

INFORME 17/2024

**INSTITUTO CATALÁN
DE LA SALUD**
EVALUACIÓN
DE LAS URGENCIAS
HOSPITALARIAS
DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO
ARNAU DE VILANOVA
DE LLEIDA,
EJERCICIO 2022



SINDICATURA
DE COMPTES
DE CATALUNYA



INFORME 17/2024

**INSTITUTO CATALÁN
DE LA SALUD**
EVALUACIÓN
DE LAS URGENCIAS
HOSPITALARIAS
DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO
ARNAU DE VILANOVA
DE LLEIDA,
EJERCICIO 2022



SINDICATURA
DE COMPTES
DE CATALUNYA



Edición: mayo de 2025

Documento electrónico etiquetado para personas con discapacidad visual

Páginas en blanco insertadas para facilitar la impresión a doble cara

Autor y editor:

Sindicatura de Cuentas de Cataluña
Vía Laietana, 60
08003 Barcelona
Tel. +34 93 270 11 61
sindicatura@sindicatura.cat
www.sindicatura.cat

Publicación sujeta a depósito legal de acuerdo con lo previsto en el Real decreto 635/2015, de 10 de julio

ÍNDICE

ABREVIACIONES.....	8
ACLARACIÓN SOBRE REDONDEOS	8
RESUMEN EJECUTIVO	9
1. INTRODUCCIÓN	13
1.1. MARCO NORMATIVO	18
1.2. ENTIDAD FISCALIZADA	19
1.3. CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DE URGENCIAS	21
2. ALCANCE Y METODOLOGÍA.....	23
2.1. OBJETO Y ALCANCE	23
2.2. METODOLOGÍA	24
3. CONCLUSIONES	25
4. RECOMENDACIONES.....	41
5. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN.....	49
5.1. ¿LOS INSTRUMENTOS DISPONIBLES PERMITEN DIMENSIONAR Y DISTRIBUIR LOS RECURSOS HUMANOS SANITARIOS SEGÚN LAS NECESIDADES ASISTENCIALES DE LA POBLACIÓN?	49
5.1.1. ¿Ha diseñado el Gobierno un plan estratégico en el que se enmarquen la atención a las urgencias en Cataluña y los agentes implicados y se identifiquen las necesidades de atención y ha informado e involucrado a las partes interesadas?	49
5.1.2. ¿Existe un plan funcional para ordenar la estructura de recursos humanos del hospital y dimensionar el dispositivo, de acuerdo con las previsiones del Plan estratégico?	53
5.1.3. ¿Es adecuada la estructura organizativa de los dispositivos asistenciales de urgencias a la demanda asistencial del centro, en términos de recursos y organización?	55
5.1.4. ¿La prestación del servicio se ha determinado en términos de economía?	62
5.2. ¿SE EVALÚA LA DEMANDA ASISTENCIAL URGENTE, LOS FLUJOS EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SU COHERENCIA CON LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL CONTRATADA POR EL CATSALUT?.....	66
5.2.1. ¿El grado de utilización de los servicios de urgencias y su evolución es coherente con la actividad prevista por el CatSalut?	66

5.2.2.	¿Se produce la atención asistencial al nivel más adecuado, en función del nivel de urgencia? ¿Se han implementado acciones correctoras para reducir la presión asistencial en el servicio de urgencias?.....	68
5.3.	¿SE HAN DISEÑADO CIRCUITOS SOBRE ASPECTOS OPERATIVOS Y FUNCIONALES DE LA GESTIÓN INTEGRAL DEL PROCESO ASISTENCIAL URGENTE Y SE IMPLEMENTAN COMO ESTÁ PREVISTO?	73
5.3.1.	¿Se han diseñado y se aplican de forma óptima los protocolos específicos que regulan el proceso asistencial y son adecuados a las necesidades de atención?	73
5.3.2.	¿Hay una buena coordinación de los recursos durante el proceso asistencial y se optimiza el tiempo y el proceso de drenaje de los pacientes?	75
5.3.3.	¿Se monitoriza el proceso de atención a las urgencias con la finalidad de evaluarlo, optimizarlo y desarrollar instrumentos de mejora?.....	86
5.3.4.	¿Se da una respuesta adecuada a las situaciones de necesidad social y vulnerabilidad que presentan los pacientes de las urgencias hospitalarias?.....	87
5.4.	¿SE EVALÚA Y DIFUNDE EL SEGUIMIENTO PERIÓDICO DE LAS ACTIVIDADES, DEL CUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES Y LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD Y DEL GRADO DE CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS?.....	89
5.4.1.	¿Se dispone de cuadros de mando que integren datos clínicos, asistenciales y administrativos para la toma de decisiones informada?.....	89
5.4.2.	¿El programa reúne las condiciones necesarias de evaluabilidad de modo que sus objetivos, indicadores y sistemas de información estén definidos en esta dirección?.....	90
5.4.3.	¿Se han establecido procedimientos estandarizados de información al paciente y a sus acompañantes?	92
5.4.4.	¿Cuáles han sido los resultados obtenidos en relación con los servicios de urgencias prestados?	95
5.4.5.	¿Se hace el seguimiento y la evaluación de las directrices y objetivos estratégicos y se difunden?.....	102
6.	ANEXOS	105
6.1.	TEORÍA DEL CAMBIO	105
6.2.	MATRIZ DE PLANIFICACIÓN: OBJETIVOS, SUBOBJETIVOS Y CRITERIOS DE AUDITORÍA.....	106
6.3.	GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	110
6.4.	METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DE INDICADORES	111

7. TRÁMITE DE ALEGACIONES	116
7.1. ALEGACIONES RECIBIDAS	116
7.1.1. Alegaciones presentadas por el Instituto Catalán de la Salud.....	117
7.1.2. Alegaciones presentadas por el Servicio Catalán de la Salud	121
7.2. TRATAMIENTO DE LAS ALEGACIONES	127
APROBACIÓN DEL INFORME	128

ABREVIACIONES

AQuAS	Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña
CAC	Centro de Atención Continuada
CatSalut	Servicio Catalán de la Salud
COUE	Comité Operativo Territorial de Urgencias y Emergencias
CMBD-UR	Conjunto mínimo básico de datos de urgencias
CUAP	Centro de Urgencias de Atención Primaria
DPO	Dirección por objetivos
GSS	Gestión de Servicios Sanitarios
HUAV	Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida
ICS	Instituto Catalán de la Salud
IRU	Índice relativo de urgencias
M€	Millones de euros
MSIQ	Módulo para el seguimiento de indicadores de calidad
PIUC	Plan integral de urgencias de Cataluña
PLANUC	Plan nacional de urgencias de Cataluña
PORH	Plan de ordenación de recursos humanos
RPT	Relación de puestos de trabajo
SEM	Sistema de Emergencias Médicas
SOCMUE	Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias y Emergencias
SUH	Servicio de urgencias hospitalarias
URG	Urgency Related Groups

ACLARACIÓN SOBRE REDONDEOS

Los importes monetarios que se presentan en los cuadros de este informe se han redondeado de forma individualizada, lo que puede producir diferencias entre la suma de las cifras parciales y los totales de los cuadros.

RESUMEN EJECUTIVO

Las urgencias médicas, que forman parte de la cartera común básica de servicios asistenciales, son una de las prestaciones más visibles que ofrece cualquier sistema sanitario público. En este ámbito, toman especial relevancia los servicios de urgencias hospitalarias, pensados para atender a los casos que presentan más urgencia o complejidad.

Esto ha motivado la decisión de la Sindicatura de evaluar el Servicio de Urgencias Hospitalarias del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida (HUAV), en el marco de una planificación plurianual que prevé fiscalizar las urgencias hospitalarias de los 8 hospitales gestionados por el Instituto Catalán de la Salud (ICS), en el período 2023-2025, con el objetivo de evaluar su gestión con criterios de eficacia, eficiencia y economía. Esta auditoría operativa con enfoque evaluador incluye a 2 actores adicionales que, en virtud de las bases del modelo sanitario catalán, resultan fundamentales en la implementación de la política: por un lado, el Departamento de Salud, como responsable de la planificación sanitaria, y, de otro, el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), como garante de la provisión de los servicios sanitarios.

Asimismo, la recopilación de las percepciones y experiencias de diferentes participantes en esta política, las partes interesadas, ha constituido también una fuente de información importante para el análisis de la intervención, puesto que la mirada de los distintos actores implicados ha aportado puntos de vista valiosos para entender cómo ha funcionado su despliegue: profesionales sanitarios, la Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias y Emergencias (SOCMUE) y expertos técnicos y legales. La Sindicatura ha mantenido reuniones, junto con la alta dirección y los responsables de la entidad fiscalizada, durante la fase de planificación y, posteriormente, para comentar y contrastar los resultados de las conclusiones y recomendaciones preliminares.

El objetivo de la auditoría ha sido articulado mediante la definición de 4 objetivos principales, que comprenden todos los aspectos evaluados en relación con el servicio de urgencias del HUAV, y que se sitúan en el ámbito de los recursos y medios adscritos, el equilibrio entre la demanda y la actividad, el proceso asistencial y la evaluación de la política pública de atención urgente hospitalaria. Las conclusiones más relevantes para cada una de las dimensiones de la auditoría se resumen a continuación:

- Eficacia

Las demores registradas en la atención en el servicio de urgencias y las dificultades en el drenaje de pacientes impactan negativamente en la calidad percibida por los usuarios, a la vez que pueden implicar efectos adversos para su salud. En este sentido, es especialmente crítica la espera de aquellos pacientes que deben ser ingresados. Se podría

lograr una reducción adicional en la mortalidad si se redujese el tiempo de permanencia en urgencias de estos pacientes.

En términos de calidad asistencial, el servicio de urgencias presenta una tasa de readmisiones con ingreso superior a la esperada. En términos de calidad del servicio, el dispositivo presenta un número de contactos que no finalizan la asistencia superior al esperado. El tiempo de estancia observado entre estos pacientes sugiere que el abandono se debe a una espera excesiva para recibir atención sanitaria. En términos de calidad percibida, el servicio de urgencias presenta una valoración global por parte de los usuarios ligeramente inferior a la del conjunto de Cataluña.

- Eficiencia

El tiempo total de permanencia de los pacientes en el servicio de urgencias es bastante dilatado y se encuentra lejos de los estándares estatales e internacionales.

La Sindicatura de Cuentas no ha podido comparar los tiempos registrados en el servicio de urgencias del HUAV con los del conjunto de Cataluña debido a la falta de homogeneidad en el registro de los campos correspondientes en el conjunto mínimo básico de datos de urgencias (CMBD-UR).

- Economía

El ICS recibe una financiación en concepto de actividad de urgencias hospitalarias del HUAV, por parte del CatSalut, inferior al coste total del servicio que se desprende de la contabilidad analítica del centro.

El precio unitario de la urgencia atendida pagado por parte del financiador público no permite cubrir el coste de la atención de los pacientes que presentan riesgo vital, de acuerdo con la contabilidad analítica del HUAV. El precio unitario únicamente cubre el coste de los casos menos urgentes.

- Pertenencia

Los objetivos estratégicos definidos en el Plan estratégico territorial desplegado en la Región Sanitaria de Lleida no son congruentes con las necesidades detectadas, o no están suficientemente orientados a resolverlas.

- Coherencia

No hay una correspondencia rigurosa entre los objetivos estratégicos y las medidas y actuaciones implementadas para su consecución en el marco del Plan estratégico territorial (coherencia interna), ni tampoco con otras intervenciones en el territorio, como la atención primaria o sociosanitaria (coherencia externa).

Las conclusiones de esta evaluación han puesto de relieve problemas capitales de gobernanza que afectan a la planificación, al despliegue territorial, a la evaluación, a la transpa-

rencia y a la rendición de cuentas de la política pública, y también a aspectos que constituyen un incumplimiento del derecho a una buena administración, atribuibles al CatSalut, al ICS y al Departamento de Salud, cada uno en el ámbito de sus responsabilidades. Así pues, los hechos observados no permiten garantizar un marco de actuación que responda de modo efectivo a los principios de eficacia, eficiencia y economía. En cuanto al enfoque evaluador de la política, se observa una falta de pertenencia, de coherencia y de una gobernanza adecuadas en la intervención pública analizada, que se enmarca, en el territorio de Lleida, en una alianza estratégica formalizada entre el ICS y la empresa pública Gestión de Servicios Sanitarios (GSS), adscrita al CatSalut.

La Sindicatura ha propuesto recomendaciones de mejora en todas las dimensiones analizadas. Respecto al marco jurídico general que regula los términos de la contratación de la actividad de atención urgente y ante la falta de formalización del contrato programa entre el CatSalut y el ICS, se recomienda a la Administración de la Generalidad que los proyectos normativos se sometan a una evaluación de impacto normativo *ex post*. Asimismo, es conveniente que el CatSalut, como regla general, suscriba las cláusulas anuales con los centros proveedores, en este caso el HUAV, antes del inicio de la realización de la actividad.

1. INTRODUCCIÓN

La Sindicatura de Cuentas, como órgano fiscalizador del sector público de Cataluña, de acuerdo con la normativa vigente y en cumplimiento de su Programa anual de actividades, ha emitido este informe de fiscalización operativa de las urgencias hospitalarias del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida (HUAV), correspondiente al año 2022.

Las urgencias médicas forman parte de la cartera común básica, constituida por los servicios asistenciales cubiertos de modo completo por financiación pública, y son una de las prestaciones más visibles que ofrece cualquier sistema sanitario público. Es por ello por lo que, en términos de política sanitaria, la atención a la demanda urgente constituye una de las piedras angulares de las intervenciones públicas de un gobierno en materia de salud.

En Cataluña, el Departamento de Salud establece las líneas maestras de la acción pública en el ámbito sanitario y de atención a la salud de las personas a través del Plan de salud de Cataluña, que se elabora con un horizonte temporal de aplicación de 4 años. Dada su importancia, sin embargo, la atención sanitaria urgente cuenta, desde el año 2017, con un instrumento de planificación específico, el Plan nacional de urgencias de Cataluña (PLANUC). La elaboración del PLANUC responde a la necesidad de adecuar los servicios asistenciales a una creciente demanda de atención urgente derivada de diferentes factores sociales, como por ejemplo el envejecimiento de la población o la intensificación de las desigualdades económicas, que se observan no solo en Cataluña sino también a escala internacional. En este contexto, el PLANUC quiere “asegurar una atención continuada y urgente equitativa y de calidad, adaptada a la salud de las personas, a través de una red de atención integrada, accesible y resolutive, liderada por profesionales, que sitúe al ciudadano en el centro del sistema”.¹ Esta declaración –en forma de misión– contiene 2 elementos importantes a la hora de enmarcar y delimitar correctamente el presente informe: primero, qué se entiende por atención urgente y, segundo, en qué se concreta la red de atención integrada en la urgencia médica.

En primer lugar, el propio plan define la atención urgente como “aquella que prestan profesionales especialmente destinados a este tipo de atención, en recursos y dispositivos específicos y que no admite demora en relación con el potencial riesgo vital, o la percepción del ciudadano de la necesidad de atención inmediata”.² Esta definición trata de conciliar, por un lado, la visión de la atención urgente que puede tener la ciudadanía, centrada en la percepción subjetiva de una necesidad de asistencia sanitaria inaplazable y, por el otro, la visión

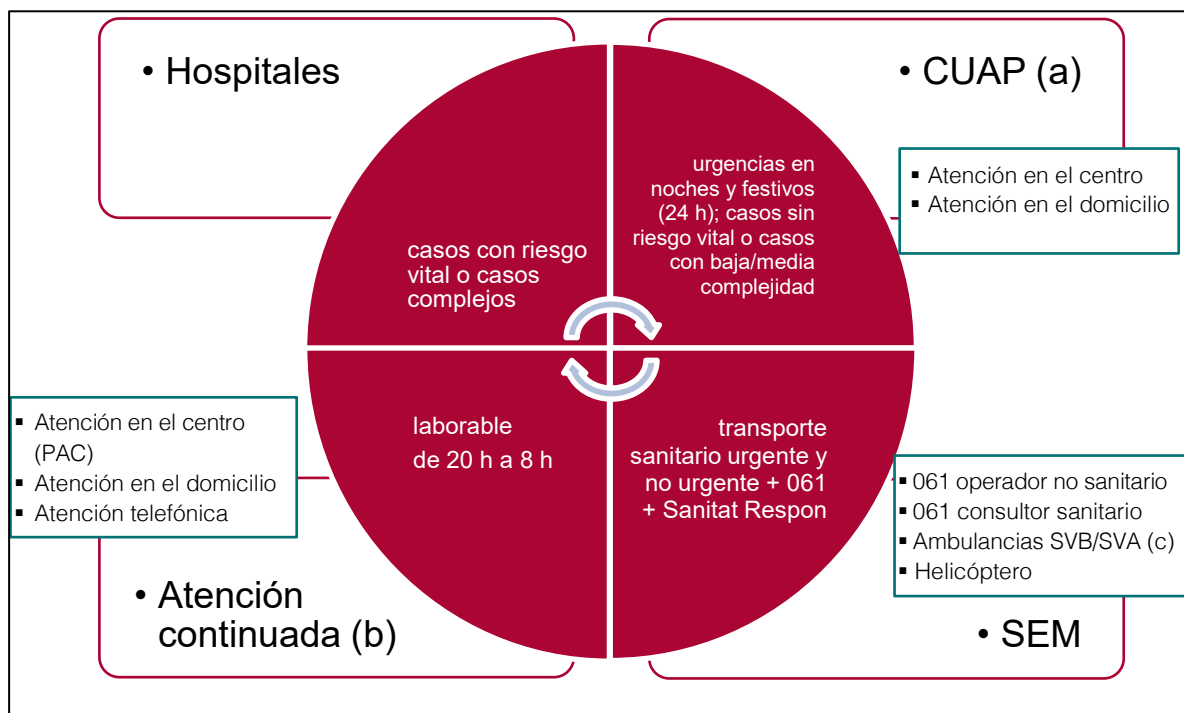
1. Departamento de Salud (2017), *Plan nacional de urgencias de Cataluña (PLANUC)*, p. 13.

2. *Ibidem*, p. 20.

que tendrían los profesionales, más enfocada a la objetivación clínica del riesgo para el paciente y a la adecuación de los recursos de atención. En este sentido, la Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias y Emergencias ha definido la urgencia como aquella “situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo, que condiciona un episodio asistencial con importantes necesidades de intervención, en período corto de tiempo”.³ La definición misma comporta implícitamente dos ideas clave con relación a la implementación actual de la atención urgente: a) la necesidad de ajustar la respuesta asistencial al grado de urgencia, de modo que los pacientes más urgentes sean atendidos antes, y b) la necesaria adecuación entre el grado de urgencia y los recursos empleados para dar respuesta.

En segundo lugar, la red asistencial de atención urgente no puede concebirse como un conjunto inconexo de dispositivos orientados a atender la urgencia, sino como una serie de recursos interconectados e interdependientes, cada uno de los cuales con atribuciones específicas en cuanto a la gestión o resolución de casos urgentes, como se ve en la figura 1 para el caso de Cataluña. Así, en el nivel de atención primaria –el más próximo a la ciudadanía– hay una serie de dispositivos orientados a la atención de casos leves, que no comporten riesgo vital para el paciente; aquí se incluyen, por un lado, los centros de urgencias de atención primaria (CUAP) y, por el otro, los puntos de atención continuada (PAC), dispositivos que se diferencian por sus horarios de atención y por su diferente capacidad de resolución, y que pueden prestar también atención telefónica o a domicilio. En el nivel hospitalario encontramos un tipo de dispositivos –los servicios de urgencias hospitalarias (SUH)– orientados a la atención de casos urgentes que impliquen riesgo vital, o también de casos cuya complejidad justifique la adecuación. Finalmente, por parte del Sistema de Emergencias Médicas (SEM), está el servicio de atención telefónica 061 y la atención de los casos urgentes que pueden implicar la movilización de recursos al punto donde se ha producido la urgencia.

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 (SCMUE-ACMES)*, p. 5. Disponible en: <https://www.socmue.cat/Upload/Documents/5/59.pdf>.

Figura 1. Dispositivos de atención urgente en Cataluña

Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de actividad del CatSalut.

Notas:

(a) CUAP - Noches y festivos

Son centros de urgencias de atención primaria (CUAP).

Abren las 24 horas, cada día del año, aunque en algunos territorios abren 12 horas.

Recursos de atención primaria continuada y de urgencias con una capacidad de resolución más alta que la de los PAC, ya que disponen de apoyo diagnóstico básico (radiología y analítica).

Resuelven los problemas de salud urgentes de complejidad baja y media.

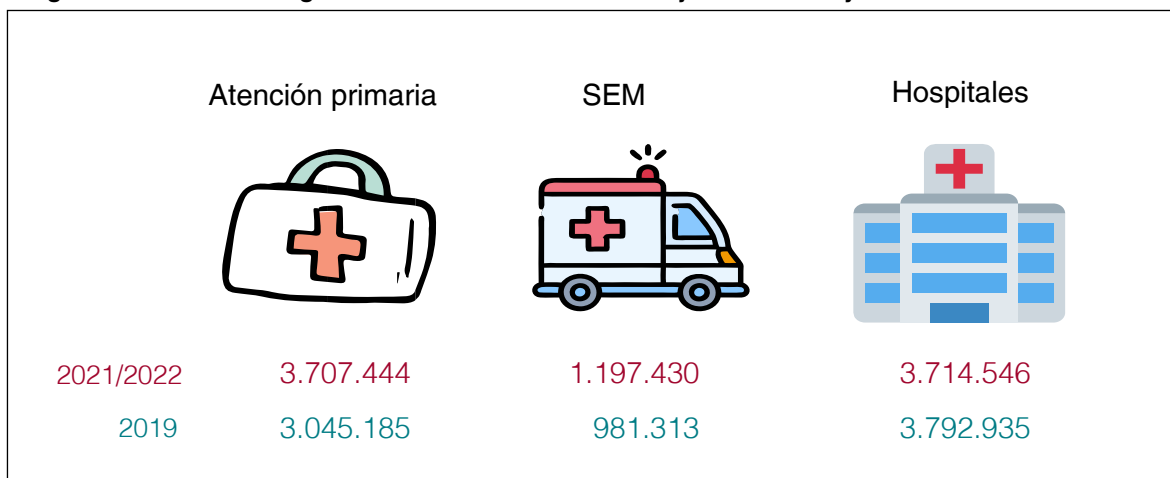
(b) PAC - Laborables

Punto de atención continuada.

De lunes a viernes de 20 h a 8 h, sábados y domingos todo el día.

(c) SVB/SVA: Servicio vital básico y avanzado

La figura 2 muestra la actividad realizada para dar respuesta a la demanda de atención urgente. En 2022 el volumen de urgencias atendidas en Cataluña fue de 8.619.420 en el conjunto de los dispositivos del territorio, con una tasa de 1.091 urgencias por cada 1.000 habitantes. En 2019, antes de la pandemia de la covid-19, el volumen de urgencias atendidas fue de 7.819.433.

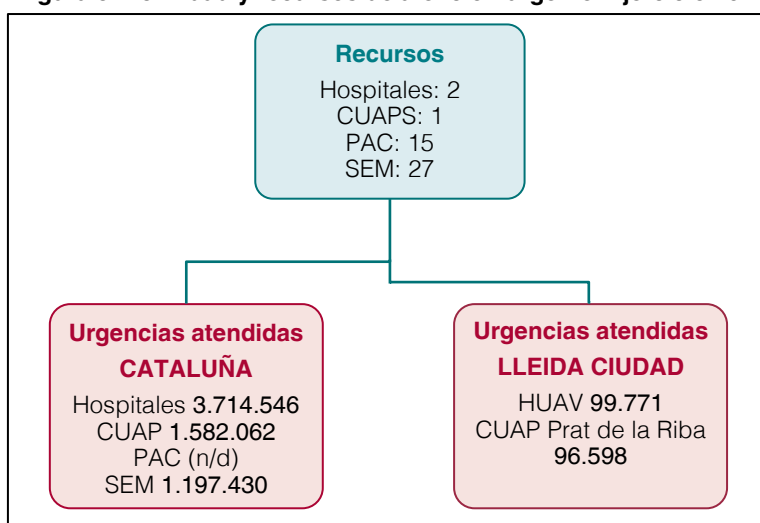
Figura 2. Volumen de urgencias atendidas en Cataluña. Ejercicios 2019 y 2021/2022

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Central de Resultados, el SEM y el CMBD-UR.

Notas:

- Las urgencias atendidas en los dispositivos de atención primaria incluyen las atendidas en los CUAP y en los PAC. Las últimas cifras disponibles son del año 2021.
- Las urgencias atendidas por el SEM corresponden a las incidencias que han tenido respuesta con la movilización de recursos (atención primaria, transporte terrestre o transporte aéreo) en los años 2019 y 2022.
- Las urgencias hospitalarias corresponden a los contactos registrados en el CMBD-UR en los años 2019 y 2022.

Así pues, el 43,10% de las urgencias atendidas en Cataluña en el año 2022 en dispositivos de atención urgente correspondían a dispositivos hospitalarios. En la ciudad de Lleida, el CUAP Prat de la Riba atendió 96.598 urgencias (el 6,11% del conjunto de CUAP de Cataluña), mientras que en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova se atendió un total de 99.771 urgencias (el 2,69% de las urgencias hospitalarias del conjunto del territorio de Cataluña).

Figura 3. Actividad y recursos de atención urgente. Ejercicio 2022

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Memoria de la Gerencia Territorial del ICS en Lleida y CMBD-UR.

La teoría del cambio

El PLANUC constituye el marco de referencia básico de este informe en cuanto a la definición y a la planificación de la política sanitaria en todo lo referente a la atención urgente. En el anexo 1 de este informe se adjunta una representación esquemática del funcionamiento básico de la intervención pública en cuanto a la atención urgente, centrada aquí en el ámbito hospitalario. Este modelo, conocido en el campo de la evaluación de políticas públicas como “teoría del cambio”, permite establecer los fundamentos lógicos de la política en cuestión y la cadena causal de acontecimientos conducente a sus impactos esperados, así como a las hipótesis que la sustentan.

En el caso que nos ocupa, y de forma sucinta, la implementación de la atención sanitaria a través de un SUH responde a la necesidad de dar respuesta a la demanda de atención urgente por parte de la ciudadanía, cuando el nivel asistencial hospitalario sea el más adecuado para hacerlo, de modo que, a partir de los recursos disponibles y las actividades efectuadas dentro del servicio de urgencias, se logren mejoras en la salud de las personas, que tendrán, en último término, un impacto positivo en la esperanza y la calidad de vida. El modelo pone de relieve las 3 dimensiones fundamentales de esta auditoría: los recursos empleados y su coste (economía); la relación entre los recursos y los productos obtenidos (eficiencia), y la consecución de los resultados esperados (eficacia).

Para entender qué hace un SUH –los productos, en términos del modelo– resulta oportuno describir sintéticamente el proceso de atención urgente. Cuando un paciente llega al servicio de urgencias se efectúa un proceso de triaje que determina su grado de urgencia.⁴ De este modo, se da prioridad a la atención de aquellas personas que presenten más urgencia. Si el servicio de urgencias del hospital puede resolver el problema de salud del paciente se efectuarán los cuidados o tratamientos necesarios y se le dará el alta a domicilio. En caso de que la valoración de los profesionales del servicio determine que el paciente requiere el ingreso en el propio centro hospitalario o una continuidad asistencial en otro centro, se solicitará su ingreso o traslado, respectivamente. También es posible que en el momento de la evaluación inicial del grado de urgencia (traje) se indique la remisión a la atención primaria, práctica que se conoce como derivación inversa.

4. La aplicación del triaje permite priorizar y ordenar la atención con criterios de seguridad clínica. En Cataluña se utiliza el denominado Modelo Andorrano de Triage (MAT), que clasifica a los pacientes en 5 niveles de triaje:

1. Situaciones que requieren resucitar a la persona, con riesgo vital inmediato (atención inmediata).
2. Situaciones muy urgentes, de riesgo vital previsible.
3. Situaciones de urgencia, de potencial riesgo vital.
4. Situaciones de menor urgencia, potencialmente complejas, pero sin riesgo vital.
5. Situaciones no urgentes, que permiten una demora de la atención, pueden ser programadas sin riesgo para el enfermo.

Es importante tener presente que el MAT clasifica a los pacientes según el grado de urgencia, es decir, priorizando quién debe ser atendido antes, y no según la gravedad del paciente (véase el documento referenciado en la nota al pie de la página anterior).

Estructura del informe

Seguidamente, se describen el marco normativo y la entidad objeto de fiscalización. El resto del informe se estructura de la siguiente manera: en el apartado 2 se describen los aspectos metodológicos del trabajo de auditoría; el apartado 3 contiene las conclusiones para cada uno de los objetivos de la fiscalización, y el apartado 4, las recomendaciones sobre mejoras en la gestión de la actividad asistencial urgente de la entidad y en las actividades desarrolladas por el ICS y el CatSalut, en el marco de sus competencias. Finalmente, el apartado 5 expone con detalle los resultados de la auditoría.

1.1. MARCO NORMATIVO

El HUAV es uno de los 8 centros hospitalarios gestionados por el Instituto Catalán de la Salud (ICS). De acuerdo con la memoria de actividad del año 2022, el ICS es la empresa pública de servicios de salud más grande de Cataluña, con 52.500 profesionales que prestan servicio al 76,2% de la población de Cataluña. El ICS gestiona 289 equipos de atención primaria y, además, participa en el Consorcio de Atención Primaria de Salud del Eixample y en el Consorcio Castelldefels Agentes de Salud. El Instituto también gestiona 3 grandes hospitales terciarios de alta tecnología (Vall d'Hebron, Bellvitge y Germans Trias), 4 hospitales de referencia territorial (Arnau de Vilanova de Lleida, Joan XXIII de Tarragona, Josep Trueta de Girona y Verge de la Cinta de Tortosa) y 1 hospital comarcal (Viladecans).

De acuerdo con la Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud (de ahora en adelante, la Ley del ICS), el ICS se constituye como entidad de derecho público de la Generalidad, que actúa sujeta al derecho privado y tiene personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar. Disfruta de autonomía funcional y de gestión, queda adscrita al CatSalut y tiene la condición de medio propio instrumental y de servicio técnico de la Administración de la Generalidad y de los entes dependientes.

El artículo 2 de la Ley del ICS se rige por esta ley, por las normas de desarrollo que debe aprobar el Gobierno, a quien corresponde aprobar sus estatutos, y por los acuerdos que adopte su consejo de administración dentro de este marco. Queda sometido a la normativa reguladora del sector público de la Generalidad, a la normativa sobre finanzas públicas y del patrimonio de la Generalidad y, en general, al resto de normas de derecho público en las materias establecidas por esta ley.

En cuanto a la prestación de los servicios sanitarios y sociosanitarios, el artículo 14 de la misma ley establece que la prestación de servicios del ICS por cuenta del CatSalut se articula mediante un contrato programa suscrito por ambas entidades, con previa aprobación del gobierno, a propuesta conjunta de los departamentos competentes en materia de

salud y de economía y finanzas, y de acuerdo con la normativa aplicable al sector público de la Generalidad. En el contrato programa, de una duración máxima de 5 años, deben hacerse constar, entre otros, la relación de servicios y actividades que debe prestar el ICS por cuenta del CatSalut, la evaluación económica correspondiente, los recursos con relación a los sistemas de compra y de pago vigentes, los objetivos y la financiación, relación en la que deben constar los diversos centros, servicios y establecimientos del Instituto. Adicionalmente, el contrato programa debe establecer un programa anual para cada centro, servicio y establecimiento del Instituto, que asegure su suficiencia presupuestaria, en caso de un aumento inesperado de la demanda o por la complejidad de las prestaciones.

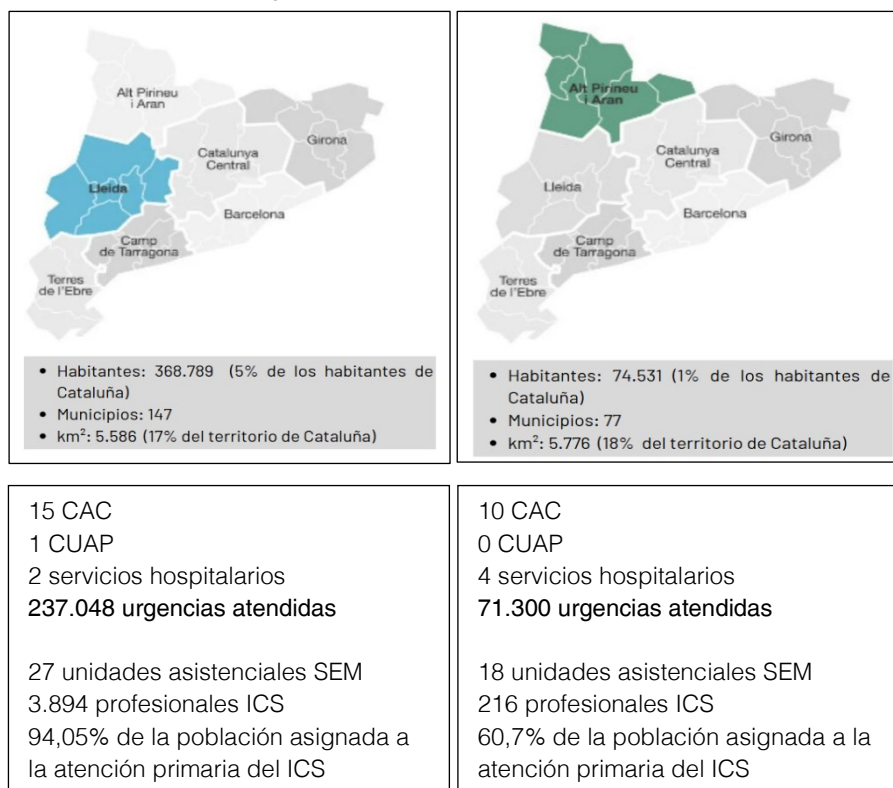
De acuerdo con el artículo 15 de la Ley del ICS, en caso de que haya prestación de servicios a un tercero obligado al pago, el ICS debe reclamar, al amparo del artículo 83 de la Ley general de sanidad, el pago de la tasa o el precio público pertinente, en virtud de las normas legales o reglamentarias, de las de seguros públicos o privados, o de las de responsabilidad por lesión o enfermedad causadas a las personas asistidas por el ICS. En caso de convenios o conciertos con terceros obligados al pago, se les debe reclamar el importe de la asistencia prestada de acuerdo con los términos del convenio o concierto correspondiente.

1.2. ENTIDAD FISCALIZADA

El HUAV es el centro de referencia de enfermos agudos de las regiones sanitarias de Lleida y de L'Alt Pirineu i Aran, además de ejercer también influencia sobre la Franja Oriental de Aragón.⁵ En 2022 su población de referencia era de aproximadamente 445.000 habitantes en el conjunto de estos territorios. En la Región Sanitaria de Lleida se atendieron 237.048 urgencias, y en la de L'Alt Pirineu i Aran, 71.300 urgencias, con el apoyo del resto de recursos asistenciales disponibles para la prestación de servicios de atención continuada y urgente.

5. El 29 de abril de 2005 se firmó el Convenio marco de colaboración entre el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón y el Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña, para coordinar las actuaciones de ambas administraciones en materia sanitaria, por razones de proximidad y por el hecho de ser territorios limítrofes. En virtud de este convenio, en los hospitales de la Región Sanitaria de Lleida se atiende a pacientes de los municipios que forman parte de la Franja de Aragón, unos 32.490 habitantes de las zonas limítrofes de las provincias de Huesca y Zaragoza.

Figura 4. Población de referencia del Hospital Universitario Arnau de Vilanova y dispositivos asistenciales de urgencias disponibles, Lleida y L'Alt Pirineu i Aran. Ejercicio 2022



Fuente: Memoria de la Región Sanitaria CatSalut y la Gerencia Territorial (ICS), Lleida y L'Alt Pirineu i Aran.

Nota: El dato urgencias atendidas incluye CUAP y hospitales.

El HUAV es centro universitario desde el año 1995 y colabora con la Universidad de Lleida en la formación de estudiantes de Medicina, Enfermería y otras licenciaturas biomédicas. También forma parte del Instituto de Investigación Biomédica de Lleida desde su fundación.

