacions del centre, gestionat per la Unitat d'Atenció a la Ciutadania de l'hospital.

D'acord amb les dades facilitades pels responsables entrevistats de la Gerència de Gestió Ciutadana del CatSalut, l'any 2022 es van presentar 62.656 reclamacions al conjunt d'unitats proveïdores de Catalunya (un 5,3% més que les presentades l'any 2019), el 50% de les quals corresponen a reclamacions en l'àmbit de l'assistència hospitalària:

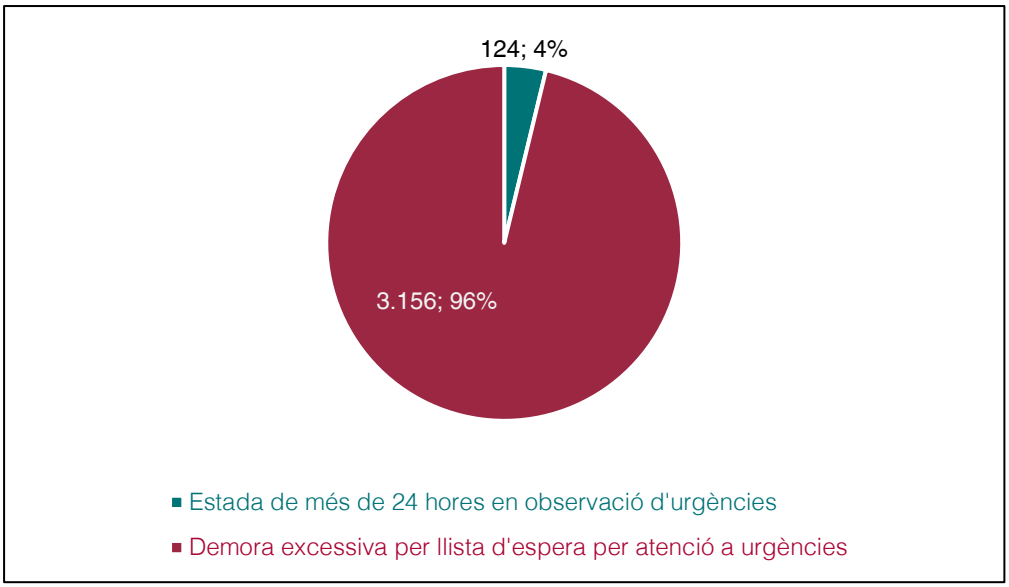
Quadre 15. Reclamacions presentades per tipus d'unitat proveïdora a Catalunya

	2019	2020	2021	2022
Assistència hospitalària	36.457	24.526	27.345	34.146
Atenció primària	17.216	12.277	17.868	21.599
Sense especificar (imputació reclamació a EP/Servei Català de la Salut/Departament/061)	1.607	1.772	3.383	2.373
Assistència salut mental	1.633	1.238	1.774	1.891
Assistència extrahospitalària	1.274	952	1.241	1.467
Assistència sociosanitària	807	838	842	953
Prestació farmacèutica (residències)	360	696	391	138
Altres	161	42	92	89
Total	59.515	42.341	52.936	62.656

Font: Datamart de Reclamacions i Suggeriments. CatSalut.

D'entre les reclamacions presentades en l'àmbit de l'assistència hospitalària, el motiu de les reclamacions presentades relatives al servei d'urgències, 3.280 l'any 2022, són, d'una banda, la demora excessiva per a l'atenció i, de l'altra, l'estada de més de 24 hores en observació, atès que es tracta dels 2 únics codis de reclamació tipificats per a aquest servei:

Gràfic 6. Reclamacions en l'àmbit de l'atenció d'urgències a Catalunya. Exercici 2022

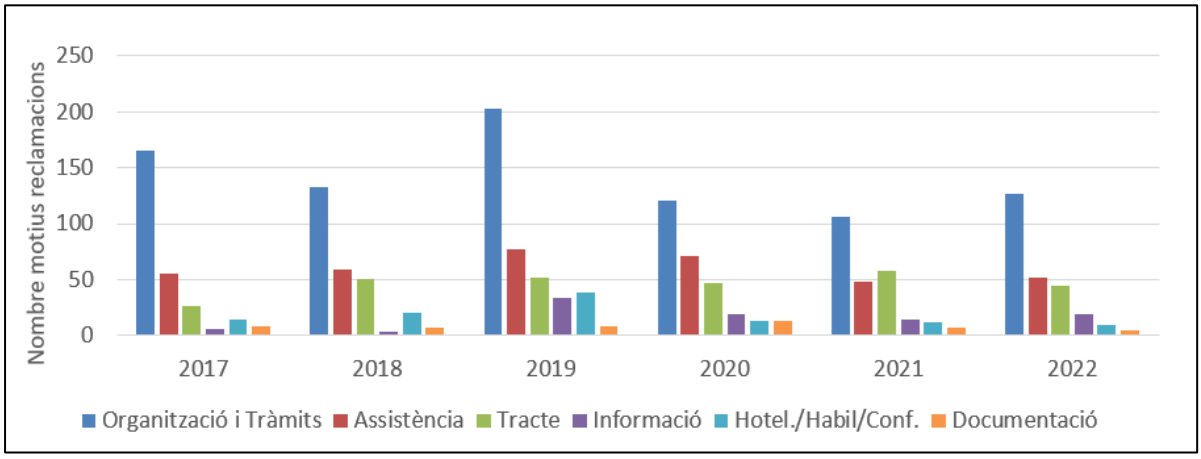


Font: Datamart de Reclamacions i Suggeriments. CatSalut.

L'any 2022, el nombre de reclamacions per assistència hospitalària presentades a l'HUAV va ser de 256, prop de l'1% del total de les reclamacions hospitalàries presentades a Catalunya.

El motiu d'aquestes reclamacions és principalment l'organització i els tràmits (49,2%), molt per davant de l'assistència rebuda (20,5%), o el tracte (17,4%). En el primer grup s'inclouen 44 reclamacions presentades a l'HUAV en relació amb l'atenció urgent prestada l'any 2022, la gran majoria d'elles per demora en l'atenció a urgències, tal com passava amb l'agregat de centres de Catalunya:

Gràfic 7. Motius de reclamació hospitalària. Període 2017-2022



Font: Datamart de Reclamacions i Suggeriments. CatSalut.

L'any 2022 l'assessoria jurídica de l'ICS a Lleida va rebre un total de 25 reclamacions patrimonials, 4 de les quals van resultar estimatòries de la sol·licitud de rescabalament de despeses i 16 estan pendents de resolució, administrativa o judicial, per danys derivats d'una presumpta mala praxi assistencial. Així mateix, l'hospital va rebre 62 agraïments formals dels usuaris, 11 dels quals estaven adreçats a l'atenció urgent.

De l'anàlisi efectuada es fan les observacions següents:

- La instrucció del CatSalut que recull els aspectes organitzatius i funcionals dels procediments de gestió i els requisits mínims de tramitació de les reclamacions i dels suggeriments presentats pels usuaris de la xarxa d'atenció assistencial no ha estat actualitzada des de l'any 2004. En compliment d'aquesta instrucció, s'han centralitzat les reclamacions en un registre comú al qual cada centre proveïdor fa transferències periòdiques de les queixes i reclamacions recollides al propi centre, reconvertint i adaptant la informació, amb el risc d'error, demora o pèrdua de dades que aquest circuit implica.

  No s'efectua cap anàlisi o memòria anual de les dades que consten en aquest registre comú centralitzat, ni s'ha desenvolupat un circuit ni una base de dades comunes per a tots els centres proveïdors de la xarxa assistencial.

- L'any 2022 només hi havia 2 codis tipificats en el Registre central del CatSalut per tal de classificar els motius de les reclamacions dels usuaris derivades de l'atenció urgent hospitalària: la demora excessiva per l'atenció a la urgència, d'una banda, i l'estada de més de 24 hores en observació, de l'altra. L'any 2023 es van introduir 3 nous codis de reclamacions: el desacord amb l'alta a urgències; la manca d'informació i la manca de confort.

- L'àmbit de l'assistència hospitalària concentrava prop del 50% de les reclamacions anuals presentades al conjunt dels centres proveïdors de la xarxa SISCAT. L'any 2022 s'observa un creixement important en les reclamacions presentades, del 25% i el 21%, en els àmbits de l'assistència hospitalària i l'atenció primària, respectivament. Aquesta tendència també s'observa en el cas de l'HUAV.

- Les reclamacions presentades a l'HUAV l'any 2022, un total de 256, van ser gestionades, en un 91% dels casos, per l'hospital mateix, mentre que el 9% restant van ser gestionades per la Regió Sanitària de Lleida, l'ICS i el CatSalut. Més del 92% dels expedients derivats d'aquestes reclamacions estaven tramitades i tancades a la data del nostre treball.

  S'observa també que els mesos de juny a octubre, en tot el període 2019-2022, van ser mesos que van concentrar percentatges rellevants de reclamacions. Els responsables d'Atenció a la Ciutadania i Participació de l'HUAV han manifestat que a l'estiu els centres

d'atenció primària de tota la regió tanquen a la tarda i això fa augmentar les urgències hospitalàries i les esperes.

- La demora excessiva per llista d'espera per atenció a urgències era el motiu principal de les queixes i reclamacions presentades pels usuaris en l'àmbit de l'assistència hospitalària urgent, tant a Catalunya com a l'HUAV, amb 3.156 reclamacions al conjunt de Catalunya (el 9,2% del total de reclamacions per assistència hospitalària) i 44 reclamacions a l'HUAV (el 16,8% del total), presentades l'any 2022.

5.4.4. Quins han estat els resultats obtinguts en relació amb els serveis d'urgències prestats?

En aquest apartat es focalitza l'atenció en aspectes relatius a la qualitat assistencial, la qualitat del servei i la qualitat percebuda per l'usuari. Els aspectes vinculats a resultats en salut (disminució addicional de la mortalitat) s'han abordat en un altre punt d'aquest informe (vegeu l'apartat 5.3.2).

Qualitat assistencial i del servei

A partir de la metodologia establerta per al càlcul dels indicadors de qualitat de l'atenció urgent del MSIQ, la Sindicatura de Comptes ha calculat 4 indicadors vinculats a la qualitat assistencial i del servei de les urgències hospitalàries de l'HUAV, emprant les dades provinents del CMBD-UR per al seu càlcul. Aquests indicadors fan referència a:

1. El nombre de defuncions al servei d'urgències.
2. Les readmissions al servei d'urgències abans de 72 hores.
3. Les readmissions al servei d'urgències abans de 72 hores que requereixen ingrés en un hospital.
4. Els contactes que no finalitzen l'assistència.

Per a cadascun d'aquests aspectes s'ha calculat, d'una banda, una taxa bruta, entesa com la relació entre els esdeveniments produïts –per exemple, les morts a urgències– i el nombre de casos possibles –és a dir, el nombre d'urgències ateses susceptibles de generar l'esdeveniment en qüestió– i, d'altra banda, un indicador ajustat, entès com la relació entre el nombre d'esdeveniments observats i el nombre d'esdeveniments esperats segons un model d'ajust (vegeu l'annex 4 per a més detall). En tots els casos s'ha emprat un model de regressió logística com a model d'ajust.