En abril de 2017 el ICS - Gerencia Territorial de Lleida y de L'Alt Pirineu i Aran y la empresa pública Gestión de Servicios Sanitarios (GSS),⁶ adscrita al CatSalut, formalizaron una alianza estratégica para la gestión conjunta por parte de los profesionales de cada especialidad, de ambas entidades, de las prestaciones de servicios de carácter sanitario, asistencial y social

6. De acuerdo con los estatutos de la empresa pública GSS, aprobados por el Acuerdo de Gobierno de la Generalidad de Cataluña de 20 de julio de 1992, su objetivo es la gestión y la administración de los servicios traspasados de la Diputación de Lleida a la Administración de la Generalidad de Cataluña en materia sanitaria mediante el Decreto 167/1992, de 20 de julio. También tiene como objetivo la gestión y la administración de los centros, los servicios y las normas de protección de la salud y de atención sanitaria, sociosanitaria, salud mental y atención social que determine el Servicio Catalán de la Salud, de los programas institucionales en materia de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, sociosanitaria y rehabilitación y las prestaciones del sistema sanitario público, principalmente en el ámbito territorial de las comarcas de Lleida.

en su ámbito de influencia, que ha sido actualizado en marzo de 2022. El acuerdo regula la constitución de una estructura directiva de apoyo conjunto, una estructura asistencial conjunta para las diferentes especialidades médicas y estructuras de apoyo territorial. Este modelo de gestión conjunta está presente en el Hospital Universitario Arnau Vilanova de Lleida, el Hospital de Santa Maria y el Hospital Comarcal del Pallars, los cuales comparten gerencia única.

En 2022 el HUAV atendió a 99.771 contactos urgentes en su servicio de urgencias, un 0,66% menos que en 2019, justo antes de la pandemia de la covid-19, cuando atendió a 100.416 contactos urgentes. De entre ellos, un total de 15.423 pacientes fueron dados de alta con ingreso hospitalario convencional.

Figura 5. Actividad hospitalaria del Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Ejercicio 2022



Fuente: Memoria de la Gerencia Territorial de Lleida ICS-GSS y CMBD-UR, 2022.

1.3. CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DE URGENCIAS

Adaptar las respuestas del sistema sanitario a la demanda de atención urgente requiere necesariamente sistemas de información de calidad que permitan conocer la situación en los distintos servicios de modo automatizado, fiable y sistemático. Así lo establecía el eje 8 del PLANUC aprobado en 2017.

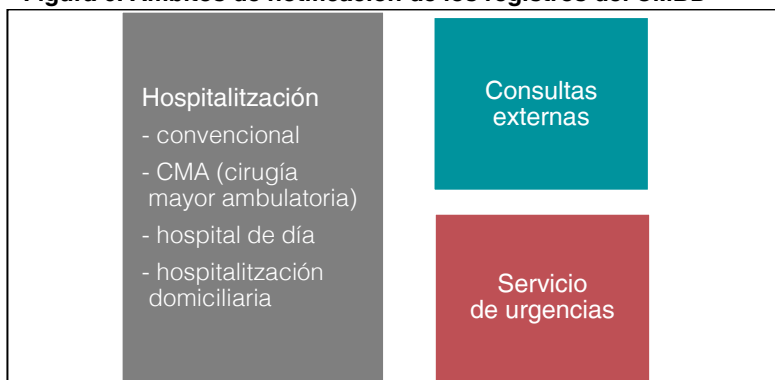
Una de las fuentes de información de las que dispone el CatSalut para el seguimiento de la actividad de la atención urgente es el conjunto mínimo básico de datos de urgencias (CMBD-UR), puesto en marcha en enero de 2013 mediante la Instrucción 6/2012 del CatSalut, con el objetivo de disponer de información sobre la morbilidad de la población aten-

dida en los diferentes dispositivos de atención en las urgencias del Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña (SISCAT). Esta información debía estar basada en criterios homogéneos que permitieran su integración y comparación, para mejorar la calidad de los procesos de planificación, gestión y evaluación de los servicios de urgencias, tanto en lo que respecta a estos servicios específicamente como a la relación con el conjunto de servicios del sistema de salud de Cataluña.

La atención urgente se presta en dispositivos específicamente orientados a esta finalidad (servicios de urgencias hospitalarias, CUAP y SEM) y, por lo tanto, estos 3 dispositivos son ámbitos de notificación del registro del CMBD-UR. Un cuarto dispositivo donde también se atienden demandas de atención inmediata o urgente, de complejidad baja o moderada, son los PAC, aunque su actividad la llevan a cabo los profesionales de los equipos de atención primaria de la red pública y, por ese motivo, estas visitas se registran en el registro CMBD de Atención Primaria (CMBD-AP).

Así pues, en el ámbito de la atención hospitalaria conviven 3 ámbitos de notificación de los registros del CMBD:

Figura 6. Ámbitos de notificación de los registros del CMBD



Fuente: Elaboración propia.

-  Registro CMBD-HA (hospital de agudos)
-  Registro CMBD-AEA (atención especializada ambulatoria)
-  Registro CMBD-UR (urgencias)

De acuerdo con el último manual de notificación del CMBD-UR redactado por la División de Análisis de la Demanda y la Actividad del CatSalut en el año 2019, las principales utilidades de los registros del CMBD que recogen datos de atención inmediata o urgente son:

- Planificación y gestión de servicios: identificación de las necesidades de atención urgente a partir de la morbilidad atendida, el análisis del uso de servicios urgentes, los estudios de flujos entre los distintos dispositivos y la definición de grupos de enfermos frágiles o de riesgo.

- Gestión clínica: análisis de la variabilidad en la práctica clínica, análisis de la adecuación de la atención, identificación de los principales problemas de salud atendidos en los diferentes niveles de atención inmediata y de urgencias, entre otros.
- Evaluación de intervenciones: conocer los patrones de utilización de recursos de urgencia y su relación con otros ámbitos asistenciales (hospitalización en hospitales de agudos, centros sociosanitarios o de salud mental).
- Investigación epidemiológica y de servicios.
- Compra de servicios: incorporación de factores de ajuste en los sistemas de pago, identificación de pacientes y actividad según el régimen económico.

Este manual recoge también los criterios de notificación de la información al registro CMBD-UR por parte de los centros proveedores del SISCAT.

La unidad de registro es el contacto, entendido como la atención que se da a un paciente desde el momento de la admisión en un SUH, en un CUAP, o desde el momento en que es atendido por el SEM, hasta que abandona el dispositivo de urgencias. Todos los contactos que hayan sido registrados en el servicio de admisiones de urgencias (aunque no hayan sido ni triados ni atendidos) deben notificarse al CMBD-UR, y también deben notificarse los pacientes que lleguen con paro cardiorrespiratorio irreversible.

En el caso de los SUH, se considera actividad de un servicio de urgencias la que se genera desde que llega el paciente hasta que es dado de alta de este servicio (para volver al domicilio, ingresar en alguno de los servicios hospitalarios, ser trasladado a algún otro centro), o hasta que se produce un alta voluntaria, administrativa o de evasión.

2. ALCANCE Y METODOLOGÍA

2.1. OBJETO Y ALCANCE

El objetivo de este informe de fiscalización operativa es evaluar la eficiencia, la eficacia y la economía de la gestión de la atención urgente prestada por el Hospital Arnau de Vilanova. Se ha incorporado el enfoque evaluador en la planificación y la ejecución de los trabajos, en el sentido de que se incluyen algunos objetivos propios de la evaluación de los programas y políticas públicas, como la evaluación de las necesidades y las herramientas de gobernanza; la coherencia interna y externa de la política, y la pertinencia y relevancia de los objetivos estratégicos.

Para poder evaluar esta gestión se han definido 4 objetivos principales, expresados en forma de preguntas, que incluyen todos los aspectos que se han evaluado y que están dirigidos a responder al objetivo global de la auditoría:

1. Recursos y medios adscritos

Los instrumentos disponibles permiten dimensionar y distribuir los recursos humanos sanitarios según las necesidades asistenciales de la población?

2. Demanda y actividad

¿Se evalúa la demanda asistencial urgente, los flujos en la continuidad asistencial y su coherencia con la actividad asistencial contratada por el CatSalut?

3. Proceso asistencial y tiempo de atención

¿Se han diseñado circuitos sobre aspectos operativos y funcionales de la gestión integral del proceso asistencial urgente y se implementan como está previsto?

4. Evaluación e indicadores de calidad

¿Se evalúa y se difunde el seguimiento periódico de las actividades, del cumplimiento de las instrucciones y estándares de calidad y del grado de consecución de los objetivos?

Cada uno de estos objetivos se ha dividido en varios subobjetivos o subpreguntas, para los que se han establecido criterios, cualitativos y cuantitativos, entendidos como estándares o puntos de referencia con el fin de evaluar la evidencia, llegar a conclusiones y responder a los objetivos de la auditoría (véase el anexo 2 del informe). Los resultados de auditoría que dan respuesta a estas preguntas están en el apartado 5 del informe.

Aunque el ámbito temporal de este informe ha sido el ejercicio 2022, cuando se ha considerado necesario para completar el trabajo se ha ampliado a períodos anteriores o posteriores. Concretamente, se ha comparado la actividad con las cifras del año 2019, para evitar el impacto asistencial que tuvo la pandemia de la covid-19, y se han fiscalizado hechos posteriores de interés en relación con la planificación, la gestión y la evaluación de la actividad de urgencias.

2.2. METODOLOGÍA

El trabajo de fiscalización se ha llevado a cabo de acuerdo con los principios fundamentales de fiscalización de las instituciones públicas de control externo y las normas técnicas de auditoría que se desprenden de la ISSAI-300, sobre los principios fundamentales de la fiscalización operativa, y la GPF-3000, la GPF-3910 y la GPF-3920, sobre la auditoría operativa.

Para elaborar el trabajo, la Sindicatura ha realizado un análisis previo del entorno relacionado con la materia. Con este fin, se ha consultado y revisado la documentación que se ha considerado más relevante, como la legislación aplicable, los contratos públicos vigentes, información económica y presupuestaria, las estadísticas oficiales y los estudios de investigación de organizaciones y profesionales especializados.

A partir de los objetivos, las preguntas, el alcance y los criterios de la auditoría definidos en la fase de diseño de la auditoría, la Sindicatura ha determinado en cada caso la evidencia necesaria y los métodos más adecuados para contrastar los criterios de auditoría y obtener la evidencia adecuada y suficiente que sustente los resultados de auditoría, mediante métodos cuantitativos y cualitativos. Así pues, los métodos empleados para llegar a los resultados de auditoría han combinado la evidencia documental, analítica, física y testimonial, en este último caso mediante entrevistas con las partes interesadas (expertos técnicos y legales, entidades auditadas y otros actores interesados).

La recopilación de las percepciones y experiencias de distintos participantes en esta política, las partes interesadas, ha constituido también una fuente de información importante para el análisis de la intervención, puesto que la mirada de los diferentes actores implicados ha aportado puntos de vista valiosos para entender cómo ha funcionado su despliegue. Asimismo, la Sindicatura ha mantenido reuniones, junto con la alta dirección y los responsables de la entidad fiscalizada, para comentar y contrastar los resultados de las conclusiones y recomendaciones preliminares.

3. CONCLUSIONES

A continuación se presenta el detalle de las conclusiones observadas para el conjunto de las preguntas de evaluación de los servicios de urgencias hospitalarias del Hospital Universitario Arnau de Vilanova, referido al ejercicio 2022. Los resultados de auditoría que motivan y explican estas conclusiones están en el apartado 5 del informe.

En términos generales, las conclusiones a las cuatro preguntas principales que se han definido ponen de relieve problemas fundamentales de gobernanza que afectan al marco jurídico que regula la contratación de la actividad asistencial y la planificación, el despliegue territorial, la evaluación, la transparencia y la rendición de cuentas de la política pública, además de otros aspectos que constituyen un incumplimiento del derecho a una buena administración, y por lo tanto afectan negativamente a la eficiencia, la eficacia y la economía en la gestión de la política pública.

¿Los instrumentos disponibles permitían dimensionar y distribuir los recursos humanos sanitarios según las necesidades asistenciales de la población?

La Sindicatura concluye que no existen elementos de coherencia interna en el diseño de la política, en el sentido de que no se han definido ni implementado acciones y actividades suficientemente rigurosas para conseguir todos los objetivos estratégicos. En cuanto a la coherencia externa, no hay una coherencia idónea entre los objetivos de la política y los expresados en otras intervenciones del territorio, como la atención primaria o sociosanitaria.

Asimismo, no se da una adecuada adhesión de los objetivos estratégicos desplegados con las necesidades existentes, de modo que las medidas y actuaciones estratégicas no están siempre orientadas a resolver los problemas detectados. Además, las carencias detectadas en la ordenación de los recursos humanos, la estructura organizativa de los dispositivos de urgencias y la financiación del coste de la prestación del servicio afectan directamente a la mejora de la calidad, la eficacia, la eficiencia y la economía de los servicios prestados.

Esta conclusión se deriva del análisis de los siguientes subobjetivos de auditoría:

¿Ha diseñado el Gobierno un plan estratégico en el que se enmarquen la atención a las urgencias en Cataluña y los agentes implicados y se identifiquen las necesidades de atención y ha informado e involucrado a las partes interesadas?

El Plan estratégico nacional diseñado presenta carencias importantes en su despliegue territorial, no cuenta con un sistema robusto de indicadores, no se promueve ni se ha institucionalizado la cultura de la evaluación y no se ha implicado suficientemente a las partes interesadas, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.1.1):

1. El marco de gobernanza territorial presenta importantes debilidades. Los ejes principales de planificación estratégica que se diseñaron a escala nacional, en el marco del Plan Nacional de Urgencias de Cataluña (PLANUC), no han sido desplegados ni implementados con la misma concreción ni previsión que lo hacía el plan nacional, de modo que algunos de los objetivos estratégicos no encuentran su encaje en el despliegue territorial.

El Comité Operativo Territorial de Urgencias y Emergencias (COUE) en el territorio de Lleida, responsable de concretar territorialmente sus líneas estratégicas, solo formalizó en acta sus reuniones en 3 ocasiones en los 2 últimos meses del año 2022, en las que no se contó con la presencia de ningún miembro en representación de la Gerencia Territorial del ICS. En las sesiones del año 2023 tampoco se avanzó en aspectos relevantes como el diseño de cuadros de mando con información adecuada para la toma de decisiones, ni se han impulsado auditorías de calidad del servicio prestado en el ámbito de la atención urgente y continuada, que seguían pendientes.

2. El despliegue de las acciones de planificación estratégica no cuenta con un sistema robusto de indicadores que rinda cuentas de los aspectos más críticos de su funcionamiento. No hay sistemas de información estructurados que establezcan de manera clara y precisa indicadores de implementación o de resultados para valorar la eficacia, la eficiencia y la economía del despliegue de los objetivos, y no se han fijado hitos o umbrales de referencia para las distintas dimensiones.
3. No se promueve ni se ha institucionalizado la cultura de la evaluación y no se ha implicado suficientemente a las partes interesadas en la implementación de los planes estratégicos.

En este sentido, los responsables de la Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias y Emergencias (SOCMUE) entrevistados manifestaron que, a pesar de participar en el diseño inicial del PLANUC, no participaron en las evaluaciones en el despliegue de este plan. Ni esta sociedad, ni los responsables de los servicios asistenciales de urgencias del HUAV en el momento de la fiscalización, tenían conocimiento de los resultados de la evaluación que se realizó del PLANUC en 2021, ni cuentan tampoco con otras herramientas habilitadas con indicadores esenciales para poder tomar decisiones de manera informada.

¿Existe un plan funcional para ordenar la estructura de recursos humanos del hospital y dimensionar el dispositivo, de acuerdo con las previsiones del Plan estratégico?

Los retos estratégicos que se perseguían en este ámbito no se han superado en el territorio del HUAV, donde faltan planes de ordenación para los profesionales adscritos al servicio de atención urgente, no cuentan con especialidad homologada ni se han evaluado sus competencias individuales, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.1.2):

4. Los retos estratégicos que perseguían el Departamento de Salud y el CatSalut, definidos en el eje 9 del PLANUC, dirigidos a potenciar el desarrollo de los profesionales que prestan la atención urgente, no se han superado en el territorio donde el HUAV es centro de referencia.

La falta de planes de ordenación para los profesionales de atención continuada y urgente ha afectado a la planificación del dimensionamiento de las plantillas en los dispositivos, los sistemas de evaluación de competencias, la adecuación de los puestos de trabajo a las necesidades y el desarrollo efectivo de responsabilidades. Estas metas deberían haber encontrado los mecanismos adecuados de despliegue a través de los planes estratégicos territoriales.

5. De acuerdo con el Plan de ordenación de recursos humanos del ICS aprobado para el período 2022-2026, la categoría de médico de urgencias es una categoría deficitaria en

todas las direcciones de atención primaria y hospitales del ICS.⁷ Hasta la fecha de la fiscalización, la formación de estos profesionales ha sido bastante irregular y heterogénea, algunos de los profesionales que prestan servicios en estos dispositivos no cuentan con una especialidad homologada y su experiencia en urgencias no se ha ido adquiriendo por formación reglada, sino por el tiempo de residencia que pasan en los dispositivos de urgencias.

6. Las retribuciones variables pagadas a los profesionales adscritos al servicio de urgencias del HUAV no responden a la evaluación de competencias individuales de los profesionales y no se valora su conducta profesional, el rendimiento o la consecución de resultados concretos. Por este motivo, no contribuyen a incentivar la mejora de la calidad, la eficacia y la eficiencia de la prestación del servicio.

¿Es adecuada la estructura organizativa de los dispositivos asistenciales de urgencias a la demanda asistencial del centro, en términos de recursos y organización?

El HUAV no cuenta con instrumentos o criterios que garanticen una adecuada planificación de los recursos, el marco de gobernanza presenta debilidades relevantes, algunos perfiles profesionales no están cubiertos y no se ha diseñado un programa de formación continuada y específica para los profesionales adscritos al servicio, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.1.3):

7. No hay una planificación adecuada del dimensionamiento de las plantillas de profesionales adscritos al servicio de urgencias para garantizar una atención de calidad, que mejore los flujos de pacientes, adaptada a las necesidades de la población. No se dimensiona la ratio de personal médico / de enfermería por tramos horarios, ni tampoco la ratio de profesionales facultativos, graduados en enfermería, técnicos auxiliares de enfermería o residentes sobre la base del número de urgencias atendidas, y no se han definido protocolos internos de regulación de la participación de los especialistas en el servicio de urgencias.
8. Los puestos de dirección estratégica del HUAV —la Dirección Médica, la Dirección de Personas y la Dirección de Calidad Territorial— los ocupa personal con dependencia orgánica de GSS (CatSalut), y no del ICS, mientras que la Gerencia Territorial depende orgánicamente del ICS, y presta servicios también a GSS. Los profesionales que ocupan estos puestos de mando, además del director financiero del hospital, prestan también apoyo territorial desarrollando las mismas funciones en el Hospital Comarcal del Pallars y en el Hospital Universitario Santa Maria.

7. En el reciente mes de julio de 2024 el Consejo de Ministros ha aprobado la nueva especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias en el Estado español, aunque todavía queda pendiente de aprobación la del colectivo de enfermería.

Esta estructura de gestión compartida comprende el apoyo asistencial de urgencias y la coordinación territorial y se deriva de la alianza estratégica formalizada entre el ICS - Gerencia Territorial de Lleida y la empresa pública GSS, adscrita al CatSalut. Sin embargo, el acuerdo no da el cumplimiento adecuado a los principios de transparencia y rendición de cuentas, desde el punto de vista del control por parte del ICS; a la obligación de publicidad de las retribuciones de las compatibilidades autorizadas, ni tampoco a los principios de igualdad, mérito, capacidad, publicidad y objetividad en la selección del personal directivo y de mando, en contra de lo que establecen la disposición adicional octava de la Ley 3/2015, de 11 de marzo, de medidas fiscales y financieras, y también los principios básicos del TRLEBEP.

9. Los perfiles profesionales como el apoyo a geriatría, farmacia, mediación intercultural y de gestión de los espacios, relevantes para la calidad y la eficiencia de la atención al servicio de urgencias, no están cubiertos en el HUAV, o no lo están en todos los turnos del servicio.

El 75% de los profesionales de enfermería que realizan el triaje de pacientes son personal con una vinculación laboral temporal, el 37% de los cuales con una antigüedad inferior a 5 años. No hay ninguna regulación para la composición de estos equipos, ni los profesionales se dedican de forma exclusiva, aunque son aspectos relevantes, ya que el triaje mide la prioridad en el orden de atención.

En cuanto al personal residente que hace guardias de presencia física en el servicio de medicina de urgencias se ha comprobado que no se cumplieron las dotaciones mínimas exigidas en todos los turnos de guardia, o el número mínimo de guardias mensuales requeridas en función del año de residencia, en los términos que establecen los protocolos internos del centro. Este colectivo también ha destacado la necesidad de mejora de algunos aspectos del servicio de urgencias, vinculados a su supervisión, formación, descansos y firma de documentos del proceso asistencial.

Está previsto que a finales de este año 2024 el HUAV implemente el triaje avanzado con resolución por parte de enfermería en el servicio de urgencias, que permitirá avanzar pruebas diagnósticas y tomar decisiones que reducen los tiempos de espera de los pacientes. En 2023 el Hospital recibió la acreditación de la Geriatría de Urgencias.

10. No se ha diseñado un programa de formación continuada y específica en relación con las competencias de los profesionales adscritos al servicio de urgencias, y se desconoce cuáles son los cursos concretos a los que han asistido o con qué aprovechamiento lo han hecho. Además, podrían existir facultativos que realicen actividades asistenciales, públicas o privadas, en otros centros sin haber solicitado la preceptiva autorización de compatibilidad.

¿La prestación del servicio se ha determinado en términos de economía?

No existe un sistema de contabilidad analítica homogéneo para los centros proveedores del ICS ni se trata de una necesidad incluida en la planificación estratégica del CatSalut, por lo que los precios y las tarifas que retribuye por la actividad asistencial de urgencias no responden al escandallo o estudio de costes propios de la prestación, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.1.4):

11. La contraprestación del CatSalut al HUAV por los servicios de atención urgente hospitalaria prestados en 2022, 11,59 M€, se deriva de la cláusula de pago que las partes formalizaron, extemporáneamente, en marzo de 2023, sin amparo del preceptivo contrato programa. Su importe se ha calculado a partir de los precios unitarios que se derivan de la aplicación del Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud. Sin embargo, a diferencia del resto de proveedores del SISCAT, el ICS percibe el importe estipulado en la correspondiente cláusula, con independencia de la actividad efectivamente realizada. Por otro lado, las cláusulas suscritas con el HUAV en 2022 establecían una financiación adicional de las urgencias por importe de 3,22 M€, a través de un programa específico.

De acuerdo con la información facilitada por la Dirección Financiera del HUAV, y teniendo en cuenta el importe del programa específico adicional, el déficit de financiación estimado por la actividad asistencial de urgencias del HUAV era de 1,61 M€ al cierre de 2022. Por niveles de triaje de los pacientes atendidos, la tarifa retribuida por el CatSalut fue deficitaria para los niveles de triaje de pacientes 1 a 3, el 53,3% de las urgencias que fueron atendidas en el HUAV en el ejercicio 2022.

12. La necesidad de un sistema de información de costes homogéneo no forma parte de la planificación estratégica del CatSalut. No existe un sistema de contabilidad analítica homogéneo para los centros proveedores del ICS, ni para el grupo de centros perteneciente al SISCAT, de modo que los precios y las tarifas que retribuye el CatSalut por la actividad asistencial de urgencias no responden al escandallo de costes propios de la prestación.
13. En el año 2022, el HUAV registró ingresos por 686.354 € procedentes de mutualidades públicas, mutualidades obligatorias, seguros libres y particulares, como resarcimiento por la atención prestada a pacientes de urgencias con terceros obligados al pago, que corresponde a un 3,36% de las urgencias atendidas. En la fecha de los trabajos de auditoría, diciembre de 2023, el saldo de dudoso cobro con origen en ingresos devengados antes de 2022 era de 134.457 €.

CatSalut no realitza controls o inspeccions de la informaci3n y documentaci3n del HUAV con el fin de comprobar la correcta atribuci3n de la responsabilidad y la financiaci3n en la prestaci3n, si bien est3 facultado para dar cumplimiento al art3culo 83 de la Ley 14/1986, general de sanidad.

¿Se evalúa la demanda asistencial urgente, los flujos en la continuidad asistencial y su coherencia con la actividad asistencial contratada por el CatSalut?

La contrataci3n del servicio de atenci3n hospitalaria urgente por parte del CatSalut, los circuitos de derivaci3n asistencial entre los diferentes dispositivos y la adecuaci3n del nivel asistencial de la atenci3n prestada son aspectos que afectan directamente a la planificaci3n de la actividad y provocan desajustes en su financiaci3n. Adem3s, implican una falta de coherencia externa en la intervenci3n p3blica en el territorio.

Esta conclusi3n se deriva del an3lisis de los siguientes subobjetivos de auditoría:

¿Es coherente el grado de utilizaci3n de los servicios de urgencias y su evoluci3n con la actividad contratada por el CatSalut?

El ICS y el CatSalut no han formalizado el instrumento jur3dico preceptivo que debería regular su relaci3n ni se dispone de mecanismos precisos de predicci3n de la demanda. Esto tiene implicaciones en la actividad contratada, que se ajusta anualmente de forma extempor3nea, tal y como se fundamenta a continuaci3n (véase el apartado 5.2.1):

14. La actividad de atenci3n hospitalaria urgente es contratada por el CatSalut en los centros proveedores del ICS mediante cl3usulas anuales para las que se contrata el conjunto de la actividad asistencial especializada de agudos: la hospitalizaci3n, las urgencias, las consultas externas, implantes quir3rgicos, tratamientos espec3ficos y otros dispositivos y tratamientos espec3ficos. La cl3usula anual de 2022 se suscribi3 de forma extempor3nea, durante el primer trimestre del a3o siguiente a la prestaci3n de la actividad, sin el marco del contrato programa previsto en la Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catal3n de la Salud, y tambi3n de los estatutos de esta entidad, que las partes nunca han formalizado.

La suscripci3n de las cl3usulas anuales antes del inicio de la actividad tendría que ser la regla general, dado que los convenios se perfeccionan con el consentimiento. En el caso de la cl3usula anual de la actividad urgente del a3o 2022, formalizada en marzo de 2023, y dado que no est3 prevista la eficacia retroactiva, constituye una causa de anulabilidad, de conformidad con el art3culo 48 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo de las administraciones p3blicas. De acuerdo con el art3culo 52.2 de esta misma norma, esta cl3usula debería ser objeto de convalidaci3n con efectos retroactivos, a la fecha en que debía producir sus efectos.

Por otro lado, el incumplimiento del mandato normativo, tanto en lo que se refiere a la falta de formalización del contrato programa como a la suscripción de las cláusulas anuales adicionales después de la finalización de la vigencia temporal, constituye un incumplimiento del derecho, deber y principio rector de una buena Administración, de acuerdo con el derecho reconocido en el artículo 30 del Estatuto de autonomía de Cataluña, ya que denota el incumplimiento del deber de la diligencia debida por parte del Servicio Catalán de la Salud y del ICS, como diligencia cualificada que les es exigible.

Asimismo, denota una falta de control por parte del Gobierno en la evaluación normativa *ex post* sobre el cumplimiento de la Ley del ICS y de sus estatutos, y también en las funciones de control interno de estas instituciones atribuidas a la Intervención General de la Administración de la Generalidad, controles que son de especial relevancia cuando afectan al diseño y a la implementación de políticas públicas tras las cuales está la prestación de servicios de carácter esencial.

15. La predicción de la demanda de actividad urgente no es suficientemente precisa para garantizar que se haga llegar los servicios asistenciales a la población diana de modo adecuado y equitativo, ni contribuye al ajuste entre la oferta y la demanda del servicio, ni a minimizar la saturación que puede sufrir en determinados períodos, en contra de lo dispuesto en el artículo 16 del Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud.
16. A partir de 2020, después del efecto de la pandemia de la covid-19, la tendencia en la utilización de los servicios de urgencias fue creciente en Cataluña, también en el HUAV, a razón de cerca del 17% anual, y también lo fue el importe de la contraprestación recibida del CatSalut por la actividad prestada, pero en menor grado, entorno al 12%.

La demanda de atención urgente en el HUAV en 2022 incluyó 1.680 contactos procedentes de los municipios de la Franja de Aragón (1,7% del total), en virtud de un convenio administrativo de colaboración suscrito entre los gobiernos catalán y aragonés, que regula la coordinación en materia de asistencia sanitaria y la coordinación de los dispositivos necesarios de los pacientes de las zonas limítrofes de ambas comunidades. Sin embargo, esta actividad no contó con el amparo adecuado del mencionado convenio, ya que dejó de ser vigente en agosto de 2022.

¿Se produce la atención asistencial al nivel más adecuado, en función del nivel de urgencia? ¿Se han implementado acciones correctoras para reducir la presión asistencial en el servicio de urgencias?

Hay un problema de sobrecobertura en los servicios de urgencias hospitalarias y no se han adecuado medidas correctoras para paliarlo, ni internamente ni en el marco de otras

intervenciones públicas en el territorio, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.2.2):

17. En 2022, el índice de presión asistencial de urgencias sobre la hospitalización era del 77,0% en el HUAV, por encima del conjunto de Cataluña (70,5%), con una tendencia creciente desde 2019.

El volumen de urgencias atendidas en el HUAV en 2022 con niveles de triaje sin riesgo vital (niveles 4 y 5) fue notorio, dado que representaba el 45,27% de los casos atendidos, pero inferior al agregado de Cataluña, donde representaba el 60,1%. Estos datos sugieren que hay un problema de sobrecobertura en los servicios de urgencias hospitalarias, ya que estos dispositivos están orientados a atender urgencias con riesgo vital.

Para el caso del HUAV, la Sindicatura ha calculado un indicador ajustado de las urgencias con riesgo vital, definido como la relación (ratio) entre las urgencias con riesgo vital observadas y las urgencias con riesgo vital esperadas, según un modelo de ajuste. El resultado del indicador ajustado para el HUAV, superior a 1, ha permitido concluir que las urgencias atendidas en este hospital en 2022 se adecuaban a las esperadas en un dispositivo de urgencias hospitalarias, ya que atendió más casos con riesgo vital del que se esperaba según los factores de ajuste. Sin embargo, este resultado está condicionado por el hecho apuntado de que existe una sobrecobertura en el ámbito de la atención urgente hospitalaria en el conjunto de Cataluña.

De los resultados de las encuestas de satisfacción PLAENSA correspondientes al año 2022 se desprende que la mayoría de los usuarios de los SUH en Cataluña acudieron por iniciativa propia, principalmente porque creían que era el único lugar donde podían solucionar su problema. Este patrón se observa también en las respuestas de los usuarios del HUAV, aunque de modo más atenuado, ya que pierde importancia la iniciativa propia en favor de las derivaciones procedentes de la atención primaria.

El HUAV no ha consensuado ni aprobado circuitos de derivación de la atención primaria de salud al servicio de urgencias del hospital, ni contaba en el momento de la fiscalización con criterios clínicos de derivación inversa de los dispositivos de urgencias hospitalarias hacia la atención primaria de salud. Los responsables asistenciales entrevistados han manifestado que muchas derivaciones de la atención primaria no son adecuadas, o no están suficientemente justificadas, y en estos casos no disponen de formularios de preadmisión para priorizar la atención en el servicio de urgencias hospitalario.

El dispositivo de atención primaria de urgencias en Lleida es el CUAP Prat de la Riba, ubicado a 1,5 kilómetros del HUAV. Su estructura organizativa y de recursos presenta algunos rasgos relevantes, destacados en las auditorías realizadas por el CatSalut en el año 2021, que afectan negativamente a su capacidad de resolución.

Estos aspectos implican una falta de coherencia externa de la intervención pública en el territorio.

18. Las cláusulas de pago del CatSalut al HUAV no incluyen indicadores o valores de referencia que evalúen los circuitos de derivación entre diferentes dispositivos, o la coordinación y continuidad de la atención entre servicios en el territorio, y por lo tanto no contribuyen a alcanzar un mejor grado de accesibilidad y una resolución en el nivel y recurso asistencial más adecuado, en contra de lo dispuesto en el Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud.

¿Se han diseñado circuitos sobre aspectos operativos y funcionales de la gestión integral del proceso asistencial urgente y se implementan como está previsto?

Las observaciones sobre los protocolos que regulan el proceso asistencial, la coordinación de recursos en el proceso asistencial y de drenaje de los pacientes y la monitorización del proceso asistencial de atención de las urgencias no garantizan un marco de eficacia y de eficiencia en la prestación del servicio, ni la pertinencia a los objetivos operativos fijados.

Esta conclusión se deriva del análisis de los siguientes subobjetivos de auditoría:

¿Se han diseñado y se aplican de forma óptima los protocolos específicos que regulan el proceso asistencial y son adecuados a las necesidades de atención?

Los circuitos internos vinculados al proceso asistencial y a garantizar la continuidad asistencial se han estandarizado a través de protocolos que presentan un amplio margen de mejora, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.3.1):

19. Los circuitos internos de gestión y coordinación del hospital relevantes para facilitar la continuidad asistencial de los pacientes asistidos en el HUAV, como los circuitos que afectan a las derivaciones a realizar en otros centros o dispositivos asistenciales, no cuentan con protocolos consensuados, o bien los que existen no están suficientemente definidos.

Su diseño no incluye, en ningún caso, indicadores con el fin de evaluar la bondad y el cumplimiento de los circuitos y procedimientos internos que se regulan y, por lo tanto, impulsar las medidas correctoras necesarias. Por otra parte, la actualización periódica que se realiza con el fin de adaptar los cambios organizativos, personales y estructurales tiene cierta antigüedad en algunos de ellos, superior a los 4 años.

¿Hay una buena coordinación de los recursos durante el proceso asistencial y se optimiza el tiempo y el proceso de drenaje de los pacientes?

No hay una coordinación asistencial que optimice el proceso y los tiempos de drenaje de los pacientes atendidos en urgencias, ni se han marcado objetivos concretos en este sentido, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.3.2):

20. En 2022, la causa más frecuente de alta del servicio de urgencias del HUAV fue el alta a domicilio (75,8%), seguida del ingreso en el mismo centro (15,7%) y el traslado a otro centro (2,6%).

El análisis de los indicadores de tiempo del proceso asistencial calculados por la Sindicatura a partir de las urgencias atendidas en el HUAV en 2022 pone de relieve 2 aspectos fundamentales que afectan directamente a la saturación del servicio de urgencias: por una parte, el tiempo hasta el triaje del paciente, que se encuentra condicionado por los cambios de turno del personal, y, de otra, la poca capacidad de resolución efectiva del servicio de urgencias en el drenaje de pacientes cuando se encuentra condicionado a factores externos, como la disponibilidad de camas en el mismo centro hospitalario, la disponibilidad de transporte o las dificultades en la coordinación con otros dispositivos (sociosanitarios, salud mental, residencias y otros hospitales de agudos).

La literatura científica establece una asociación entre un mayor tiempo de espera en urgencias y un incremento de la mortalidad, especialmente cuando se da la indicación de ingreso del paciente. Por otra parte, el Ministerio de Sanidad recomienda que el 90% de los pacientes atendidos en un SUH sea dado de alta, ingresado o trasladado a otro centro en 4 horas desde su admisión al servicio. El HUAV estaba lejos de cumplir con esta recomendación en el caso de los pacientes que ingresaban o eran trasladados, puesto que en el año 2022 presentaba un valor medio de entre 9 y 10 horas para estos pacientes. Se podrían lograr reducciones adicionales de la mortalidad si el tiempo de permanencia de estos pacientes se redujese hasta el nivel recomendado.

En el caso de pacientes psiquiátricos, el drenaje de pacientes al Hospital Universitario de Santa María no es siempre fluido y está sujeto a horarios de atención que no cubren las necesidades y a demores importantes en el transporte que los traslada. En el mes de septiembre de 2023 el Sindicato de Médicos de Cataluña denunció un estado decaído del Servicio de Urgencias de Salud Mental de este hospital y responsabilizaron a la empresa pública gestora, Gestión de Servicios Sanitarios (GSS), adscrita al Servicio Catalán de la Salud (CatSalut).

Finalmente, el HUAV no informa adecuadamente del campo que consta en el CMBD-UR para los pacientes que son trasladados en ambulancia en el momento del alta en el servicio de urgencias. Sin embargo, a partir de los datos obtenidos de los registros del SAP asistencial del hospital y del propio SEM (empresa pública responsable del contrato de

prestación del servicio de transporte, adjudicado a Ambulancias Egara en el territorio de Lleida) se ha concluido que la demora media en la recogida del paciente en el servicio de urgencias, desde que el HUAV hace la petición del transporte hasta que llega el vehículo, fue de aproximadamente de 2 horas en 2022 (3,3 horas en el caso de traslados a residencia social).