Pel que fa al nombre de defuncions registrades al servei d'urgències,[36] s'observa que la taxa bruta de mortalitat que es va produir a l'HUAV l'any 2022 (0,21%) va ser superior a la del conjunt de Catalunya en el mateix període, i superior també a la registrada en el mateix centre l'any 2019 (0,16%).

Quadre 16. Taxa bruta de mortalitat

Concepte	Hospital Universitari Arnau de Vilanova	Catalunya
Defuncions	195	4.580
Casos possibles	93.633	3.415.409
Percentatge	0,21	0,13

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

Aquesta taxa per si sola, tanmateix, no és indicativa d'una mortalitat excessiva al servei d'urgències de l'HUAV, ja que determinades característiques associades al centre i a la seva activitat podrien comportar més mortalitat que la que es va registrar en termes mitjans als SUH del conjunt de Catalunya. És per això que és necessari el càlcul d'un indicador ajustat que tingui en compte diferents factors que poden afectar el nombre de defuncions registrat en un SUH. Definim l'indicador ajustat de mortalitat a urgències com la relació (ràtio) entre la mortalitat observada i la mortalitat esperada segons el model d'ajust. L'indicador s'interpreta en el sentit que un valor inferior a la unitat representa un nombre de defuncions observades menor que el nombre de defuncions esperades i, per tant, més qualitat assistencial del dispositiu d'urgències. En canvi, un indicador més gran que 1 implica que es podrien millorar els circuits d'atenció per tal d'assolir una menor mortalitat dins del dispositiu.

Quadre 17. Indicador ajustat

Concepte	Indicador ajustat	Interval de confiança al 95%
Mortalitat a urgències	0,877	0,740 – 1,015

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

El quadre 17 mostra l'indicador ajustat corresponent a l'any 2022 per a l'HUAV. L'indicador és inferior a la unitat però, en termes estadístics, no és significativament diferent d'1. Per tant, tenint en compte la incertesa que envolta l'estimació de l'indicador ajustat, tan sols es pot afirmar que la mortalitat registrada al servei d'urgències de l'HUAV va ser justament la que s'esperaria d'acord amb els factors d'ajust que s'han tingut en compte.

36. El nombre de defuncions registrades en un centre és un indicador usual de qualitat de l'atenció hospitalària, en el sentit que menys defuncions impliquen més qualitat assistencial. Tanmateix, no s'ha de confondre la reducció del nombre de defuncions dins del centre, com a indicador de qualitat, amb la reducció de la mortalitat, dins i fora del centre, com a *output* en termes de guanys en salut derivat de l'activitat del dispositiu.

Un altre indicador de la qualitat assistencial fa referència als contactes que han estat admesos de nou en un SUH abans de 72 hores de la finalització del primer episodi urgent, donat que el retorn d'un pacient en un període tan curt de temps pot ser indicatiu d'una atenció o prescripció inicials deficitàries.

Quadre 18. Readmissions inferiors a 72 hores

Concepte	Hospital Universitari Arnau de Vilanova	Catalunya
Readmissions < 72 hores	3.843	154.298
Casos possibles	53.702	2.292.748
Percentatge	7,16	6,73

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

El quadre 18 mostra el nombre de readmissions en un interval de temps inferior a 72 hores que es van produir entre els contactes del servei d'urgències de l'HUAV l'any 2022. El percentatge en relació amb el nombre de casos susceptibles d'haver generat readmissions va ser del 7,16%, lleugerament superior al del conjunt de Catalunya (6,73%) però inferior al registrat en el mateix dispositiu l'any 2019 (7,47%).

Quadre 19. Readmissions inferiors a 72 hores, indicador ajustat

Concepte	Indicador ajustat	Interval de confiança al 95%
Readmissions < 72 hores	1,009	0,978 – 1,041

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

El quadre 19 mostra el corresponent indicador ajustat per a l'HUAV l'any 2022. Aquest indicador es defineix com la relació (ràtio) entre el nombre observat d'urgències readmeses en un SUH en un temps inferior a 72 hores, després d'haver estat ateses inicialment a l'HUAV, i el nombre esperat segons el model d'ajust. L'indicador s'interpreta en el sentit que un valor inferior a la unitat representa un nombre de readmissions observades menor que el seu nombre de readmissions esperat i, per tant, presumiblement, una millor qualitat de l'atenció al dispositiu. S'observa que en aquest cas l'indicador és lleugerament superior a 1 i que, de forma anàloga al cas de la mortalitat al servei d'urgències, es conclou que el nombre de readmissions inferiors a 72 hores va ser justament l'esperat per a un servei d'urgències com el de l'HUAV.

Addicionalment, es consideren també aquelles readmissions produïdes en un període inferior a 72 hores des del primer contacte però que, a més, requereixen ingrés hospitalari un cop retornen a urgències.

Quadre 20. Readmissions inferiors a 72 hores, amb ingrés

Concepte	Hospital Universitari Arnau de Vilanova	Catalunya
Readmissions < 72 hores amb ingrés	815	25.414
Casos possibles	3.843	154.298
Percentatge	21,20	16,47

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

De nou, l'HUAV presenta una taxa de readmissions a urgències en menys de 72 hores i que acaben ingressant (21,20%) superior a la del conjunt de Catalunya (16,47%), essent similar a la taxa registrada en el mateix centre l'any 2019 (20,02%). Per poder verificar si aquesta taxa revela possibles marges de millora en la qualitat assistencial a l'HUAV cal calcular el corresponent indicador ajustat (vegeu el quadre 21).

Quadre 21. Readmissions inferiors a 72 hores, amb ingrés, indicador ajustat

Concepte	Indicador ajustat	Interval de confiança al 95%
Readmissions < 72 hores i ingrés	1,215	1,147 – 1,283

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

L'indicador obtingut (1,215) és, des d'un punt de vista estadístic, significativament superior a la unitat. Per tant, es pot concloure que els ingressos procedents de readmissions en un temps inferior a 72 hores generats pel servei d'urgències de l'HUAV van ser superiors als que s'esperaria d'acord amb els factors d'ajust que s'han tingut en compte.

Finalment, un darrer indicador de qualitat del servei d'urgències està vinculat al nombre de contactes que abandonen el servei d'urgències sense finalitzar el procés assistencial. Aquesta situació fa referència a les situacions registrades al CMBD-UR com a alta voluntària (el pacient indica que abandona el servei d'urgències), alta administrativa (el pacient abandona el servei d'urgències sense indicar-ho) o evasió (el pacient abandona el servei d'urgències sense estar autoritzat a fer-ho).

Quadre 22. Urgències no finalitzades

Concepte	Hospital Universitari Arnau de Vilanova	Catalunya
Urgències no finalitzades	5.596	176.621
Casos possibles	99.283	3.648.793
Percentatge	5,64	4,84

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

El quadre 22 mostra el nombre d'urgències no finalitzades a l'HUAV l'any 2022. S'observa que la taxa registrada (5,64%) va ser superior a la mitjana catalana (4,84%), i també superior a la registrada en el mateix dispositiu en el període de referència del 2019 (4,90%).

Quadre 23. Urgències no finalitzades, indicador ajustat

Concepte	Indicador ajustat	Interval de confiança al 95%
Urgències no finalitzades	1,340	1,310 – 1,370

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

L'indicador ajustat corresponent (vegeu el quadre 23) es defineix en aquest cas com la ràtio entre el nombre observat d'urgències no finalitzades i el nombre esperat segons un model d'ajust. Aquest indicador s'interpreta en el sentit que un valor inferior a la unitat representa un nombre d'abandonaments observats menor que el seu nombre esperat i, per tant, presumiblement, una millor qualitat de l'atenció al dispositiu. En canvi, un indicador més gran que 1 implica que es podrien millorar els circuits d'atenció per assolir una reducció dels abandonaments.

L'indicador és més gran que 1 i estadísticament significatiu. Per tant, es pot afirmar que l'abandonament registrat al servei d'urgències de l'HUAV va ser superior al que s'esperaria d'acord amb els factors d'ajust que s'han tingut en compte. Des d'aquest punt de vista, hi ha marge de millora pel que fa a la qualitat de l'atenció.

En resum, pel que fa a la qualitat assistencial i del servei, l'HUAV va presentar en el període de fiscalització un nombre de defuncions i un nombre de readmissions al servei d'urgències d'acord amb el que s'esperaria d'un hospital de les seves característiques i amb la seva casuística. En canvi, va presentar un nombre de readmissions amb ingrés i un nombre d'urgències no finalitzades superior a allò esperable. En aquests 2 aspectes de la qualitat del servei d'urgències hi ha marge de millora.

Qualitat percebuda per l'usuari

El Pla d'enquestes de percepció, experiència i satisfacció d'usuaris del CatSalut (PLAENSA) és un projecte que va començar l'any 2001 per tal d'avaluar la qualitat del servei i el grau de satisfacció de les persones usuàries amb els diferents serveis sanitaris públics, amb l'objectiu d'obtenir una informació que resulta molt valuosa per dissenyar i implementar estratègies de millora de la qualitat en la provisió d'aquests serveis.