21. Los responsables de la supervisión del servicio de urgencias han dejado constancia en los registros internos, con cierta frecuencia, de la necesidad de cubrir ausencias de profesionales de enfermería y de la dificultad de lograrlo en algunos casos, hecho que no ha quedado acreditado formalmente en todos los turnos.
22. El HUAV no dispone de unidades estructurales o funcionales como alternativa segura y eficaz a la hospitalización convencional: no dispone de un régimen permanente de funcionamiento de la hospitalización domiciliaria, ni de unidades de corta estancia o camas de semicríticos a cargo de urgencias, y los dispositivos de atención intermedia con los que cuenta en el territorio no cubren todas las necesidades. Respecto a los pacientes que, *a priori*, no requieren ingreso hospitalario pero deben permanecer en observación, el HUAV no dispone de una unidad de observación de urgencias suficientemente bien dimensionada de acuerdo con las necesidades del servicio ni está disponible los 7 días de la semana.

¿Se monitoriza el proceso de atención a las urgencias con la finalidad de evaluarlo, optimizarlo y desarrollar instrumentos de mejora?

Las debilidades que presenta la monitorización del proceso asistencial de urgencias comprometen la calidad de los datos registrados y, por lo tanto, su evaluación, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.3.3):

23. Hay debilidades relevantes que comprometen seriamente la calidad de los datos registrados en el CMBD-UR del HUAV, vinculadas al bajo nivel de control de este registro; las dificultades en la interpretación y el sistema de vertido de los datos; la falta de revisión o valoración de las notificaciones hechas en el registro con los circuitos asistenciales, y la existencia de variables temporales con información poco verosímil, errores u omisiones. Este hecho ha obligado a la Sindicatura a consultar apoyos externos de información asistencial facilitados por el HUAV durante el trabajo, para construir un análisis adecuado de los datos y extraer conclusiones oportunas.
24. Los defectos en la calidad de los datos y la falta de homogeneidad en la aplicación de los criterios del manual de notificación del CMBD-UR no han permitido a la Sindicatura efectuar comparativas con el agregado de los centros de Cataluña en cuanto a los indicadores de tiempo de atención y de espera.

¿Se da una respuesta adecuada a las situaciones de necesidad social y vulnerabilidad que presentan los pacientes de las urgencias hospitalarias?

Los circuitos asistenciales diseñados no garantizan siempre una respuesta adecuada a las situaciones de necesidad social y vulnerabilidad, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.3.4):

25. Uno de los motivos de desigualdad en el acceso a los servicios asistenciales es la falta de información o de conocimiento sobre cómo utilizar adecuadamente los recursos de cobertura universal. La pobreza, la necesidad social y la vulnerabilidad presentan a menudo carencias en este sentido, hecho que desequilibra de modo injusto su capacidad de convertir los recursos en bienestar. En este sentido, el HUAV no contaba con protocolos consensuados de intervención integrada social y sanitaria, sino que en 2021 había aprobado un único protocolo de trabajo social, con un carácter muy general.
26. El servicio de urgencias tampoco cuenta con geriatra, mediadores interculturales o servicio de psiquiatra de guardia, y los trabajadores sociales del hospital no están adscritos al servicio de urgencias cada día, ni en todos los turnos. No existen los planes específicos, los circuitos o las unidades indispensables para atender a los pacientes con enfermedades de especial vulnerabilidad, aunque la Sindicatura ha observado que el plan de medidas de aplicación inmediata que el servicio de urgencias del HUAV activó en noviembre de 2022 incluía un conjunto de mejoras en la atención a los pacientes más frágiles, para darles una respuesta más efectiva.
27. La derivación de los pacientes desde el servicio de urgencias del HUAV a un recurso sociosanitario es totalmente anecdótica. En el territorio no se cubren las necesidades en cuanto a plazas de atención intermedia y los recursos sociales y sanitarios, y no hay un sistema de atención integrada social y sanitaria, ya que la estructura directiva, operativa y de coordinación para el despliegue del nuevo modelo de atención intermedia impulsado por el Departamento de Salud mediante la Orden SLD/223/2023, de 3 de octubre, está pendiente de desplegar y coordinar a escala territorial.

¿Se evalúa y difunde el seguimiento periódico de las actividades, del cumplimiento de las instrucciones y de los estándares de calidad y del grado de consecución de los objetivos?

La Sindicatura concluye que no hay una adecuada toma de decisiones informada, no se dispone de instrumentos adecuados para la medida de la eficacia, la eficiencia y la economía de la intervención, y no se da cumplimiento a los requisitos de transparencia exigidos por la normativa.

Esta conclusión se deriva del análisis de los siguientes subobjetivos de auditoría:

¿Se dispone de cuadros de mando que integren datos clínicos, asistenciales y administrativos para la toma de decisiones informada?

No se dispone de un sistema de información con datos de calidad y validados adecuadamente sobre el estado de situación de los dispositivos de atención, hecho que no contribuye a la toma de decisiones informada y no fomenta su conocimiento, su compartición ni la difusión de la información local y global, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.4.1):

28. Los cuadros de mando de los que disponen el ICS y el CatSalut sobre la actividad del dispositivo de atención hospitalaria urgente del HUAV, desconocidos por los profesionales adscritos a este dispositivo, presentan indicadores que divergen porque beben de fuentes diferentes y porque incluyen criterios de inclusión y exclusión no homogéneos, aunque ninguna de ambas instituciones ha concretado el motivo de las discrepancias observadas.
29. No se dispone de herramientas adecuadas que aporten información de calidad, a tiempo real, que integren datos clínicos, asistenciales y administrativos y que reflejen las dinámicas del proceso asistencial, del propio dispositivo de urgencias y del resto de dispositivos del territorio.

¿El programa reúne las condiciones necesarias de evaluabilidad de modo que sus objetivos, indicadores y sistemas de información estén definidos en esta dirección?

La atención urgente no reúne las condiciones necesarias para ser evaluada, puesto que los objetivos, los indicadores, y los sistemas de información no permiten valorar el cumplimiento de las actividades, de productos y resultados intermedios, o si la actividad se ejecuta según lo previsto, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.4.2):

30. El Módulo de indicadores de atención urgente del CatSalut (MSIQ) cuenta con indicadores que informan sobre el proceso de drenaje de los pacientes y la calidad y adecuación asistencial del servicio de atención en los dispositivos de urgencias, aunque no han sido actualizados desde 2020. La fuente de los datos es el CMBD-UR, con las debilidades que este registro ha puesto de manifiesto en cuanto a la calidad de los datos notificados.
31. En el marco del sistema de contraprestación del CatSalut por la atención urgente prestada por los centros proveedores, tampoco se han marcado objetivos ambiciosos o hitos concretos para optimizar los tiempos de espera de los pacientes, la continuidad asistencial o el drenaje ágil de los pacientes, y contribuir así a mejorar la eficiencia del servicio. Es más, la cláusula de contraprestación por resultados formalizada entre el CatSalut y el HUAV incluye 3 indicadores vinculados a los servicios de urgencias, pero no es una

verdadera evaluación de resultados: el CatSalut paga siempre el 100% del importe de la cláusula, independientemente de su consecución, práctica que no contribuye a la mejora en la utilización del servicio.

¿Se han establecido procedimientos estandarizados de información al paciente y a sus acompañantes?

Los procedimientos establecidos para garantizar los derechos de información y de reclamación de los pacientes no garantizan suficientemente el ejercicio de estos derechos, ni se evalúa la información recogida de cara a la implementación de mejoras, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.4.3):

32. La instrucción del CatSalut que recoge los procedimientos de gestión y los requisitos de tramitación de las reclamaciones y las sugerencias presentadas por los usuarios de la red de atención asistencial no ha sido actualizada desde 2004. Las quejas, reclamaciones y sugerencias se recogen en un registro central donde los centros proveedores vierten periódicamente la información, pero no es un registro de acceso común en línea, ni se elaboran memorias anuales de análisis de la actividad.
33. El ámbito de la asistencia hospitalaria concentra cerca del 50% de las reclamaciones anuales presentadas al conjunto de los centros proveedores de la red SISCAT. En el caso del HUAV, en 2022 se recogieron un total de 256 reclamaciones, con un peso relevante en los meses estivales, lo que los responsables de su tramitación han atribuido en gran medida a la reducción del horario de atención de los centros de atención primaria de la región.

En 2022 solo había 2 códigos tipificados para clasificar los motivos de las reclamaciones de los usuarios derivadas de la atención urgente hospitalaria. Las motivaciones asociadas a estos códigos son, por un lado, la demora excesiva por la atención a la urgencia, y, por otro, la estancia de más de 24 horas en observación. La primera de ellas es el principal motivo de las quejas y reclamaciones presentadas por los usuarios en el ámbito de la asistencia hospitalaria urgente, tanto en Cataluña como en el HUAV, con un peso relativo superior en el HUAV al que tiene esta reclamación en el conjunto de Cataluña.

¿Cuáles han sido los resultados obtenidos en relación con los servicios de urgencias prestados?

Hay margen de mejora para el HUAV en términos de calidad de la asistencia hospitalaria urgente, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.4.4):

34. La calidad asistencial y de servicio es un aspecto crucial para cualquier servicio de urgencias. La Sindicatura de Cuentas ha evaluado 4 dimensiones de la calidad asisten-

cial del servicio de urgencias del HUAV: las defunciones registradas; las readmisiones a urgencias antes de 72 horas; las readmisiones a urgencias antes de 72 horas que requieren ingreso hospitalario, y el número de contactos urgentes no finalizados. El análisis realizado ha permitido a la Sindicatura concluir que hay margen de mejora en términos de calidad de la asistencia en 2 de estas dimensiones, ya que tanto el número de contactos urgentes no finalizados como el número de readmisiones antes de 72 horas que requieren ingreso hospitalario son superiores a los que se esperaría en un servicio de urgencias como el del HUAV.

35. En 2022 los resultados del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut⁸ (PLAENSA) de los usuarios de los servicios de atención hospitalaria urgente del HUAV obtuvieron una valoración global de 6,49 sobre 10 de media, por debajo de la valoración obtenida en 2019 (7,10) y ligeramente por debajo también de los resultados para el conjunto de Cataluña (6,81, en 2022, y 7,5, en 2019), por lo tanto, había empeorado con el tiempo. En 8 de las 24 preguntas de satisfacción efectuadas el HUAV obtenía peores resultados que en el conjunto de Cataluña, con una desviación de hasta 17 puntos porcentuales, en las que se evaluaban los tiempos de espera, la comodidad de los espacios, el trato personal de los profesionales del servicio y la disposición a ser escuchados.

A partir de las respuestas obtenidas para el conjunto de Cataluña, la Sindicatura ha podido constatar que aquellos usuarios que acudían al SUH por iniciativa propia, pero que lo hacían para tratar de eludir la atención primaria, quedaban menos satisfechos que aquellos que lo hacían porque creían que el SUH era el único dispositivo donde les podrían solucionar el problema.

¿Se hace el seguimiento y la evaluación de las directrices y objetivos estratégicos y se difunden?

No se han implementado auditorías de calidad del servicio, no se han consensuado umbrales de consecución ni se han cumplido los requisitos de publicidad y difusión de la evaluación de los planes estratégicos nacionales y territoriales, lo que contraviene los preceptos de la normativa de transparencia, tal y como se fundamenta a continuación (véase el apartado 5.4.5):

36. Los resultados de las auditorías de implementación del PLANUC que el CatSalut externalizó en 2021 no se han difundido ni comunicado a los responsables de los servicios de

8. En relación con las alegaciones formuladas por el ICS y con fecha 31/10/2024, fecha de entrega de las alegaciones a la Sindicatura, las encuestas de satisfacción correspondientes a PLAENSA 2023 no constan publicadas en la web del CatSalut y no se han podido contrastar los cambios producidos respecto a las encuestas de 2022.

atención urgente del HUAV, ni al resto de partes interesadas entrevistadas. No se han impulsado otras acciones correctoras relevantes ni otras actuaciones posteriores.

Tampoco se han realizado auditorías de calidad del servicio en el ámbito de la atención urgente en el territorio, función que, de acuerdo con el eje 7 del PLANUC, corresponde desplegar a los COUE.

37. En el marco del PLANUC, el plan estratégico desplegado en el ámbito territorial presenta una definición poco rigurosa con respecto a las acciones estratégicas desplegadas, para las que no se concretan indicadores ni umbrales de consecución cualitativos. Respecto a la evaluación que se realizó al cierre del ejercicio 2022, no se incluyó ningún análisis cualitativo, no se motivaron los que fueron desestimados, y la Sindicatura no ha podido obtener ninguna documentación acreditativa de las ponderaciones parciales que se consideraron para la evaluación de las distintas acciones, ni de los porcentajes de consecución anual aprobados.

4. RECOMENDACIONES

A continuación se formulan las recomendaciones que se consideran pertinentes a partir del resultado del trabajo de fiscalización realizado:

Planificación estratégica y despliegue territorial

1. Es indispensable que el CatSalut y el ICS implementen instrumentos de planificación interna, actualizados y asumidos por el personal a cargo del servicio, que incluyan un nivel estratégico y un nivel operativo correctamente alineados; definan objetivos e indicadores concretos y medibles para cada una de las dimensiones operativas; identifiquen claramente las actividades a realizar; asignen en cada caso recursos y responsabilidades, y clarifiquen hitos y calendarios. Contribuiría a una implementación correcta y serían una fuente de información muy importante para la posterior evaluación de la política pública.

En este sentido, la definición de indicadores de consecución vinculados a las dimensiones clave de los objetivos operativos permite conocer qué hace el programa o servicio, y cómo está funcionando. La comparación de esta información con estándares de buena ejecución que se hayan podido determinar (mediante la teoría del cambio descrita, estándares administrativos, literatura científica o evaluaciones de intervenciones similares, por ejemplo) permitiría valorar si se ha avanzado adecuadamente o, por el contrario, se han producido disfunciones y a qué se deben.

2. El despliegue por parte de la Dirección Territorial del ICS del Plan de urgencias y atención continuada debería incluir planes de contingencia, de prevención de la saturación y de atención a las urgencias de pacientes con especificidades; un plan operativo de transporte sanitario integral; planes funcionales de inversiones; la articulación de dotación de recursos humanos para hacer frente a picos de demanda, o los resultados que plantea conseguir y la concreción del grado de cumplimiento de indicadores de estructura, proceso, resultado, calidad y saturación, entre otros.

Plan de ordenación de los recursos humanos

3. La definición de un plan de ordenación de recursos humanos propio y singular por parte del ICS, con el contenido (ampliable) propuesto por el art. 69 del TRLEBEP, con la planificación sobre aspectos de ordenación de personal, selección y estructuración de acuerdo con las necesidades del territorio / región sanitaria, contribuiría a alinear el dimensionamiento de las plantillas con el Plan estratégico territorial. En el marco del Plan de acción inmediata 2022-2023 que el servicio aprobó en noviembre de 2022 ya se incluían medidas para abordar estas necesidades, y, por lo tanto, sería necesario hacer un seguimiento de estas.
4. La diversidad y complejidad de situaciones vividas en los servicios de urgencias hospitalarias exigen una capacitación, formación y experiencia profesional específicas. La necesidad de que la Administración del Estado asegure una formación adecuada y reglada para la prestación de atención urgente de los profesionales de medicina y de enfermería de urgencias es un aspecto esencial que han señalado las partes interesadas entrevistadas.
5. La evaluación de competencias individuales, vinculadas a la actividad asistencial del ámbito de urgencias y a las dimensiones estratégicas del PLANUC y del Plan estratégico territorial, permitiría a los centros proveedores del ICS medir el rendimiento o la consecución de resultados de los trabajadores públicos, con la finalidad de mejorar la productividad de las unidades donde prestan servicio y, en último término, la calidad de los servicios públicos. El reciente Real decreto 6/2023, de 19 diciembre, por el que se aprueban medidas urgentes para la ejecución del Plan de recuperación, transformación y resiliencia en materia de servicio público de justicia, función pública, régimen local y mecenazgo, aporta algunos criterios orientadores al respecto.
6. Hace falta que el ICS despliegue territorialmente las acciones necesarias para dar cumplimiento a los objetivos estratégicos del PLANUC en todo lo que afecta a los profesionales que prestan la atención urgente. En el ámbito de los servicios sanitarios, los entornos laborales favorables se asocian a unos mejores resultados clínicos, a más eficiencia y a más satisfacción de los profesionales.

Estructura organizativa del dispositivo de urgencias

7. La Sindicatura pone de relieve la necesidad de que el ICS revise la adecuación de los términos de la delegación de las funciones de dirección y gestión y la efectividad de los circuitos de inspección y control de las actividades de prestación conjunta que se desprenden de los acuerdos de la alianza estratégica formalizada entre el ICS y el GSS (CatSalut). Debe prestarse especial atención a la complejidad derivada de la coexistencia en el HUAV de 2 convenios laborales diferentes aplicables al personal asistencial, el del ICS y el del SISCAT.
8. Con el fin de mejorar la coordinación con el resto de los servicios del hospital, es relevante que el HUAV disponga de personal propio adscrito al servicio de urgencias con la máxima ratio posible y establecer necesidades, en cuanto a número de profesionales, en función no solo del volumen y tipo de actividad, sino también de la estructura en la que se desarrolla la actividad. Asimismo, las partes interesadas también han puesto de relieve la importancia de la incorporación al servicio de la figura informadora ubicada en la sala de espera, para informar a los familiares de los pacientes.
9. La revisión de los circuitos de organización de los profesionales vinculados a la asistencia en los servicios de urgencias del HUAV debe procurar que los cambios de turno no afecten al tiempo de espera medio para ser atendido en el transcurso del proceso asistencial y del drenaje de los pacientes, y que la dotación de todos los recursos humanos implicados se adecue a las variaciones de la actividad, por turno, por días de la semana y estacionales. Asimismo, es relevante regular internamente las visitas de los especialistas al servicio de urgencias, cuando estos se requieran.
10. El CatSalut y el ICS deben resolver las carencias detectadas en los recursos estructurales, especialmente aquellas que hacen referencia a los equipos, o definir la cartera de servicios y el dimensionamiento adecuado de las unidades de observación de urgencias, de modo adecuado a las necesidades del servicio.

Prestación del servicio y resarcimiento de gastos

11. El CatSalut tendría que ajustar el cálculo de las tarifas por la contraprestación de la atención hospitalaria a los costes reales directos e indirectos imputables al servicio prestado por los centros proveedores, de acuerdo con un sistema homogéneo de cálculo. La utilidad de la información de costes de los servicios públicos, además de la toma de decisiones en cuanto a la tarificación de los servicios, afecta también a la transparencia, la rendición de cuentas, la presupuestación y el análisis de eficacia y eficiencia de los servicios públicos, y también y no menos importante a la concienciación ciudadana del coste total de los servicios.

El déficit de financiación de la actividad prestada por el HUAV no se tendría que ajustar mediante la negociación *ad hoc* entre las partes, sino ajustando adecuadamente la actividad contratada a la realmente ejecutada, y la tarifa retribuida a los costes reales de la prestación.

12. El CatSalut debería establecer circuitos de inspección y control para comprobar la veracidad y la correcta atribución de las responsabilidades (y gastos) asumidas en relación con la prestación de la atención hospitalaria urgente, en los términos que le atribuye la Instrucción 4/2013 del CatSalut, por la que se regulan los procedimientos para el resarcimiento de la atención sanitaria a cargo del CatSalut.

Evolución de la actividad contratada y la utilización de los servicios de urgencias

13. Dada la falta de suscripción del contrato programa entre el CatSalut y el ICS, la Sindicatura recomienda que se sometan los proyectos normativos a una evaluación de impacto normativo *ex post*, que por ahora la Administración de la Generalidad solo ha centrado en iniciativas específicas. Esto debe permitir valorar cómo se lleva a cabo la implementación de la norma y el grado de consecución de los objetivos perseguidos, aspectos que toman especial relevancia cuando afectan al diseño y a la implementación de políticas públicas tras las cuales está la prestación de servicios de carácter esencial.
14. Para las políticas públicas que proveen servicios a las personas, como es el caso de la atención hospitalaria urgente, es importante forzar la reflexión sobre a quiénes está destinado el servicio, cómo se espera que reaccionen a la existencia del servicio, y distinguir si la política pública puede funcionar de manera diferente según los diversos subgrupos de población a los que se dirige. Este análisis, que corresponde al Departamento de Salud, debería contribuir a determinar el volumen de población susceptible de pedir servicios de urgencias hospitalarias.
15. La planificación anual de la actividad de urgencias contratada por parte del CatSalut debería utilizar indicadores o datos de predicción de demanda ajustados a las necesidades y particularidades diferenciales del territorio. Algunos indicadores que podrían servir de ejemplo serían las fluctuaciones de la población flotante; el incremento de llamadas al 061; el incremento de consultas o diagnósticos concretos, o la reducción de la actividad en otros dispositivos de atención urgente (por vacaciones, por ejemplo).

Adecuación del nivel asistencial de la atención prestada

16. Los pacientes deben disponer de información clara sobre tiempos de espera y los dispositivos disponibles para la resolución de la prestación urgente que necesitan. En este sentido, los COUE tienen un papel relevante al revisar la disposición y organización de los dispositivos y garantizar el acceso equitativo de la población del territorio, y definir la

cartera de servicios. Los responsables de urgencias del HUAV han manifestado que la coordinación territorial es un aspecto muy relevante y de necesaria mejora, con especial énfasis en la coordinación con la atención primaria.

17. La elaboración de protocolos de derivación inversa entre dispositivos de atención primaria, CUAP y el servicio hospitalario de urgencias, para que el paciente sea atendido en el dispositivo más adecuado, es un aspecto relevante y pendiente de implementación en el HUAV. Debería considerarse el tiempo de espera del paciente en el primer dispositivo, para que fuera priorizado en el dispositivo receptor, e impulsar a la vez una tarea divulgativa sobre la capacidad de resolución real y efectiva de los CUAP.

Por otro lado, la evaluación de la auditoría de implementación del PLANUC al CUAP Prat de la Riba de Lleida puso de manifiesto observaciones que el CatSalut y el ICS deberían abordar y mejorar, cada uno en el ámbito de sus responsabilidades.

18. Es necesario establecer indicadores vinculados a los circuitos que afectan la continuidad asistencial en el HUAV, con valores de referencia, e incluirlos en los planes estratégicos territoriales, y también en las cláusulas de pago de la actividad por parte del CatSalut, para hacer seguimiento. Especialmente, en aquellos procesos que no dependen directamente de la actividad intrínseca del servicio de urgencias pero que afectan a la fluidez de drenaje de los pacientes, entendido como la salida del paciente de los servicios de urgencias: la programación hospitalaria, el transporte no urgente y el traslado a centros sociosanitarios y residencias.

Protocolos reguladores del proceso asistencial

19. Es necesario que el HUAV elabore protocolos de coordinación e indicadores que den información sobre los circuitos que entorpecen el drenaje asistencial de los pacientes, como son la actividad de hospitalización, el transporte sanitario o el traslado a otros dispositivos asistenciales o de atención intermedia. Estos protocolos deben revisarse y actualizarse de forma periódica e incluir indicadores de seguimiento de la actividad, para obtener información adecuada, precisa y oportuna para la toma de decisiones e introducir mejoras para aumentar la eficiencia del servicio.

En el caso de la atención intermedia, en 2023 el Departamento de Salud aprobó la cartera de servicios de atención intermedia, con la intención de reordenar los recursos específicos de atención a las personas mayores y aquellas con enfermedades crónicas avanzadas, como uno de los elementos de la transformación de la atención sociosanitaria a la atención intermedia, y se dotó de una nueva estructura orgánica para avanzar en el cambio de modelo en el ámbito sociosanitario, mediante la Orden SLD/223/2023, de 3 de octubre. Es necesario desplegar y coordinar el modelo de transformación de la atención intermedia de manera efectiva en toda la red de proveedores a escala territorial.

Coordinación de los recursos y proceso de drenaje

20. La atención urgente está inseparablemente vinculada al funcionamiento del hospital y es una de sus piezas clave. En este sentido, el proceso de drenaje es un momento en que la coordinación entre los diferentes dispositivos y servicios debe ser clave en el HUAV, tanto para garantizar la atención correcta del paciente como por evitar la posible saturación del servicio, especialmente en el caso de los pacientes con necesidades especiales.
21. El control y la valoración de la saturación de urgencias en el HUAV son capitales, puesto que esta saturación tiene consecuencias negativas sobre la calidad y la seguridad del paciente atendido en los servicios de urgencias. También lo es el control del sistema de triaje y de los cambios de turno, ya que algunos de los problemas de seguridad del paciente en los servicios de urgencias derivan de factores asociados a una evaluación inicial pobre o inaceptable, la falta de reconocimiento del deterioro en la condición clínica del paciente o la comunicación inadecuada en el traspaso de la información clínica.
22. El modelo de atención intermedia está poco desarrollado en el territorio. Presta una atención esencial a los pacientes crónicos de edad avanzada, que son usuarios frecuentes del servicio de urgencias, y permite agilizar el drenaje de los pacientes, sin tenerlos que ingresar.

Asimismo, es necesario que el Departamento de Salud y el CatSalut potencien en el territorio las alternativas a la hospitalización convencional (unidades de corta estancia, de subagudos, hospitales de día, unidades de diagnóstico rápido u hospitalización a domicilio) para contribuir a la optimización del uso de las camas del hospital y facilitar el drenaje del servicio de urgencias.

Monitorización del proceso asistencial y de atención a las urgencias

23. Es necesario homogeneizar los circuitos de recogida de datos del CMBD-UR en los dispositivos hospitalarios de urgencias y adecuarlos a las previsiones del manual de notificación de este registro, en todos los casos, para obtener datos asistenciales y administrativos homogéneos y de calidad. El papel del CatSalut en este objetivo es capital, así como en la difusión y mejora de las incidencias detectadas en las auditorías realizadas.
24. La Directiva 2016/1148 sobre ciberseguridad define la seguridad de las redes y los sistemas de información como la capacidad que tienen de resistir, con un nivel determinado de fiabilidad, toda acción que comprometa la disponibilidad, la autenticidad, la integridad o la confidencialidad de los datos almacenados, transmitidos o tratados, o los servicios correspondientes ofrecidos por estas redes y sistemas de información o accesibles a través de estos. El ICS debería resolver las recomendaciones y disconformidades detectadas en el informe de auditoría sobre la certificación del Esquema Nacional de Seguridad.

Respuesta a las situaciones de necesidad social y vulnerabilidad

25. Es necesario que el ICS trace planes específicos para la atención urgente y continuada de los pacientes con necesidades específicas, como la población pediátrica, las personas con enfermedades oncológicas, las personas de edad avanzada, con criterios de fragilidad o cronicidad, personas con enfermedades mentales y aquellas institucionalizadas en residencias, cuya situación condiciona el triaje, la valoración integral, la toma de decisiones y las infraestructuras físicas de atención.
26. El abordaje de las necesidades sociales de los servicios de urgencias del HUAV debe incluir la mejora de los tiempos de estancia de los pacientes en estos dispositivos, la elaboración de protocolos consensuados de intervención integrada social y sanitaria y la capacidad de activación de los recursos.

Toma de decisiones informada

27. Los cuadros de mando del CatSalut y el ICS deben ser comunes y estar disponibles para todos los dispositivos de urgencias del territorio, con información a tiempo real, que integre datos clínicos, asistenciales y administrativos, fieles y verificados con los circuitos asistenciales de los centros proveedores, de acceso común. Su diseño debería incluir indicadores de saturación, disponibilidad de recursos, predicción de demanda y calidad asistencial, además de los de actividad y temporales, para una toma de decisiones informada y la mejora de la gestión y la adecuación de la organización y la oferta de recursos.
28. El COUE territorial ha de velar por la vinculación entre el acceso al cuadro de mando, y la implementación de los planes de actuación y contingencia, además de cumplir con la función difusora y facilitadora en los territorios sobre su conocimiento e implementación.

Evaluabilidad

29. Una política pública debe contar con indicadores que den cuenta de aquellos aspectos más críticos para su funcionamiento y que difundan resultados únicos, con valores de referencia asociados. Esto permite hacer un seguimiento y evaluar una política en distintos momentos y desde las perspectivas necesarias para tomar decisiones, contando con información actualizada y precisa, en cuanto a las necesidades, los recursos, las actividades, los resultados (*outputs*) o los cambios generados (*outcomes*).

Los indicadores diseñados por la Administración sanitaria deben ser relevantes, específicos, medibles, realistas, pertinentes y delimitados en el tiempo, además de evitar incentivos perversos.

30. Es imprescindible que se resuelvan las debilidades en la calidad y la homogeneidad de los datos registrados en el CMBD-UR para que el Módulo de indicadores de atención urgente del CatSalut (MSIQ) aporte información veraz y comparable.
31. El HUAV debería trabajar en la elaboración de un plan de calidad orientado a establecer las dinámicas organizativas necesarias para obtener la conformidad con los requisitos del servicio prestado al usuario. Los ejes de esta política tendrían que incluir el nivel de calidad de los servicios; la racionalización de los recursos existentes para lograr la eficiencia del servicio; actividades formativas de los profesionales; el diseño de procesos para la implementación de acciones correctivas y para la mejora continua; valores de la alta dirección; los compromisos del equipo humano, o el cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios y los de las diferentes partes interesadas, entre otros.

Información al paciente y ejercicio del derecho a reclamar

32. Conviene que el CatSalut elabore un registro único de quejas, sugerencias y reclamaciones, con conexión en línea por parte de los centros proveedores, dado que unificaría y daría información más ajustada y a tiempo real a todos sus usuarios, también para la toma de decisiones sobre la mejora de la gestión.

Por otro lado, los tiempos de espera en la atención urgente y los tiempos de drenaje de los pacientes son problemas manifestados por los pacientes, pero hay que repensar y ampliar la codificación de las tipologías de reclamaciones en el ámbito de los servicios de urgencias hospitalarias, que ahora mismo es muy generalista.

Resultados de la atención hospitalaria urgente

33. Los resultados obtenidos en la encuesta PLAENSA elaborada por el CatSalut, de satisfacción de los usuarios del servicio de urgencias, deberían considerarse en la evaluación y la introducción de aspectos de mejora en la gestión, e incorporarse a los planes de calidad de la entidad.

Seguimiento, evaluación y difusión de los objetivos estratégicos

34. La comunicación por parte del CatSalut es un elemento clave de mejora para dar a conocer todo el proceso de evaluación y, especialmente, de sus resultados, dado que facilita la mejora en la toma de decisiones de las administraciones. La forma en que se comunican las evaluaciones y las evidencias que generan es clave para incrementar las posibilidades de mejora de las políticas públicas y, consecuentemente, para beneficiar a la ciudadanía, además de contribuir a un ejercicio de transparencia, rendición de cuentas y democracia por parte de los organismos públicos.

35. La evaluación anual del Plan estratégico territorial hecha por el ICS debe contar con el apoyo y la evidencia suficientes que justifiquen el grado de consecución de las varias acciones, en cualquier momento.
36. En cumplimiento del artículo 12 de la Ley 19/2014, de 29 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, la Administración debe publicar las auditorías que realice de la evaluación de la calidad de los servicios públicos y poner en marcha las acciones correctoras pertinentes. La información publicada ha de ser accesible, comprensible, estructurada y susceptible de ser reutilizada, de acuerdo con lo que recomienda el Tribunal de Cuentas en su Guía sobre el principio de transparencia, aprobada en enero de 2024.

5. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN

5.1. ¿LOS INSTRUMENTOS DISPONIBLES PERMITEN DIMENSIONAR Y DISTRIBUIR LOS RECURSOS HUMANOS SANITARIOS SEGÚN LAS NECESIDADES ASISTENCIALES DE LA POBLACIÓN?

5.1.1. ¿Ha diseñado el Gobierno un plan estratégico en el que se enmarquen la atención a las urgencias en Cataluña y los agentes implicados y se identifiquen las necesidades de atención y ha informado e involucrado a las partes interesadas?

En el marco del Plan de salud de Cataluña para el período 2016-2020 y la Carta de derechos y deberes de la ciudadanía, el Departamento de Salud y el Servicio Catalán de la Salud, siguiendo el mandato del Plan de Gobierno, consideró la necesidad de ordenar la atención continuada y urgente en Cataluña como una prioridad estratégica.

La herramienta para dar respuesta a este mandato fue el Plan nacional de urgencias de Cataluña (PLANUC), elaborado por un comité de expertos⁹ y publicado en 2017, que propuso un proceso de transformación de la red profundamente complejo, por la multiplicidad de actores que intervienen, y obligatoriamente progresivo, por la necesidad que implica de reorientar los dispositivos que la integran, con un único objetivo: asegurar una atención continuada y urgente equitativa y de calidad, adaptada a las necesidades de salud de las per-

9. La metodología de elaboración del PLANUC parte del trabajo del comité de expertos del Plan director de urgencias, formado por más de 40 profesionales que abordaron varios ámbitos de trabajo. También colaboraron representantes del mundo local, proveedores, entidades de pacientes y asociaciones de vecinos y de usuarios, mediante un proceso participativo, y grupos focales con profesionales del SEM para evaluar la puesta en marcha del transporte sanitario integrado.

sonas, mediante una red de atención integrada, accesible y resolutive, liderada por profesionales, que sitúe al ciudadano en el centro del sistema.

Los elementos objetivos que conformaban el núcleo de este plan, pues, fueron la equidad y la ordenación territorial; la adecuación de los procesos y dispositivos asistenciales; la mejora de la calidad del proceso de atención continuada y urgente; el liderazgo profesional, y la información al ciudadano. Para dar respuesta a estos objetivos y a las necesidades del conjunto del sistema, el PLANUC se estructuró en 10 grandes ejes de intervención que previeron el despliegue de un total de 30 acciones:

1. Atención en el dispositivo más adecuado: para unos servicios sanitarios resolutivos en el tiempo óptimo.
2. La atención primaria en la comunidad como primer nivel de atención.
3. Las emergencias y la coordinación de los dispositivos hospitalarios para la atención del paciente crítico.
4. La atención urgente hospitalaria: proceso de atención, organización y drenaje.
5. Planes específicos para pacientes con necesidades específicas.
6. La atención urgente y la atención integrada social y sanitaria.
7. Organización territorial y coordinación de dispositivos y recursos.
8. Sistemas de información.
9. Los profesionales como principales garantes de una atención de excelencia.
10. Empoderamiento de la ciudadanía.

Uno de los instrumentos de planificación de las actuaciones previstas en el PLANUC, para dar respuesta a las necesidades asistenciales en el ámbito de las urgencias, es disponer de planes de contingencia territoriales. Los planes de acción territorial son, pues, la concreción territorial de las acciones que habrá que desarrollar a medida que pueda aumentar la presión asistencial, y realizan una descripción de los recursos territoriales, la organización territorial, la actividad y las diferentes actuaciones que se prevé realizar, cuya aprobación corresponde a los comités operativos de urgencias y emergencias (COUE).¹⁰

En el territorio de Lleida, la creación de la Gerencia Territorial del ICS en Lleida en 2009 dio lugar a la elaboración de un marco estratégico y plan de actuación de manera colaborativa, con la incorporación de nuevos objetivos. Un tiempo después, en 2012, siguiendo el encargo del Departamento de Salud de establecer sinergias entre GSS y el ICS, la Gerencia Territorial del ICS en Lleida, la Gerencia de GSS y la Gerencia Territorial de L'Alt Pirineu i Aran pasaron

10. De acuerdo con el eje 7 del PLANUC, los COUE están formados por representantes de los diferentes proveedores que intervienen en el proceso de atención a las urgencias del territorio (hospitales, centros de atención primaria, centros sociosanitarios y SEM), y deben actuar como órganos de ordenación, integración y gestión de los servicios de urgencias en el territorio. Los COUE estaban ya constituidos en algunos territorios desde hacía años, aunque sus objetivos, funciones, composición y actividad son muy heterogéneos.

a ser ocupadas simultáneamente por la misma persona, lo que condujo a adoptar decisiones estratégicas comunes.

Esta trayectoria de coordinación y dirección estratégica se concretó en varios instrumentos de planificación territorial, en concordancia también con las propuestas estratégicas del Plan de salud de Cataluña en el territorio de la Región Sanitaria de Lleida. Así, en abril de 2023 el Comité de Dirección Territorial aprobó el Plan estratégico territorial 2022-2025, adaptando sus objetivos a la realidad y las necesidades inherentes de la región.