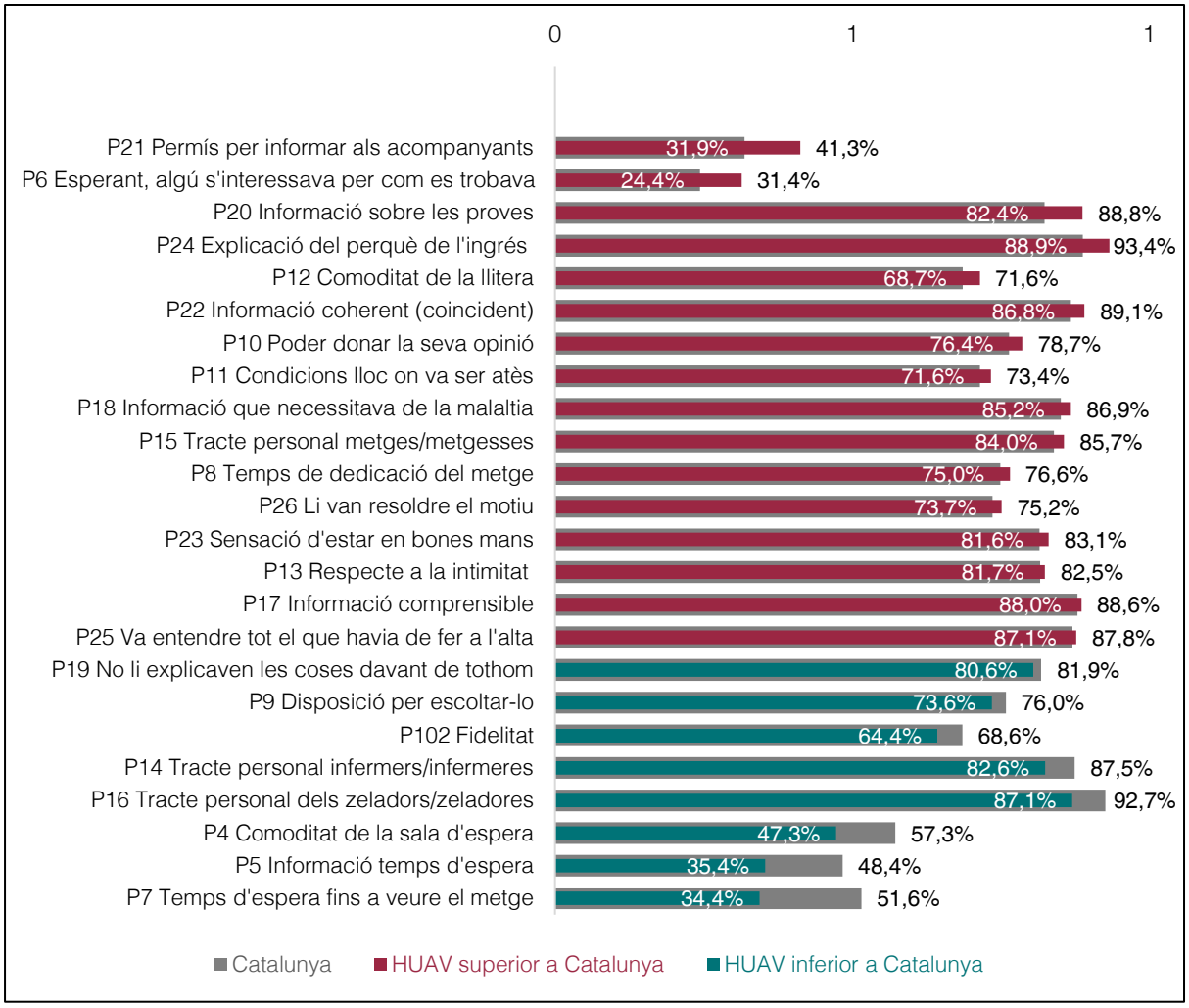
Els estudis del PLAENSA formen part de la informació de resultats que es presenta a la Comissió de Salut del Parlament de Catalunya, s'incorporen en els informes sectorials de la Central de Resultats de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, donen suport als objectius del Pla de salut i estan disponibles en el Portal de Transparència de la Generalitat. La planificació d'aquests estudis inclou diversos processos i línies de servei: l'atenció primària, hospitalària, sociosanitària i a la salut mental; el transport sanitari no urgent; la recepta

electrònica; l'oxigenoteràpia crònica a domicili; la rehabilitació ambulatòria; l'hemodiàlisi; la cirurgia major ambulatòria, o l'atenció hospitalària urgent, entre altres.

El resultat de les enquestes PLAENSA de l'any 2022 en l'àmbit de l'atenció urgent hospitalària mostra que els usuaris del servei van valorar la satisfacció amb l'atenció rebuda amb un 6,81, sobre 10 de mitjana, al conjunt del territori de Catalunya. Aquest estudi compta amb 4.240 casos, procedents del registre d'activitat dels centres proveïdors, entrevistats mitjançant un qüestionari web amb invitació per SMS, d'entre el total de 63.831 pacients atesos a les urgències de l'HUAV l'any 2022.

Pel que fa als usuaris de l'HUAV, les enquestes de l'any 2022 dels usuaris dels serveis d'atenció hospitalària urgent obtenen una valoració global de 6,49, sobre 10 de mitjana, lleugerament per sota del resultat del conjunt de Catalunya (6,81). En 8 de les preguntes de satisfacció l'HUAV obté pitjors resultats que en el conjunt de Catalunya, mentre que en 16, obté millors resultats:

Gràfic 8. Enquestes PLAENSA, de comparació entre els resultats de Catalunya i de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Exercici 2022



Font: Elaboració pròpia a partir de les enquestes PLAENSA 2022.

L'anàlisi dels resultats de les enquestes publicades i la metodologia emprada en l'estudi ha posat de manifest aquestes conclusions:

- Els ítems que fan referència als temps d'espera, la comoditat dels espais, el tracte personal dels professionals del servei i la disposició a ser escoltat són els valorats pels usuaris de l'HUAV per sota de la valoració que s'obté per als usuaris en el conjunt de Catalunya, amb una desviació de fins a 17 punts percentuals.

- El mes de juliol del 2023 l'HUAV va iniciar un pla d'humanització per tal de modificar la sala d'espera, la informació que es facilita als usuaris i el vestuari, amb la previsió de realitzar enquestes a pacients i acompanyants al servei d'urgències de l'hospital. En les entrevistes realitzades a finals de l'any 2023, els responsables d'aquest servei van manifestar que havien rebut poques respostes i que caldria repensar la seva distribució, per tal d'obtenir un grau elevat de representativitat de les respostes.

5.4.5. Es fa el seguiment i l'avaluació de les directrius i objectius estratègics i se'n fa difusió?

El mes de juliol del 2020 el CatSalut va adjudicar, mitjançant concurs públic, el contracte per al servei d'auditoria dels dispositius d'atenció urgent a la Fundació Avedis Donabedian per a la millora de la qualitat assistencial, fundació privada, per 131.200 €. El treball de camp d'aquesta auditoria es va executar durant l'any 2021 i va implicar 29 CUAPs, 57 hospitals i els serveis centrals del SEM, entre els quals hi havia el CUAP Prat de la Riba de Lleida i l'HUAV.

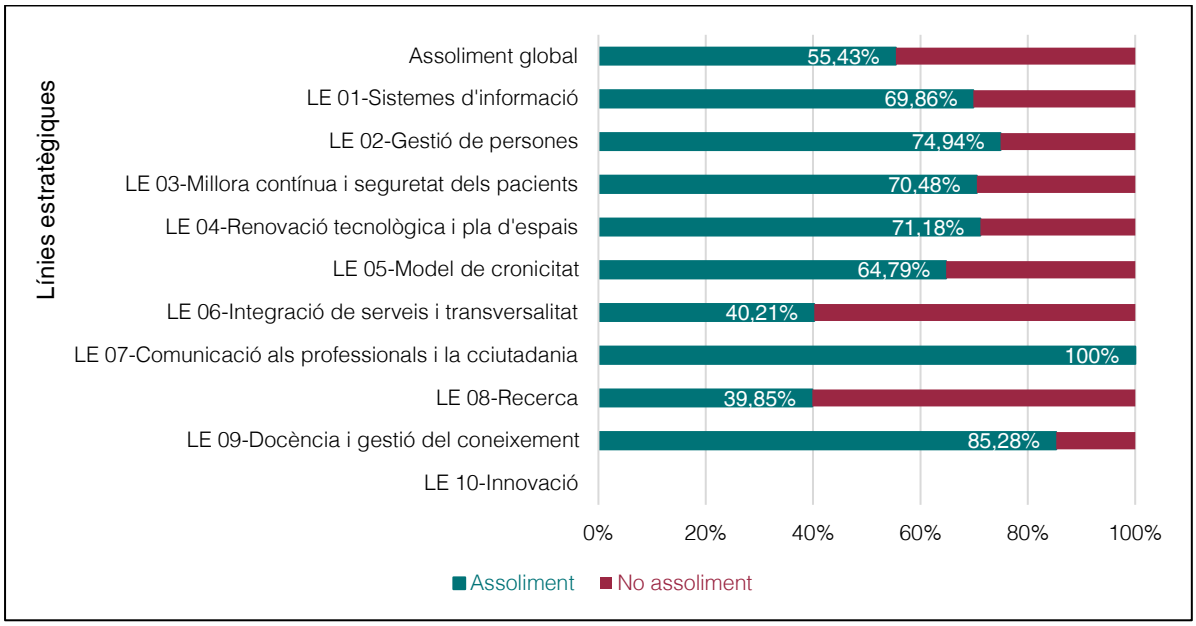
Els resultats i les incidències detectades pel que fa als dispositius d'urgències, d'atenció primària i hospitalària, ubicats a Lleida ciutat, objecte del present informe, s'han enunciat en alguns dels apartats precedents.

Pel que fa al desplegament territorial del PLANUC, el Pla estratègic territorial 2022-2025 de l'ICS a Lleida, Alt Pirineu i Aran i GSS es va aprovar durant el primer semestre del 2023, en sessió del Comitè de Direcció Territorial de la Regió Sanitària de Lleida i el consell d'administració de l'empresa GSS, per tal de concretar i adaptar les propostes estratègiques del Pla de salut de Catalunya i del mateix PLANUC a la realitat i les necessitats inherents de la regió. El desplegament del pla va preveure 10 línies estratègiques i 42 objectius, centrats en eixos estratègics com ara els sistemes d'informació, la gestió de persones, la qualitat i seguretat dels pacients, l'atenció a la cronicitat en coordinació amb l'atenció primària, o la promoció de la gestió de la recerca i el coneixement, detallats en l'apartat 5.1.1 de l'informe.

L'apartat 7è d'aquest pla territorial establia la necessitat de sotmetre'l a l'avaluació anual del Comitè de Direcció Territorial, amb el suport del grup gestor del pla estratègic, i a la difusió i publicitat del grau d'assoliment dels objectius estratègics per part de la Gerència Territorial.

L'avaluació del pla estratègic territorial al tancament de l'any 2022, que recull les dades reportades pels responsables de cadascuna de les línies estratègiques, va ser facilitada a la Sindicatura per part de la Direcció de Qualitat de la Gerència Territorial de Lleida, Alt Pirineu i Aran, a mans de personal adscrit a l'empresa pública GSS (CatSalut). D'acord amb aquest document, l'assoliment global del pla va ser del 55,43%, amb un acompliment molt desigual de les diferents línies estratègiques:

Gràfic 9. Tancament del Pla estratègic territorial de Lleida. Exercici 2022



Font: Elaboració pròpia a partir del tancament global del Pla estratègic territorial. Gerència Territorial ICS Lleida Pirineu i GSS.

L'anàlisi del desplegament del PLANUC i del pla estratègic territorial i l'avaluació realitzada ha posat de manifest aquestes observacions:

- El CatSalut ha manifestat que els resultats de les auditories d'implementació del PLANUC fetes per Avedis Donabedian es van comunicar a les regions sanitàries corresponents, i que en casos greus o notoris es van implementar actuacions puntuals. Tanmateix, les diferents parts interessades entrevistades, així com els propis responsables dels serveis d'atenció urgent de l'HUAV, manifesten que desconeixen el contingut d'aquestes auditories.

  El CatSalut no ha impulsat cap altra avaluació o actuació després dels resultats d'aquesta auditoria. En l'informe que el Síndic de Greuges va presentar al Parlament l'any 2017, en relació amb les urgències hospitalàries, el Síndic també es va comprometre a fer un seguiment de l'aplicació del Pla nacional d'urgències de Catalunya, però la Sindicatura no té constància que aquest seguiment s'hagi produït.

- Pel que fa al Pla estratègic territorial i en desplegament de les 10 línies estratègiques previstes, es va definir per a cadascuna diversos objectius i accions estratègiques, sense

concretar indicadors ni llindars d'assoliment que fossin qualitatius i transparents. L'avaluació d'aquestes accions no inclou, per tant, cap anàlisi ni indicadors en aquest sentit. Tampoc motiva aquelles accions que no han estat avaluades, o que han estat desestimades, entre altres, la línia estratègica LE 10.

La Direcció de Qualitat, responsable de l'avaluació del pla territorial, no ha pogut aportar cap documentació acreditativa dels percentatges d'assoliment que es van aprovar al tancament de l'any 2022. Tampoc es poden contrastar les ponderacions parcials assignades a les diferents accions estratègiques amb el document aprovat formalment. L'explicació que s'ha donat a la Sindicatura és que el desplegament d'aquest pla es gestiona a través d'una aplicació que s'actualitza cada any, de manera que no permet traçar els resultats aprovats amb l'avaluació que se'n va fer a una data concreta, ni aquesta informació ha estat conservada per part de la Gerència Territorial.

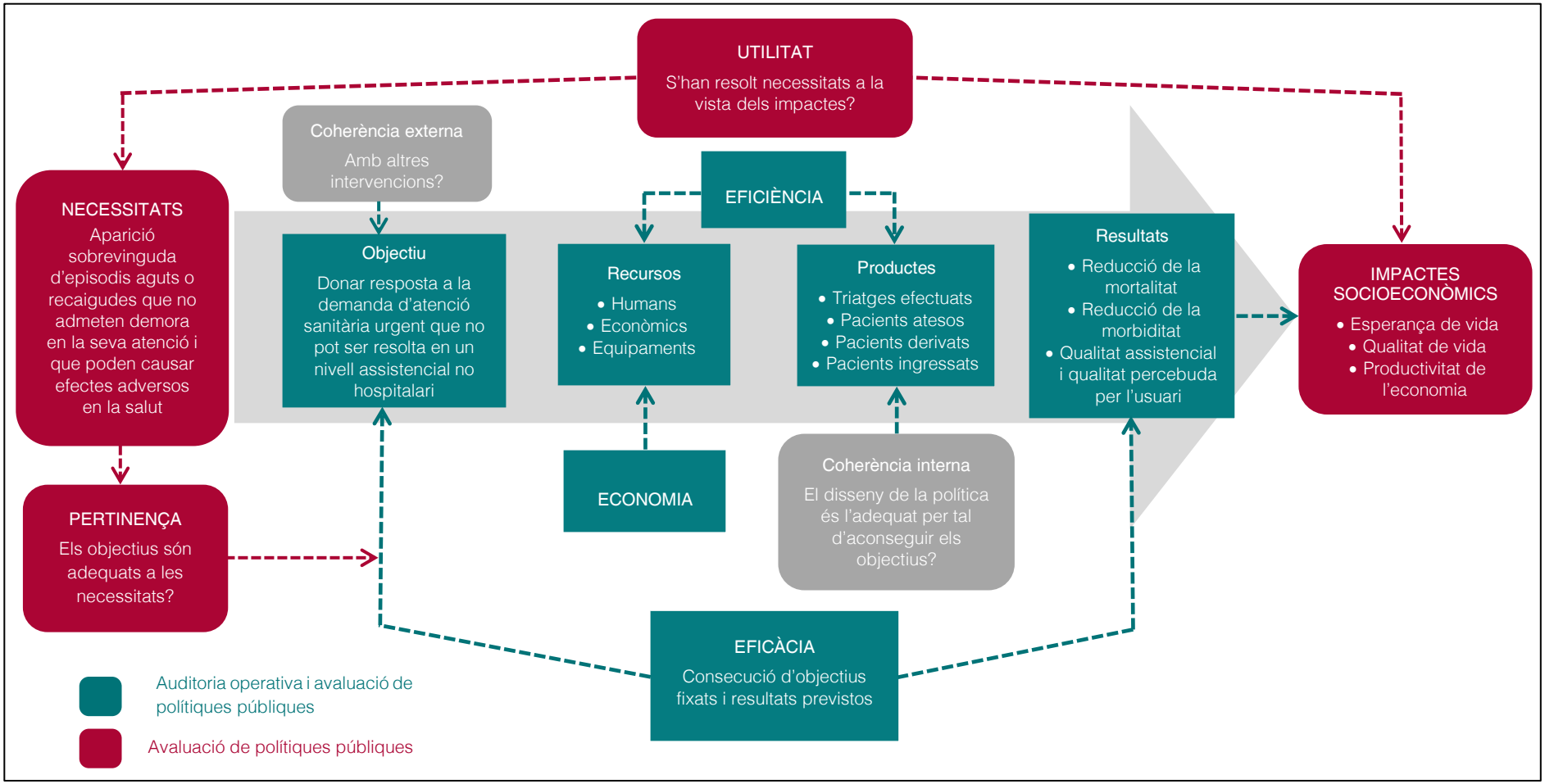
- La Direcció de Qualitat de la Gerència Territorial de l'ICS a Lleida ha manifestat que no ha dut a terme auditories de qualitat del servei en l'àmbit de l'atenció urgent al territori, funció que, d'acord amb l'eix 7è del PLANUC, corresponia desplegar als COUE.

- No s'ha donat compliment als requisits de publicitat i difusió de l'avaluació dels plans estratègics nacionals i territorials, contravenint allò establert en el mateix pla i en els preceptes de la Llei 19/2014, del 29 de desembre, de transparència, accés a la informació pública i bon govern.

6. ANNEXOS

6.1. TEORIA DEL CANVI

Gràfic 10. Activitat d'atenció urgent hospitalària



Font: Elaboració pròpia.

6.2. MATRIU DE PLANIFICACIÓ: OBJECTIUS, SUBOBJECTIUS I CRITERIS D'AUDITORIA

Objectius	Subobjectius	Criteris d'auditoria
1. Els instruments disponibles permeten dimensionar i distribuir els recursos humans sanitaris segons les necessitats assistencials de la població?	1.1. El Govern ha dissenyat un pla estratègic en el qual s'emmarquin l'atenció a les urgències a Catalunya i els agents implicats i s'identifiquin les necessitats d'atenció i ha informat i involucrat les parts interessades?	- PLANUC - Plans estratègics territorials/acords de Govern - Pla de salut - Directrius i protocols centrals - Llei 19/2014, de transparència, obligacions en matèria de grups d'interès
	1.2. Hi ha un pla funcional d'ordenació de l'estructura de recursos humans de l'hospital i de dimensionament del dispositiu, d'acord amb les previsions del Pla estratègic?	- Memòries d'activitat (Gerència Territorial Lleida i HUAV) - PORH - Manual i criteris retribucions variables DPO-HUAV
	1.3. És adequada l'estructura organitzativa dels dispositius assistencials d'urgències a la demanda assistencial del centre, en termes de recursos i organització?	- Articles 12 i 13 Llei 55/2003, del 16 de desembre, de l'Estatut marc del personal estatutari dels serveis de salut - PLANUC (acció 27) - Llei 44/2003, del 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries - Plantilla, RLT i organigrama HUAV - Protocols interns circuit d'urgències HUAV - PORH ICS
	1.4. La prestació del servei s'ha determinat en termes d'economia?	- Art. 39 i 40 Decret 118/2014, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut. - Informe d'impacte econòmic i social - Estudis de costos dels serveis d'urgències

Objectius	Subobjectius	Criteris d'auditoria
2. S'avalua la demanda assistencial urgent, els fluxos en la continuïtat assistencial i la seva coherència amb l'activitat assistencial contractada pel CatSalut?	2.1. El grau d'utilització dels serveis d'urgències i la seva evolució és coherent amb l'activitat prevista pel CatSalut?	- Clàusula anual CatSalut, evolució 2019-2022 - Dades d'activitat: memòries anuals d'activitat d'urgències, Pla estratègic territorial, memòria anual CatSalut, memòries HUAV - CMBD-UR 2019-2022
	2.2. L'atenció assistencial es produeix al nivell assistencial més adequat, en funció del nivell d'urgència? S'han implementat accions correctores per tal de reduir la pressió assistencial al servei d'urgències?	- PLANUC (eixos 2 i 4) - CMBD-UR 2019-2022 - AQUAS, informes d'avaluació - Protocols i procediments aprovats per a la continuïtat assistencial - Plans estratègics territorials - Decret 118/2014, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut.
3. S'han dissenyat circuits sobre aspectes operatius i funcionals de la gestió integral del procés assistencial urgent i s'implementen com està previst?	3.1. S'han dissenyat i s'apliquen de manera òptima els protocols específics que regulen el procés assistencial i són adequats a les necessitats d'atenció?	- Protocols, procediments, Instruccions i directrius centralitzats i específics del centre hospitalari - PLANUC - Avaluacions dels protocols - Plans d'acció dels SUH de l'HUAV
	3.2. Hi ha una bona coordinació dels recursos durant el procés assistencial i s'optimitza el temps i el procés de drenatge dels pacients?	- Protocols i procediments interns del procés assistencial d'urgències - PLANUC - Manual CMBD-UR - Dades CMBD-UR 2022 - Instrucció 14/2014, CatSalut, sobre temps mitjà d'espera - Dades obtingudes de SAP Assistencial HUAV - Dades de trasllats TSNU any 2022, SEM
	3.3. Es monitora el procés d'atenció a les urgències amb la finalitat d'avaluar-lo, optimitzar-lo i desenvolupar instruments de millora?	- Manual de codificació del CMBD-UR (any 2019) - Instruccions CatSalut - GPF-CA 5311 Ciberseguretat, seguretat de la informació i auditoria externa

Objectius	Subobjectius	Criteris d'auditoria
	3.4. Es dona una resposta adequada a les situacions de necessitat social i vulnerabilitat que presenten els pacients de les urgències hospitalàries?	- Protocol sobre el funcionament de les urgències-HUAV - Procediment d'actuació del treballador social a urgències, HUAV - Circuit de derivació d'Urgències Psiquiàtriques, HUAV - PLANUC - CMBD-UR - Indicadors temporals obtinguts per al 2022
4. S'avalua i es difon el seguiment periòdic de les activitats, del compliment de les instruccions i els estàndards de qualitat i del grau d'assoliment dels objectius?	4.1. Es disposa de quadres de comandament que integrin dades clíniques, assistencials i administratives per a la presa de decisions informada?	- Manual de codificació del CMBD-UR (any 2019) - PLANUC - Pla estratègic d'acció territoria
	4.2. El programa reuneix les condicions necessàries d'avaluabilitat de manera que els seus objectius, indicadors i sistemes d'informació estiguin definits en aquesta direcció?	- PLANUC - Pla estratègic d'acció territorial - Concert formalitzat entre CatSalut i HUAV per a la prestació assistencial del servei - Ivàlua, Eina pràctica 3.2 - Guia GPF-OCEX 3920, d'Auditoria operativa - Mòdul d'urgències al MSIQ (Mòdul seguiment indicadors de qualitat), CatSalut
	4.3. S'han establert procediments estandarditzats d'informació al pacient i als seus acompanyants?	- Protocols i procediments interns de l'HUAV en relació amb la gestió d'informació al servei d'urgències - Instrucció 3/2004 de reclamacions i suggeriments - PLANUC - Registre de suggeriments, queixes i reclamacions CatSalut - Registre de queixes i reclamacions HUAV - Instrucció del CatSalut 03/2004 de reclamacions i suggeriments - Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària

Objectius	Subobjectius	Criteris d'auditoria
	4.4. Quins han estat els resultats obtinguts en relació amb els serveis d'urgències prestats?	- Enquestes PLAENSA - PLANUC - Mòdul d'urgències al MSIQ (Mòdul seguiment indicadors de qualitat), CatSalut - Actes COUE territorial
	4.5. Es fa el seguiment i l'avaluació de les directrius i objectius estratègics i se'n fa difusió?	- Pla estratègic territorial de Lleida - Actes COUE Territorial - PLANUC - Llei 19/2014, del 29 de desembre, de transparència - Ivàlua, Eina pràctica 4.2 - Guia per a la revisió del principi de transparència, Tribunal de Comptes.