Este plan se desplegó en 10 líneas estratégicas y 42 objetivos que incluían varias acciones, con ejes centrados en la consolidación de una contabilidad analítica, sistemas de reconocimiento de profesionales en recursos humanos o la coordinación entre la atención primaria y hospitalaria:

1. Evaluación y transparencia mediante los sistemas de información.
2. Potenciación de la gestión de personas.
3. Promoción de la mejora continua y la cultura en calidad y seguridad de los pacientes.
4. Renovación tecnológica y despliegue del plan de espacios.
5. Desarrollo del modelo de cronicidad/complejidad con el liderazgo de la atención primaria.
6. Integración de servicios y enfoque a la transversalidad.
7. Promoción de la comunicación interna y externa dirigida a los profesionales y a la ciudadanía.
8. Potenciación de la gestión de la investigación.
9. Promoción de la docencia y la gestión del conocimiento.
10. Impulso de la innovación en el territorio.

Así pues, en este marco de planificación estratégica, organización territorial y coordinación de los recursos de la atención urgente conviven:

- El Departamento de Salud, responsable de la planificación sanitaria según las necesidades generales y de los territorios.
- El Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), ente instrumental público del Departamento de Salud, responsable de la distribución, el despliegue y la coordinación de recursos para hacer frente a estas necesidades y garantizar el acceso universal, equitativo y de calidad a los servicios sanitarios a toda la ciudadanía. Se articula en una organización central, donde se toman decisiones que afectan al conjunto del territorio, y una organización por regiones sanitarias que tienen, entre otras atribuciones, la adaptación, la coordinación y el despliegue de estas decisiones a las particularidades y necesidades de cada territorio.

El CatSalut coordinó la redacción del PLANUC junto con el Departamento de Salud, y se ha dotado de comités operativos territoriales, constituidos por profesionales sanitarios, que colideran y se corresponsabilizan del buen funcionamiento del sistema sanitario.

- El ICS, como empresa pública que lidera la Gerencia Territorial de Lleida y el despliegue de los planes estratégicos territoriales, en el marco de la alianza estratégica formalizada con la empresa GSS (CatSalut). Es responsable también de la gestión de los servicios asistenciales de atención continuada y urgente que presta el HUAV.

En relación con este marco de planificación estratégica y de organización territorial la Sindicatura ha constatado estos aspectos:

- Hay debilidades importantes en el marco de gobernanza, dado que se ha observado que la implementación territorial de las acciones y estrategias en el ámbito de la atención urgente se ha diluido o no se ha desarrollado con la misma concreción y precisión que se definía en el marco nacional.

En este sentido, el Plan territorial no desarrolla algunos de los ejes prioritarios establecidos en el Plan de salud y en el PLANUC, ni tampoco refleja algunos de sus hitos más importantes. Algunos ejemplos importantes de esta falta de despliegue son los relacionados con los objetivos en tiempo de espera o de derivación; la optimización de camas; la reducción de la saturación; los indicadores de triaje y calidad del servicio; plan de recursos humanos para los profesionales de atención continuada y urgente y dimensionamiento de los dispositivos; apoyo al desarrollo de la especialidad de medicina de urgencias y desarrollo de las responsabilidades de los profesionales de los dispositivos de urgencias y emergencias, o los circuitos de derivación y coordinación con la atención intermedia y primaria de salud.

- El despliegue de las acciones de planificación estratégica, ni en el marco nacional (PLANUC), ni en el ámbito territorial (Plan de salud y Plan estratégico territorial de la Región Sanitaria de Lleida), no cuenta con un sistema robusto de indicadores que rinda cuentas de los aspectos más críticos de su funcionamiento. No existen sistemas de información estructurados que establezcan de manera clara y precisa indicadores de implementación o de resultados, ni sus valores o umbrales de referencia, de forma que, para las acciones que despliegan los objetivos estratégicos, no se han fijado metas concretas a alcanzar en ninguna de estas dimensiones.

En el eje 8 del PLANUC se proponían indicadores de saturación, predicción de demanda o de calidad que no se han concretado en la planificación estratégica territorial, ni tampoco, por lo tanto, en los cuadros de mando del HUAV.

- Los comités operativos territoriales de urgencias y emergencias (COUE) existen en una parte del territorio, pero su rol, grado de proactividad, participación y representatividad es muy variable. En el territorio de Lleida solo se reunió en 3 ocasiones en 2022, en los meses de noviembre y diciembre. En estas reuniones no estuvo presente ningún miembro

en representación de la Gerencia Territorial del ICS y se abordaron principalmente aspectos relacionados con el Plan integral de urgencias de Cataluña (PIUC) vigente.

Al cierre del ejercicio 2023 este comité territorial no disponía de indicadores de seguimiento de la actividad, no había desplegado cuadros de mando con información adecuada para la toma de decisiones, ni había realizado auditorías de calidad del servicio prestado en el territorio en el ámbito de la atención urgente y continuada, tal como establece el PLANUC.

- No se promueve ni se ha institucionalizado la cultura de la evaluación y no se ha implicado suficientemente a las partes interesadas en la implementación de los planes estratégicos.

Los responsables de la Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias y Emergencias (SOCMUE) entrevistados han manifestado que, a pesar de participar en el diseño inicial del PLANUC, han sido escuchados en pocas ocasiones y no han participado en las evaluaciones del despliegue de este plan. La comunicación con el Departamento de Salud es escasa y las propuestas que han trasladado a las administraciones responsables de la planificación estratégica durante los años posteriores a la aprobación del plan no han sido consideradas.

Los responsables de los servicios asistenciales de urgencias del HUAV y la SOCMUE, como partes interesadas, no son conocedores de los resultados de la auditoría que se hizo del PLANUC en 2021, ni tampoco conocen otras herramientas habilitadas con indicadores esenciales para tomar decisiones de manera informada.

5.1.2. ¿Existe un plan funcional para ordenar la estructura de recursos humanos del hospital y dimensionar el dispositivo, de acuerdo con las previsiones del Plan estratégico?

El eje 9 del PLANUC ponía a los profesionales asistenciales en el centro de la atención prestada a la población, como garantes de una atención de excelencia. En el ámbito de los servicios sanitarios, los entornos laborales favorables se asocian a mejores resultados clínicos, más eficiencia y más satisfacción de los profesionales.

Las acciones estratégicas previstas para el desarrollo de este eje eran 4:

- a) la mejora de accesibilidad a una información fiable, integral y universal, entre las cuales se incluye como fuente el CMBD-UR;
- b) la elaboración de un plan de recursos humanos para los profesionales de atención continuada y urgente y dimensionamiento de los dispositivos;

- c) el apoyo al desarrollo de la especialidad de medicina de urgencias y emergencias, y de la especialidad de enfermería de urgencias y emergencias,
- d) y el desarrollo efectivo de responsabilidades de los profesionales de los dispositivos de urgencias y emergencias.

Los planes de ordenación de recursos humanos constituyen el instrumento básico de planificación global de estos recursos dentro de del servicio de salud. De acuerdo con lo que establece el artículo 13 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, deben especificar los objetivos que se han de conseguir en materia de personal y los efectivos y la estructura de recursos humanos que se consideren adecuados para cumplir los objetivos, y pueden establecer las medidas necesarias en materia de cuantificación de recursos, programación del acceso, movilidad geográfica y funcional, y promoción y reclasificación profesional.

El HUAV no cuenta con un plan de ordenación de recursos humanos (PORH) propio, sino que la planificación de los recursos humanos del centro se incluye en el marco del PORH del ICS, consensuado en la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad y aprobado por el Consejo de Administración del ICS el 10 de marzo de 2022, con vigencia hasta diciembre de 2026.

A partir de esta ordenación del personal, el sistema de evaluación de competencias de los profesionales del HUAV, que determina sus retribuciones variables, precio, por un lado, la asignación de un 40% de estas retribuciones en función del cumplimiento de un acuerdo general de gestión del hospital y, por otro lado, el 60% restante, sometido a la evaluación de determinadas competencias específicas.

El acuerdo mencionado de gestión del centro solo incluye 2 objetivos vinculados a los circuitos asistenciales de urgencias, en concreto de enfermería, mientras que el resto de los objetivos sometidos a evaluación en el ámbito de la unidad productiva de urgencias tienen también carácter general, como el uso de aplicaciones informáticas, la revisión o complementación de protocolos, el cumplimiento de circuitos y documentos internos del servicio o la asistencia a cursos de formación, sin valorar su aprovechamiento.

Así pues, a partir del análisis del marco de ordenación de recursos humanos del HUAV la Sindicatura ha constatado estos aspectos:

- Aunque se trata de un instrumento de carácter potestativo, los planes de ordenación de recursos humanos constituyen un instrumento clave para dimensionar plantillas y para establecer medidas excepcionales. Dado que el plan de aplicación ha sido definido en el ámbito del ICS, algunos datos clave no constan desagregados en el ámbito del HUAV ni responden a las particularidades del territorio y, por lo tanto, el centro no cuenta con esta herramienta al analizar las necesidades de personal o de hacer previsiones sobre los sistemas de organización del trabajo.

- La Relación de puestos de trabajo del HUAV vigente en 2022 fue aprobada por el ICS en 2018, con una definición genérica de puestos que no tenía en cuenta las unidades productivas de los trabajadores. En el caso del servicio de urgencias, no constaban definidos los puestos de mando (coordinación y supervisión), la forma de provisión de los puestos, la jornada laboral o dedicación específica, la titulación, las funciones, las responsabilidades asignadas ni las retribuciones.
- La ausencia de la especialidad de medicina de urgencias hasta la fecha de la fiscalización ha tenido como consecuencia una formación irregular y heterogénea de los médicos que desarrollan su actividad en los dispositivos de urgencias. En el caso de enfermería, y atendidas las peculiaridades de la formación, las tareas, responsabilidades y competencias que tiene el ejercicio de esta profesión en los dispositivos de urgencias, requería el desarrollo específico de la especialidad.

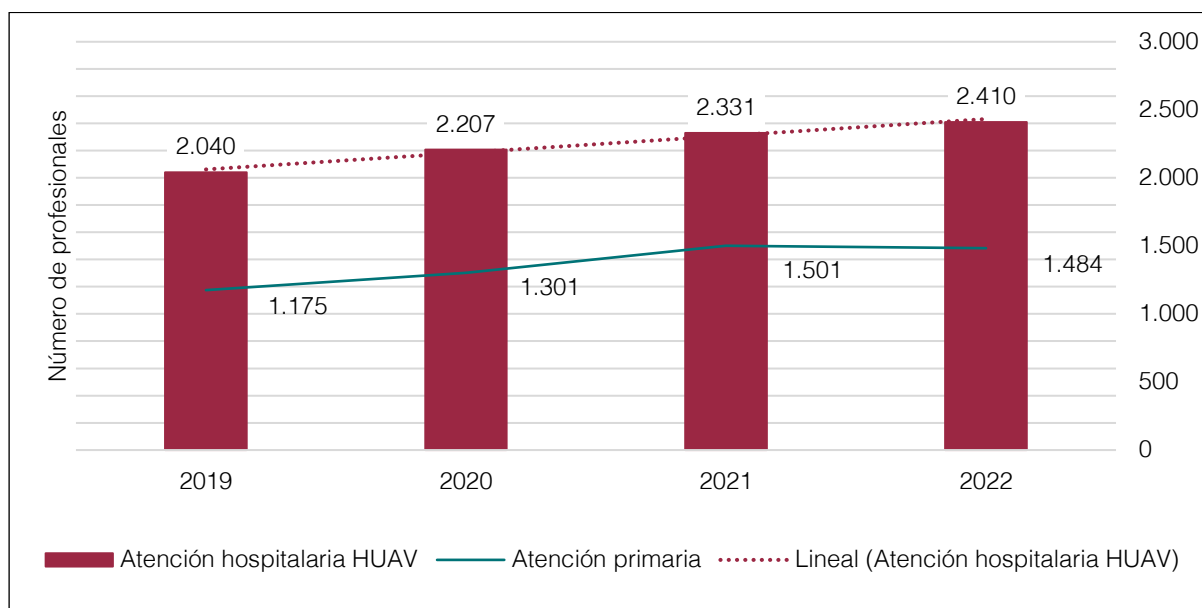
A fecha de la redacción del presente trabajo de fiscalización no se había alcanzado la meta de una formación adecuada y reglada para la prestación de atención urgente de los profesionales de medicina y enfermería. En este sentido, en julio de 2024 el Consejo de Ministros aprobó la nueva especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias en el Estado español, aunque queda pendiente todavía la de enfermería.

- Los aspectos destacados en los puntos anteriores afectan al diseño de la evaluación del rendimiento de los profesionales, que debe partir de la planificación estratégica.

En este sentido, el HUAV no ha establecido un marco de valoración objetiva, teniendo en cuenta los recursos, objetivos y resultados de los profesionales que integran la unidad asistencial de urgencias, y no ha definido objetivos ni indicadores que evalúen las competencias individuales de estos profesionales. No hay, por ejemplo, indicadores de evaluación vinculados a la gestión asistencial o al proceso de drenaje de los pacientes, o de aspectos cualitativos de la prestación del servicio.

5.1.3. ¿Es adecuada la estructura organizativa de los dispositivos asistenciales de urgencias a la demanda asistencial del centro, en términos de recursos y organización?

El crecimiento de profesionales asistenciales en el territorio de Lleida en el período comprendido entre el año 2019, antes de la pandemia de la covid-19, y el año 2022 fue del 18,1% en el ámbito de la atención asistencial hospitalaria del HUAV, y del 26,3% en el ámbito de la atención asistencial primaria:

Gráfico 1. Profesionales dedicados a la actividad asistencial, territorio de Lleida. Período 2019-2022

Fuente: Memoria de la Gerencia Territorial de Lleida, 2022.

En este marco asistencial de recursos humanos, en 2022 los recursos humanos adscritos al servicio de urgencias del HUAV, en términos de jornada equivalente, era de 222,6 efectivos: 16 en el Servicio de Admisiones;¹¹ 28 en el Servicio de Medicina de Urgencias, y 178 en los Servicios Generales de Urgencias.¹² Los turnos de jornada ordinaria¹³ de estos profesionales daban cobertura asistencial en horario de mañana, tarde y noche, además de incluir la dedicación de un máximo de 40 horas anuales a formación.

11. El Servicio de Admisiones del SUH del HUAV era propio y diferenciado de las admisiones hospitalarias, y funcionaba las 24 horas de los 365 días del año.

12. Los Servicios Generales de Urgencias incluyen al personal que hace el triaje de pacientes, realizado por profesionales de enfermería que no se dedican a ello de forma exclusiva. En el año 2022 había 75 enfermeros habilitados para las tareas de triaje, a razón de 2 profesionales por cada turno de mañana (8 h - 15 h) y de tarde (15 h - 22 h), y 1 en el turno de noche (22 h - 8 h). Se ubicaban en 2 consultas, una para los pacientes que acceden a pie por la puerta de la sala de espera, después de admisiones, y la otra para los pacientes que llegan en ambulancia.

13. Los turnos de jornada ordinaria en el HUAV en el año 2022 eran:

- Facultativo: turnos de 7 horas de mañana o tarde o turnos de 12 h de día (de 8 h a 20 h) y 12 h de noche (de 20 h a 8 h).
- Personal asistencial (DUI, aux. enfermería): turnos diurnos de 7 horas (de 8 h a 15 h y de 15 h a 22 h) y turno nocturno de 10 horas en días alternos (de 22 h a 8 h del día siguiente). También había un turno de 10 h a 17 h y de 17 h a 00 h.
- Personal de gestión y servicios: turnos diurnos de 7 horas (de 8 h a 15 h y de 15 h a 22 h) y turno nocturno de 10 horas en días alternos (de 22 h a 8 h del día siguiente).

Esta cifra de profesionales presentaba un incremento del 21,5% respecto a los recursos humanos que estaban adscritos en 2019, 183,19 en términos de jornada equivalente, bastante en línea con el crecimiento de los profesionales asistenciales del territorio:

Cuadro 1. Plantilla de recursos humanos adscrita a los servicios de urgencias. Ejercicio 2022

Categoría profesional	Admisión de urgencias		Medicina de urgencias		Urgencias generales		TOTAL	
	Plantilla equivalente	Retribuciones	Plantilla equivalente	Retribuciones	Plantilla equivalente	Retribuciones	Plantilla equivalente	Retribuciones
Facultativos especialistas. Medicina fam. comunitaria			15,0	1.379.702			15,0	1.379.702
Facultativo especialistas. Medicina interna.			4,0	433.653			4,0	433.653
Facultativos especialistas. Microbiología			1,0	32.655			1,0	32.655
Médico (Ley 44/2003)			7,9	176.389			7,9	176.389
Graduado en Enfermería					90,2	3.567.134	90,2	3.567.134
Trabajador social					1,0	40.378	1,0	40.378
Auxiliar de enfermería					65,4	1.544.009	65,4	1.544.009
Auxiliar administrativo	14,4	371.785			1,0	24.898	15,4	396.683
Administrativo	2,0	73.898					2,0	73.898
Celador					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
Coste Seguridad Social								2.125.678
Total coste de urgencias								10.238.954

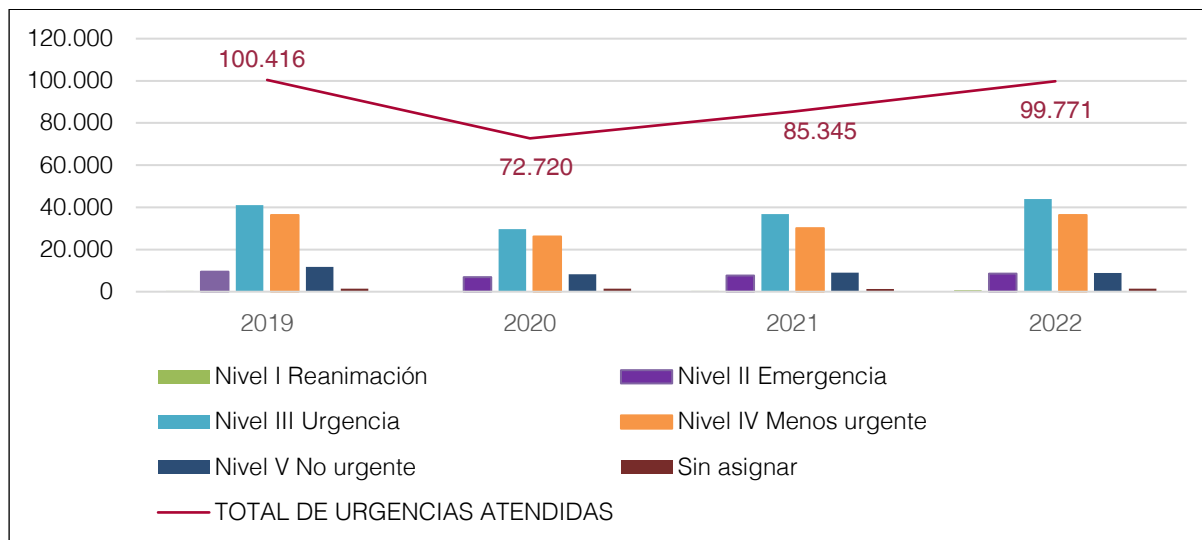
Fuente: Dirección de Personas y Desarrollo Profesional, HUAV

El personal adscrito a los servicios de urgencias del HUAV tiene una dedicación a jornada completa en este servicio, dentro de los turnos de jornada establecidos, además de pasar por él, para interconsultas, otros facultativos especialistas del resto de los servicios del hospital, a solicitud del servicio de urgencias. La estructura de mando incluía 1 jefe de servicio, 1 coordinador de urgencias y 2 jefes de sección, además de un profesional referente de enfermería del servicio de urgencias.

De acuerdo con la información facilitada por los responsables de recursos humanos del HUAV, el índice de absentismo del personal adscrito al servicio de urgencias fue del 5,92% en el año 2022, muy cerca del índice de absentismo de la media de la plantilla del HUAV al cierre del año 2021, del 6,39%.

El volumen de actividad asistencial de urgencias que estos profesionales atendieron en 2022 en el HUAV fue de 99.771 urgencias, cifra que presenta una disminución del 0,66% respecto a la cifra de urgencias atendidas en 2019, 100.416. Este decremento debe contextualizarse en el marco del notable descenso de las urgencias atendidas en 2020 por el efecto de la pandemia de la covid-19. La actividad se está recuperando desde ese año con un crecimiento de los contactos de urgencias entorno al 17% anual:

Gráfico 2. Urgencias hospitalarias atendidas, HUAV, período 2019-2022



Fuente: Memoria de la Gerencia Territorial de Lleida, 2022.

El HUAV dispone de un Protocolo de funcionamiento de las urgencias, donde se describe la disposición y el funcionamiento de los recursos estructurales de las urgencias del HUAV y el flujo de tráfico de los pacientes atendidos, con el detalle de los espacios físicos, la tipología de profesionales adscritos y sus funciones, el proceso de la información en el servicio, los circuitos de atención de los pacientes, los controles de ausencias y coberturas mínimas y el acceso al interior del servicio de urgencias por parte de acompañantes y personal ajeno.

En mayo de 2023, en el marco del Plan de medidas de aplicación inmediata que los responsables de urgencias consensuaron ante las carencias y debilidades detectadas en el servicio, este protocolo se actualizó e incorporó, entre otros aspectos, nuevas dotaciones de recursos humanos y estructurales.

El análisis de la estructura organizativa del dispositivo asistencial de urgencias del HUAV ha dado lugar a la constatación de algunos aspectos relevantes:

- La estructura de personal del servicio de urgencias combina personal adscrito al servicio y personal no adscrito (especialistas de planta), pero el hospital no ha definido protocolos internos de regulación de la participación de los especialistas en el servicio de urgencias, cuando estos profesionales son requeridos. De acuerdo con la responsable de la Dirección de Personas, el coste directo de personal adscrito al servicio de urgencias en 2022 era de 10,19 M€, mientras que, según la contabilidad analítica del HUAV, el gasto total imputable fue de 11,22 M€, cifra superior en 1,03 M€, dado que incluye la imputación de la dedicación de otro personal no adscrito directamente al servicio y otros costes imputables.
- No se dimensiona la ratio de personal médico / de enfermería por tramos horarios, ni tampoco la ratio de profesionales facultativos, diplomados en enfermería, técnicos auxiliares de enfermería o residentes, a partir del número de urgencias atendidas.
- La estructura de apoyo conjunto compartida a través de la alianza estratégica suscrita por el ICS y la empresa GSS, adscrita al CatSalut, comprende el apoyo asistencial de urgencias, por un lado, y la coordinación territorial, por el otro. En el marco de esta estructura de gestión conjunta, ambas partes se refacturan cada año la dedicación del personal directivo vinculado a la gestión del Servicio de Urgencias del HUAV, y otras áreas básicas vinculadas a este servicio:

Prestación de servicios conjuntos ICS - Gerencia Territorial de Lleida y GSS. Ejercicios 2021 y 2022

Gastos de personal	Dedicación (%)
Facturación de ICS a GSS	
Gerente territorial	30
Facturación de GSS al ICS	
Dirección Médica	70
Dirección de Recursos Humanos	70
Dirección de Calidad	60

Fuente: Convenio adicional 1 en el Convenio marco de alianza estratégica entre el ICS –Gerencia territorial de Lleida y L'Alt Pirineu i Aran– y la empresa pública GSS, adscrita al CatSalut, marzo de 2022.

Así pues, los puestos de dirección estratégica del HUAV en el año 2022 –la Dirección Médica, la Dirección de Personas y la Dirección de Calidad Territorial– los ocupaba personal con dependencia orgánica de GSS (CatSalut), y no del ICS, mientras que la Gerencia Territorial de Lleida, que depende orgánicamente del ICS, prestaba servicios también a GSS. En todos los casos, los profesionales de estos puestos de mando prestaban apoyo territorial, ocupando el mismo puesto en el Hospital Comarcal del Pallars y en el Hospital Universitario Santa Maria, tal y como lo hacía el director económico y financiero, que prestaba servicio conjunto en los 3 centros hospitalarios.

Esta estructura constituye un proyecto de gestión compartida entre centros que forman parte del sistema sanitario público, regulado en la disposición adicional octava de la Ley 3/2015, de 11 de marzo, de medidas fiscales y financieras. Aun así, hay algunos aspectos de esta alianza estratégica que habría que observar y mejorar, dado que afectan a la prestación de servicios conjuntos: por un lado, el cumplimiento de las obligaciones de transparencia y rendición de cuentas de los profesionales a las entidades que integran esta alianza, y, por el otro, la obligatoriedad de cumplir con la normativa de incompatibilidades y de publicar las retribuciones de las compatibilidades autorizadas.

- El control financiero que la Intervención Adjunta para el Control de las Entidades Sanitarias hizo de la Gerencia territorial del ICS en Lleida, referida al año 2022, puso de manifiesto, entre otras conclusiones del ámbito de personal, la existencia de 3 contratos de alta dirección para los cuales no se motivó el procedimiento de selección de los candidatos contratados.

De estos contratos, 2 fueron suscritos en el año 2022 para la provisión de los puestos de la Dirección del HUAV y de la Gerencia Territorial de Lleida, mientras que el tercer contrato regulaba la vinculación laboral de la Dirección Económico-Financiera del centro, puesto para el que no estaba prevista esta relación laboral de carácter especial.

- No se ha diseñado un programa de formación continuada y específica que desarrollara las competencias de los profesionales adscritos al servicio de urgencias, ni la Sindicatura ha podido conocer a qué cursos concretos habían asistido, o con qué aprovechamiento lo habían hecho, a partir de los datos facilitados por el registro de la unidad de formación del HUAV.
- Algunos perfiles profesionales relevantes no estaban cubiertos en el servicio de urgencias del HUAV, o no lo estaban en todos los turnos del servicio. Como ejemplos, no se disponía de profesionales de apoyo en geriatría; farmacéutico en forma presencial; profesionales que hicieran la tarea de mediación intercultural, enfermero gestor de espacios (figura implementada en el año 2023, con una muy buena valoración de acuerdo con lo que manifestaron los responsables de urgencias), ni profesionales de psiquiatría en cada turno, ni cada día de la semana.
- Entre los 75 profesionales de enfermería que realizaban los trabajos de triaje de los pacientes de urgencias, 19 eran trabajadores fijos del centro (25,3%), 26 eran personal interino (34,7%) y 30 eran trabajadores de carácter temporal por refuerzo (40%).

La temporalidad predominaba, pues, en la vinculación laboral de los profesionales de enfermería que realizaban el triaje en el HUAV en el año 2022 (56 trabajadores, el 74,7% del total). De entre ellos, 28 profesionales tenían una antigüedad igual o inferior a 5 años.

- En el año 2022 un total de 106 residentes realizaron guardias de presencia física en el servicio de medicina de urgencias. El volumen aproximado de horas realizadas fue de 36.000, por las que el HUAV pagó 561.443 €.

El Protocolo de supervisión del residente en urgencias, aprobado por la Comisión de Docencia del HUAV en cumplimiento del artículo 15.5 del Real decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, establece unas dotaciones mínimas de personal residente, por turno de guardia, y una frecuencia preceptiva de guardias mensuales, en función del año de residencia, que la Sindicatura ha comprobado que no se cumplía en determinados meses.

A finales de 2022, y en cumplimiento de este protocolo, el HUAV realizó encuestas a un conjunto de 37 residentes para valorar su práctica laboral en el centro. Algunos de los puntos que los encuestados destacaron como susceptibles de ser mejorados en el servicio de urgencias fueron la falta de supervisión de presencia física en el turno de guardia o el incumplimiento de la ratio pactada de supervisión; la formación recibida en el ámbito de urgencias; la firma de documentos del proceso asistencial sin la debida supervisión, o la falta de descanso después de turnos de guardia de 24 horas.

- Tal como consta en el Plan de ordenación de recursos humanos del ICS vigente en 2022, el HUAV tenía un total de 2 profesionales de enfermería y 79 facultativos especialistas en régimen de pluriempleo. De acuerdo con la información facilitada por el área de recursos humanos del hospital, solo 2 de ellos estaban adscritos al servicio de urgencias y tenían autorizada una segunda actividad como formadores en la Universidad de Lleida.

De las cifras suministradas la Sindicatura considera que no son coherentes con el total de facultativos que se encontraban en este régimen en el HUAV, y que podrían estar realizando otras actividades asistenciales, públicas o privadas, las cuales requerirían también la autorización de compatibilidad del centro.

- En la auditoría de implementación del PLANUC que se hizo en el año 2021, los responsables de coordinación del servicio de urgencias del HUAV pusieron de manifiesto algunas carencias respecto a los recursos estructurales del dispositivo de urgencias.

Entre ellas, se hacía referencia a la existencia generalizada de boxes sin separación visual y/o auditiva; la situación frecuente de boxes doblados, que obligaba a hacer uso del pasillo al ubicar a los pacientes en caso de saturación, y aunque el uso de este espacio no está previsto en los protocolos se había registrado en el CMBD-UR; la carencia de camas de semicríticos, que obligaba a situar a los pacientes que requerían vigilancia intensiva en boxes cercanos a los controles de enfermería; un solo box de parada; la falta de cir-

cuitos diferenciados para los trabajadores y los familiares de los pacientes, o la falta de equipo de apoyo al diagnóstico en las áreas de pacientes graves.

- En noviembre de 2022 el Servicio de Urgencias del HUAV redactó un plan de medidas de aplicación inmediata, ante la necesidad de un proyecto de mejora integral del servicio. Entre las debilidades que se destacaron, se citaba la existencia de instalaciones con las mismas funcionalidades en los últimos 15 años y la necesidad de dotarlo de equipos y aparatos adicionales propios del servicio.

5.1.4. ¿La prestación del servicio se ha determinado en términos de economía?

La prestación de servicios del ICS por cuenta del CatSalut se articula por medio de un contrato programa que deberían haber suscrito las partes en cumplimiento del artículo 14 de la Ley 8/2007, de 30 de julio, del ICS, y que en el momento de la fiscalización no se había formalizado.

En ausencia de este instrumento jurídico, ambas partes formalizan cláusulas anuales donde se establecen los precios, parámetros e importes vigentes que percibirá el HUAV como concierto sanitario por la prestación de los servicios asistenciales de hospitalización, urgencias, técnicas, tratamientos y procedimientos específicos, consulta externa, implantes quirúrgicos, y servicios, dispositivos y programas específicos, además de incluir los importes adicionales tramitados mediante resoluciones de la dirección del CatSalut para el ejercicio 2022. Estas cláusulas se suscriben de forma extemporánea, una vez finalizada su vigencia. Aun así, durante el año los centros proveedores del ICS se nutren de las aportaciones que el CatSalut hace mensualmente, vía transferencia corriente al capítulo IV, para financiar los servicios asistenciales prestados.

En el caso del HUAV, la cláusula anual correspondiente al año 2022 se suscribió el mes de marzo de 2023. El importe estipulado en la cláusula por la actividad de urgencias del hospital correspondiente al año 2022 fue de 11,59 M€, además de un importe por el programa adicional destinado a la Absorción de urgencias, de 3,22 M€, que suman un importe total transferido por la actividad de urgencias de 14,82 M€:

Cláusula anual del concierto con el CatSalut, actividad de urgencias. Ejercicio 2022

Triaje	N.º de triajes	Precio triaje	Importe		
	94.000	17,65	1.659.100		
Urgencias atendidas	N.º de urgencias	IRU	Precio unitario medio	Precio unitario	Importe
	90.000	1,1049	99,90	110,38	9.934.156
Suma					11.593.256
Absorción de urgencias					3.222.411
Total					14.815.667

Fuente: Cláusulas adicionales suscritas entre el CatSalut y el ICS (HUAV).

De acuerdo con el detalle que consta en la cláusula, el sistema de pago del CatSalut a los centros proveedores del SISCAT en lo que respecta a la atención urgente hospitalaria viene dado por 2 parámetros vinculados a la actividad asistencial de urgencias: el triaje y la urgencia atendida. Así, en 2022 la contraprestación económica de una urgencia hospitalaria al HUAV quedó determinada por la suma de estos conceptos:

- El triaje de pacientes: en 2022 el CatSalut previó el triaje de 94.000 contactos, a un precio unitario¹⁴ de 17,65 € (1,66 M€).
- Las urgencias atendidas: en 2022 el CatSalut previó la atención de 90.000 urgencias, a un precio unitario de 110,38 € (9,93 M€). Este precio unitario venía determinado por el producto de 2 factores: el factor de ponderación del índice relativo de urgencias (IRU),¹⁵ con un valor de 1,1049, y el precio unitario medio de la urgencia atendida, 99,90 €. Si de la visita del triaje no se derivaba un proceso asistencial, la contraprestación solo incluía el precio unitario medio de la visita de triaje.

En el caso del ICS, a diferencia de lo que sucede con el resto de los proveedores del SISCAT, no se efectúa ninguna regularización de la actividad prestada, de modo que el importe que percibe en concepto de urgencias del HUAV no se corresponde a la actividad efectivamente realizada, sino que es el estipulado en la cláusula. En 2022, el programa de reconocida

14. Los precios unitarios del triaje y de la urgencia atendida se publicaron en la Orden SLD/88/2022, de 22 de abril, por la que se determinan para el año 2022 los precios unitarios para la contraprestación de la atención hospitalaria y especializada.

15. El IRU es un indicador que relaciona el peso medio de la urgencia atendida para todo el sistema con el precio de la urgencia atendida de acuerdo con la complejidad de la actividad registrada, y se actualiza anualmente para cada centro proveedor. Cada urgencia atendida tiene una puntuación de medida de la complejidad, de acuerdo con un indicador australiano (URG, Urgency Related Groups) que se construye con la combinación de 3 variables: diagnóstico de la urgencia; circunstancia del alta de urgencias, y nivel de triaje. Se obtiene un URG medio para cada centro y un URG global para todo el sistema. El IRU es el resultado de la división entre el URG medio de cada centro y el URG medio de todo el sistema.

necesidad denominado “Absorción de urgencias – urgencias extrahospitalarias” supuso una financiación adicional por valor de 3,22 M€.

Por otro lado, en el importe de la facturación del centro proveedor por la actividad de atención urgente prestada hay que tener presente lo que dispone el artículo 83 de la Ley 14/1986, general de sanidad, en el sentido de que no se debe financiar con cargo a fondos públicos del Sistema Nacional de Salud la asistencia sanitaria en los supuestos, asegurados o no, en los que aparezca un tercero obligado al pago. Asimismo, el artículo mencionado establece que las administraciones que hayan atendido sanitariamente a estos usuarios tendrán derecho a reclamar al tercer responsable el coste de los servicios prestados.

De acuerdo con este precepto y para facturar los servicios al responsable de su financiación y pago, el CatSalut aprobó la Instrucción 4/2013, donde se establecen las actuaciones a llevar a cabo en cumplimiento del contrato o convenio con el CatSalut, con relación a la acreditación del derecho de acceso a la atención sanitaria por cuenta del CatSalut mediante la obtención, por parte de las entidades proveedoras de servicios sanitarios, de los datos mínimos obligatorios sobre el origen, causa, contingencia o motivo de la atención sanitaria, en el momento del acceso a la atención o antes del alta o de la finalización de la atención.

Para dar cumplimiento a los procedimientos descritos, el HUAV ha establecido un circuito de resarcimiento de los importes correspondientes a la atención prestada a pacientes de urgencias, cuando hay terceros obligados al pago. En este caso, la recogida de datos para determinar el motivo que genera la asistencia depende del servicio de admisión de urgencias, que recoge los datos administrativos del paciente a su entrada en el circuito de urgencias, mientras que la unidad de facturación es responsable de revisar diariamente todas las urgencias del día anterior, verificar que las asistencias susceptibles de reclamación estén bien identificadas, y recoger toda la documentación necesaria para poder facturar la asistencia correctamente.

De acuerdo con los datos que constan en el CMBD-UR del año 2022, un 3,36% de las urgencias atendidas en el HUAV fueron financiadas por terceros obligados al pago: mutualidades públicas, mutualidades obligatorias, seguros libres y particulares.

El análisis del coste de la prestación del servicio de urgencias en el HUAV ha permitido a la Sindicatura concluir estos aspectos:

- La contraprestación del CatSalut al HUAV por los servicios de atención urgente hospitalaria establecidos en la cláusula adicional suscrita por el ICS —ámbito territorial de Lleida— y el CatSalut en el año 2022, 11,59 M€, se establece sin el amparo de un contrato programa, en contra de lo establecido en el artículo 14 de la Ley 8/2007, del ICS.