6.3. GLOSSARI DE TERMES

- Contacte: atenció que es dona a un pacient des del moment de l'admissió a un servei d'urgències hospitalari, a un recurs d'urgències d'atenció primària, o des del moment en què és atès pel SEM, fins que abandona el dispositiu d'urgències.

- Derivació inversa: quan el pacient és donat d'alta després del triatge sense haver estat atès, perquè no presenta cap tipus de risc vital i es fa una derivació inversa adreçant-lo a un dispositiu d'urgències de menor capacitat resolutiva.

- Drenatge: temps entre la decisió assistencial i la sortida del servei.

- SISCAT: Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya (SISCAT), creat l'any 2000, que inclou totes les xarxes assistencials en un sol sistema: internament, comunitari, transport sanitari i altres serveis sanitaris. Una part de les entitats estan participades pel Departament de Salut o el CatSalut, per empreses públiques (entitats de dret públic sotmeses a l'ordenament jurídic privat i societats mercantils), consorcis i fundacions. Compta amb més de 200 centres d'internament (per a l'atenció aguda, l'atenció sociosanitària i l'atenció d'internament de salut mental), més de 1.400 centres per a l'atenció primària i comunitària com els CAP i consultoris locals en els indrets més petits, centres d'urgències d'atenció primària (CUAP), centres ambulatoris de salut mental d'adults i infantils i juvenils, i centres per a l'atenció a les drogodependències i addiccions, i altres recursos com hospitals de dia, serveis de rehabilitació comunitària, entre altres.

- Sobrecobertura: en l'àmbit de l'avaluació de polítiques públiques, situació en què un determinat programa o intervenció pública arriba a segments de població no previstos inicialment, i als quals no s'adreça.

- Triatge: El triatge és un sistema que permet prioritzar i ordenar l'atenció amb criteris de seguretat clínica. A Catalunya s'utilitza l'anomenat Model Andorrà de Triatge (MAD), que classifica els pacients en 5 nivells de triatge, de manera que s'atenen segons el grau d'urgència, amb independència de l'ordre d'arribada.

- Urgència: atenció prestada als pacients que accedeixen als serveis d'un centre hospitalari d'internament per iniciativa pròpia o d'altres instàncies, al marge del circuit d'accés programat, com a conseqüència de la necessitat objectiva o subjectiva d'atenció immediata, amb independència que la destinació final dels pacients comporti o no l'internament, al mateix centre o en un altre. Totes les urgències, amb independència del procés assistencial que en derivi, són qualificades mitjançant una activitat de triatge.

6.4. METODOLOGIA PER AL CÀLCUL D'INDICADORS

A continuació es presenta la metodologia emprada per al càlcul dels indicadors utilitzats en aquest treball de fiscalització. El tractament i l'anàlisi de les dades s'han realitzat mitjançant el programa R.[37]

A) Indicadors de temps

Per al càlcul dels indicadors de temps s'han emprat fonamentalment les dades procedents del CMBD-UR corresponent a l'any 2022. Aquesta informació s'ha completat, quan ha sigut necessari, amb dades procedents dels sistemes d'informació propis de l'HUAV, ja que per a determinats camps la informació de la primera font no era prou acurada.

Els indicadors de temps i també els respectius criteris d'inclusió de casos estan basats en els indicadors definits en el MSIQ del CatSalut, en els indicadors emprats per l'NHS anglès[38] i en els indicadors proposats en l'informe oficial sobre la transformació de l'atenció urgent a l'NHS,[39] però no són necessàriament coincidents amb cap d'ells. La interpretació que es fa d'aquestes indicadors, tanmateix, és pròpia de la Sindicatura de Comptes.

Definició i interpretació dels indicadors

Temps fins al triatge: temps que transcorre entre l'arribada a urgències i el moment en què es realitza el triatge.

Aquest indicador s'interpreta com la capacitat per a realitzar una primera avaluació del pacient que acudeix al SUH, de manera que com més llarg sigui el temps d'espera menys capacitat hi haurà per fer una primera avaluació del pacient.

Per calcular aquest indicador s'han utilitzat tots els contactes registrats al CMBD-UR de l'any 2022, excepte els següents:

- Contactes que arriben amb parada cardiorespiratòria irreversible.
- Contactes amb data o hora de triatge no informada, errònia o incongruent amb la data o hora d'inici, la data o hora d'assistència o la data o hora de sortida.

37. R és un programari lliure àmpliament emprat per a l'anàlisi estadística: https://www.r-project.org/

38. *Accident and emergency quality indicators for England*. Es poden consultar a: https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/provisional-accident-and-emergency-quality-indicators-for-england

39. NHS (2020). *Transformation of urgent and emergency care: models of care and measurement.* Disponible a: https://www.england.nhs.uk/publication/transformation-of-urgent-and-emergency-care-models-of-care-and-measurement/

Temps fins a l'inici d'assistència: temps que transcorre entre l'arribada a urgències i el moment en què s'inicia l'atenció urgent.

Aquest indicador s'interpreta com la capacitat per a donar resposta assistencial al pacient que acudeix al SUH, de manera com més temps hi hagi d'espera, menys capacitat per a donar resposta assistencial al pacient.

Per calcular aquest indicador s'han utilitzat tots els contactes registrats al CMBD-UR, excepte els següents:

- Contactes que arriben amb parada cardiorespiratòria irreversible.
- Contactes amb data o hora d'assistència no informada, errònia o incongruent amb la data o l'hora d'inici, la data o l'hora de triatge o la data o l'hora de sortida.
- Contactes amb derivació posterior al triatge.
- Contactes amb triatge no informat.

Temps fins a la presa de decisió: diferència entre l'hora de finalització de l'assistència i l'hora d'entrada a urgències.

Aquest indicador s'interpreta com a mesura de la capacitat de resolució o d'indicació intrínseca de casos per part del SUH, només condicionada pels propis recursos i la capacitat per a realitzar proves diagnòstiques –com més temps d'espera, menys capacitat de resolució o d'indicació.

Per calcular aquest indicador s'han utilitzat tots els contactes registrats al CMBD-UR, excepte els següents:

- Contactes que arriben amb parada cardiorespiratòria irreversible.
- Contactes amb data o hora de fi d'assistència no informada, errònia o incongruent amb la data o l'hora d'inici, la data o l'hora de triatge, la data o l'hora d'assistència o la data o l'hora de sortida.
- Contactes amb derivació posterior al triatge.
- Contactes amb alta voluntària, alta administrativa o evasió.
- Èxitus.

Temps total a urgències: diferència entre l'hora de sortida i l'hora d'entrada del pacient.

Aquest indicador reflecteix la capacitat de resolució o d'indicació efectiva de casos per part del SUH –o drenatge de pacients–, que està condicionada per factors "externs" o "aliens" al servei (disponibilitat de llits per part de l'hospital o d'altres centres, disponibilitat de transport) –com més temps d'espera menys capacitat de resolució o d'indicació efectives.

Per calcular aquest indicador s'han utilitzat tots els contactes registrats al CMBD-UR, excepte aquells que s'han enumerat per al cas de l'indicador anterior (temps fins a la presa de decisió).

B) Taxes brutes i indicadors ajustats

En l'avaluació de l'entitat fiscalitzada pel que fa als seus resultats en termes de qualitat assistencial i qualitat del servei, així com en relació amb l'adequació de la demanda al dispositiu, s'ha estimat oportú el càlcul d'una sèrie d'indicadors ajustats.

Per a cadascun dels indicadors considerats, es parteix de la taxa bruta, que es pot definir com el nombre de casos observats entre el nombre de casos possibles. Així, per exemple, la taxa bruta de mortalitat correspon al nombre de defuncions que es produeix al servei d'urgències entre el nombre de casos atesos que hi han arribat vius i que hi romanen fins a finalitzar l'assistència (morts que es podrien haver produït a urgències). A diferència de les taxes brutes, expressades generalment en forma de percentatge, els indicadors ajustats tenen en compte una sèrie de factors que poden tenir algun efecte sobre allò que s'està mesurant (mortalitat, nombre d'ingressos, etc.). Aquests factors d'ajust permeten estimar el que seria esperable per a l'entitat objecte d'avaluació en relació amb la dimensió considerada, i contrastar-ho amb allò que s'observa realment. La tècnica estadística que permet fer aquesta estimació s'anomena model d'ajust. A partir d'aquí, els indicadors ajustats que s'han considerat en aquest treball de fiscalització es poden definir de forma genèrica com la relació entre el nombre d'esdeveniments observats i el nombre d'esdeveniments esperats segons el model d'ajust:

$$\text{Indicador ajustat} = \frac{\text{Nombre d'esdeveniments observats}}{\text{Nombre d'esdeveniments esperats}}$$

El valor de referència de tot indicador ajustat és la unitat, situació en què el nombre d'esdeveniments observats coincideix amb el nombre d'esdeveniments esperats.

Els indicadors ajustats que es defineixen tot seguit s'han calculat seguint la metodologia establerta pel MSIQ del CatSalut. En tots els casos, el model d'ajust emprat ha estat un model de regressió logística.

La font de dades que s'ha utilitzat per al càlcul dels diferents indicadors ha estat el CMBD-UR de l'any 2022. Cal tenir present que, tant per al càlcul de les taxes brutes com per al càlcul dels corresponents indicadors ajustats, s'han exclòs de l'anàlisi aquells contactes dels SUH que podrien desvirtuar l'indicador considerat. Els contactes exclosos s'indiquen en cada cas.

Definició i interpretació dels indicadors

Indicador ajustat d'urgències amb risc vital

Es defineix l'indicador ajustat de les urgències amb risc vital com la relació (ràtio) entre les urgències amb risc vital observades i les urgències amb risc vital esperades segons el model d'ajust. Aquest model té en compte diferents factors que poden afectar la probabilitat que una urgència presenti un nivell de triatge amb risc vital: el sexe, l'edat, l'estrat de morbiditat, el nivell hospitalari i la classe de patologia diagnosticada.

Per al càlcul d'aquest indicador ajustat i de la corresponent taxa bruta, s'han exclòs de l'anàlisi els contactes següents:

- Contactes que arriben amb parada cardiorespiratòria irreversible.
- Contactes que abandonen el servei d'urgències abans de ser atesos.

Els contactes per als quals no s'ha informat el nivell de triatge s'han considerat contactes sense risc vital.

L'indicador s'interpreta en el sentit que un valor superior a la unitat representa un nombre d'urgències amb risc vital observades superiors a les esperades i, per tant, una millor adequació de les urgències ateses al dispositiu.