De acuerdo con la contabilidad analítica del HUAV y los datos facilitados por su Dirección Financiera, en 2022 los costes directos e indirectos imputables a la actividad de urgencias fueron 16,42 M€, mientras que la financiación recibida del CatSalut fue de 11,59 M€, por

la actividad de urgencias, más 3,22 M€, por programas específicos adicionales, que suma un importe total para el año 2022 de 14,82 M€. Así pues, el déficit de financiación estimado por la actividad asistencial de urgencias del HUAV en el año 2022 fue de al menos 1,61 M€. Por lo tanto, la actividad del servicio de urgencias requeriría más financiación para cubrir su coste de funcionamiento.

- La Dirección Financiera del HUAV nos ha facilitado los costes unitarios estimados de prestación del servicio asistencial de urgencias para cada nivel de triaje (véase el cuadro 4). Si se comparan estos costes con la tarifa única retribuida por el CatSalut, 128,03 € (precio del triaje más la urgencia atendida), resulta que la tarifa retribuida por el CatSalut fue deficitaria para los niveles de triaje de pacientes 1 a 3, el 53,3% de las urgencias que se atendieron en el HUAV en el año 2022.

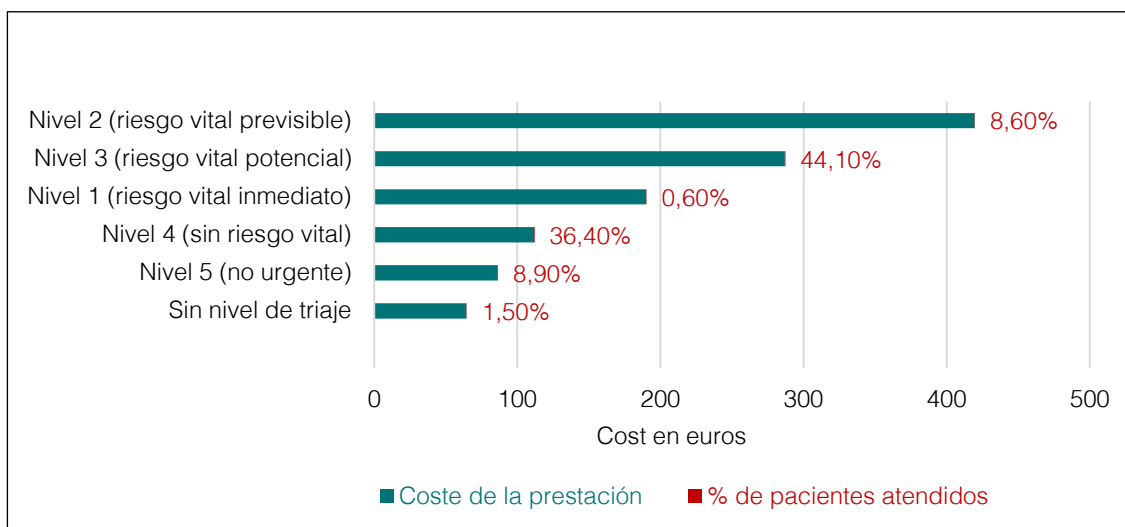
Cuadro 2. Coste de la prestación asistencial urgente. Ejercicio 2022

Nivel de triaje	Coste de la prestación	Pacientes atendidos	Pacientes atendidos (%)
Nivel 1 (riesgo vital inmediato)	190,11	615	0,6
Nivel 2 (riesgo vital previsible)	419,48	8.542	8,6
Nivel 3 (riesgo vital potencial)	287,01	43.987	44,1
Nivel 4 (sin riesgo vital)	111,77	36.294	36,4
Nivel 5 (no urgente)	86,29	8.870	8,9
Sin nivel de triaje	64,38	1.463	1,5
Total	193,17	99.771	100

Fuente: Dirección Financiera HUAV y elaboración propia a partir del CMBD-UR.

Nota: La Sindicatura no ha verificado el escandallo de costes facilitado por la contabilidad analítica del HUAV.

Gráfico 3. Urgencias hospitalarias atendidas. Ejercicio 2022



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección Financiera del HUAV y del CMBD-UR.

- En 2022 el HUAV registró ingresos por 686.354 € de mutualidades, particulares y otros como resarcimiento por la atención prestada a pacientes de urgencias con terceros obligados al pago. En la fecha de realización de los trabajos de auditoría, diciembre de 2023, el importe pendiente de cobro era de 155.452 €, el 13,5% del cual tenía origen en prestaciones realizadas en 2022.
- La Instrucción 4/2013 del CatSalut, por la que se regulan los procedimientos para el resarcimiento de la atención sanitaria a cargo del CatSalut, faculta a esta entidad para el control y la inspección de la información y documentación que considere necesarias en relación con la facturación, para comprobar la correcta atribución de su responsabilidad en la prestación y, en su caso, aplicar los correspondientes descuentos a los importes facturados incorrectamente. Sin embargo, no ha efectuado ningún control de este tipo en el HUAV.

5.2. ¿SE EVALÚA LA DEMANDA ASISTENCIAL URGENTE, LOS FLUJOS EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SU COHERENCIA CON LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL CONTRATADA POR EL CATSALUT?

5.2.1. ¿El grado de utilización de los servicios de urgencias y su evolución es coherente con la actividad prevista por el CatSalut?

La evolución de la demanda de atención urgente está muy condicionada por factores demográficos, como el envejecimiento de la población, por factores socioeconómicos o por las preferencias de los usuarios en el uso de los servicios sanitarios. El Plan estratégico territorial del ICS en Lleida, L'Alt Pirineu i Aran referido al período 2022-2025 partió de un escenario en la Región Sanitaria de Lleida con un índice de envejecimiento del 127,7%; un sobreenvejecimiento de la población del 19,5%, y una ratio de inmigración del 20%, por encima del valor de Cataluña.

En este contexto, en 2022 el CatSalut previó al HUAV el triaje de 94.000 pacientes y la atención de 90.000 urgencias, aunque de acuerdo con los datos registrados en el CMBD-UR, se realizaron efectivamente 98.308:

Cuadro 3. Actividad prevista y actividad prestada. Evolución 2019-2022

Cláusula anual CatSalut	2019	2021	2022	22-19 (%)	22-21 (%)
Triaje	83.545	83.545	94.000	12,51	12,51
Urgencias atendidas	83.545	83.545	90.000	7,73	7,73
Importe cláusula	9.881.703	10.335.352	11.593.300	17,32	12,17
Importe cláusula + programa esp.			14.815.711		
Importe total cláusula anual			165.198.236		
Urgencias atendidas - CMBD-UR	2019	2021	2022	22-19 (%)	22-19 (%)
Urgencias atendidas	100.416	85.345	99.771	(0,64)	16,90
Población asegurada - Lleida	362.580	369.923	373.974	3,1	1,10
Tasa de urgencias atendidas / 1.000 hab.	276,95	230,71	266,79	(3,67)	15,64
Urgencias atendidas / hab.	0,28	0,23	0,27	(3,67)	15,64

Fuente: Elaboración propia, a partir de las cláusulas adicionales suscritas con el CatSalut, el CMBD-UR y el Registro central de asegurados del Servicio Catalán de la Salud.

Nota: El importe de la cláusula corresponde al volumen total de las transferencias corrientes efectuadas por el CatSalut al ICS durante el año 2022. El volumen total anual (165,19 M€) corresponde al importe total de la cláusula del año 2022, por la actividad de atención especializada hospitalaria de agudos contratada.

El crecimiento de las urgencias atendidas, pues, fue superior al del importe de la contra-prestación por parte del CatSalut. El CatSalut palió la infrafinanciación del servicio, derivado de las tarifas pagadas por la actividad prevista mediante cláusulas adicionales de importe fijo que se negocian *ad hoc*, en el marco de las cláusulas anuales de pago. Con todo, el importe de estas cláusulas, vía programa de especial interés, no resultó suficiente para enjugar completamente el déficit, estimado en al menos 1,61 M€ en el año 2022.

La predicción de demanda asistencial de urgencias en el territorio de Lleida también se ve afectada por la actividad que se presta a los pacientes de la Comunidad Autónoma de Aragón, 1.680 pacientes en 2022.

La financiación de la atención a estos pacientes se encuentra articulada en el marco del convenio administrativo formalizado entre los gobiernos de las comunidades autónomas de Cataluña y Aragón en abril de 2005, renovado en agosto de 2018, que regula la coordinación en materia de asistencia sanitaria y la coordinación de los dispositivos necesarios, de los pacientes de las zonas limítrofes¹⁶ de ambas comunidades.

16. Comprende 37 municipios de Cataluña y 46 municipios de la Franja de Aragón.

Del trabajo realizado, la Sindicatura ha constatado:

- La toma de decisiones en la planificación de los recursos y la actividad del territorio no está suficientemente informada y no se dispone de indicadores de predicción de demanda para determinar y actualizar las estimaciones de afluencia de pacientes. Este hecho no contribuye al ajuste entre la oferta y la demanda del servicio, ni a minimizar la saturación que puede sufrir en determinados períodos, finalidad a la que tampoco han contribuido los COUE del territorio, en contra de lo previsto en la acción 25.^a del PLANUC.
- En 2022 el HUAV facturó el importe de 11,53 M€ por toda la atención asistencial prestada a los pacientes de los municipios de la Franja de Aragón, importe que incluye los pacientes atendidos en urgencias, que representaron el 1,7% del total de las urgencias atendidas. Esta atención no contaba con un marco legal vigente, puesto que la vigencia de la actualización del convenio entre ambas comunidades autónomas formalizada en agosto de 2018 había finalizado en agosto de 2022, sin prórroga expresa.
- El artículo 31 del Decreto 118/2014, de 5 de agosto, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud, donde se regula la contraprestación por resultados en los centros proveedores de servicios, establece que los objetivos del pago por resultados deben estar relacionados con los ejes estratégicos del Plan de salud de Cataluña, fundamentalmente con la atención a la cronicidad, la accesibilidad y la capacidad de resolución del sistema, y han de estar dirigidos a incentivar la mejora de la calidad y la eficiencia de la prestación de servicios y la autonomía clínica de sus profesionales. Con esta finalidad, estos objetivos deben tener en cuenta los sistemas de información y las diferentes dimensiones de la atención sanitaria: accesibilidad, resolución, coordinación/integración, eficiencia, seguridad y satisfacción.

Por el contrario, los servicios de urgencias del HUAV no cuentan con indicadores o valores de referencia que permitan evaluar los circuitos de derivación entre distintos dispositivos, o la coordinación y continuidad de la atención entre servicios en el territorio, que contribuyan a lograr un mejor grado de accesibilidad y una resolución en el nivel y recurso asistencial más adecuado. Los 3 únicos indicadores que el CatSalut ha establecido en las cláusulas anuales de pago, vinculados a la actividad del servicio de urgencias, se pagan siempre al 100% de su consecución en el caso de los centros proveedores del ICS, sin evaluarlos, de forma que no se promueve ningún incentivo de mejora (véase el cuadro 14).

5.2.2. ¿Se produce la atención asistencial al nivel más adecuado, en función del nivel de urgencia? ¿Se han implementado acciones correctoras para reducir la presión asistencial en el servicio de urgencias?

Uno de los retos en cuanto a la atención urgente y continuada es lograr atender a las personas en el dispositivo más adecuado para la resolución del problema por el cual consultan,

con calidad y en el menor tiempo posible. La ordenación de la demanda urgente e inmediata es una aspiración del Departamento de Salud, en el marco de su planificación estratégica, para ajustar y organizar la oferta y dar una respuesta proporcionada y efectiva. Así, “la ordenación de la atención a la demanda debe mejorar la accesibilidad y la equidad, de forma que si la persona es atendida en el dispositivo adecuado, se evitan duplicidades, se mejora la resolución de cada dispositivo, se evitan derivaciones innecesarias y retrasos en la atención y el conjunto de los dispositivos incrementan su capacidad de dar respuesta a la ciudadanía”.¹⁷ La adecuación de la demanda al dispositivo implica también que el coste en que se incurre por la atención prestada se corresponderá al efecto obtenido en términos sanitarios y de salud (óptima relación coste-efectividad).

Hay que tener en cuenta que es el ciudadano quien decide a qué dispositivo consulta y, por lo tanto, es necesario que disponga de los instrumentos para poder tomar la mejor decisión, responsabilidad que recae en las autoridades sanitarias, y que se recogió como una de las prioridades del PLANUC, en su eje 1.

Hay diferentes indicadores de adecuación de la atención urgente hospitalaria en el sentido apuntado más arriba. La Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS) y el MSIQ definen indicadores de adecuación vinculados al grado de urgencia, el número de urgencias ingresadas o el número de derivaciones efectuadas. En este informe se toma el número de urgencias con riesgo vital (niveles 1, 2 y 3 del MAT) como el indicador más apropiado para aproximar la idea de adecuación de la urgencia al dispositivo hospitalario, dado que este tipo de dispositivos están orientados a la gestión y eventual resolución de estos casos. Cabe matizar, sin embargo, que no se trata de un indicador perfecto: no todas las urgencias de niveles 4 y 5 (sin riesgo vital) pueden gestionarse adecuadamente en dispositivos de atención primaria, y es necesario acudir al nivel hospitalario si la complejidad del paciente lo requiere.¹⁸ Con todo, un elevado porcentaje de contactos sin riesgo vital puede ser indicativo de falta de adecuación de la demanda al dispositivo hospitalario, ya que hay una correlación entre el nivel de urgencia y la condición en que se encuentra el paciente.

En todos los años comprendidos entre 2019 y 2022, las urgencias atendidas en el HUAV en niveles de triaje sin riesgo vital (niveles 4 y 5), susceptibles, en buena medida, de ser atendidos en dispositivos de atención primaria, fueron bastante significativas, entre el 45% y el 48% según el año, con un incremento entre 2021 y 2022 del 15,3%. La media de Cataluña para estos pacientes también fue significativa y superior al HUAV en 2022, el 60,10%. Estos datos sugieren que hay un problema de sobrecobertura generalizado en los SUH, en el sentido de que un número significativo de personas acuden por afectaciones que no lo requieren.

17. Departamento de Salud (2017). Plan nacional de urgencias de Cataluña (PLANUC).

18. Cabe recordar que el MAT clasifica los pacientes según el grado de urgencia y no de gravedad. Las patologías previas y de otras características del paciente pueden condicionar la gravedad de los contactos originados por causas no urgentes.

Cuadro 4. Urgencias atendidas, por nivel de triaje del paciente. Período 2019-2022

Urgencias atendidas	2019	2020	2021	2022	2022-21
Totales	100.430	72.720	85.345	99.771	16,9
Nivel 1 (riesgo vital inmediato)	311	218	418	615	47,1
Nivel 2 (riesgo vital previsible)	9.501	6.836	7.691	8.542	11,1
Nivel 3 (riesgo vital potencial)	41.116	29.742	36.741	43.987	19,7
Nivel 4 (sin riesgo vital)	36.336	26.252	30.187	36.294	20,2
Nivel 5 (no urgente)	11.720	8.217	8.995	8.870	(1,4)
Sin nivel de triaje	1.446	1.454	1313	1.463	11,4
Urgencias atendidas sin riesgo vital	48.056	34.469	39.182	45.164	15,3
Porcentaje	47,85	47,40	45,91	45,27	

Fuente: Elaboración propia.

La siguiente tabla muestra la distribución de casos de urgencias registrados en el HUAV, según el nivel de triaje indicado por la unidad proveedora, en 2022.¹⁹ Se observa que, en relación con la media catalana, el HUAV presentaba un porcentaje de casos superior para los niveles de triaje con riesgo vital, e inferior en lo referente a los niveles de triaje sin riesgo vital.

Urgencias atendidas en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova y global de Cataluña, por nivel de triaje del paciente. Ejercicio 2022

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

Fuente: Elaboración propia a partir del CMBD-UR.

La tasa bruta de urgencias con riesgo vital del HUAV fue, en 2022, del 53,68%, por encima de la tasa bruta correspondiente al conjunto de los servicios de urgencias hospitalarias de Cataluña, que fue del 39,55% en el mismo período. Por otro lado, este porcentaje supone un incremento de cerca de 3 puntos porcentuales en relación con la tasa bruta registrada en 2019, que fue de 50,35%.

19. Se excluyen los contactos que llegan al servicio de urgencias con parada cardiorrespiratoria.

Tasa bruta de urgencias del Hospital Universitario Arnau de Vilanova con riesgo vital. Ejercicios 2019 y 2022

	Año 2019		Año 2022	
	Número de casos	Porcentaje	Número de casos	Porcentaje
Urgencias con RV	50.558	50,35	52.976	53,68
Casos posibles	100.402	100	98.681	100

Fuente: Elaboración propia a partir del CMBD-UR.

Para analizar si las urgencias atendidas en el HUAV en el año 2022 se adecuaban a un dispositivo de urgencias hospitalarias, la Sindicatura ha calculado un indicador ajustado de las urgencias con riesgo vital siguiendo la metodología establecida para el cálculo de los indicadores de atención urgente del MSIQ del CatSalut. Este indicador se entiende como la relación entre las urgencias con riesgo vital observadas y las esperadas según un modelo de ajuste que tiene en cuenta factores que afectan a la probabilidad de que una urgencia presente un nivel de triaje con riesgo vital: el sexo, la edad, la morbilidad, el nivel hospitalario y la clase de patología diagnosticada.²⁰ El valor obtenido para este indicador ajustado ha sido de 1,184.

En este ámbito, también es importante observar el resultado de las encuestas de satisfacción de los usuarios de los dispositivos de atención hospitalaria urgente recogidas por el Plan de encuestas de percepción, experiencia y satisfacción de usuarios del Servicio Catalán de la Salud (PLAENSA), donde se observa, entre otros aspectos, que el 37,6% de los usuarios del HUAV encuestados en 2022 eligieron este dispositivo por iniciativa propia, mientras que un 30,8% lo hizo por indicación de los dispositivos de atención primaria del territorio. En el caso del conjunto de Cataluña la cifra es más elevada: un 60,7% lo eligió por iniciativa propia, mientras que solo un 15,1% lo hizo por indicación de los dispositivos de primaria.

En el caso de los usuarios del HUAV que acudieron a los dispositivos de atención hospitalaria urgente por iniciativa propia, los motivos principales que argumentaban para haber tomado esta decisión eran creer que el problema solo se podía resolver en urgencias (44,9%) o que en el CAP no los podían atender (20,9%).

El trabajo desarrollado ha permitido concluir estos aspectos:

- Siguiendo la metodología establecida para el cálculo de los indicadores de atención urgente del MSIQ, desarrollada por el CatSalut, la Sindicatura ha calculado un indicador ajustado de las urgencias con riesgo vital, entendido como la relación entre las urgencias con riesgo vital observadas y las urgencias con riesgo vital esperadas según el modelo de ajuste (véase el anexo 4). El cálculo por parte de la Sindicatura del indicador ajustado

20. El método de ajuste empleado es un modelo de regresión logística (véase el anexo metodológico).

de las urgencias con riesgo vital, con valor superior a 1, ha permitido concluir que las urgencias atendidas en el HUAV en el año 2022 se adecuaban a las esperadas en un dispositivo de urgencias hospitalarias, dado que el hospital atendió más casos con riesgo vital de lo que se espera, según los factores de ajuste. Sin embargo, esta conclusión no implica que la atención hospitalaria de urgencias prestada por el HUAV se estuviera produciendo en el dispositivo más adecuado en todos los casos.

- El HUAV no ha consensuado ni aprobado circuitos de derivación de la atención primaria de salud al servicio de urgencias del hospital, ni cuenta con criterios clínicos de derivación inversa de los dispositivos de urgencias hospitalarias hacia la atención primaria de salud para el caso de los ciudadanos que consultan sin riesgo vital, para facilitarles información sobre dispositivos cercanos y los tiempos de espera.

Estos circuitos, que contribuirían a disminuir las esperas en la atención por consultas sin riesgo vital o no urgentes y a mejorar la continuidad en las derivaciones entre dispositivos, tampoco han sido abordadas por las acciones desplegadas en el marco del Plan estratégico territorial. Los responsables de los servicios de urgencias del HUAV entrevistados manifestaron que muchas derivaciones de la atención primaria no eran adecuadas o no estaban suficientemente justificadas, y a pesar de que se intentaba atender de forma más rápida a los pacientes que venían derivados del CUAP, no se contaba con formularios de preadmisión donde se tuviera en cuenta la hora de llegada al primer dispositivo, para que el ciudadano no fuese penalizado en el tiempo de resolución de su demanda y se prioriza su atención en el servicio de urgencias hospitalario.

- La Sindicatura también ha analizado los datos de los cuestionarios obtenidos en las encuestas de satisfacción de los usuarios de la atención hospitalaria urgente del HUAV (PLAENSA) realizadas en el año 2022. De este análisis se derivan varias conclusiones relevantes: la mayoría de los usuarios encuestados acudía al servicio de urgencias hospitalarias por iniciativa propia (no por derivación), y ya habían acudido alguna vez antes; en segundo lugar, se observa que, en caso de acudir por iniciativa propia, la mayoría de los usuarios lo hacía porque creía que era el único lugar donde podían solucionar su problema.

Por otro lado, se constata que aquellos usuarios que, en vez de eso, acudían a urgencias para eludir su CAP, quedaban menos satisfechos. También, que otros atributos personales afectan al nivel de satisfacción: la satisfacción con el servicio de urgencias parece aumentar con la edad, y es más alta también por el hecho de acudir por primera vez.

- Las auditorías que el CatSalut encargó en 2021 para evaluar la implementación del PLANUC detectaron algunos aspectos destacables en el caso de la evaluación realizada en el dispositivo de atención primaria de urgencias en Lleida, el CUAP Prat de la Riba, dado que no permitían garantizar la eficacia y la eficiencia en su capacidad de resolución,

y para los que no se ha abordado la resolución: la imposibilidad de indicar ingresos directos a domicilio o a sociosanitario; algunos profesionales que hacían el triaje no tenían la formación reglada específica; la falta de acceso a consulta no presencial con profesionales del ámbito de salud mental las 24 horas; no se disponía de protocolos de coordinación con los recursos asistenciales sociales, sociosanitarios, residencias asistidas o el SEM; no había un sistema de identificación inequívoca de los pacientes, y no se disponía de indicadores de calidad del servicio, ni se tenía acceso a los cuadros de mando del ICS, entre otras cosas.

- En 2022 el HUAUV no había implementado un sistema de triaje con resolución por parte de enfermería. Sin embargo, el Acuerdo de gestión del hospital de aquel ejercicio incluyó un objetivo vinculado al desarrollo de la “gestión enfermera de la demanda aguda en urgencias”, para resolver la atención de los pacientes clasificados como nivel 4 o 5 de triaje, de baja complejidad, sistema que se conoce también como visita rápida o *fast track*. Esta figura se implementó efectivamente en el hospital en enero de 2023.

5.3. ¿SE HAN DISEÑADO CIRCUITOS SOBRE ASPECTOS OPERATIVOS Y FUNCIONALES DE LA GESTIÓN INTEGRAL DEL PROCESO ASISTENCIAL URGENTE Y SE IMPLEMENTAN COMO ESTÁ PREVISTO?

5.3.1. ¿Se han diseñado y se aplican de forma óptima los protocolos específicos que regulan el proceso asistencial y son adecuados a las necesidades de atención?

El proceso asistencial urgente en el hospital comprende una serie de acciones que transcurren durante la prestación de atención en los servicios de urgencias, desde la llegada del paciente hasta que sale del servicio. Este proceso empieza con la primera intervención asistencial que se le presta, que consiste en hacer una valoración de riesgo para discernir a los pacientes sin riesgo vital, o con demandas no urgentes, y que por lo tanto pueden esperar a ser atendidos, de quienes deben atenderse con diferente prioridad. Esta valoración es lo que se denomina *triaje*, y es especialmente relevante en servicios con saturación y donde se atiende a pacientes con riesgo vital, como es el caso de los servicios de urgencias hospitalarias. Después del triaje, el proceso asistencial continúa con la valoración clínica, la aproximación diagnóstica, el tratamiento y la decisión al alta. En todo este proceso interviene distintos profesionales del servicio de urgencias hospitalario (médicos, enfermeros, técnicos, celadores, administrativos y laboratorio), y también otros servicios y especialidades, por lo que se requiere una gran coordinación de recursos para garantizar el proceso asistencial en el mínimo tiempo posible.

En 2006 el HUAV redactó e implementó un procedimiento de funcionamiento de urgencias donde se recogen los circuitos asistenciales del servicio, y que se ha revisado en varias ocasiones, las dos últimas en los años 2013 y 2023, para adaptar en cada momento los aspectos organizativos, personales y estructurales.

Además de este protocolo, el hospital ha aprobado otros protocolos internos, de gestión o de coordinación, que regulan circuitos asistenciales paralelos o vinculados a este. Entre ellos, los más relevantes son:

- Protocolos que regulan las funciones de determinados profesionales adscritos al servicio de urgencias, como el jefe y el supervisor de guardia; el personal de información, de enfermería, de triaje y el trabajador social.
- Protocolos vinculados al circuito asistencial, que regulan la admisión y el triaje de pacientes; el funcionamiento de la Unidad de Observación de Urgencias (UOU); el circuito de derivación de urgencias psiquiátricas; el procedimiento para garantizar la continuidad de la gestión asistencial; el plan de supervisión de los residentes, o el procedimiento de transporte sanitario no urgente de los pacientes ingresados en el servicio de urgencias.

En cuanto al diseño y aplicación de estos protocolos, se ponen de manifiesto las siguientes consideraciones:

- Algunos circuitos relevantes para facilitar la continuidad asistencial de los pacientes asistidos en el HUAV, tanto en el ámbito interno del hospital como en el curso de las posibles derivaciones a realizar a otros centros o dispositivos asistenciales, no cuentan con protocolos consensuados, o no están definidos exhaustivamente.

En este sentido, no existe un protocolo de coordinación y distribución de tareas con profesionales de otros servicios; falta una definición exhaustiva de tareas de los profesionales en los distintos espacios asistenciales; no hay protocolos de derivación, o derivación inversa, con los dispositivos de atención primaria; no se han diseñado procedimientos para el control del flujo de enfermos que, una vez valorados por los servicios de urgencias, requieren un ingreso hospitalario, y en el caso de derivación a otros centros hospitalarios, la regulación del circuito de drenaje del paciente se hace de modo muy sucinto. Tampoco se han aprobado protocolos de actuación ante las emergencias sociales, sino que hay un protocolo genérico que se refiere a la actuación del trabajador social con carácter general, más que a la estandarización ante situaciones concretas.

- Algunos de los protocolos vigentes en 2022 no se habían actualizado recientemente, sino que la última actualización se había hecho hacía más de 4 o 5 años. Los protocolos de funcionamiento de la UOU y de supervisión de los residentes en urgencias no tenían fecha de formalización.

- Los protocolos diseñados no incluyen indicadores para evaluar la bondad y el cumplimiento de los circuitos y procedimientos internos que se regulan, y, por lo tanto, impulsar las medidas correctoras necesarias.

5.3.2. ¿Hay una buena coordinación de los recursos durante el proceso asistencial y se optimiza el tiempo y el proceso de drenaje de los pacientes?

Los dispositivos de urgencias hospitalarios son los que sufren más saturación, producida por múltiples factores, relacionados con la elevada presión de la demanda, con el proceso asistencial dentro del mismo servicio de urgencias y con el drenaje de los pacientes, entre otros.

Esta saturación tiene efectos no deseados, especialmente para los pacientes, que se pueden traducir en retrasos en la atención, esperas en condiciones deficientes o estancias prolongadas en espacios inadecuados. La saturación, pues, tiene un impacto negativo en la percepción de la ciudadanía de la capacidad de respuesta del sistema, pero también en los profesionales, que ven comprometido su bienestar debido a la intensidad de las cargas de trabajo, aumenta el riesgo de sufrir *burnout* o síndrome de agotamiento profesional.²¹

El proceso de drenaje, es decir, la salida del paciente de los servicios de urgencias, es un momento en que la coordinación entre los diferentes dispositivos y servicios es clave, tanto para garantizar la correcta atención del paciente evitar estancias prolongadas evitables como para evitar la posible saturación de los servicios de urgencias. Por lo tanto, es uno de los elementos clave que deben abordarse en la mejora de la atención a los pacientes. El drenaje se ve condicionado por elementos que el SUH no controla, como por ejemplo la disponibilidad de camas en el propio hospital, o el transporte sanitario adecuado en el tiempo requerido, en caso de traslado del paciente a otro centro. Dado el volumen relativo de ingresos en el propio centro, la gestión de camas del hospital se convierte en crucial para el correcto drenaje de los pacientes de urgencias. A su vez, esta gestión de camas se ve condicionada no solo por la actividad programada en el centro sino también por la propia presión de los ingresos urgentes.

De acuerdo con los datos publicados por la AQuAS,²² la presión asistencial de urgencias²³ sobre la hospitalización presentó una creciente tendencia en el HUAV, entre 2019 y 2022,

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. *Emergency Medicine Journal*. 41: 257-255.

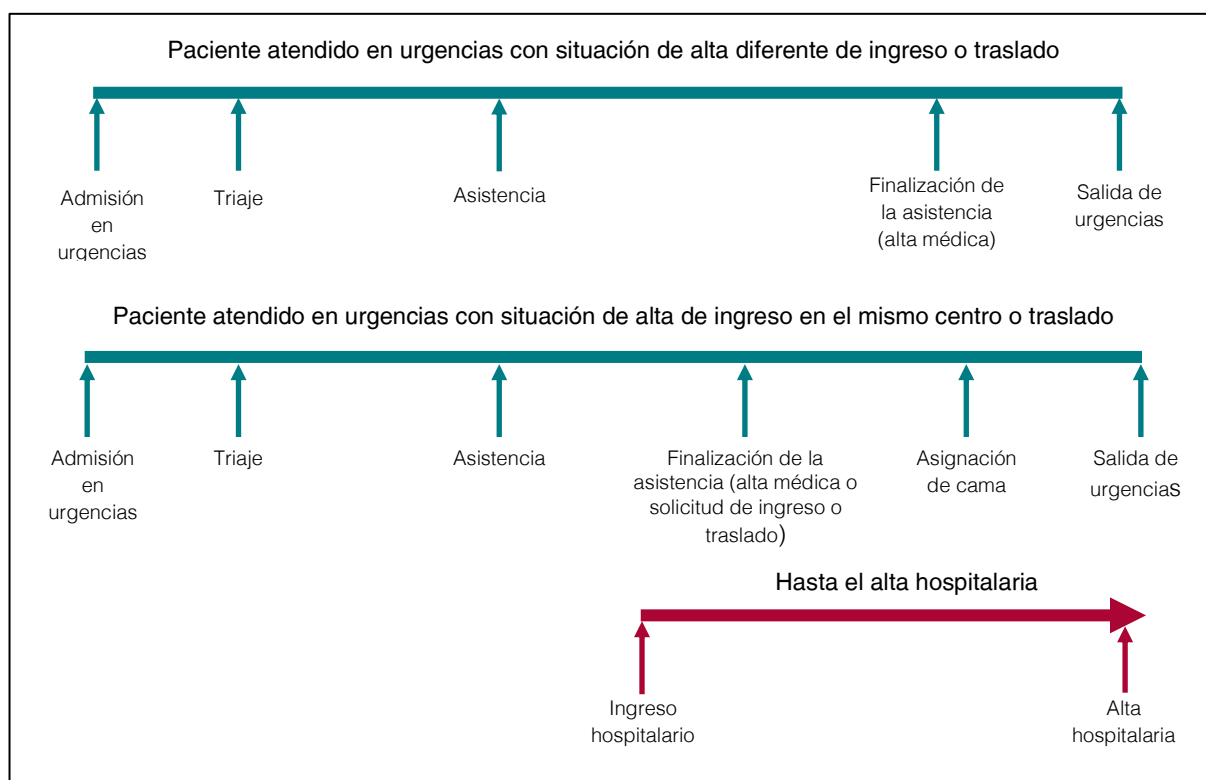
22. Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña (2023). *Ámbito de atención hospitalaria. Datos 2017-2022 de la Central de Resultados*. Barcelona: Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias. Departamento de Salud. Generalidad de Cataluña.

23. Porcentaje de ingresos hospitalarios procedentes del servicio de urgencias.

con valores que se sitúan por encima de la media de Cataluña: en 2022, el valor de este indicador era del 77,0% en el HUAV, por encima del conjunto de Cataluña (70,5%), tal y como pasaba en 2019, cuando estos porcentajes eran del 74,2% y el 67,9%, respectivamente. De acuerdo con la misma fuente, sin embargo, los expertos recomiendan que esta presión sea inferior al 60%. En suma, una elevada presión de urgencias limita la capacidad del centro para realizar la actividad programada –y reducir así las listas de espera–, que debe habilitar el máximo número de camas posible para llevar a cabo esta actividad, hecho que condiciona la disponibilidad de camas excedentes para recibir a pacientes urgentes. Por eso una gestión óptima de camas hospitalarias implica también disponer de mecanismos que permitan evitar, de forma segura, el ingreso del paciente en el hospital, como la capacidad de resolución por parte de los SUH, la hospitalización domiciliaria desde urgencias o la derivación a la atención intermedia, entre otras cosas.

El manual de notificación del CMBD-UR²⁴ establece una secuencia cronológica de las urgencias que se atienden en un dispositivo hospitalario.

Gráfico 4. Secuencia cronológica de una urgencia, con y sin ingreso hospitalario



Fuente: Elaboración propia a partir del Manual de notificación del CMBD-UR, 2019.

24. Servicio Catalán de la Salud (2019). *Manual de notificación del CMBD-UR*. 8.ª edición. Barcelona: Servicio Catalán de la Salud. Departamento de Salud. Generalidad de Cataluña.

A partir de los datos del registro CMBD-UR, de acuerdo con la secuencia cronológica descrita y aplicando las definiciones y los criterios metodológicos propios de la Sindicatura apuntados en el anexo metodológico (véase el anexo 4), se han analizado los tiempos de estancia registrados de los pacientes atendidos en las urgencias del HUAV en el año 2022.

Los resultados obtenidos son indicadores de tiempo²⁵ que alertan sobre determinadas particularidades relevantes en la coordinación y la continuidad asistencial y el proceso de drenaje al servicio de urgencias del HUAV (véanse los cuadros 9-12). Los indicadores incluidos son 5: el **tiempo hasta el triaje (1)** mide el tiempo transcurrido entre la admisión en urgencias y el momento en que se realiza el triaje; el **tiempo hasta el inicio de la asistencia (2)** mide el tiempo transcurrido entre la admisión en urgencias y el momento en que se inicia la atención urgente; el **tiempo hasta la decisión (3)** se define como el tiempo transcurrido entre la admisión en urgencias y la finalización de la asistencia (alta del paciente o solicitud de ingreso o traslado); el **tiempo total de estancia (4)** mide el tiempo transcurrido entre la entrada del paciente en urgencias (admisión) y su salida física del dispositivo, y, finalmente, la **diferencia entre (4) y (3)**, que aquí se interpreta como un indicador de la dificultad de drenaje de pacientes.

Es importante tener en cuenta que estos indicadores permiten hacer una aproximación al grado de eficiencia de los dispositivos, en el sentido de que unos tiempos adecuados de resolución o de drenaje son indicativos de un uso óptimo de recursos en el proceso asistencial. Pero es muy importante resaltar también que estos indicadores pueden incidir en los resultados de salud que se derivan de este proceso y, por lo tanto, tienen efectos sobre la eficacia de su intervención.²⁶ En este sentido, la literatura académica señala que las demoras en el tratamiento o en el ingreso de los pacientes que acuden al servicio de urgencias, a menudo derivados de la saturación del servicio, están asociados a un incremento de los efectos adversos sobre la salud y de la mortalidad de los pacientes, así como sobre el bienestar del personal del servicio.²⁷ Un estudio reciente, sin embargo, concluye que una

25. En relación con los indicadores de tiempo calculados, cabe puntualizar estos aspectos:

- (a) Se indica el valor de las medianas, y no de las medias aritméticas, dado que la existencia de casos extremos hace que la media no sea representativa.
- (b) Para los datos del momento de salida con transporte no urgente en ambulancia, se han utilizado los datos del SAP asistencial del HUAV, dado que el CMBD-UR del HUAV no recoge esta información de forma precisa.
- (c) No ha sido posible efectuar comparaciones con el agregado de centros de Cataluña, dada la falta de información en algunos de los campos requeridos en el CMBD-UR y la falta de homogeneidad en los criterios de recogida y registro de los datos (véase el apartado 5.3.3).

26. En relación con la alegación presentada por el CatSalut, la Sindicatura considera pertinente, y necesaria, la traducción de los tiempos de espera prolongados en sus posibles efectos adversos para la salud. Debe ponerse de manifiesto, por otro lado, que los posibles riesgos sobre la salud se pueden reducir si se acortan los tiempos de espera, hecho que depende en cierto modo de factores organizativos y de gestión asistencial.

27. Véase, por ejemplo, Pearce, S., Marchand, T., Shannon, T., *et al.* (2023). Emergency department crowding: an overview of reviews describing measures, causes, and harms. *Internal and Emergency Medicine*, 18(4):1137-1158.

demora superior a las 5 horas, desde el momento de la admisión hasta el momento del ingreso de aquellos pacientes que lo requieren, está asociada a un incremento de la mortalidad por cualquier causa a los 30 días, con independencia de la saturación del servicio.²⁸ Los autores de este estudio estiman que por cada 82 pacientes cuyo ingreso se demora entre 6 y 8 horas desde su admisión en urgencias, se produce 1 defunción adicional. En el año 2022 las demoras que se dieron entre los pacientes atendidos en urgencias en el HUAV con indicación de ingreso hospitalario habrían podido impactar en un número de muertes adicionales.²⁹

Cuadro 5. Indicadores temporales del HUAV, según el nivel de triaje. Ejercicio 2022

Indicadores – Mediana (minutos)						
Nivel de triaje	Tiempo hasta el triaje (1)	Tiempo hasta el inicio de asistencia (2)	Tiempo hasta la decisión (3)	Tiempo total de estancia (4)	Diferencia entre (4) y (3)	Var. porcentual
Nivel I	4	20	269	353	84	31,20
Nivel II	6	30	263	424	161	61,20
Nivel III	7	63	290	328	38	13,10
Nivel IV	9	50	129	133	4	3,10
Nivel V	9	34	86	88	2	2,30
Sin triaje	n. d.	n. d.	117,5	178,5	61	51,90
Global	8	50	194	220	26	13,40

Fuente: Elaboración propia.

n. d.: No disponible.

Cuadro 6. Indicadores temporales del HUAV, según la situación al alta. Ejercicio 2022

Indicadores – Mediana (minutos)						
Situación al alta	Tiempo hasta el triaje (1)	Tiempo hasta el inicio de asistencia (2)	Tiempo hasta la decisión (3)	Tiempo total de estancia (4)	Diferencia entre (4) y (3)	Var. porcentual
Domicilio	8	50	164	167	3	1,80
Derivación postriaje	7,5	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.
Derivación posasistencia	5	48	453,5	593,5	140	30,90
Ingreso convencional	6	39	351	568	217	61,80
Ingreso semicríticos	5	30	216,5	248,5	32	14,80
Hospitalización a domicilio	6	64,5	601	622	21	3,50

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. *Emergency Medicine Journal*. 39(3):168-173.

29. Texto modificado a raíz de la alegación presentada por el CatSalut.

Indicadores – Mediana (minutos)						
Situación al alta	Tiempo hasta el triaje (1)	Tiempo hasta el inicio de asistencia (2)	Tiempo hasta la decisión (3)	Tiempo total de estancia (4)	Diferencia entre (4) y (3)	Var. porcentual
Residencia	5	86,5	409	581	172	42,10
Alta voluntaria	7	79,5	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.
Alta administrativa	7	10	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.
Evasión	8,5	178	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.
<i>Exitus</i>	4	25	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.
Global	8	50	194	220	26	13,40%

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 7. Indicadores temporales del HUAV: alta a domicilio según tipo de transporte. Ejercicio 2022

Indicadores – Mediana (minutos)						
Tipo de transporte	Tiempo hasta el triaje (1)	Tiempo hasta el inicio de asistencia (2)	Tiempo hasta la decisión (3)	Tiempo total de estancia (4)	Diferencia entre (4) y (3)	Var. porcentual
Domicilio por su cuenta	-	-	154	154	0	0,00
Domicilio en ambulancia	-	-	455	629	174	38,20

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 8. Indicadores temporales del HUAV, según derivación al alta. Ejercicio 2022

Indicadores – Mediana (minutos)						
Tipo de recurso - derivación	Tiempo hasta el triaje (1)	Tiempo hasta el inicio de asistencia (2)	Tiempo hasta la decisión (3)	Tiempo total de estancia (4)	Diferencia entre (4) y (3)	Var. porcentual
Urgencias atención primaria	7,5	n. d.	n. d.	n. d.	-	-
Ingreso en un hospital de agudos	5	48	445	589	144	32,40
Ingreso en un sociosanitario	6	49	625	768	143	22,90
Salud mental	5	56	492,5	608	115,5	23,50
Fuera de Cataluña	6	49	722	863	141	19,50
Sin derivación	8	50	188	212	24	12,80
Global	8	50	194	220	26	13,40

Fuente: Elaboración propia.

n. d.: No disponible.

Estos son los hechos observados en relación con el proceso asistencial y el drenaje de los pacientes en el servicio de urgencias del HUAV:

- El análisis de los datos registrados en el CMBD-UR y de los indicadores temporales elaborados por la Sindicatura, referidos al año 2022, indica aspectos relevantes relacionados con el proceso asistencial del servicio de urgencias del HUAV.
- **Tiempo hasta el triaje:** mide la capacidad para realizar una primera evaluación del paciente que acude a los servicios de urgencias.

El tiempo mediano³⁰ de triaje en el HUAV en 2022 fue de 8 minutos (en 2019, también de 8 minutos) y se incrementaba de acuerdo con el nivel de triaje finalmente asignado. También se observa que este tiempo era más largo los lunes, y en horarios concretos durante la semana: a las 10 h de la mañana, a las 22 h de la noche y a la 1 h de la madrugada. Estos repuntes coinciden con cambios de turno del personal asistencial (a las 10 h, las 22 h y las 00 h).

- **Tiempo hasta el inicio de la asistencia:** mide la capacidad del servicio para dar respuesta asistencial al paciente que acude a los servicios de urgencias.

El tiempo mediano hasta el inicio de la asistencia fue de 50 minutos en 2022 (en 2019, de 46 minutos). Se observa también alguna distribución poco coherente con el nivel de triaje: los pacientes con un nivel de triaje I (riesgo vital inminente) presentaban un tiempo que no es verosímil y los pacientes de nivel de triaje II y III (con riesgo vital) concentraban un tiempo mediano similar, o incluso superior, respectivamente, al de los pacientes de nivel IV y V (sin riesgo vital). De acuerdo con las consideraciones hechas por el HUAV y la auditoría del CMBD-UR realizada en 2021, el motivo podría ser el hecho de que este tiempo no se registraba hasta que el profesional no abría la historia clínica del paciente.

Es importante hacer notar también el elevado tiempo hasta el inicio de asistencia que muestran los casos con situación de alta de evasión³¹ y de alta voluntaria, con una

30. Se ha calculado el tiempo mediano, en lugar del tiempo medio, ya que la presencia de valores extremos hace que la media sea poco representativa en este caso. La mediana es el valor que deja a su izquierda el 50% de los casos de una muestra.

31. Una de las conclusiones a las que llegó la auditoría del CMBD-UR realizada en 2021 fue el hecho de que muchos de los responsables entrevistados no tenían clara la diferencia entre las situaciones de alta administrativa, alta voluntaria y evasión. Dada la elevada frecuencia relativa de casos con situación al alta de evasión que presenta el HUAV, la Sindicatura cree que se han producido errores de registro o de traspaso de información y que estos corresponden en buena medida a situaciones de alta administrativa. En cualquier caso, a efectos de lo que aquí se analiza, las 3 situaciones de alta se corresponden a una única situación: pacientes que han abandonado el servicio antes de finalizar la asistencia.

mediana de 178 y 79,5 minutos, respectivamente. La información recogida en el CMBD-UR no permite saber si estos contactos han llegado a iniciar la asistencia –esto es, si han llegado a ser atendidos. Con todo, el hecho de que esté registrada la hora de inicio de asistencia nos permite inferir que el profesional ha llegado a abrir la historia clínica y que, dada la demora con que esto se ha producido, en estos casos el abandono puede ser debido al elevado tiempo de espera para ser atendido.

- **Tiempo hasta la decisión:** mide la capacidad de resolución o indicación intrínseca de los casos (contactos) por parte del servicio de urgencias.

El valor mediano de este indicador fue de 194 minutos en 2022, y los valores más elevados corresponden a los pacientes con riesgo vital, dada la potencial complejidad o gravedad de estos pacientes.

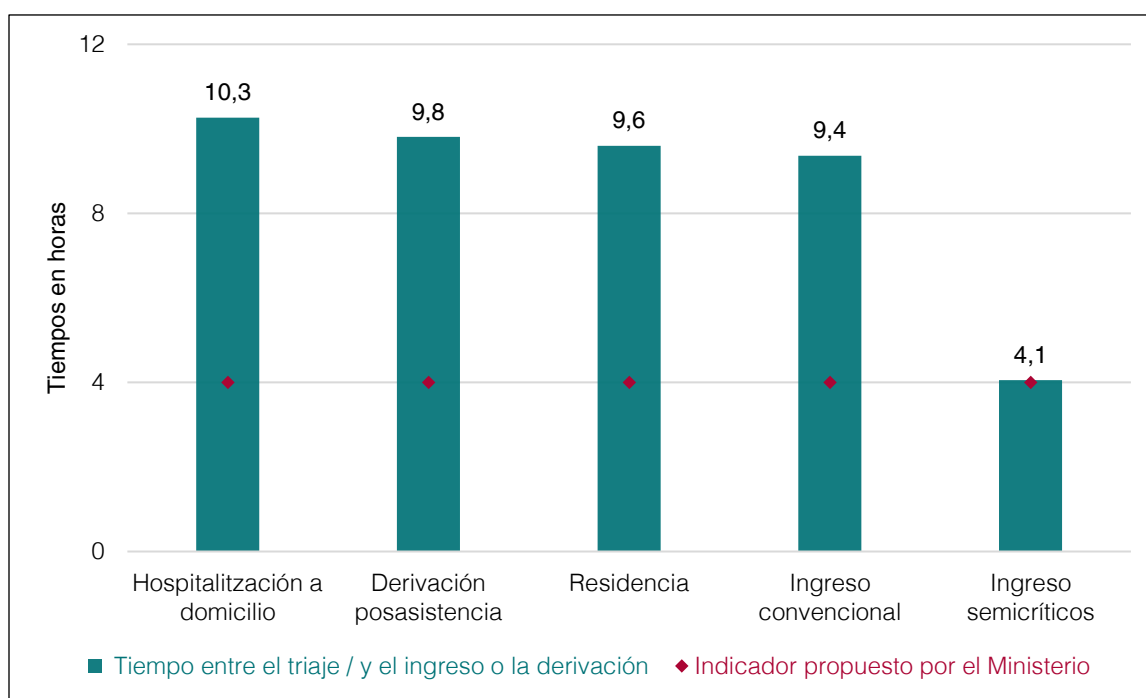
- **Tiempo total en urgencias:** mide la capacidad de resolución o indicación efectiva (drenaje) de casos por parte de los servicios de urgencias, condicionada por factores externos al servicio, como la disponibilidad de camas del hospital o de otros centros, o la disponibilidad de transporte.

El tiempo mediano de estancia de los pacientes en los servicios de urgencias del HUAV fue de 220 minutos en 2022 (en 2019, de 210 minutos). Los tiempos medianos de permanencia en urgencias eran especialmente dilatados en el caso de los pacientes que debían cursar ingreso en el propio centro (568 minutos) y aquellos que tenían que ser derivados a otro centro (593,5 minutos): todos ellos presentaban medianas superiores o iguales a los 589 minutos, independientemente del tipo de recurso a donde tuviesen que ser trasladados (véase el cuadro 12). Teniendo en cuenta los tiempos registrados hasta la decisión, estos tiempos evidencian dificultades en el drenaje de pacientes.

Si bien no parece que hubiera problemas de drenaje a escala global –dado que la mayoría de los pacientes cursaba alta a domicilio, en la que la salida es prácticamente inmediata–, sí que se evidencian para determinados tipos de alta. Así, los pacientes con ingreso (convencional) en el propio centro presentaban una diferencia entre el tiempo mediano total y el tiempo mediano hasta la decisión de casi 4 horas (217 minutos). Teniendo en cuenta lo que se ha apuntado anteriormente, esta demora en el ingreso que se producía por la dificultad de drenaje puede tener impacto sobre la mortalidad de estos pacientes. También se evidencian dificultades en cuanto a los pacientes derivados a otros centros (140 minutos) y, con menor incidencia por su volumen relativo, en los pacientes que van a residencia (172 minutos).

- El informe que publicó en 2010 el Ministerio de Sanidad y Política Social³² recomendaba, entre varios indicadores de eficiencia, el objetivo de 4 horas para el tiempo transcurrido entre la admisión de los pacientes y su ingreso en el hospital o traslado a otros centros, en el momento del alta. El siguiente gráfico muestra que el valor mediano de este indicador en el HUAUV en 2022, para las diferentes situaciones de alta del paciente, estaba lejos, excepto en un caso, del objetivo de eficiencia propuesto.

Gráfico 5. Indicador de eficiencia para las altas del servicio de urgencias. Ejercicio 2022



Fuente: Elaboración propia a partir del CMBD-UR y del SAP asistencial del HUAUV.

- El control de coberturas mínimas de los profesionales adscritos al servicio de urgencias se registra en una aplicación propia de gestión de tiempo. Cualquier incidencia prevista se cubría desde la dirección, con los profesionales que constan en la cartelera de incidencias, y si la incidencia surgía durante el turno de tarde o noche, o en un día festivo o fin de semana, era el supervisor de guardia quien cubría la ausencia con el personal disponible.

El libro de guardias del supervisor de urgencias consultado para 4 meses (2 de ellos, con actividad ordinaria, y los otros 2, con elevada actividad estacional) deja constancia, en todos los períodos analizados, de la necesidad frecuente de cobertura de ausencias de profesionales de enfermería y de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), y la dificultad de conseguirlo en algunos casos. El control del cumplimiento de

32. Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). *Unidad de urgencias hospitalarias, estándares y recomendaciones*. <https://www.sanidad.gob.se/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/UUH.pdf>.

las coberturas mínimas del servicio, que se establece en el Procedimiento de funcionamiento del Servicio de Urgencias, no ha quedado acreditado formalmente en todos los turnos revisados.

- Los pacientes que tienen indicación de ingreso y están en el servicio de urgencias deben cursar ingreso en dispositivos adecuados, por lo que es relevante disponer de unidades estructurales o funcionales que sean una alternativa segura y eficaz a la hospitalización convencional, como las unidades de corta estancia, las de subagudos (atención intermedia), los hospitales de día o la hospitalización a domicilio. Por otro lado, para aquellos pacientes que, *a priori*, no requieren ingreso hospitalario, pero deben permanecer en el servicio de urgencias, es importante disponer de unidades de observación de urgencias (UOU) efectivas y bien equipadas.

En este sentido, la Unidad de Observación de Urgencias del HUAV, disponible a partir de finales del año 2022, no está dimensionada de acuerdo con las necesidades y la demanda, compartía espacio con otros servicios asistenciales y no estaba operativa los fines de semana.

En cuanto a los otros dispositivos, el HUAV no dispone de un régimen permanente de funcionamiento de la hospitalización domiciliaria, ni de unidades de corta estancia o camas de semicríticos a cargo de urgencias. Cuenta con hospital de día pero en la especialidad de medicina interna, y los dispositivos de atención intermedia con que cuenta en el territorio eran escasos.

En enero de 2023 el HUAV implementó la figura de la “enfermera de urgencias gestora de espacios”, para gestionar las ubicaciones y movimientos de los pacientes para resolver las cifras de saturación del servicio.

- Para el drenaje de pacientes psiquiátricos el HUAV cuenta con un protocolo que no ha sido actualizado desde 2016, formalizado con el Hospital Universitario de Santa Maria (HUSM), donde ambas partes establecieron los circuitos para gestionar la disponibilidad de camas y seleccionar, derivar y atender a estos pacientes.

Pese a la proximidad de este hospital al HUAV, los responsables del servicio de urgencias del HUAV entrevistados han manifestado que hay problemas en el flujo de drenaje de pacientes, derivados de la falta de servicio de psiquiatría de guardia más allá de las 15 h de la tarde, de modo que las necesidades surgidas más allá de esta hora deben esperar al día siguiente, además de las demoras en el servicio de transporte que los traslada.

En septiembre de 2023 el Sindicato de Médicos de Cataluña³³ denunció públicamente el estado de “decadencia” del Servicio de Urgencias de Salud Mental del Hospital Universitario Santa Maria (HUSM), referente para la atención psiquiátrica de los territorios de Lleida y Pirineos, con unas infraestructuras “dañadas, insuficientes e inadecuadas” para atender a pacientes con trastornos psicológicos y saturaciones cada vez más frecuentes. De esta situación se responsabilizó a la empresa pública Gestión de Servicios Sanitarios (GSS), adscrita al Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) y gestora del HUSM, ante su reiterada inacción.

- El traslado de pacientes ingresados en el servicio de urgencias del HUAV se regula a través del protocolo de transporte sanitario no urgente y no programado formalizado, y es realizado por la empresa Sistema de Emergencias Médicas, SA (SEM), sociedad mercantil constituida por el Servicio Catalán de la Salud en 1992.

En 2014, el CatSalut adjudicó el servicio de transporte sanitario terrestre, urgente y no urgente, mediante la lotificación territorial de su objeto, cuya ejecución correspondía al SEM. En el territorio de Lleida, el adjudicatario del contrato fue la empresa Ambulancias Egara, responsable del personal y la organización de la base ubicada en el hospital, y también de establecer y programar las rutas de transporte de pacientes que hacen los vehículos, de acuerdo con los pliegos de prescripciones técnicas de la licitación.

Dado que en el registro CMBD-UR del HUAV no constan los pacientes que son trasladados en ambulancia en el momento del alta del servicio de urgencias, la Sindicatura ha obtenido los datos de los servicios de transporte solicitados y realizados en el año 2022 a partir de apoyos externos: el sistema SAP asistencial del hospital y el propio SEM. Los datos obtenidos a partir de ambas fuentes ponen de manifiesto que la demora media en la recogida del paciente en el servicio de urgencias cuando es dado de alta, desde que el HUAV hace la petición del transporte, es de aproximadamente 2 horas, aunque en el caso de traslado del paciente a residencia social la demora es superior a esa media:

33. De acuerdo con lo dispuesto por la Ley 11/1985, de 2 de agosto, que regula el derecho de asociación sindical, el Sindicato Médicos de Cataluña (MC) es una organización sindical, sin ánimo de lucro, que asume la representación y la defensa de los intereses laborales, profesionales y sociales de sus afiliados. En el año 2002 el Sindicato de Médicos de Cataluña (SMC) y la Federación de Asociaciones de Médicos de Hospitales de Cataluña (FAMHOC) impulsaron la integración de los 2 sindicatos, que dio lugar al sindicato Médicos de Cataluña (MC), el sucesor legal de ambas organizaciones, constituido el 30 de noviembre del mismo año y depositario de los valores, los derechos y los deberes de las dos organizaciones.

Cuadro 9. Transporte de pacientes en el momento del alta en el servicio de urgencias. Ejercicio 2022

Derivación por tipo de alta	Número de trayectos	Demora en la llegada del transporte (media, en horas y minutos)
Traslado al Hospital Clínico	1	6:00
Derivación a residencia social	42	3:26
Ingreso hospitalización domiciliaria	100	2:25
Derivación a otro centro asistencial	1.552	2:16
Domicilio	2.862	2:01
Sociosanitaria	10	1:39
Remisión a atención primaria (destino: domicilio)	50	1:35
Alta voluntaria (destino: domicilio)	8	0:59
Hospitalización domicilio externo	5	0:49
Total	4.630	2:07

Fuente: Elaboración propia.

Nota:

De acuerdo con el SAP asistencial del HUAV, en el año 2022 se hicieron 7.064 trayectos de transporte sanitario no urgente, el 81% de los cuales mediante transporte colectivo, y el resto, individual. Los datos que constan en el cuadro se han calculado a partir de 4.630 de estos trayectos, dado que son los que tienen rellenados los campos de hora y día de petición y recogida del transporte.

De acuerdo con la información facilitada por el SEM, el total de trayectos solicitados y realizados desde el HUAV en el año 2022 fue de 6.601, aunque la demora media de la recogida del transporte calculada a partir de esta base de datos también resulta en una demora media aproximada de 2 horas.

El pliego de prescripciones técnicas del contrato de transporte sanitario no urgente que el CatSalut adjudicó a las diferentes empresas que gestionan el servicio en todo el territorio de Cataluña insiste en la consideración esencial del cumplimiento, por parte del proveedor, de la hora prevista de tratamiento, prueba o alta hospitalaria, de tal manera que el seguimiento de la puntualidad es un elemento destacado en la evaluación y en la contraprestación de estos contratos.

- Como ya se ha mencionado en apartados precedentes, para resolver las diversas disfunciones y problemáticas del servicio de urgencias, en noviembre de 2022 los servicios de urgencias del HUAV diseñaron un plan de aplicación inmediata. Como escenario de partida, los responsables del servicio apuntaron debilidades muy relevantes, desarrolladas en los apartados precedentes de este informe: la carencia de definición de tareas en los espacios asistenciales, de buenos controles del flujo de enfermos y del drenaje de los pacientes, en caso de requerir un ingreso hospitalario; la difícil coordinación con otros equipamientos asistenciales; la falta de profesionales para hacer frente a los picos de presión asistencial; una estrategia comunicativa deficiente hacia los usuarios; la inexistencia de un plan de calidad consolidado, e instalaciones con las mismas funcionalidades de hacía 15 años.

5.3.3. ¿Se monitoriza el proceso de atención a las urgencias con la finalidad de evaluarlo, optimizarlo y desarrollar instrumentos de mejora?

De acuerdo con el nuevo modelo de transmisión de datos común al resto de aplicaciones del Plan de sistemas, la comunicación con la aplicación del registro del CMBD-UR debe hacerse mediante servicios web (*web services*), con las mismas garantías de entorno seguro, los cuales disponen de las operaciones de envío de actividad, consulta del estado del envío, consulta de actividad y consulta de envíos.

El trabajo de fiscalización realizado en relación con la monitorización del proceso de recogida de datos del proceso de atención a las urgencias ha permitido concluir lo siguiente:

- A partir de los datos facilitados por el CatSalut, la Sindicatura ha analizado el registro CMBD-UR del HUAV correspondiente al año 2022, y los circuitos implementados para su complementación y comprobación. Del análisis efectuado se concluye que había debilidades relevantes: un bajo nivel de control del CMBD-UR por parte de los responsables asignados (en el caso del HUAV, era un profesional con dependencia orgánica de la empresa GSS, adscrita al CatSalut); dificultades por parte de los profesionales en la interpretación de algunas de las variables; la automatización y el desconocimiento del diseño del sistema de vertido de datos; la falta de conciliación de los datos registrados con los circuitos asistenciales donde se generan; las discordancias entre las alternativas de los códigos del CMBD-UR, y los datos que constan en el programa de admisiones del hospital, y, finalmente, una debilidad especialmente relevante, errores y omisiones e información dudosa, o poco verosímil, en algunas de las secuencias horarias registradas y en las variables temporales.
- Las debilidades destacadas afectan directamente a la calidad de los datos sobre las urgencias atendidas en el HUAV registradas en el CMBD-UR y, por lo tanto, dificultan su evaluación, su optimización y el desarrollo de herramientas de mejora.

La Sindicatura ha solicitado a los responsables del servicio de urgencias apoyos externos cuando ha sido necesario, principalmente con origen en el SAP asistencial del hospital, para realizar un análisis adecuado de los datos y extraer las oportunas conclusiones. Sin embargo, los defectos detectados y la falta de homogeneidad en la aplicación de los criterios del manual de notificación del CMBD-UR no nos han permitido efectuar comparativas con el agregado de los centros de Cataluña (véase la nota al pie núm. 24).

- La auditoría realizada por la empresa Aenor durante el primer trimestre de 2023, sobre la certificación de conformidad del ICS respecto a los requisitos especificados en el Real decreto 3/2010, de 8 de enero, por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad (ENS) en el ámbito de la Administración electrónica, concluyó que el sistema no cumplía

con los requisitos del real decreto mencionado ni del Reglamento general de protección de datos, por lo que no concedió esta conformidad y emitió recomendaciones para que fueran implementadas. El alcance de los trabajos de auditoría incluyó, entre otros centros, el Centro Corporativo del ICS, la Gerencia Territorial de Lleida y el Hospital Arnau de Vilanova.

5.3.4. ¿Se da una respuesta adecuada a las situaciones de necesidad social y vulnerabilidad que presentan los pacientes de las urgencias hospitalarias?

El abordaje de la problemática social en los dispositivos de atención urgente y la identificación de otros grupos de población que requieren necesidades específicas cuando necesitan atención inmediata o urgente son también ejes esenciales del PLANUC.

Tal y como se desprende del análisis de los indicadores temporales en el apartado 5.3.2, la dificultad de dar salida a los pacientes con problemática social y con otras necesidades específicas desde los servicios de urgencias hospitalarias incide directamente en la saturación de estos dispositivos. La atención asistencial urgente a estos pacientes no puede retardar el proceso asistencial, y al mismo tiempo, debe asegurar los resultados de la intervención sanitaria urgente.

El HUAV cuenta con un protocolo interno que regula la labor de los trabajadores sociales en el acompañamiento de los pacientes del servicio de urgencias, además del protocolo que regula el drenaje de los pacientes psiquiátricos al HUSM, pero no tiene otros procedimientos, planes o circuitos específicos para la atención urgente a estos grupos de población.

En 2022 en el HUAV había 3 puestos de trabajo asignados a trabajadores sociales (en turno de mañana, tarde y fin de semana), en geriatría de urgencias solo un trabajador social los días laborables y por la mañana y, por lo tanto, estos profesionales no estaban adscritos al servicio de urgencias cada día, ni en todos los turnos. Ese año atendieron a 2.605 pacientes en el servicio de urgencias (1.731 de los cuales –el 66,5%– con motivo de actuaciones pro-activas del servicio de trabajo social en urgencias) y gestionaron 1.859 interconsultas, a petición del personal sanitario del propio servicio de urgencias.

El análisis de la respuesta del HUAV en las situaciones de necesidad social y vulnerabilidad de los pacientes de las urgencias hospitalarias pone de manifiesto las siguientes conclusiones:

- El protocolo de trabajo social del que dispone el HUAV, aprobado en 2021, hace más bien referencia a la actuación del trabajador social con carácter general, y no tanto a la estandarización de la actuación ante situaciones concretas. La historia social de los pa-

cientes está integrada en su historia clínica, pero no hay protocolos consensuados de intervención integrada social y sanitaria.

- De acuerdo con los datos indicados en el CMBD-UR, en el año 2022 un total de 58 pacientes del servicio de urgencias del HUAV fueron dados de alta con derivación a centros sociosanitarios, pero esta derivación no fue gestionada por los trabajadores sociales, sino por los propios servicios de urgencias.
- No se han habilitado zonas adaptadas a pacientes con necesidades específicas, como las personas con problemas de salud mental o adicciones, en términos de seguridad, confort sensorial y prevención de caídas, ansiedad, estrés o pacientes frágiles, para mejorar la calidad de su atención. Tampoco se han iniciado actuaciones de consultoría entre los profesionales de los servicios de urgencias y de la atención primaria.
- El HUAV no dispone de geriatra, mediadores interculturales o servicio de psiquiatría de guardia en el servicio de urgencias. No hay planes específicos para la atención de perfiles susceptibles de presentar síntomas geriátricos –en el año 2022 el hospital atendió a 18.315 pacientes mayores de 75 años–,³⁴ criterios de priorización pactados con la atención especializada, de atención adaptada a sus necesidades, circuitos de prevención de la agudización de los pacientes crónicos o unidades de fragilidad, dotadas con protocolos de actuación y zonas adaptadas a las necesidades de los pacientes para garantizar una atención multidisciplinaria e integral.

Todos estos recursos resultan indispensables para la atención de los pacientes con enfermedades crónicas, oncológicas, dependencia, demencia, necesidades paliativas u otras enfermedades de especial vulnerabilidad.

- En el Plan de medidas de aplicación inmediata que el servicio de urgencias del HUAV activó en noviembre de 2022, se constata como amenaza del servicio un volumen significativo de pacientes con problemática social que muchas veces se resolvía en urgencias, y los trabajadores sociales se incorporaban a las reuniones del COUE por primera vez. En esta línea, en el año 2023 la Región Sanitaria de Lleida puso en marcha un dispositivo de apoyo a la atención primaria integrado por profesionales de diferentes perfiles y entidades proveedoras de salud, que trabajan coordinados bajo el Proyecto territorial de atención domiciliaria integrada en cronicidad y complejidad, con el objetivo de mejorar la continuidad de atención a domicilio ante las situaciones de crisis de los pacientes más frágiles y darles una respuesta más efectiva durante el fin de semana y los festivos.

34. Texto modificado a raíz de la alegación presentada por el CatSalut.

5.4. ¿SE EVALÚA Y DIFUNDE EL SEGUIMIENTO PERIÓDICO DE LAS ACTIVIDADES, DEL CUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES Y LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD Y DEL GRADO DE CONSECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS?

5.4.1. ¿Se dispone de cuadros de mando que integren datos clínicos, asistenciales y administrativos para la toma de decisiones informada?

El despliegue del PLANUC en el territorio previó que la elaboración de los planes territoriales por parte de los comités operativos correspondientes fuera acompañada de instrumentos de gestión útiles para disponer de información precisa sobre la realidad de la atención urgente en su territorio –como los cuadros de mando. El uso y el análisis de la información recogida debían permitir hacer un diagnóstico de la situación, así como planificar las acciones para dar la mejor respuesta posible a la demanda urgente en el territorio.

En último término y según el PLANUC, la elaboración de instrumentos de gestión, integradores y operativos ha de contribuir a garantizar la equidad y el acceso a la atención urgente, a dar una respuesta de calidad y resolutive y a potenciar la corresponsabilidad de los profesionales sanitarios en la planificación territorial.

En relación con la prestación de atención hospitalaria urgente, la Sindicatura ha obtenido los cuadros de mando elaborados por el ICS y por el CatSalut, que incluyen indicadores de actividad y algunas variables temporales. Estas son las conclusiones observadas:

- Los responsables de la atención urgente del HUAV y de los dispositivos de urgencias del territorio no tienen acceso a los cuadros de mando, y algunos de ellos han manifestado que desconocen que existen, o cómo acceder a ellos.
- La fuente de información de estos cuadros de mando no es la misma: en el caso del ICS, la fuente de los datos es el módulo asistencial de SAP del propio hospital, mientras que en el caso del CatSalut, los datos origen son del CMBD-UR del hospital y, por lo tanto, están afectados por las debilidades descritas en el apartado 5.3.3 de este informe.

La Sindicatura ha observado que los datos de una y otra fuente divergen y no han sido contrastados ni conciliados entre ellos. En este sentido, el CatSalut ha señalado que utiliza criterios de inclusión y exclusión diferentes a los del ICS, pero no ha concretado el motivo ni el origen de las diferencias detectadas.

- Los indicadores recogidos miden la actividad y los tiempos de espera, pero no están focalizados en las dinámicas de procesos. No incluyen información a tiempo real o de

extracción automática sobre la saturación del servicio, la disponibilidad de recursos, la predicción de demanda o la adecuación y calidad del servicio.

5.4.2. ¿El programa reúne las condiciones necesarias de evaluabilidad de modo que sus objetivos, indicadores y sistemas de información estén definidos en esta dirección?

El Módulo para el seguimiento de indicadores de calidad (MSIQ) del CatSalut incluye un módulo específico de urgencias donde se presenta una batería de indicadores de atención urgente ajustados. La mayoría de ellos hacen referencia a la actividad hospitalaria (indicadores de calidad de la asistencia, de eficiencia, y de adecuación de la actividad), excepto los de frecuentación, que recogen la actividad atendida en los dispositivos hospitalarios y en los de atención primaria de alta resolución.

El objetivo de los indicadores de atención es la evaluación, la gestión y la monitorización de aspectos importantes de la calidad de la asistencia sanitaria financiada por el CatSalut. La fuente de los datos es el registro CMBD-UR, correspondiente a las urgencias atendidas en los servicios hospitalarios y también en los dispositivos de atención primaria.

Los indicadores elaborados e incluidos en el Módulo MSIQ en su última actualización, del año 2020, incluyen:

- Indicadores de calidad (mortalidad y readmisiones).
- Indicadores de eficiencia (tiempo de triaje, asistencia y salida y estancias prolongadas).
- Indicadores de adecuación (urgencias ingresadas, con riesgo vital y derivaciones).
- Indicadores de frecuentación.

El propio módulo de indicadores describe las limitaciones que afectan a su cálculo, entre las cuales está la falta de exhaustividad y congruencia en la notificación de los datos al CMBD-UR, aunque es eficaz al establecer marcadores que señalan problemas potenciales y áreas donde es posible la mejora de la calidad de la asistencia.

En el año 2022 el CatSalut incluyó solo 3 indicadores vinculados al cumplimiento de los ejes establecidos por el PLANUC en las cláusulas de pago al HUAV, aunque solo la evaluación del primero tiene repercusión económica para el hospital:

Cuadro 10. Objetivos vinculados al pago de la cláusula de resultados, CatSalut 2022

Objetivo		Objetivo pactado (%)	Ponderación	Objetivo CPR pactado	Grado de consecución (%)
PLANUC AE04	Tiempo de espera por ingreso hospitalario desde urgencias (estancia en urgencias ≤ 24 h)	80,00	4	Objetivo vinculado a la CPR	88,53
PLANUC AE05	Tiempo de traslado de los pacientes atendidos en urgencias (llegada en transporte sanitario)	90,00	0	Objetivo sin repercusión económica	98,37
PLANUC AE06	Tiempo de permanencia en urgencias de pacientes nivel MAT III (estancia en urgencias ≤ 12 h)	80,00	0	Objetivo sin repercusión económica	89,77

Fuente: Elaboración propia.

El trabajo de fiscalización ha permitido llegar a estas conclusiones:

- No se ha definido un sistema robusto de indicadores para evaluar el cumplimiento de las acciones incluidas en el Plan territorial de la Región de Lleida, o en los protocolos internos del hospital, y para proporcionar información para la toma de decisiones en los cuadros de mando. A modo de ejemplo, faltan indicadores sobre estancia media en la unidad de observación; nivel de ocupación de los boxes; ocupación diaria; porcentaje de ingresos según horarios, tiempo de espera por ingreso a planta o traslado en ambulancia, u otros indicadores relevantes sobre el drenaje de los pacientes y la calidad y la adecuación asistencial del servicio de atención en los dispositivos de urgencias.
- El Módulo MSIQ, de indicadores de atención urgente, elaborado por el CatSalut cuenta con indicadores de calidad, disponibilidad de recursos, saturación y predicción de demanda que no se han actualizado desde el año 2020.
- La definición de los 3 indicadores vinculados a los servicios de atención urgente incluidos en las cláusulas de pago del CatSalut al HUAV no es suficientemente exigente y las metas que fijan los indicadores no contribuyen a mejorar aspectos relevantes que afectan a la presión asistencial y la eficiencia del servicio.³⁵

35. Texto modificado a raíz de la alegación presentada por el CatSalut.

5.4.3. ¿Se han establecido procedimientos estandarizados de información al paciente y a sus acompañantes?

La Carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria, y también la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, dispone que el ciudadano tiene derecho a recibir, entre otras cosas, una educación en salud que permita obtener información y conocimiento sobre los factores ambientales, socioeconómicos y culturales que pueden influir en la salud individual y colectiva; a la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación para acceder al sistema sanitario de modo seguro; a recibir asesoramiento relativo a la información disponible en la red, y a participar como agente activo en el sistema sanitario.

En este contexto, es deseable fomentar el uso de herramientas que favorezcan más implicación y corresponsabilidad de los ciudadanos en su autocuidado, la autogestión de la salud y la toma de decisiones más informada. Con este objetivo y fundamento, uno de los ejes principales del PLANUC se orienta a la mejora de la información y la educación en salud y a facilitar al ciudadano instrumentos para la toma de decisiones más informada, dado que solo así se puede exigir a la ciudadanía el uso adecuado de los recursos del sistema sanitario.

Este marco normativo también establece que la persona tiene derecho, en el ámbito de los servicios de salud, a expresar la opinión sobre el sistema sanitario y a conocer y utilizar los procedimientos para presentar reclamaciones, sugerencias y agradecimientos, y que estos sean evaluados y contestados en tiempo y forma adecuados. En este sentido, el CatSalut garantiza el ejercicio efectivo de este derecho a poder reclamar y formular sugerencias en referencia a un acto o proceso asistencial, mediante un marco normativo que desplegó con la Instrucción 3/2004, sobre reclamaciones y sugerencias, en vigor desde el 1 de enero de 2005, y la creación de un Registro central de quejas y sugerencias.