Indicador ajustat de mortalitat a urgències

Es defineix l'indicador ajustat de mortalitat a urgències com la relació (ràtio) entre la mortalitat observada i la mortalitat esperada segons el model d'ajust. Aquest model té en compte diferents factors que poden afectar la probabilitat que un contacte mori al servei d'urgències: el sexe, l'edat, l'estrat de morbiditat, el nivell hospitalari, el nivell de triatge i la classe de patologia diagnosticada.

Per al càlcul d'aquest indicador ajustat i de la corresponent taxa bruta, s'han exclòs de l'anàlisi els contactes següents:

- Contactes que arriben amb parada cardiorespiratòria irreversible.
- Contactes amb derivació posterior al triatge.
- Contactes que abandonen el servei d'urgències abans de ser atesos.

L'indicador s'interpreta en el sentit que un valor inferior a la unitat representa un nombre de morts observades menor que el nombre de morts esperades i, per tant, més qualitat del dispositiu. En canvi, un indicador més gran que 1 implica que es podrien millorar els circuits d'atenció per assolir una reducció de la mortalitat.

Indicador ajustat de readmissions a urgències en menys de 72 hores

Es defineix l'indicador ajustat de readmissió a urgències en menys de 72 hores com la relació (ràtio) entre el nombre observat d'urgències readmeses en un SUH en un temps inferior a 72 hores i el nombre esperat segons el model d'ajust. Aquest model té en compte diferents factors que poden afectar la probabilitat que un pacient acudeixi de nou a un servei d'urgències: el sexe, l'edat, l'estrat de morbiditat, el nivell hospitalari, el possible risc vital de la urgència i la classe de patologia diagnosticada.

Per al càlcul d'aquest indicador ajustat i de la corresponent taxa bruta, únicament s'han tingut en compte aquells contactes que reben l'alta per anar al seu domicili o lloc de residència habitual del pacient. S'han exclòs de l'anàlisi els contactes següents:

- Contactes que arriben amb parada cardiorespiratòria irreversible.
- Contactes obstètrics i contactes per accidents.
- Contactes en què no consta el número d'identificació de l'assegurat (NIA).[40]

L'indicador s'interpreta en el sentit que un valor inferior a la unitat representa un nombre de readmissions observades menor que el seu nombre de readmissions esperat i, per tant, presumiblement, una millor qualitat de l'atenció al dispositiu. En canvi, un indicador més gran que 1 implica que es podrien millorar els circuits i la qualitat de l'atenció per assolir una reducció de les readmissions.

Indicador ajustat de readmissions a urgències en menys de 72 hores i que requereixen ingrés hospitalari

Es defineix l'indicador ajustat de readmissió a urgències en menys de 72 hores amb ingrés com la relació (ràtio) entre el nombre observat d'urgències readmeses en un SUH en un temps inferior a 72 hores, sent ingressades, i el nombre esperat segons el model d'ajust. Aquest model té en compte diferents factors que poden afectar la probabilitat que un contacte desisteixi de finalitzar l'assistència al servei d'urgències hospitalàries: el sexe, l'edat, l'estrat de morbiditat, el nivell hospitalari, el possible risc vital de la urgència i la classe de patologia diagnosticada.

Els casos inclosos i exclosos de l'anàlisi són els mateixos que en el cas de l'indicador anterior, que s'interpreta també de forma anàloga: un valor inferior a la unitat representa un nombre d'ingressos procedents de readmissió observat menor que el seu nombre esperat i, per tant, presumiblement, una millor qualitat de l'atenció al dispositiu; en canvi, un indicador més gran que 1 implica que es podrien millorar els circuits i la qualitat de l'atenció per assolir una reducció dels ingressos procedents de readmissions.

40. Aquests contactes s'exclouen perquè no és possible la seva identificació unívoca. Cal tenir en compte que la readmissió no es produeix necessàriament en el servei d'urgències fiscalitzat.

Indicador ajustat d'urgències no finalitzades

Es defineix l'indicador ajustat d'urgències no finalitzades (IUR NF) com la relació (ràtio) entre el nombre observat d'urgències no finalitzades i el nombre esperat segons el model d'ajust. Aquest model té en compte diferents factors que poden afectar la probabilitat que un contacte desisteixi de finalitzar l'assistència al servei d'urgències hospitalàries: el sexe, l'edat, l'estrat de morbiditat, el nivell hospitalari, el nivell de triatge i la classe de patologia diagnosticada.

Per al càlcul d'aquest indicador ajustat i de la corresponent taxa bruta, s'han exclòs de l'anàlisi els contactes següents:

- Contactes que arriben amb parada cardiorespiratòria irreversible.

L'indicador s'interpreta en el sentit que un valor inferior a la unitat representa un nombre d'abandonaments observats menor que el seu nombre esperat i, per tant, presumiblement, una millor qualitat de l'atenció al dispositiu. En canvi, un indicador més gran que 1 implica que es podrien millorar els circuits d'atenció per assolir una reducció dels abandonaments.

7. TRÀMIT D'AL·LEGACIONS

D'acord amb la normativa vigent, el projecte d'informe de fiscalització va ser tramès a l'Institut Català de la Salut, a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida i al Servei Català de la Salut (CatSalut) el 14 d'octubre del 2024, per complir el tràmit d'al·legacions.

L'Institut Català de la Salut i el Servei Català de la Salut van demanar una pròrroga per presentar les al·legacions, i el termini es va ampliar fins al 31 d'octubre del 2024.

7.1. AL·LEGACIONS REBUDES

Els escrits d'al·legacions presentats per l'Institut Català de la Salut i el Servei Català de la Salut a la Sindicatura de Comptes es reprodueixen a continuació.

7.1.1. Al·legacions presentades per l'Institut Català de la Salut

Consideracions generals.

En primer lloc, cal tenir en compte que l'informe avalua l'activitat i funcionament del servei d'urgències al 2022. Per tant, i és cert que probablement les dades que es mostren justifiquen un canvi en la direcció del Servei d'Urgències, i les mesures adoptades des d'aleshores per revertir-ho.

Per tant, potser seria útil poder realitzar una avaluació de les accions realitzades, perquè s'avalua una situació que no està vinculada amb els comanaments actuals.

Els temps d'assistència, de permanència s'han reduït progressivament des de l'octubre de 2022, quan es realitza un canvi en la direcció del Servei. També l'avaluació del PLAENSA del 2023 és molt significativament millor que la del 2022.

A més, les urgències hospitalàries ateses al 2023 han estat un 8,5 % superiors al 2022, i superant la xifra de les 100.000 urgències ateses, fita que no s'havia produït mai. A més, la característica de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova com a únic hospital de referència de la regió només es dona a Lleida. Per tant, a l'hora d'avaluar ingressos s'ha de considerar que l'hospital até pacients que tenen 50 minuts de desplaçament fins al seu domicili com a mínim, amb un sobreenvelliment per sobre de la mitja de Catalunya.

Aquests fets demogràfics no són els únics, però si que són determinats i condicionen l'assistència realitzada al Servei d'Urgències. Així ho mostren les dades de l'AQUAS de la central de resultats.

A més, cal destacar que durant el 2023 i 2024 es va realitzar una auditoria externa per part del Catsalut, on l'assistència hospitalària urgent va ser avaluada i en tots els indicadors va superar els llindars establerts.

Al·legacions:

Conclusions:

El Govern ha dissenyat un pla estratègic en el qual s'emmarquin l'atenció a les urgències a Catalunya i els agents implicats i s'identifiqui les necessitats d'atenció i ha informat i involucrat les parts interessades?

- El marc de governança s'ha reforçat amb la Creació d'una comissió clínica territorial d'urgències, que avalua no només indicadors, sinó procediments i una coordinació dels professionals que presten els seus serveis als dispositius urgents del territori. Aquesta comissió va entrar en funcionament al Maig del 2024.
- A l'octubre de 2022, es va aprovar el pla de xoc de mesures immediates on hi constaven uns indicadors per avaluar i uns terminis molt concrets de

mesures de recursos humans. Paral·lelament existia un grup de seguiment per monitoritzar el funcionament del pla.

- Durant els mesos del PIUC es realitza una comissió de seguiment d'indicadors epidemiològics i assistencials, a petició del Catsalut on s'avalua el grau de saturació dels serveis d'Urgències.
- Des del 2023 estem treballant en un nou procés d'Urgències, amb el suport de la Direcció de Qualitat que sigui el preàmbul de l'acreditació de l'activitat Urgent reconeguda per la Societat Espanyola de Medicina d'Urgències (SEMES).
- Des del 2023, el cap de servei forma part del PADEICS d'urgències i coordina una de les línies de treball del mateix.

Hi ha un pla funcional d'ordenació de l'estructura de recursos humans de l'hospital i de dimensionament del dispositiu, d'acord amb les previsions del Pla estratègic?

- Es va realitzar al 2022 un pla d'ordenació amb la incorporació de 12 professionals mèdics al Servei d'Urgències i la reorganització dels torns d'infermeria i TCAI, igualant els torns de matí, tarda i nit, i millorant la dotació del cap de setmana.
- Existeix un pla docent del servei d'Urgències, amb formació en urgències acreditada pel consell català de formació continuada.
- La previsió de dificultats de cobertura territorial ens va fer crear l'equip d'ACUT (Atenció Continuada d'Urgències territorials) un equip que treballa a l'hospital i també en dispositius d'atenció primària per tal de crear xarxa i continuïtat assistencial.
- Les DPO del 2023 i 2024 suposen un canvi important, amb propostes que deriven en millores assistencials, de circuits i de recerca. La conducta professional o rendiment a l'ICS s'avalua en les avaluacions de la carrera professional.

És adequada l'estructura organitzativa dels dispositius assistencials d'urgències a la demanda assistencial del centre, en termes de recursos i organització?

- Si que s'ha dissenyat un pla de formació continuada per a tots els professionals del Servei.
- Si que es va fer una planificació de dimensionament de les plantilles al 2022, que va donar lloc a l'augment de recursos humans al Servei.
- Al servei d'Urgències disposem d'un professional de farmàcia propi del servei des de 2023, a mitja jornada. A més, al 2024, vam contractar una geriatria pròpia del servei d'urgències per millorar l'assistència, i que tinguem dos geriatres realitzant guàrdies de tarda i de nit al Servei d'Urgències.
- En quant a la supervisió dels residents, des del 2022 es van reorganitzar els torns de treball d'urgències, per millorar la supervisió dels residents. Augmentant la dotació de facultatius. A més, organitzem l'Escola de Primavera que és una activitat conjunta entre residents i facultatius d'aspectes pràctics d'Urgències que ha tingut molt bona acollida.
- Si que és cert, que no s'esmenta a l'informe que el tamany de la Urgència Hospitalària inaugurada al 2008 ha quedat completament petita, i això dificulta molts fluxos de pacients.

L'atenció assistencial es produeix al nivell assistencial més adequat, en funció del nivell d'urgència? S'han implementat accions correctores per tal de reduir la pressió assistencial al servei d'urgències?

- No es té en consideració les característiques geogràfiques i demogràfiques de la Regió Sanitària de Lleida i Pirineu i de l'Hospital per posar en context les dades obtingudes.
- Des del 2023, existeix un protocol de derivació inversa amb el CUAP de Lleida aprovat i que utilitza el suport d'intel·ligència artificial. El nostre projecte ha estat pioner i capdavanter a l'ICS. La futura disponibilitat del CUAP de Mollerussa, permetrà atendre a nivell primari un major nombre de nivells IV i V.