Las reclamaciones previstas en esta instrucción incluyen los aspectos de asistencia, trato, información, organización y trámites, hotelaría y confort, documentación y otros aspectos, como consecuencia de la atención sanitaria recibida en un centro, servicio o establecimiento sanitario que no lo ha satisfecho, y de la cual espera una respuesta y/o actuación. Por el contrario, quedan fuera del ámbito de esta instrucción los procedimientos iniciados por la vía patrimonial con motivo de una presunta mala praxis médica en algún centro del Sistema Integral de Salud de Cataluña, las reclamaciones que tienen el carácter de reclamaciones previas a la vía judicial, o de carácter económico, y los recursos de impugnación de actos administrativos.

A su vez, el HUAV cuenta con un Protocolo de la gestión de la información en el servicio de urgencias, que afecta a todo el personal adscrito, sin excepciones, un Procedimiento de gestión de reclamaciones y agradecimientos y un Registro propio de quejas y reclamaciones del centro, gestionado por la Unidad de Atención a la Ciudadanía del hospital.

De acuerdo con los datos facilitados por los responsables entrevistados de la Gerencia de Gestión Ciudadana del CatSalut, en el año 2022 se presentaron 62.656 reclamaciones al

conjunto de unidades proveedoras de Cataluña (un 5,3% más que las presentadas en el año 2019), el 50% de las cuales corresponden a reclamaciones en el ámbito de la asistencia hospitalaria:

Cuadro 11. Reclamaciones presentadas por tipo de unidad proveedora en Cataluña

	2019	2020	2021	2022
Asistencia hospitalaria	36.457	24.526	27.345	34.146
Atención primaria	17.216	12.277	17.868	21.599
Sin especificar (imputación reclamación a EP / Servicio Catalán de la Salud / Departamento / 061)	1.607	1.772	3.383	2.373
Asistencia salud mental	1.633	1.238	1.774	1.891
Asistencia extrahospitalaria	1.274	952	1.241	1.467
Asistencia sociosanitaria	807	838	842	953
Prestación farmacéutica (residencias)	360	696	391	138
Otros	161	42	92	89
Total	59.515	42.341	52.936	62.656

Fuente: Datamart de Reclamaciones y Sugerencias. CatSalut.

De entre las reclamaciones presentadas en el ámbito de la asistencia hospitalaria, el motivo de las reclamaciones presentadas relativas al servicio de urgencias, 3.280 en el año 2022, son, por un lado, la demora excesiva para la atención y, por el otro, la estancia de más de 24 horas en observación, dado que se trata de los 2 únicos códigos de reclamación tipificados para este servicio:

Gráfico 6. Reclamaciones en el ámbito de la atención de urgencias en Cataluña. Ejercicio 2022

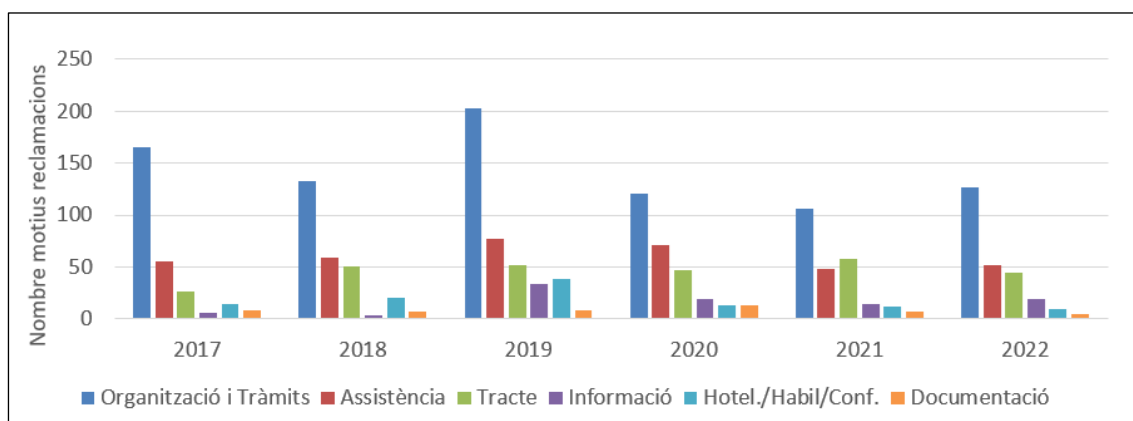


Fuente: Datamart de Reclamaciones y Sugerencias. CatSalut.

En el año 2022, el número de reclamaciones por asistencia hospitalaria presentadas al HUAV fue de 256, cerca del 1% del total de las reclamaciones hospitalarias presentadas en Cataluña.

El motivo de estas reclamaciones es principalmente la organización y los trámites (49,2%), muy por delante de la asistencia recibida (20,5%), o el trato (17,4%). En el primer grupo se incluyen 44 reclamaciones presentadas al HUAV en relación con la atención urgente prestada en 2022, la gran mayoría de ellas por demora en la atención en urgencias, tal y como pasaba con el agregado de centros de Cataluña:

Gráfico 7. Motivos de reclamación hospitalaria. Período 2017-2022



Fuente: Datamart de Reclamaciones y Sugerencias. CatSalut.

En el año 2022 la asesoría jurídica del ICS en Lleida recibió un total de 25 reclamaciones patrimoniales, 4 de las cuales resultaron estimatorias de la solicitud de resarcimiento de gastos y 16 están pendientes de resolución, administrativa o judicial, por daños derivados de una presunta mala praxis asistencial. Asimismo, el hospital recibió 62 agradecimientos formales de los usuarios, 11 de los cuales estaban dirigidos a la atención urgente.

A partir del análisis efectuado se hacen las siguientes observaciones:

- La instrucción del CatSalut que recoge los aspectos organizativos y funcionales de los procedimientos de gestión y los requisitos mínimos de tramitación de las reclamaciones y de las sugerencias presentadas por los usuarios de la red de atención asistencial no se ha actualizado desde 2004. En cumplimiento de esta instrucción, se han centralizado las reclamaciones en un registro común al cual cada centro proveedor hace transferencias periódicas de las quejas y reclamaciones recogidas en el propio centro, reconvirtiendo y adaptando la información, con el riesgo de error, demora o pérdida de datos que este circuito implica.

No se efectúa ningún análisis o memoria anual de los datos que constan en este registro común centralizado, ni se ha desarrollado un circuito ni una base de datos comunes para todos los centros proveedores de la red asistencial.

- En 2022 solo había 2 códigos tipificados en el Registro central del CatSalut para clasificar los motivos de las reclamaciones de los usuarios derivadas de la atención urgente hospitalaria: la demora excesiva por la atención a la urgencia, por un lado, y la estancia de más de 24 horas en observación, por el otro. En 2023 se introdujeron 3 nuevos códigos de reclamaciones: el desacuerdo con el alta en urgencias, la falta de información y la falta de confort.
- El ámbito de la asistencia hospitalaria concentraba cerca del 50% de las reclamaciones anuales presentadas en el conjunto de los centros proveedores de la red SISCAT. En el año 2022 se observa un crecimiento importante en las reclamaciones presentadas, del 25% y el 21%, en los ámbitos de la asistencia hospitalaria y la atención primaria, respectivamente. Esta tendencia también se observa en el caso del HUAV.
- Las reclamaciones presentadas al HUAV en el año 2022, un total de 256, fueron gestionadas, en un 91% de los casos, por el hospital mismo, mientras que el 9% restante fueron gestionadas por la Región Sanitaria de Lleida, el ICS y el CatSalut. Más del 92% de los expedientes derivados de estas reclamaciones estaban tramitados y cerrados a la fecha de nuestro trabajo.

Se observa también que los meses de junio a octubre, en todo el período 2019-2022, fueron meses que concentraron porcentajes relevantes de reclamaciones. Los responsables de Atención a la Ciudadanía y Participación del HUAV han manifestado que en verano los centros de atención primaria de toda la región cierran por la tarde y eso hace aumentar las urgencias hospitalarias y las esperas.

- La demora excesiva por lista de espera para atención en urgencias era el motivo principal de las quejas y reclamaciones presentadas por los usuarios en el ámbito de la asistencia hospitalaria urgente, tanto en Cataluña como en el HUAV, con 3.156 reclamaciones en el conjunto de Cataluña (el 9,2% del total de reclamaciones por asistencia hospitalaria) y 44 reclamaciones en el HUAV (el 16,8% del total), presentadas en el año 2022.

5.4.4. ¿Cuáles han sido los resultados obtenidos en relación con los servicios de urgencias prestados?

En este apartado se focaliza la atención en aspectos relativos a la calidad asistencial, la calidad del servicio y la calidad percibida por el usuario. Los aspectos vinculados a resulta-

dos en salud (disminución adicional de la mortalidad) se han abordado en otro punto de este informe (véase el apartado 5.3.2).

Calidad asistencial y del servicio

A partir de la metodología establecida para el cálculo de los indicadores de calidad de la atención urgente del MSIQ, la Sindicatura de Cuentas ha calculado 4 indicadores vinculados a la calidad asistencial y del servicio de las urgencias hospitalarias del HUAV, empleando los datos procedentes del CMBD-UR. Estos indicadores hacen referencia a:

1. El número de defunciones en el servicio de urgencias.
2. Las readmisiones en el servicio de urgencias antes de 72 horas.
3. Las readmisiones en el servicio de urgencias antes de 72 horas que requieren ingreso en un hospital.
4. Los contactos que no finalizan la asistencia.

Para cada uno de estos aspectos se ha calculado, por un lado, una tasa bruta, entendida como la relación entre los acontecimientos producidos –por ejemplo, las muertes en urgencias– y el número de casos posibles –es decir, el número de urgencias atendidas susceptibles de generar el evento en cuestión– y, por otro lado, un indicador ajustado, entendido como la relación entre el número de acontecimientos observados y el número de acontecimientos esperados según un modelo de ajuste (véase el anexo 4 para más detalle). En todos los casos se ha empleado un modelo de regresión logística como modelo de ajuste.

En cuanto al número de defunciones registradas en el servicio de urgencias,³⁶ se observa que la tasa bruta de mortalidad que se produjo en el HUAV en el año 2022 (0,21%) fue superior a la del conjunto de Cataluña en el mismo período, y superior también a la registrada en el mismo centro en el año 2019 (0,16%).

Cuadro 12. Tasa bruta de mortalidad

Concepto	Hospital Universitario Arnau de Vilanova	Cataluña
Defunciones	195	4.580
Casos posibles	93.633	3.415.409
Porcentaje	0,21	0,13

Fuente: Elaboración propia a partir del CMBD-UR.

36. El número de defunciones registradas en un centro es un indicador usual de calidad de la atención hospitalaria, en el sentido de que menos defunciones implican más calidad asistencial. Sin embargo, no debe confundirse la reducción del número de defunciones dentro del centro, como indicador de calidad, con la reducción de la mortalidad, dentro fuera del centro, como *output* en términos de ganancias en salud derivado de la actividad del dispositivo.

Esta tasa por sí sola, sin embargo, no es indicativa de una mortalidad excesiva en el servicio de urgencias del HUAV, puesto que determinadas características asociadas al centro y a su actividad podrían comportar más mortalidad que la que se registró en términos medios en los SUH del conjunto de Cataluña. Por eso es necesario el cálculo de un indicador ajustado que tenga en cuenta distintos factores que pueden afectar al número de defunciones registrado en un SUH. Definimos el indicador ajustado de mortalidad en urgencias como la relación (ratio) entre la mortalidad observada y la mortalidad esperada según el modelo de ajuste. El indicador se interpreta en el sentido de que un valor inferior a la unidad representa un número de defunciones observadas menor que el número de defunciones esperadas y, por lo tanto, más calidad asistencial del dispositivo de urgencias. En cambio, un indicador mayor de 1 implica que se podrían mejorar los circuitos de atención para lograr una menor mortalidad dentro del dispositivo.

Cuadro 13. Indicador ajustado

Concepto	Indicador ajustado	Intervalo de confianza al 95%
Mortalidad en urgencias	0,877	0,740 - 1,015

Fuente: Elaboración propia a partir del CMBD-UR.

El cuadro 17 muestra el indicador ajustado correspondiente al año 2022 para el HUAV. El indicador es inferior a la unidad, pero, en términos estadísticos, no es significativamente diferente de 1. Por lo tanto, teniendo en cuenta la incertidumbre que rodea la estimación del indicador ajustado, tan solo se puede afirmar que la mortalidad registrada en el servicio de urgencias del HUAV fue justamente la que se esperaría de acuerdo con los factores de ajuste que se han tenido en cuenta.

Otro indicador de la calidad asistencial hace referencia a los contactos que han sido admitidos de nuevo en un SUH antes de 72 horas de la finalización del primer episodio urgente, dado que el retorno de un paciente en un período tan corto de tiempo puede ser indicativo de una atención o prescripción iniciales deficitarias.

Cuadro 14. Readmisiones inferiores a 72 horas

Concepto	Hospital Universitario Arnau de Vilanova	Cataluña
Readmisiones < 72 horas	3.843	154.298
Casos posibles	53.702	2.292.748
Porcentaje	7,16	6,73

Fuente: Elaboración propia a partir del CMBD-UR.

El cuadro 18 muestra el número de readmisiones en un intervalo de tiempo inferior a 72 horas que se produjeron entre los contactos del servicio de urgencias del HUAV en el año 2022. El porcentaje en relación con el número de casos susceptibles de haber generado readmisio-

nes fue del 7,16%, ligeramente superior al del conjunto de Cataluña (6,73%) pero inferior al registrado en el mismo dispositivo en el año 2019 (7,47%).

Cuadro 15. Readmisiones inferiores a 72 horas, indicador ajustado

Concepto	Indicador ajustado	Intervalo de confianza al 95%
Readmisiones < 72 horas	1,009	0,978 – 1,041

Fuente: Elaboración propia a partir del CMBD-UR.

El cuadro 19 muestra el correspondiente indicador ajustado para el HUAV en 2022. Este indicador se define como la relación (ratio) entre el número observado de urgencias readmitidas en un SUH en un tiempo inferior a 72 horas, después de haber sido atendidas inicialmente en el HUAV, y el número esperado según el modelo de ajuste. El indicador se interpreta en el sentido de que un valor inferior a la unidad representa un número de readmisiones observadas menor que su número de readmisiones esperado y, por lo tanto, presumiblemente, una mejor calidad de la atención en el dispositivo. Se observa que en este caso el indicador es ligeramente superior a 1 y que, de forma análoga al caso de la mortalidad en el servicio de urgencias, se concluye que el número de readmisiones inferiores a 72 horas fue justamente el esperado para un servicio de urgencias como el del HUAV.

Adicionalmente, se consideran también aquellas readmisiones producidas en un período inferior a 72 horas desde el primer contacto pero que, además, requieren ingreso hospitalario una vez retornan a urgencias.

Cuadro 16. Readmisiones inferiores a 72 horas, con ingreso

Concepto	Hospital Universitario Arnau de Vilanova	Cataluña
Readmisiones < 72 horas con ingreso	815	25.414
Casos posibles	3.843	154.298
Porcentaje	21,20	16,47

Fuente: Elaboración propia a partir del CMBD-UR.

De nuevo, el HUAV presenta una tasa de readmisiones a urgencias en menos de 72 horas y que acaban ingresando (21,20%) superior a la del conjunto de Cataluña (16,47%), y que es similar a la tasa registrada en el mismo centro en el año 2019 (20,02%). Para poder verificar si esta tasa revela posibles márgenes de mejora en la calidad asistencial en el HUAV debe calcularse el correspondiente indicador ajustado (véase el cuadro 21).

Cuadro 17. Readmisiones inferiores a 72 horas, con ingreso, indicador ajustado

Concepto	Indicador ajustado	Intervalo de confianza al 95%
Readmisiones < 72 horas e ingreso	1,215	1,147 – 1,283

Fuente: Elaboración propia a partir del CMBD-UR.

El indicador obtenido (1,215) es, desde un punto de vista estadístico, significativamente superior a la unidad. Por lo tanto, se puede concluir que los ingresos procedentes de readmisiones en un tiempo inferior a 72 horas generados por el servicio de urgencias del HUAV fueron superiores a los que se esperaría de acuerdo con los factores de ajuste que se han tenido en cuenta.

Finalmente, un último indicador de calidad del servicio de urgencias está vinculado al número de contactos que abandonan el servicio de urgencias sin finalizar el proceso asistencial. Esta situación hace referencia a las situaciones registradas en el CMBD-UR como alta voluntaria (el paciente indica que abandona el servicio de urgencias), alta administrativa (el paciente abandona el servicio de urgencias sin indicarlo) o evasión (el paciente abandona el servicio de urgencias sin estar autorizado a hacerlo).

Cuadro 18. Urgencias no finalizadas

Concepto	Hospital Universitario Arnau de Vilanova	Cataluña
Urgencias no finalizadas	5.596	176.621
Casos posibles	99.283	3.648.793
Porcentaje	5,64	4,84

Fuente: Elaboración propia a partir del CMBD-UR.

El cuadro 22 muestra el número de urgencias no finalizadas en el HUAV en el año 2022. Se observa que la tasa registrada (5,64%) fue superior a la media catalana (4,84%), y también superior a la registrada en el mismo dispositivo en el período de referencia de 2019 (4,90%).

Cuadro 19. Urgencias no finalizadas, indicador ajustado

Concepto	Indicador ajustado	Intervalo de confianza al 95%
Urgencias no finalizadas	1,340	1,310 – 1,370

Fuente: Elaboración propia a partir del CMBD-UR.

El indicador ajustado correspondiente (véase el cuadro 23) se define en este caso como la ratio entre el número observado de urgencias no finalizadas y el número esperado según un modelo de ajuste. Este indicador se interpreta en el sentido de que un valor inferior a la unidad representa un número de abandonos observados menor que su número esperado y, por lo tanto, presumiblemente, una mejor calidad de la atención en el dispositivo. En cambio, un indicador mayor de 1 implica que se podrían mejorar los circuitos de atención para lograr una reducción de los abandonos.

El indicador es mayor de 1 y estadísticamente significativo. Por lo tanto, se puede afirmar que el abandono registrado en el servicio de urgencias del HUAV fue superior al que se

esperaría de acuerdo con los factores de ajuste que se han tenido en cuenta. Desde este punto de vista, hay margen de mejora en cuanto a la calidad de la atención.

En resumen, en cuanto a la calidad asistencial y del servicio, el HUAV presentó en el período de fiscalización un número de defunciones y un número de readmisiones en el servicio de urgencias de acuerdo con lo que se esperaba de un hospital de sus características y con su casuística. En cambio, presentó un número de readmisiones con ingreso y un número de urgencias no finalizadas superior a lo esperable. En estos 2 aspectos de la calidad del servicio de urgencias hay margen de mejora.

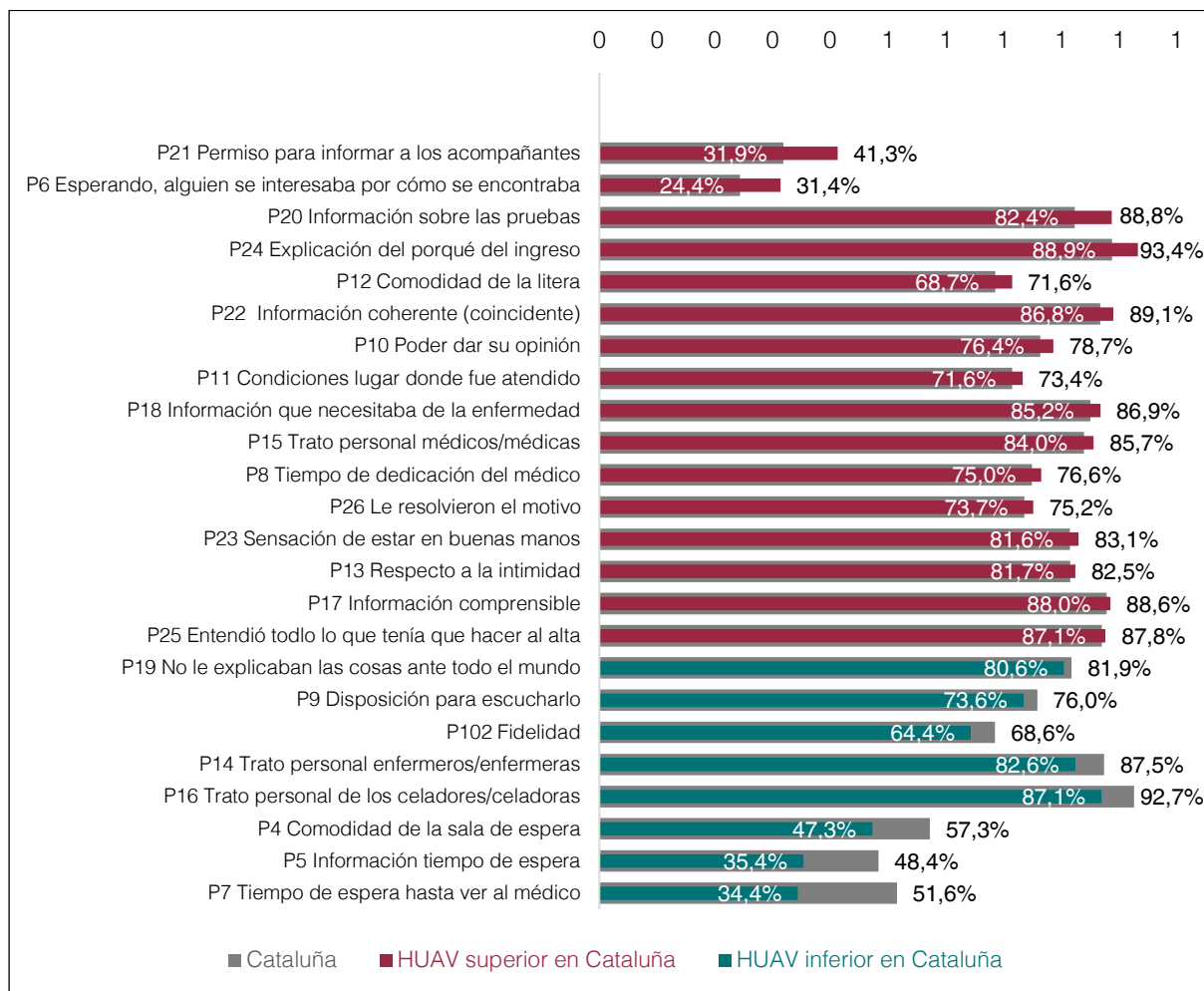
Calidad percibida por el usuario

El Plan de encuestas de percepción, experiencia y satisfacción de usuarios del CatSalut (PLAENSA) es un proyecto que empezó en el año 2001 para evaluar la calidad del servicio y el grado de satisfacción de las personas usuarias con los diferentes servicios sanitarios públicos, con el objetivo de obtener una información que resulta muy valiosa para diseñar e implementar estrategias de mejora de la calidad en la provisión de estos servicios.

Los estudios del PLAENSA forman parte de la información de resultados que se presenta a la Comisión de Salud del Parlamento de Cataluña, se incorporan a los informes sectoriales de la Central de Resultados del Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña, dan apoyo a los objetivos del Plan de salud y están disponibles en el Portal de Transparencia de la Generalidad. La planificación de estos estudios incluye varios procesos y líneas de servicio: la atención primaria, hospitalaria, sociosanitaria y a la salud mental; el transporte sanitario no urgente; la receta electrónica; la oxigenoterapia crónica a domicilio; la rehabilitación ambulatoria; la hemodiálisis; la cirugía mayor ambulatoria, o la atención hospitalaria urgente, entre otros.

El resultado de las encuestas PLAENSA del año 2022 en el ámbito de la atención urgente hospitalaria muestra que los usuarios del servicio valoraron la satisfacción con la atención recibida con un 6,81, sobre 10 de media, en el conjunto del territorio de Cataluña. Este estudio cuenta con 4.240 casos, procedentes del registro de actividad de los centros proveedores, entrevistados mediante un cuestionario web con invitación por SMS, de entre el total de 63.831 pacientes atendidos en las urgencias del HUAV en el año 2022.

En lo referente a los usuarios del HUAV, las encuestas del año 2022 de los usuarios de los servicios de atención hospitalaria urgente obtienen una valoración global de 6,49, sobre 10 de media, ligeramente por debajo del resultado del conjunto de Cataluña (6,81). En 8 de las preguntas de satisfacción el HUAV obtiene peores resultados que en el conjunto de Cataluña, mientras que en 16 obtiene mejores resultados:

Gráfico 8. Encuestas PLAENSA, de comparación entre los resultados de Cataluña y del Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Ejercicio 2022

Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas PLAENSA 2022.

El análisis de los resultados de las encuestas publicadas y la metodología empleada en el estudio han puesto de manifiesto estas conclusiones:

- Los ítems que hacen referencia a los tiempos de espera, la comodidad de los espacios, el trato personal de los profesionales del servicio y la disposición a ser escuchado son los valorados por los usuarios del HUAUV por debajo de la valoración que se obtiene para los usuarios en el conjunto de Cataluña, con una desviación de hasta 17 puntos porcentuales.
- En julio de 2023 el HUAUV inició un plan de humanización para modificar la sala de espera, la información que se facilita a los usuarios y el vestuario, con la previsión de realizar encuestas a pacientes y acompañantes en el servicio de urgencias del hospital. En las entrevistas realizadas a finales de 2023, los responsables de este servicio manifestaron que habían recibido pocas respuestas y que habría que repensar su distribución, para obtener un grado elevado de representatividad de las respuestas.

5.4.5. ¿Se hace el seguimiento y la evaluación de las directrices y objetivos estratégicos y se difunden?

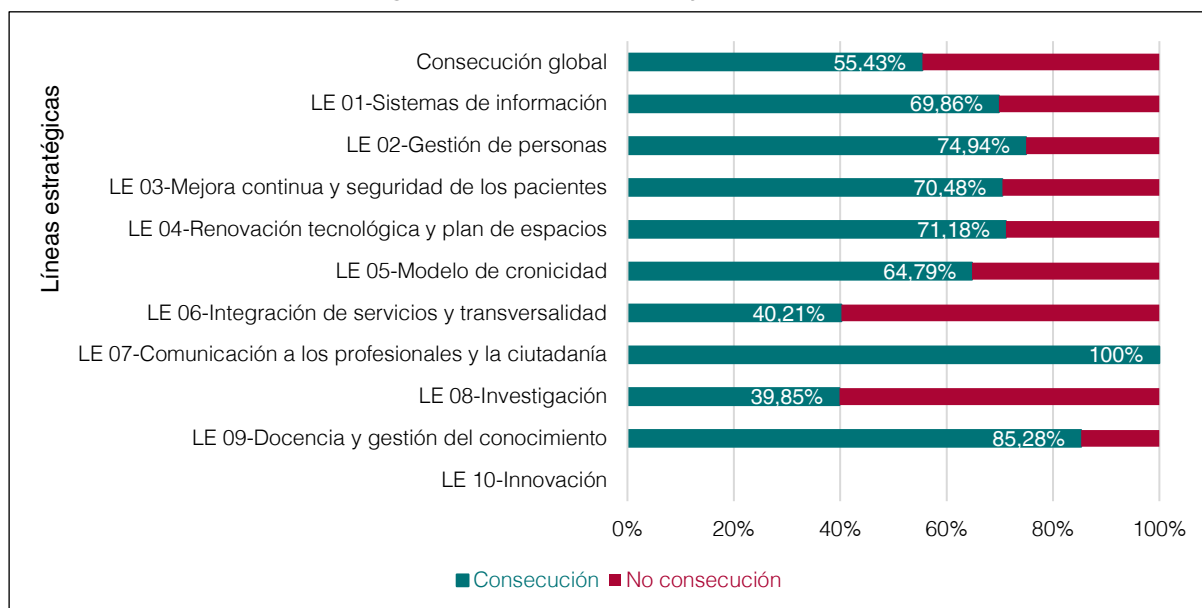
En julio de 2020 el CatSalut adjudicó, mediante concurso público, el contrato para el servicio de auditoría de los dispositivos de atención urgente a la Fundació Avedis Donabedian para la mejora de la calidad asistencial, fundación privada, por 131.200 €. El trabajo de campo de esta auditoría se ejecutó durante en el año 2021 e implicó 29 CUAP, 57 hospitales y los servicios centrales del SEM, entre los cuales estaban el CUAP Prat de la Riba de Lleida y el HUAV.

Los resultados y las incidencias detectadas en cuanto a los dispositivos de urgencias, de atención primaria y hospitalaria, ubicados en Lleida ciudad, objeto del presente informe, se han enunciado en algunos de los apartados precedentes.

En lo que respecta al despliegue territorial del PLANUC, el Plan estratégico territorial 2022-2025 del ICS en Lleida, L'Alt Pirineu i Aran y GSS se aprobó durante el primer semestre de 2023, en sesión del Comité de Dirección Territorial de la Región Sanitaria de Lleida y el consejo de administración de la empresa GSS, para concretar y adaptar las propuestas estratégicas del Plan de salud de Cataluña y del propio PLANUC a la realidad y las necesidades inherentes de la región. El despliegue del plan previó 10 líneas estratégicas y 42 objetivos, centrados en ejes estratégicos como los sistemas de información, la gestión de personas, la calidad y seguridad de los pacientes, la atención a la cronicidad en coordinación con la atención primaria o la promoción de la gestión de la investigación y el conocimiento, detallados en el apartado 5.1.1 del informe.

El apartado 7.º de este plan territorial establecía la necesidad de someterlo a la evaluación anual del Comité de Dirección Territorial, con el apoyo del grupo gestor del plan estratégico, y a la difusión y publicidad del grado de consecución de los objetivos estratégicos por parte de la Gerencia Territorial.

La evaluación del Plan estratégico territorial al cierre del año 2022, que recoge los datos reportados por los responsables de cada una de las líneas estratégicas, fue facilitada a la Sindicatura por parte de la Dirección de Calidad de la Gerencia Territorial de Lleida, L'Alt Pirineu i Aran, a manos de personal adscrito a la empresa pública GSS (CatSalut). Según este documento, la consecución global del plan fue del 55,43%, con un cumplimiento muy desigual de las diferentes líneas estratégicas:

Gráfico 9. Cierre del Plan estratégico territorial de Lleida. Ejercicio 2022

Fuente: Elaboración propia a partir del cierre global del Plan estratégico territorial. Gerencia Territorial ICS Lleida Pirineu y GSS.

El análisis del despliegue del PLANUC y del Plan estratégico territorial y la evaluación realizada han puesto de manifiesto estas observaciones:

- El CatSalut ha manifestado que los resultados de las auditorías de implementación del PLANUC hechas por Avedis Donabedian se comunicaron a las regiones sanitarias correspondientes, y que en casos graves o notorios se implementaron actuaciones puntuales. Sin embargo, las distintas partes interesadas entrevistadas, así como los propios responsables de los servicios de atención urgente del HUAV, manifiestan que desconocen el contenido de estas auditorías.

El CatSalut no ha impulsado ninguna otra evaluación o actuación tras los resultados de esta auditoría. En el informe que el Síndic de Greuges presentó en el Parlamento en el año 2017, en relación con las urgencias hospitalarias, el Síndic también se comprometió a hacer un seguimiento de la aplicación del Plan nacional de urgencias de Cataluña, pero la Sindicatura no tiene constancia de que este seguimiento se haya producido.

- En cuanto al Plan estratégico territorial y en despliegue de las 10 líneas estratégicas previstas, se definió para cada una varios objetivos y acciones estratégicas, sin concretar indicadores ni umbrales de consecución que fueran cualitativos y transparentes. La evaluación de estas acciones no incluye, por lo tanto, ningún análisis ni indicadores en este sentido. Tampoco motiva aquellas acciones que no han sido evaluadas, o que han sido desestimadas, entre otras, la línea estratégica LE 10.

La Dirección de Calidad, responsable de la evaluación del plan territorial, no ha podido aportar ninguna documentación acreditativa de los porcentajes de consecución que se

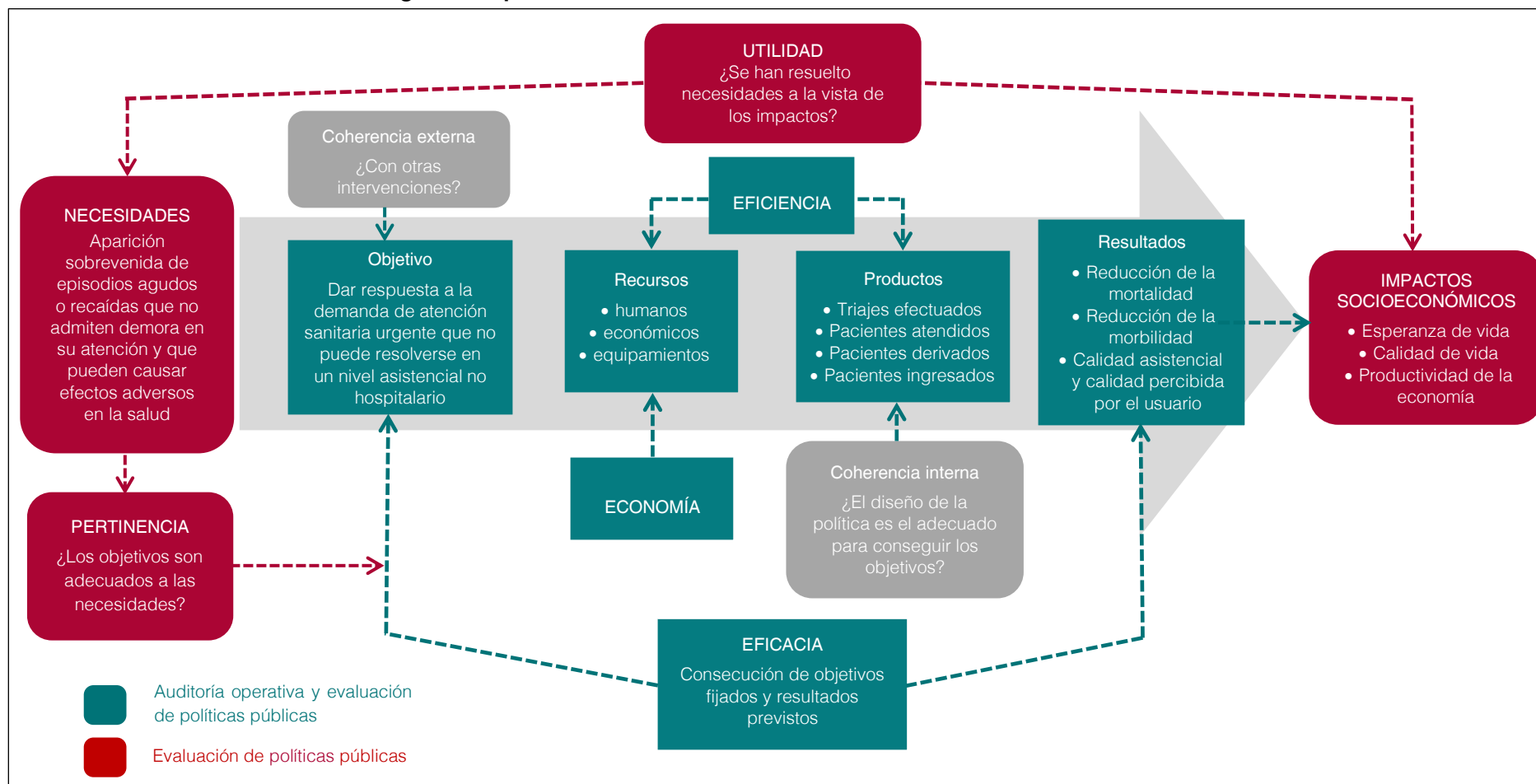
aprobaron al cierre del año 2022. Tampoco se pueden contrastar las ponderaciones parciales asignadas a las diferentes acciones estratégicas con el documento aprobado formalmente. La explicación que se ha dado a la Sindicatura es que el despliegue de este plan se gestiona a través de una aplicación que se actualiza cada año, de modo que no permite trazar los resultados aprobados con la evaluación que se hizo en una fecha concreta, ni esta información ha sido conservada por parte de la Gerencia Territorial.

- La Dirección de Calidad de la Gerencia Territorial del ICS en Lleida ha manifestado que no ha llevado a cabo auditorías de calidad del servicio en el ámbito de la atención urgente en el territorio, función que, de acuerdo con el eje 7 del PLANUC, correspondía desplegar a los COUE.
- No se ha dado cumplimiento a los requisitos de publicidad y difusión de la evaluación de los planes estratégicos nacionales y territoriales, contraviniendo lo establecido en el mismo plan y en los preceptos de la Ley 19/2014, de 29 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.