S'han dissenyat i s'apliquen de manera òptima els protocols específics que regulen el procés assistencial i són adequats a les necessitats d'atenció?

- Amb la nova direcció d'urgències, tots els procediments han estat degudament protocol·litzats tal i com ha reconegut la recent auditoria d'hospitals realitzada l'any 2024. S'ha creat un grup de treball de professionals de l'HUAV i de l'Hospital Universitari Santa Maria que realitza seguiment dels mecanismes de coordinació entre hospitals. Analitza incidències i monitoritza l'aplicació d'un checklist per millorar la seguretat del malalt.

Hi ha una bona coordinació dels recursos durant el procés assistencial i s'optimitza el temps i el procés de drenatge dels pacients?

- Des del 2022, el servei d'Urgències ha recuperat la Unitat d'Observació d'Urgències.
- Al 2023, el servei d'urgències va assumir la coordinació d'una Unitat de Curta Estada a l'Hospital Santa Maria, amb bons resultats.
- Existeix una coordinació diària i derivacions a la Unitat d'Hospitalització a Domicili cada dia.

Es monitora el procés d'atenció a les urgències amb la finalitat d'avaluar-lo, optimitzar-lo i desenvolupar instruments de millora?

- Al 2022- 2023, s'ha iniciat la comissió territorial d'urgències i s'ha iniciat el grup de procés d'urgències, amb professionals d'infermeria, medicina i qualitat per fer seguiment.

- Des del 2023, hi ha dos professionals que revisen totes les altes no finalitzades per avaluar la qualitat de de les dades d'acord amb els companys de Documentació mèdica.

Es dona una resposta adequada a les situacions de necessitat social i vulnerabilitat que presenten els pacients de les urgències hospitalàries?

- Al 2022 vam crear el grup de treball d'atenció als pacients vulnerables amb representats de Salut Mental, de Ginecologia, de Geriatria i de treball social per abordar de forma conjunta l'atenció als pacients vulnerables.
- Hem creat un grup de seguiment amb l'Àrea d'inclusió de l'Ajuntament de Lleida per abordar de forma conjunta pacients en situació de risc que

detectem des dels serveis d'urgències o des dels dispositius comunitaris de l'Ajuntament de Lleida. Els resultats d'aquesta forma de treball conjunt han estat exposats a congressos s i trobades assistencials.

Es fa el seguiment i l'avaluació de les directrius i objectius estratègics i se'n fa difusió?

- Si que es va fer una auditoria al 2021 amb la Fundació Avedis i al 2023-2024 s'ha realitzat l'auditoria externa del Catsalut en la que el servei d'Urgències ha estat molt implicat.

Sobre les RECOMANACIONS

Pla d'ordenació dels recursos humans

- Ja s'ha realitzat una ordenació de RRHH amb una planificació, que ha permès la cobertura de tots els torns assistencials amb facultatius. S'ha pogut realitzar la cobertura de l'àrea de traumatologia d'Urgències i s'ha creat un equip de professionals que dona cobertura a dispositius hospitalaris i d'atenció primària.
- L'Especialitat de Medicina d'urgències aprovada el 2 de Juliol de 2024 suposar un canvi important en les competències i funcionament dels Serveis d'Urgències.
- Les Recomanacions 5 i 6 ja s'estan realitzant.

Estructura organitzativa del dispositiu d'urgències

- Les recomanacions 8, 9 i 10 ja s'estan realitzant.

Adequació del nivell assistencial de l'atenció prestada

- Les recomanacions 16, 17 i 18 ja s'estan realitzant.

Resposta a les situacions de necessitat social i vulnerabilitat

- Les recomanacions 25 i 26 ja s'estan realitzant.

Resultats de l'atenció hospitalària urgent

- Les recomanacions derivades del PLAENSA han derivat en un seguit d'accions que estem a punt de finalitzar. Amb una comissió pròpia que fa seguiment i monitoritza tots els canvis.

Finalment, en el punt 5.3.2

Hi ha una bona coordinació dels recursos durant el procés assistencial i s'optimitza el temps i el procés de drenatge dels pacients?

Creiem que cal canviar el paradigma del temps que el pacient estigui a urgències, i cal pensar que a vegades estar més temps a urgències, si el destí final és l'alta a domicili pot ser beneficiós per al pacients i pot estalviar-se un ingrés a un hospital d'aguts. Especialment en la gent més gran o fràgil.

7.1.2. Al·legacions presentades pel Servei Català de la Salut

/Salut

Al·legacions del Servei Català de la Salut a l'informe 13/2023C Institut Català de la Salut. Avaluació de les urgències hospitalàries de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, exercici 2022

Un cop vist l'informe, al·leguem el següent:

A l'apartat Conclusions:
En el punt 20 es diu:

"La literatura científica estableix una associació entre un temps d'espera més llarg a urgències i un increment de la mortalitat, especialment quan hi ha la indicació d'ingrés del pacient. D'altra banda, el Ministeri de Sanitat recomana que el 90% dels pacients atesos en un SUH sigui donat d'alta, ingressat o traslladat a un altre centre en 4 hores des de la seva admissió al servei. L'HUAV estava lluny d'acomplir aquesta recomanació en el cas dels pacients que ingressaven o eren traslladats, atès que l'any 2022 presentava un valor medià d'entre 9 i 10 hores per a aquests pacients. Es podrien assolir reduccions addicionals de la mortalitat si el temps de permanència d'aquests pacients es reduís fins al nivell recomanat."

Mes endavant també es comenta:

"Un estudi recent, tanmateix, conclou que una demora superior a les 5 hores, des del moment de l'admissió fins al moment de l'ingrés d'aquells pacients que ho requereixen, està associada a un increment de la mortalitat per qualsevol causa als 30 dies, amb independència de la saturació del servei.[2] [...] En el cas de les demores que es van donar a l'HUAV entre els pacients que acabaven ingressant a urgències, i d'acord amb els càlculs efectuats per la Sindicatura, l'any 2022 s'haurien produït 27 morts addicionals com a conseqüència de la demora en l'ingrés."

És fonamental abordar amb rigor i cautela qualsevol afirmació que relacioni directament el temps d'espera a urgències amb la mortalitat, especialment quan es volen derivar conclusions com les que es presenten aquí. Assumir que una estimació matemàtica basada en un únic estudi pot traduir-se directament en un nombre específic de defuncions evitables a l'HUAV l'any 2022 no s'ajusta a la realitat. Cada servei d'urgències és únic, amb una complexitat de factors que impacten en els resultats de salut dels pacients i que difícilment es poden equiparar d'un hospital a un altre, i menys d'un sistema sanitari a un altre.

[1] Vegeu per exemple Pearce S., Marchand T., Shannon T., *et al.* (2023) Emergency department crowding: an overview of reviews describing measures causes, and harms. *Intern Emerg Med.* 18(4):1137-1158.
[2] Jones, S., Moulton, C., Swift, S., *et al.* (2022). Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30-day mortality. *Emerg Med J.* 39(3):168-173.

Primerament, les condicions i característiques de la població atesa, així com els protocols i els recursos disponibles, varien àmpliament entre centres, fent molt difícil extrapolar les conclusions d'un estudi concret a la realitat de l'HUAV. A més, hi ha altres elements, com el tipus de patologia, l'edat i les condicions prèvies dels pacients, que afecten la mortalitat i no es poden resumir simplement en una xifra derivada d'una mitjana de temps d'espera.

Afirmar, doncs, que es podrien "haver estalviat" morts és una afirmació que no té en compte la complexitat inherent del sistema d'urgències ni la variabilitat de les circumstàncies clíniques. En aquest sentit, el mètode utilitzat per a efectuar aquests càlculs resulta imprecís i excessivament reduccionista, i pot generar conclusions que no reflecteixen fidelment la realitat del servei ni els múltiples factors que intervenen en els resultats de salut dels pacients.

Per tant, caldria ser molt més cautelós a l'hora de fer afirmacions d'aquesta naturalesa i buscar una anàlisi que tingui en compte la singularitat de cada context i un abordatge més precís i rigorós en l'estimació d'aquests efectes.

En el punt 5.1.1. El Govern ha dissenyat un pla estratègic en el qual s'emmarquin l'atenció a les urgències a Catalunya i els agents implicats i s'identifiquin les necessitats d'atenció i ha informat i involucrat les parts interessades?

Els responsables de la SOCMUE han expressat que, tot i haver participat en el disseny inicial del PLANUC, han estat poc escoltats durant el desplegament del pla, amb escassa comunicació amb el Departament de Salut i sense que les seves propostes hagin estat considerades. A més, els responsables d'urgències de l'HUAV i de la SOCMUE desconeixen els resultats de l'auditoria del PLANUC del 2021 i altres eines amb indicadors essencials per a la presa de decisions informada.

Cal recordar, primerament, que la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències (SOCMUE) compta amb un representant al Consell Assessor del Pla Nacional d'Urgències de Catalunya (PLANUC), cosa que garanteix una participació activa i continuada en les decisions estratègiques del pla. Així, les seves aportacions es consideren dins del marc de planificació i seguiment d'aquest projecte.

Pel que fa a l'anomenada "auditoria" del 2021, és important precisar que no es va tractar d'una auditoria pròpiament dita, sinó més aviat d'una revisió o actualització de l'estat d'implementació del PLANUC. L'objectiu d'aquest exercici era comprovar, a nivell pràctic, l'estat de desenvolupament de certes accions, i no establir una avaluació formal de resultats amb indicadors predefinits, tal com es faria en una auditoria estricta. De fet, durant aquesta revisió no es van especificar indicadors per avaluar cada acció; es va realitzar una comprovació in situ de determinats elements que contribuïen a identificar possibles àrees de millora en l'aplicació del pla.

Per últim, els resultats d'aquesta revisió es van compartir amb les regions sanitàries, cosa que va permetre una difusió del seu contingut i una aplicació extensiva de les observacions detectades. Aquesta difusió assegura que les diferents regions puguin disposar de la informació necessària per avançar en el desenvolupament del PLANUC, reforçant així la coordinació i l'alineament amb els objectius estratègics establerts.

Al punt 5.3.4. Es dona una resposta adequada a les situacions de necessitat social i vulnerabilitat que presenten els pacients de les urgències hospitalàries?

"D'acord amb les dades informades al CMBD-UR, l'any 2022 un total de 58 pacients del servei d'urgències de l'HUAV van ser donats d'alta amb derivació a centres sociosanitaris, però aquesta derivació no va ser gestionada pels treballadors socials, sinó pels propis serveis d'urgències."

Existeixen uns malalts amb un perfil determinat, col·loquialment anomenat 'de subaguts', per qui es disposa d'una sortida assistencial directa a centres sociosanitaris. Aquest circuit no requereix en cap cas de l'actuació de cap treballador social, doncs té un caràcter estrictament sanitari. Per tant, no és incorrecte, sinó tot el contrari, que 58 pacients del servei d'urgències s'hagin derivat a un centre sociosanitari.

Mes endavant s'escriu:

"L'HUAV no disposa de geriatre, mediadors interculturals o servei de psiquiatria de guàrdia al servei d'urgències[...]"

No és necessari ni eficient tenir un geriatre ni un mediador intercultural. En el PLANUC es deixa clar que cal disposar de l'accés a aquests recursos i adaptar-ne la disponibilitat a les necessitats. De la mateixa manera passa amb Psiquiatria de guàrdia, doncs no tots els serveis d'urgències del país tenen aquesta especialitat de guàrdia, tot i que hi tenen accés la totalitat. En aquest sentit, caldria posar en relleu la coordinació en salut mental entre l'HUAV i l'Hospital de Santa Maria.

En el punt 5.4.1, es diu:

En relació amb la prestació d'atenció hospitalària urgent, la Sindicatura ha obtingut els quadres de comandament elaborats per l'ICS i pel CatSalut, que inclouen indicadors d'activitat i algunes variables temporals. Aquestes són les conclusions observades:

- *Els responsables de l'atenció urgent de l'HUAV i dels dispositius d'urgències del territori no tenen accés als quadres de comandament, i alguns d'ells han manifestat que desconeixen que existeix, o com accedir-hi.*

- *La font d'informació d'aquests quadres de comandament no és la mateixa: en el cas de l'ICS, la font de les dades és el mòdul assistencial de SAP del propi hospital, mentre que en el cas del CatSalut, les dades origen són del CMBD-UR de l'hospital i, per tant, es troben afectades per les febleses descrites en l'apartat 5.3.3 d'aquest informe.*

  La Sindicatura ha observat que les dades d'una i altra font divergeixen i no han estat contrastades ni conciliades entre elles. En aquest sentit, el CatSalut ha assenyat que utilitza criteris d'inclusió i exclusió diferents als de l'ICS, però no ha concretat el motiu ni l'origen de les diferències detectades.

- *Els indicadors recollits mesuren l'activitat i els temps d'espera, però no estan focalitzats en les dinàmiques de processos. No inclouen informació a temps*

real o d'extracció automàtica sobre la saturació del servei, la disponibilitat de recursos, la predicció de demanda o l'adequació i qualitat del servei.

Es important matisar que el CatSalut sempre ha posat a disposició dels proveïdors les dades de seguiment a través dels quadres de comandament. Fa uns anys, aquest accés es feia de manera asincrònica, mentre que actualment s'està implementant una transició a un sistema en línia per proporcionar dades actualitzades de manera més accessible i en temps real. Aquest procés busca, precisament, millorar la transparència i la capacitat de resposta davant les necessitats dels proveïdors d'atenció urgent.

Pel que fa als indicadors de qualitat utilitzats, CatSalut se centra en elements bàsics que han estat àmpliament validats per la literatura científica i que permeten fer un seguiment adequat de l'activitat i dels temps d'espera. És cert que algunes limitacions en el desenvolupament d'indicadors addicionals responen a la falta d'informació completa i precisa proporcionada pels proveïdors al CMBD. Això limita la capacitat d'obtenir una visió més integral de les dinàmiques de procés.

Al punt 5.4.2. El programa reuneix les condicions necessàries d'avaluabilitat de manera que els seus objectius, indicadors i sistemes d'informació estiguin definits en aquesta direcció?

"[...]La definició dels 3 indicadors vinculats als serveis d'atenció urgent inclosos en les clàusules de pagament del CatSalut a l'HUAV no és prou rigorosa i no contribueix a millorar aspectes rellevants que afecten la pressió assistencial i l'eficiència del servei."

Volem puntualitzar que aquesta afirmació no s'ajusta a la realitat. Els indicadors establerts per a serveis d'atenció urgent es defineixen amb una estructura rigorosa i detallada. Cadascun d'aquests indicadors inclou una descripció precisa de l'objectiu, el tipus d'atenció (en aquest cas, especialitzada), i les unitats proveïdores afectades. La definició específica i mesurable de l'indicador per avaluar-ne l'assoliment de manera clara i objectiva, contribuint a una millora significativa en l'eficiència del servei.

Aquest sistema d'indicadors es dissenya no només per ser exhaustiu, sinó per adaptar-se a les necessitats particulars de cada hospital, garantint que els objectius són assolibles i ajustats a les circumstàncies de cada centre.

La 'fitxa' de l'indicador està a disposició pública per a les parts implicades.

Salut/Servei Català de la Salut

Generalitat de Catalunya

Codi Objectiu: **PLANUC-AE04**
Any: 2024

FITXA DESCRIPTIVA DE L'OBJECTIU

DEFINICIÓ DE L'OBJECTIUNICIÓ DE L'OBJECTIU

NOM:
PLANUC-AE04: Millorar el procés d'atenció al pacients d'urgències: Disminuir el temps d'espera per ingrés a hospitalització convencional dels pacients atesos al servei d'urgències.

LÍNIA - SUBLÍNIA ASSISTENCIAL:
Atenció especialitzada --

TIPUS D'OBJECTIU:
1.Objectius de línia assistencial

OBJECTIU CPR:
Objectius vinculats a la CPR

UNITAT PROPOSANT:
Pla nacional d'urgències de Catalunya (Planuc)

OBJECTIU UNITAT PROPOSANT:
85%

DEFINICIÓ DE L'INDICADOR

NOM:
IPLANUC-AE04: Percentatge d'urgències hospitalàries de pacients que ingressen al mateix centre per a hospitalització convencional amb un temps d'espera inferior o igual a 24 hores.

DESCRIPCIÓ:
Percentatge d'urgències de pacients que ingressen al mateix centre per a hospitalització convencional amb un temps d'espera inferior o igual a 24 hores en relació al total d'urgències de pacients que ingressen al mateix centre per a hospitalització convencional.

FÓRMULA DE CÀLCUL:
Numerador: Urgències de pacients que ingressen al mateix centre per a hospitalització convencional i que han estat menys de 24 hores al servei d'urgències

Denominador: Urgències de pacients que ingressen al mateix centre per a hospitalització convencional.

VALORACIÓ CONDICIONADA:
--

SIAC - Sistema d'Informació d'Avaluació del Contracte

Salut/Servei Català de la Salut

Generalitat de Catalunya

Codi Objectiu: **PLANUC-AE04**
Any: 2024

DEFINICIÓ:
Urgència hospitalària: la que té informada la variable 'Tipus d'activitat' ('T_act') amb el valor '51' 'Atenció prestada al servei d'urgències hospitalari'.

Temps d'espera al servei d'urgències: període comprès entre la 'Data i hora d'entrada a urgències' i la 'Data i hora de sortida d'urgències', calculat tenint en compte les hores i els minuts transcorreguts (24 hores = 1.440 minuts). Data i hora d'entrada a urgències ('D_inici' i 'H_inici'): Data i hora en què el pacient és admès al servei d'urgències. Data i hora de sortida d'urgències ('D_fi' i 'H_fi'): data i hora de SORTIDA REAL (física) en que el pacient surt del servei d'urgències.

Urgències que ingressen al mateix centre: les que tenen informada la variable 'Situació del malalt a l'alta' ('S_alta') amb el valor '21' 'Hospitalització convencional'. Cal tenir en compte que, a partir del 4 d'abril el valor '2' 'Ingrés al mateix centre' de la variable 'S_alta' es desdobla en els següents valors: '20' 'Hospitalització convencional', '21' 'UCI', '22' 'Unitat de semicrítics' i '23' 'UCE'. Atès que l'indicador fa referència a les hospitalitzacions convencionals i no es disposa d'aquesta dada específica per al primer trimestre, per tal de poder fer el càlcul de tot l'any, s'han tractat les urgències amb aquests nous valors com si haguessin estat notificades amb l'antic valor '2'.

Només s'inclouen les urgències tancades, és a dir, les que tenen informades correctament les variables 'D_inici','H_inici', 'D_fi', 'H_fi', i 'S_alta'.

S'exclouen les urgències que ingressen al mateix centre però a una unitat de cures intensives (UCI), unitat de semicrítics o unitat de curta estada (UCE), perquè el que es pretén és optimitzar la gestió de llits hospitalaris i disminuir la saturació dels serveis d'urgències hospitalaris relacionada amb la disponibilitat de llits a planta.

OBSERVACIONS:
Es proporciona informació sobre la qualitat de les variables 'D_inici', 'H_inici', 'D_fi', 'H_fi', i 'S_alta', de totes les urgències notificades per cada UP durant el període avaluat.

Evolució plurianual:

Evolució progressiva de l'objectiu a assolir, fins al 90% el 2025.

UNITATS PROVEÏDORES AFECTADES:
Aquest objectiu es formularà només en els contractes dels hospitals que tinguin un mínim de 500 pacients ingressats des d'Urgències del mateix centre per al 2023.

DADES DE REFERÈNCIA

FONT DE DADES:
CMBDUR

RESPONSABLE DE LES DADES:
Gerència d'Informació i Avaluació

MITJANA DE CATALUNYA ANY ANTERIOR:

87,57% (2023)

FORMAT VALOR OBJECTIU:

Percentatge

CRITERI AVALUACIÓ OBJECTIU:

Igual o major

REFERÈNCIES:

Document PLANUC

Es recomana no utilitzar valors de referència generals per fixar el grau d'assoliment de cada hospital, sinó fer-ho tenint en compte els condicionants de cadascun i, en particular, el seu punt de partida en començar l'any, així com la fita global proposada.

SIAC - Sistema d'Informació d'Avaluació del Contracte

Generalitat de Catalunya

7.2. TRACTAMENT DE LES AL·LEGACIONS

Les al·legacions formulades han estat analitzades i valorades per la Sindicatura de Comptes. Com a conseqüència de les al·legacions presentades s'han modificat o introduït aclariments en les observacions incloses en els apartats 5.3.2, 5.3.4 i 5.4.2 de l'informe. Aquests canvis han motivat també un aclariment al text de la Conclusió 35 del projecte d'informe.

Les al·legacions formulades per l'ICS i el CatSalut no contemplen cap consideració en relació amb la manca de formalització del contracte programa entre ambdues parts ni sobre la governança de la intervenció pública analitzada, que s'emmarca en una aliança estratègica entre l'ICS i l'empresa GSS, adscrita al CatSalut.

APROVACIÓ DE L'INFORME

Certifico que a Barcelona, el 19 novembre del 2024, reunit el Ple de la Sindicatura de Comptes, presidit pel síndic major, Miquel Salazar Canalda, amb l'assistència dels síndics Manel Rodríguez Tió, Llum Rodríguez Rodríguez, Maria Àngels Cabasés Piqué, Ferran Roquer i Padrosa i Josep Viñas i Xifra, i de la secretària general de la Sindicatura, Marta

Junquera Bernal, actuant com a ponent la síndica Maria Àngels Cabasés amb deliberació prèvia s'acorda aprovar l'informe de fiscalització 17/2024, relatiu a l'Institut Català de la Salut: avaluació de les urgències hospitalàries de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, exercici 2022.

I, perquè així consti i tingui els efectes que corresponguin, signo aquesta certificació, amb el vistiplau del síndic major.

Marta Junquera Bernal - DNI 46618081W (SIG)
2024.12.04 11:29:08 +01'00'

La secretària general

Vist i plau,

Miquel Salazar Canalda - DNI 46319247F (SIG)
2024.12.04 12:47:00 +01'00'

El síndic major