6. ANEXOS

6.1. TEORÍA DEL CAMBIO

Gráfico 10. Actividad de atención urgente hospitalaria



Fuente: Elaboración propia.

6.2. MATRIZ DE PLANIFICACIÓN: OBJETIVOS, SUBOBJETIVOS Y CRITERIOS DE AUDITORÍA

Objetivos	Subobjetivos	Criterios de auditoría
1. ¿Los instrumentos disponibles permiten dimensionar y distribuir los recursos humanos sanitarios según las necesidades asistenciales de la población?	1.1. ¿Ha diseñado el Gobierno un plan estratégico en el que se enmarquen la atención a las urgencias en Cataluña y los agentes implicados y se identifiquen las necesidades de atención y ha informado e involucrado a las partes interesadas?	- PLANUC - Planes estratégicos territoriales / acuerdos de Gobierno - Plan de salud - Directrices y protocolos centrales - Ley 19/2014, de transparencia, obligaciones en materia de grupos de interés
	1.2. ¿Existe un plan funcional para ordenar la estructura de recursos humanos del hospital y dimensionar el dispositivo, de acuerdo con las previsiones del Plan estratégico?	- Memorias de actividad (Gerencia Territorial Lleida y HUAV) - PORH - Manual y criterios retribuciones variables DPO-HUAV
	1.3. ¿Es adecuada la estructura organizativa de los dispositivos asistenciales de urgencias a la demanda asistencial del centro, en términos de recursos y organización?	- Artículos 12 y 13 Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud - PLANUC (acción 27) - Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias - Plantilla, RPT y organigrama HUAV - Protocolos internos circuito de urgencias HUAV - PORH ICS
	1.4. ¿La prestación del servicio se ha determinado en términos de economía?	- Art. 39 y 40 del Decreto 118/2014, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud - Informe de impacto económico y social - Estudios de costes de los servicios de urgencias

Objetivos	Subobjetivos	Criterios de auditoría
2. ¿Se evalúa la demanda asistencial urgente, los flujos en la continuidad asistencial y su coherencia con la actividad asistencial contratada por el CatSalut?	2.1. ¿El grado de utilización de los servicios de urgencias y su evolución es coherente con la actividad prevista por el CatSalut?	- Cláusula anual CatSalut, evolución 2019-2022 - Datos de actividad: memorias anuales de actividad de urgencias, Plan estratégico territorial, memoria anual CatSalut, memorias HUAV - CMBD-UR 2019-2022
	2.2. ¿Se produce la atención asistencial al nivel más adecuado, en función del nivel de urgencia? ¿Se han implementado acciones correctoras para reducir la presión asistencial en el servicio de urgencias?	- PLANUC (ejes 2 y 4) - CMBD-UR 2019-2022 - AQUAS, informes de evaluación - Protocolos y procedimientos aprobados para la continuidad asistencial - Planes estratégicos territoriales - Decreto 118/2014, sobre la contratación y prestación de los servicios sanitarios con cargo al Servicio Catalán de la Salud
3. ¿Se han diseñado circuitos sobre aspectos operativos y funcionales de la gestión integral del proceso asistencial urgente y se implementan como está previsto?	3.1. ¿Se han diseñado y se aplican de forma óptima los protocolos específicos que regulan el proceso asistencial y son adecuados a las necesidades de atención?	- Protocolos, procedimientos, instrucciones y directrices centralizadas y específicas del centro hospitalario - PLANUC - Evaluaciones de los protocolos - Planes de acción de los SUH del HUAV
	3.2. ¿Hay una buena coordinación de los recursos durante el proceso asistencial y se optimiza el tiempo y el proceso de drenaje de los pacientes?	- Protocolos y procedimientos internos del proceso asistencial de urgencias - PLANUC - Manual CMBD-UR - Datos CMBD-UR 2022 - Instrucción 14/2014, CatSalut, sobre tiempo medio de espera - Datos obtenidos de SAP Asistencial HUAV - Datos de traslados TSNU año 2022, SEM
	3.3. ¿Se monitoriza el proceso de atención a las urgencias con la finalidad de evaluarlo, optimizarlo y desarrollar instrumentos de mejora?	- Manual de codificación del CMBD-UR (año 2019) - Instrucciones CatSalut - GPF 5311 Ciberseguridad, seguridad de la información y auditoría externa

Objetivos	Subobjetivos	Criterios de auditoría
	3.4. ¿Se da una respuesta adecuada a las situaciones de necesidad social y vulnerabilidad que presentan los pacientes de las urgencias hospitalarias?	- Protocolo sobre el funcionamiento de las urgencias-HUAV - Procedimiento de actuación del trabajador social en urgencias, HUAV - Circuito de derivación de urgencias psiquiátricas, HUAV - PLANUC - CMBD-UR - Indicadores temporales obtenidos para el 2022
4. ¿Se evalúa y se difunde el seguimiento periódico de las actividades, del cumplimiento de las instrucciones y estándares de calidad y del grado de consecución de los objetivos?	4.1. ¿Se dispone de cuadros de mando que integren datos clínicos, asistenciales y administrativos para la toma de decisiones informada?	- Manual de codificación del CMBD-UR (año 2019) - PLANUC - Plan estratégico de acción territorial
	4.2. ¿El programa reúne las condiciones necesarias de evaluabilidad de modo que sus objetivos, indicadores y sistemas de información estén definidos en esta dirección?	- PLANUC - Plan estratégico de acción territorial - Concierto formalizado entre CatSalut y HUAV para la prestación asistencial del servicio - Ivàlua, Herramienta práctica 3.2 - Guía GPF-OCEX 3920, de auditoría operativa - Módulo de urgencias en el MSIQ (Módulo seguimiento indicadores de calidad), CatSalut
	4.3. ¿Se han establecido procedimientos estandarizados de información al paciente y a sus acompañantes?	- Protocolos y procedimientos internos del HUAV en relación con la gestión de información al servicio de urgencias - Instrucción 3/2004 de reclamaciones y sugerencias - PLANUC - Registro de sugerencias, quejas y reclamaciones CatSalut - Registro de quejas y reclamaciones HUAV - Instrucción del CatSalut 03/2004 de reclamaciones y sugerencias - Carta de derechos y deberes de la ciudadanía en relación con la salud y la atención sanitaria

Objetivos	Subobjetivos	Criterios de auditoría
	4.4. ¿Cuáles han sido los resultados obtenidos en relación con los servicios de urgencias prestados?	- Encuestas PLAENSA - PLANUC - Módulo de urgencias en el MSIQ (Módulo seguimiento indicadores de calidad), CatSalut - Actos COUE territorial
	4.5. ¿Se hace el seguimiento y la evaluación de las directrices y objetivos estratégicos y se difunden?	- Plan estratégico territorial de Lleida - Actos COUE Territorial - PLANUC - Ley 19/2014, de 29 de diciembre, de transparencia - Ivàlua, Herramienta práctica 4.2 - Guía para la revisión del principio de transparencia, Tribunal de Cuentas

6.3. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Contacto:** atención que se da a un paciente desde el momento de la admisión en un servicio de urgencias hospitalario, en un recurso de urgencias de atención primaria, o desde el momento en que es atendido por el SEM, hasta que abandona el dispositivo de urgencias.
- **Derivación inversa:** cuando el paciente es dado de alta después del triaje sin haber sido atendido, porque no presenta ningún tipo de riesgo vital y se hace una derivación inversa dirigiéndolo a un dispositivo de urgencias de menor capacidad resolutive.
- **Drenaje:** tiempo entre la decisión asistencial y la salida del servicio.
- **SISCAT:** Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña, creado en el año 2000, que incluye todas las redes asistenciales en un solo sistema: internamente, comunitario, transporte sanitario y otros servicios sanitarios. Una parte de las entidades están participadas por el Departamento de Salud o el CatSalut, por empresas públicas (entidades de derecho público sometidas al ordenamiento jurídico privado y sociedades mercantiles), consorcios y fundaciones. Cuenta con más de 200 centros de internamiento (para la atención aguda, la atención sociosanitaria y la atención de internamiento de salud mental); más de 1.400 centros para la atención primaria y comunitaria, como los CAP y consultorios locales en los lugares más pequeños; centros de urgencias de atención primaria (CUAP); centros ambulatorios de salud mental de adultos e infantiles y juveniles; centros para la atención a las drogodependencias y adicciones, y otros recursos como hospitales de día o servicios de rehabilitación comunitaria, entre otros.
- **Sobre cobertura:** en el ámbito de la evaluación de políticas públicas, situación en la que un determinado programa o intervención pública llega a segmentos de población no previstos inicialmente, y a los cuales no se dirige.
- **Triaje:** sistema que permite priorizar y ordenar la atención con criterios de seguridad clínica. En Cataluña se utiliza el denominado Modelo Andorrano de Triaje (MAD), que clasifica a los pacientes en 5 niveles de triaje, de modo que se atienden según el grado de urgencia, con independencia del orden de llegada.
- **Urgencia:** atención prestada a los pacientes que acceden a los servicios de un centro hospitalario de internamiento por iniciativa propia o de otras instancias, al margen del circuito de acceso programado, como consecuencia de la necesidad objetiva o subjetiva de atención inmediata, con independencia de que el destino final de los pacientes comporte o no el internamiento, en el mismo centro o en otro. Todas las urgencias, con independencia del proceso asistencial que se derive de ellas, son calificadas mediante una actividad de triaje.

6.4. METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DE INDICADORES

A continuación se presenta la metodología empleada para el cálculo de los indicadores utilizados en este trabajo de fiscalización. El tratamiento y el análisis de los datos se han realizado mediante el programa R.³⁷

A) Indicadores de tiempo

Para el cálculo de los indicadores de tiempo se han empleado fundamentalmente los datos procedentes del CMBD-UR correspondiente al año 2022. Esta información se ha completado, cuando ha sido necesario, con datos procedentes de los sistemas de información propios del HUAV, ya que para determinados campos la información de la primera fuente no era suficientemente precisa.

Los indicadores de tiempo y también los respectivos criterios de inclusión de casos están basados en los indicadores definidos en el MSIQ del CatSalut, en los indicadores empleados por el NHS inglés³⁸ y en los indicadores propuestos en el informe oficial sobre la transformación de la atención urgente en el NHS,³⁹ pero no son necesariamente coincidentes con ninguno de ellos. La interpretación que se hace de estos indicadores, no obstante, es propia de la Sindicatura de Cuentas.

Definición e interpretación de los indicadores

Tiempo hasta el triaje: tiempo que transcurre entre la llegada a urgencias y el momento en que se realiza el triaje.

Este indicador se interpreta como la capacidad para realizar una primera evaluación del paciente que acude al SUH, de modo que cuanto más largo sea el tiempo de espera menos capacidad habrá para realizar una primera evaluación del paciente.

Para calcular este indicador se han utilizado todos los contactos registrados en el CMBD-UR del año 2022, excepto los siguientes:

- Contactos que llegan con parada cardiorrespiratoria irreversible.

37. R es un *software* libre ampliamente empleado para el análisis estadístico: <https://www.r-project.org/>.

38. *Accidente and emergency quality indicators for England*. Disponible en: <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 en: <https://www.england.nhs.uk/publication/transformation-of-urgent-and-emergency-care-models-of-care-and-measurement/>.

- Contactos con fecha u hora de triaje no comunicada, errónea o incongruente con la fecha u hora de inicio, la fecha u hora de asistencia o la fecha u hora de salida.

Tiempo hasta el inicio de la asistencia: tiempo que transcurre entre la llegada a urgencias y el momento en que se inicia la atención urgente.

Este indicador se interpreta como la capacidad para dar respuesta asistencial al paciente que acude al SUH, de forma que cuanto más tiempo haya de espera, menos capacidad para dar respuesta asistencial al paciente.

Para calcular este indicador se han utilizado todos los contactos registrados en el CMBD-UR, excepto los siguientes:

- Contactos que llegan con parada cardiorrespiratoria irreversible.
- Contactos con fecha u hora de asistencia no informada, errónea o incongruente con la fecha o la hora de inicio, la fecha o la hora de triaje o la fecha o la hora de salida.
- Contactos con derivación posterior al triaje.
- Contactos con triaje comunicado.

Tiempo hasta la toma de decisión: diferencia entre la hora de finalización de la asistencia y la hora de entrada a urgencias.

Este indicador se interpreta como medida de la capacidad de resolución o de indicación intrínseca de casos por parte del SUH, solo condicionada por los propios recursos y la capacidad para realizar pruebas diagnósticas –cuanto más tiempo de espera, menos capacidad de resolución o de indicación.

Para calcular este indicador se han utilizado todos los contactos registrados en el CMBD-UR, excepto los siguientes:

- Contactos que llegan con parada cardiorrespiratoria irreversible.
- Contactos con fecha u hora de fin de asistencia no comunicada, errónea o incongruente con la fecha o la hora de inicio, la fecha o la hora de triaje, la fecha o la hora de asistencia o la fecha o la hora de salida.
- Contactos con derivación posterior al triaje.
- Contactos con alta voluntaria, alta administrativa o evasión.
- *Exitus*.

Tiempo total en urgencias: diferencia entre la hora de salida y la hora de entrada del paciente.

Este indicador refleja la capacidad de resolución o de indicación efectiva de casos por parte del SUH –o drenaje de pacientes–, que está condicionada por factores “externos” o “ajenos”

al servicio (disponibilidad de camas por parte del hospital o de otros centros, disponibilidad de transporte) –cuanto más tiempo de espera menos capacidad de resolución o de indicación efectivas.

Para calcular este indicador se han utilizado todos los contactos registrados en el CMBD-UR, excepto aquellos que se han enumerado para el caso del anterior indicador (tiempo hasta la toma de decisión).

B) Tasas brutas e indicadores ajustados

En la evaluación de la entidad fiscalizada respecto a sus resultados en términos de calidad asistencial y calidad del servicio, así como en relación con la adecuación de la demanda en el dispositivo, se ha estimado oportuno el cálculo de una serie de indicadores ajustados.

Para cada uno de los indicadores considerados, se parte de la tasa bruta, que se puede definir como el número de casos observados entre el número de casos posibles. Así, por ejemplo, la tasa bruta de mortalidad corresponde al número de defunciones que se produce en el servicio de urgencias entre el número de casos atendidos que han llegado vivos y que permanecen allí hasta finalizar la asistencia (muertes que se podrían haber producido en urgencias). A diferencia de las tasas brutas, expresadas generalmente en forma de porcentaje, los indicadores ajustados tienen en cuenta una serie de factores que pueden tener algún efecto sobre lo que se está midiendo (mortalidad, número de ingresos, etc.). Estos factores de ajuste permiten estimar lo que sería esperable para la entidad objeto de evaluación en relación con la dimensión considerada, y contrastarlo con lo que realmente se observa. La técnica estadística que permite hacer esta estimación se llama modelo de ajuste. A partir de aquí, los indicadores ajustados que se han considerado en este trabajo de fiscalización se pueden definir de forma genérica como la relación entre el número de acontecimientos observados y el número de acontecimientos esperados según el modelo de ajuste:

$$\text{Indicador ajustado} = \frac{\text{Número de acontecimientos observados}}{\text{Número de acontecimientos esperados}}$$

El valor de referencia de todo indicador ajustado es la unidad, situación en la que el número de acontecimientos observados coincide con el número de acontecimientos esperados.

Los indicadores ajustados que se definen a continuación se han calculado siguiendo la metodología establecida por el MSIQ del CatSalut. En todos los casos, el modelo de ajuste empleado ha sido un modelo de regresión logística.

La fuente de datos que se ha utilizado para el cálculo de los diferentes indicadores ha sido el CMBD-UR del año 2022. Hay que tener presente que, tanto para calcular las tasas brutas como para calcular los correspondientes indicadores ajustados, se han excluido del análisis

aquellos contactos de los SUH que podrían desvirtuar el indicador considerado. Los contactos excluidos se indican en cada caso.

Definición e interpretación de los indicadores

Indicador ajustado de urgencias con riesgo vital

Se define el indicador ajustado de las urgencias con riesgo vital como la relación (ratio) entre las urgencias con riesgo vital observadas y las urgencias con riesgo vital esperadas según el modelo de ajuste. Este modelo tiene en cuenta distintos factores que pueden afectar a la probabilidad de que una urgencia presente un nivel de triaje con riesgo vital: el sexo, la edad, el estrato de morbilidad, el nivel hospitalario y la clase de patología diagnosticada.

Para el cálculo de este indicador ajustado y de la correspondiente tasa bruta, se han excluido del análisis los siguientes contactos:

- Contactos que llegan con parada cardiorrespiratoria irreversible.
- Contactos que abandonan el servicio de urgencias antes de ser atendidos.

Los contactos para los cuales no se ha indicado el nivel de triaje se han considerado contactos sin riesgo vital.

El indicador se interpreta en el sentido de que un valor superior a la unidad representa un número de urgencias con riesgo vital observadas superiores a las esperadas y, por lo tanto, una mejor adecuación de las urgencias atendidas en el dispositivo.

Indicador ajustado de mortalidad en urgencias

Se define el indicador ajustado de mortalidad en urgencias como la relación (ratio) entre la mortalidad observada y la mortalidad esperada según el modelo de ajuste. Este modelo tiene en cuenta diferentes factores que pueden afectar a la probabilidad de que un contacto muera en el servicio de urgencias: el sexo, la edad, el estrato de morbilidad, el nivel hospitalario, el nivel de triaje y la clase de patología diagnosticada.

Para el cálculo de este indicador ajustado y de la correspondiente tasa bruta, se han excluido del análisis los siguientes contactos:

- Contactos que llegan con parada cardiorrespiratoria irreversible.
- Contactos con derivación posterior al triaje.
- Contactos que abandonan el servicio de urgencias antes de ser atendidos.

El indicador se interpreta en el sentido de que un valor inferior a la unidad representa un número de muertes observadas menor que el número de muertes esperadas y, por lo tanto,

más calidad del dispositivo. En cambio, un indicador mayor que 1 implica que se podrían mejorar los circuitos de atención para lograr una reducción de la mortalidad.

Indicador ajustado de readmisiones en urgencias en menos de 72 horas

Se define el indicador ajustado de readmisión en urgencias en menos de 72 horas como la relación (ratio) entre el número observado de urgencias readmitidas en un SUH en un tiempo inferior a 72 horas y el número esperado según el modelo de ajuste. Este modelo tiene en cuenta distintos factores que pueden afectar a la probabilidad de que un paciente acuda de nuevo a un servicio de urgencias: el sexo, la edad, el estrato de morbilidad, el nivel hospitalario, el posible riesgo vital de la urgencia y la clase de patología diagnosticada.

Para el cálculo de este indicador ajustado y de la correspondiente tasa bruta, únicamente se han tenido en cuenta aquellos contactos que reciben el alta para ir a su domicilio o lugar de residencia habitual del paciente. Se han excluido del análisis los siguientes contactos:

- Contactos que llegan con parada cardiorrespiratoria irreversible.
- Contactos obstétricos y contactos por accidentes.
- Contactos en los que no consta el número de identificación del asegurado (NIA).⁴⁰

El indicador se interpreta en el sentido de que un valor inferior a la unidad representa un número de readmisiones observadas menor que su número de readmisiones esperado y, por lo tanto, presumiblemente, una mejor calidad de la atención al dispositivo. En cambio, un indicador mayor que 1 implica que se podrían mejorar los circuitos y la calidad de la atención para lograr una reducción de las readmisiones.

Indicador ajustado de readmisiones en urgencias en menos de 72 horas y que requieren ingreso hospitalario

Se define el indicador ajustado de readmisión en urgencias en menos de 72 horas con ingreso como la relación (ratio) entre el número observado de urgencias readmitidas en un SUH en un tiempo inferior a 72 horas, siendo ingresadas, y el número esperado según el modelo de ajuste. Este modelo tiene en cuenta diferentes factores que pueden afectar a la probabilidad de que un contacto desista de finalizar la asistencia en el servicio de urgencias hospitalarias: el sexo, la edad, el estrato de morbilidad, el nivel hospitalario, el posible riesgo vital de la urgencia y la clase de patología diagnosticada.

Los casos incluidos y excluidos del análisis son los mismos que en el caso del indicador anterior, que se interpreta también de forma análoga: un valor inferior a la unidad representa un número de ingresos por readmisión observado menor que su número esperado y, por lo

40. Estos contactos se excluyen porque no es posible su identificación unívoca. Hay que tener en cuenta que la readmisión no se produce necesariamente en el servicio de urgencias fiscalizado.

tanto, presumiblemente, una mejor calidad de la atención en el dispositivo; en cambio, un indicador mayor de 1 implica que se podrían mejorar los circuitos y la calidad de la atención para lograr una reducción de los ingresos procedentes de readmisiones.

Indicador ajustado de urgencias no finalizadas

Se define el indicador ajustado de urgencias no finalizadas (IUR NF) como la relación (ratio) entre el número observado de urgencias no finalizadas y el número esperado según el modelo de ajuste. Este modelo tiene en cuenta distintos factores que pueden afectar a la probabilidad de que un contacto desista de finalizar la asistencia en el servicio de urgencias hospitalarias: el sexo, la edad, el estrato de morbilidad, el nivel hospitalario, el nivel de triaje y la clase de patología diagnosticada.

Para el cálculo de este indicador ajustado y de la correspondiente tasa bruta, se han excluido del análisis los siguientes contactos:

- Contactos que llegan con parada cardiorrespiratoria irreversible.

El indicador se interpreta en el sentido de que un valor inferior a la unidad representa un número de abandonos observados menor que su número esperado y, por lo tanto, presumiblemente, una mejor calidad de la atención en el dispositivo. En cambio, un indicador mayor de 1 implica que se podrían mejorar los circuitos de atención para lograr una reducción de los abandonos.

7. TRÁMITE DE ALEGACIONES

De acuerdo con la normativa vigente, el proyecto de informe de fiscalización fue enviado al Instituto Catalán de la Salud, al Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida y al Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) el 14 de octubre de 2024, para cumplir con el trámite de alegaciones.

El Instituto Catalán de la Salud y el Servicio Catalán de la Salud pidieron una prórroga para presentar las alegaciones, y el plazo se amplió hasta el 31 de octubre de 2024.

7.1. ALEGACIONES RECIBIDAS

Los escritos de alegaciones presentados por el Instituto Catalán de la Salud y el Servicio Catalán de la Salud a la Sindicatura de Cuentas se reproducen a continuación.⁴¹

41. El escrito original estaba redactado en catalán. Aquí figura traducido al castellano.

7.1.1. Alegaciones presentadas por el Instituto Catalán de la Salud



Consideraciones generales.

En primer lugar, hay que tener en cuenta que el informe evalúa la actividad y funcionamiento del servicio de urgencias en 2022. Por lo tanto, y es cierto que probablemente los datos que se muestran justifican un cambio en la dirección del Servicio de Urgencias, y las medidas adoptadas desde entonces para revertirlo.

Por lo tanto, quizás sería útil poder realizar una evaluación de las acciones realizadas, porque se evalúa una situación que no está vinculada a los mandos actuales.

Los tiempos de asistencia, de permanencia se han reducido progresivamente desde octubre de 2022, cuando se realiza un cambio en la dirección del Servicio. También la evaluación del PLAENSA de 2023 es significativamente mucho mejor que la de 2022.

Además, las urgencias hospitalarias atendidas en 2023 han sido un 8,5 % superiores en 2022, y superando la cifra de las 100.000 urgencias atendidas, hito que no se había producido nunca. Además, la característica del Hospital Universitario Arnau de Vilanova como único hospital de referencia de la región solo se da en Lleida. Por lo tanto, al evaluar ingresos hay que considerar que el hospital atiende a pacientes que tienen 50 minutos de desplazamiento hasta su domicilio como mínimo, con un sobreenviejamiento por encima de la media de Cataluña.

Estos hechos demográficos no son los únicos, pero sí que son determinados y condicionan la asistencia realizada en el Servicio de Urgencias. Así lo muestran los datos del AQUAS de la central de resultados.

Además, cabe destacar que durante 2023 y 2024 se realizó una auditoría externa por parte del CatSalut, donde la asistencia hospitalaria urgente fue evaluada y en todos los indicadores superó los umbrales establecidos.

Alegaciones:

Conclusiones:

¿Ha diseñado el Gobierno un plan estratégico en el que se enmarquen la atención a las urgencias en Cataluña y los agentes implicados y se identifiquen las necesidades de atención y ha informado e involucrado a las partes interesadas?

- El marco de gobernanza se ha reforzado con la Creación de una comisión clínica territorial de urgencias, que evalúa no solo indicadores, sino procedimientos y una coordinación de los profesionales que prestan sus servicios en los dispositivos urgentes del territorio. Esta comisión entró en funcionamiento en Mayo de 2024.
- En octubre de 2022, se aprobó el plan de choque de medidas inmediatas donde constaban unos indicadores para evaluar y unos plazos muy con-

cretos de medidas de recursos humanos. Paralelamente existía un grupo de seguimiento para monitorizar el funcionamiento del plan.

- Durante los meses del PIUC se realiza una comisión de seguimiento de indicadores epidemiológicos y asistenciales, a petición del CatSalut donde se evalúa el grado de saturación de los servicios de Urgencias.
- Desde 2023 estamos trabajando en un nuevo proceso de Urgencias, con el apoyo de la Dirección de Calidad que sea el preámbulo de la acreditación de la actividad Urgente reconocida por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias (SEMES).
- Desde 2023, el jefe de servicio forma parte del PADEICS de urgencias y coordina una de las líneas de trabajo de este.

¿Existe un plan funcional para ordenar la estructura de recursos humanos del hospital y dimensionar el dispositivo, de acuerdo con las previsiones del Plan estratégico?

- Se realizó en 2022 un plan de ordenación con la incorporación de 12 profesionales médicos en el Servicio de Urgencias y la reorganización de los turnos de enfermería y TCAI, igualando los turnos de mañana, tarde y noche, y mejorando la dotación del fin de semana.
- Existe un plan docente del servicio de Urgencias, con formación en urgencias acreditada por el consejo catalán de formación continuada.
- La previsión de dificultades de cobertura territorial nos hizo crear el equipo de ACUT (Atención Continuada de Urgencias territoriales) un equipo que trabaja en el hospital y también en dispositivos de atención primaria para crear red y continuidad asistencial.
- Las DPO de 2023 y 2024 suponen un cambio importante, con propuestas que derivan en mejoras asistenciales, de circuitos y de investigación. La conducta profesional o rendimiento en el ICS se evalúa en las evaluaciones de la carrera profesional.

¿Es adecuada la estructura organizativa de los dispositivos asistenciales de urgencias a la demanda asistencial del centro, en términos de recursos y organización?

- Sí que se ha diseñado un plan de formación continuada para todos los profesionales del servicio.
- Sí que se hizo una planificación de dimensionado de las plantillas en 2022, que dio lugar al aumento de recursos humanos en el Servicio.
- En el servicio de Urgencias disponemos de un profesional de farmacia propio del servicio desde 2023, a media jornada. Además, en 2024, contratamos a una geriatra propia del servicio de urgencias para mejorar la asistencia, y que tengamos a dos geriatras realizando guardias de tarde y de noche en el Servicio de Urgencias.
- En cuanto a la supervisión de los residentes, desde 2022 se reorganizaron los turnos de trabajo de urgencias, para mejorar la supervisión de los residentes. Aumentando la dotación de facultativos. Además, organizamos la Escuela de Primavera que es una actividad conjunta entre residentes y facultativos de aspectos prácticos de Urgencias que ha tenido muy buena acogida.
- Sí que es cierto, que no se menciona en el informe que el tamaño de la Urgencia Hospitalaria inaugurada en 2008 ha quedado completamente pequeño, y eso dificulta muchos flujos de pacientes.

¿Se produce la atención asistencial al nivel más adecuado, en función del nivel de urgencia? ¿Se han implementado acciones correctoras para reducir la presión asistencial en el servicio de urgencias?

- No se tiene en consideración las características geográficas y demográficas de la Región Sanitaria de Lleida y Pirineu y del Hospital para poner en contexto los datos obtenidos.
- Desde 2023, existe un protocolo de derivación inversa con el CUAP de Lleida aprobado y que utiliza el soporte de inteligencia artificial. Nuestro proyecto ha sido pionero y líder en el ICS. La futura disponibilidad del CUAP de Mollerussa, permitirá atender a nivel primario a un mayor número de niveles IV y V.

¿Se han diseñado y se aplican de forma óptima los protocolos específicos que regulan el proceso asistencial y son adecuados a las necesidades de atención?

- Con la nueva dirección de urgencias, todos los procedimientos han sido debidamente protocolizados tal y como ha reconocido la reciente auditoría de hospitales realizada en el año 2024. Se ha creado un grupo de trabajo de profesionales del HUAV y del Hospital Universitario Santa Maria que realiza seguimiento de los mecanismos de coordinación entre hospitales. Analiza incidencias y monitoriza la aplicación de un checklist para mejorar la seguridad del enfermo.

¿Hay una buena coordinación de los recursos durante el proceso asistencial y se optimiza el tiempo y el proceso de drenaje de los pacientes?

- Desde 2022, el servicio de Urgencias ha recuperado la Unidad de Observación de Urgencias.
- En 2023, el servicio de urgencias asumió la coordinación de una Unidad de Corta Estancia en el Hospital Santa Maria, con buenos resultados.
- Existe una coordinación diaria y derivaciones a la Unidad de Hospitalización a Domicilio cada día.

¿Se monitoriza el proceso de atención a las urgencias con la finalidad de evaluarlo, optimizarlo y desarrollar instrumentos de mejora?

- En 2022- 2023, se ha iniciado la comisión territorial de urgencias y se ha iniciado el grupo de proceso de urgencias, con profesionales de enfermería, medicina y calidad para hacer seguimiento.
- Desde 2023, hay dos profesionales que revisan todas las altas no finalizadas para evaluar la calidad de los datos de acuerdo con los compañeros de Documentación médica.

¿Se da una respuesta adecuada a las situaciones de necesidad social y vulnerabilidad que presentan los pacientes de las urgencias hospitalarias?

- En 2022 creamos el grupo de trabajo de atención a los pacientes vulnerables con representados de Salud Mental, de Ginecología, de Geriátrica y de trabajo social para abordar de forma conjunta la atención a los pacientes vulnerables.

- Hemos creado un grupo de seguimiento con el Área de inclusión del Ayuntamiento de Lleida para abordar de forma conjunta a pacientes en situación de riesgo que detectamos desde los servicios de urgencias o desde los dispositivos comunitarios del Ayuntamiento de Lleida. Los resultados de esta forma de trabajo conjunto han sido expuestos en congresos y encuentros asistenciales.

¿Se hace el seguimiento y la evaluación de las directrices y objetivos estratégicos y se difunden?

- Si que se hizo una auditoría en 2021 con la Fundació Avedis y en 2023-2024 se ha realizado la auditoría externa del CatSalut en la que el servicio de Urgencias ha estado muy implicado.

Sobre las RECOMENDACIONES

Plan de ordenación de los recursos humanos

- Ya se ha realizado una ordenación de RRHH con una planificación, que ha permitido la cobertura de todos los turnos asistenciales con facultativos. Se ha podido realizar la cobertura del área de traumatología de Urgencias y se ha creado un equipo de profesionales que da cobertura a dispositivos hospitalarios y de atención primaria.
- La especialidad de Medicina de urgencias aprobada el 2 de Julio de 2024 suponer un cambio importante en las competencias y funcionamiento de los Servicios de Urgencias.
- Las Recomendaciones 5 y 6 ya se están realizando.

Estructura organizativa del dispositivo de urgencias

- Las recomendaciones 8, 9 y 10 ya se están realizando.

Adecuación del nivel asistencial de la atención prestada

- Las recomendaciones 16, 17 y 18 ya se están realizando.

Respuesta a las situaciones de necesidad social y vulnerabilidad

- Las recomendaciones 25 y 26 ya se están realizando.

Resultados de la atención hospitalaria urgente

- Las recomendaciones derivadas del PLAENSA han derivado en una serie de acciones que estamos a punto de finalizar. Con una comisión propia que hace seguimiento y monitoriza todos los cambios.

Finalmente, en el punto 5.3.2

¿Hay una buena coordinación de los recursos durante el proceso asistencial y se optimiza el tiempo y el proceso de drenaje de los pacientes?

Creemos que debe cambiarse el paradigma del tiempo que el paciente esté en urgencias, y hay que pensar que a veces estar más tiempo en urgencias, si el destino final es el alta a domicilio puede ser beneficioso para el paciente y puede ahorrarse un ingreso en un hospital de agudos. Especialmente en la gente más mayor o frágil.

7.1.2. Alegaciones presentadas por el Servicio Catalán de la Salud

/Salut

Alegaciones del Servicio Catalán de la Salud al informe 13/2023C Instituto Catalán de la Salud. Evaluación de las urgencias hospitalarias del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, ejercicio 2022

Una vez visto el informe, alegamos lo siguiente:

En el apartado Conclusiones:

En el punto 20 se dice:

“La literatura científica establece una asociación entre un mayor tiempo de espera en urgencias y un incremento de la mortalidad, especialmente cuando se da la indicación de ingreso del paciente. Por otra parte, el Ministerio de Sanidad recomienda que el 90% de los pacientes atendidos en un SUH sea dado de alta, ingresado o trasladado a otro centro en 4 horas desde su admisión al servicio. El HUAV estaba lejos de cumplir esta recomendación en el caso de los pacientes que ingresaban o eran trasladados, puesto que en el año 2022 presentaba un valor mediano de entre 9 y 10 horas para estos pacientes. Se podrían lograr reducciones adicionales de la mortalidad si el tiempo de permanencia de estos pacientes se redujese hasta el nivel recomendado.”

Mes adelante también se comenta:

“Un estudio reciente, sin embargo, concluye que una demora superior a las 5 horas, desde el momento de la admisión hasta el momento del ingreso de aquellos pacientes que lo requieren, está asociada a un incremento de la mortalidad por cualquier causa a los 30 días, con independencia de la saturación del servicio.^[2] [...] En el caso de las demoras que se dieron en el HUAV entre los pacientes que acababan ingresando en urgencias, y de acuerdo con los cálculos efectuados por la Sindicatura, en el año 2022 se habrían producido 27 muertes adicionales como consecuencia de la demora en el ingreso.”

Es fundamental abordar con rigor y cautela cualquier afirmación que relacione directamente el tiempo de espera en urgencias con la mortalidad, especialmente cuando se quieren derivar conclusiones como las que se presentan aquí. Asumir que una estimación matemática basada en un único estudio puede traducirse directamente en un

^[1] Véase por ejemplo 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.

número específico de defunciones evitables en el HUAV en el año 2022 no se ajusta a la realidad. Cada servicio de urgencias es único, con una complejidad de factores que impactan en los resultados de salud de los pacientes y que difícilmente se pueden equiparar de un hospital a otro, y menos de un sistema sanitario a otro.

Primeramente, las condiciones y características de la población atendida, así como los protocolos y los recursos disponibles, varían ampliamente entre centros, haciendo muy difícil extrapolar las conclusiones de un estudio concreto a la realidad del HUAV. Además, existen otros elementos, como el tipo de patología, la edad y las condiciones previas de los pacientes, que afectan a la mortalidad y no se pueden resumir simplemente en una cifra derivada de una media de tiempo de espera.

Afirmar, pues, que se podrían “haber ahorrado” muertes es una afirmación que no tiene en cuenta la complejidad inherente del sistema de urgencias ni la variabilidad de las circunstancias clínicas. En este sentido, el método utilizado para efectuar estos cálculos resulta impreciso y excesivamente reduccionista, y puede generar conclusiones que no reflejan fielmente la realidad del servicio ni los múltiples factores que intervienen en los resultados de salud de los pacientes.

Por lo tanto, se tendría que ser mucho más cauteloso al hacer afirmaciones de esta naturaleza y buscar un análisis que tenga en cuenta la singularidad de cada contexto y un abordaje más preciso y riguroso en la estimación de estos efectos.

En el punto 5.1.1. ¿Ha diseñado el Gobierno un plan estratégico en el que se enmarquen la atención a las urgencias en Cataluña y los agentes implicados y se identifiquen las necesidades de atención y ha informado e involucrado a las partes interesadas?

Los responsables de la SOCMUE han expresado que, pese a haber participado en el diseño inicial del PLANUC, han sido poco escuchados durante el despliegue del plan, con escasa comunicación con el Departamento de Salud y sin que sus propuestas hayan sido consideradas. Además, los responsables de urgencias del HUAV y de la SOCMUE desconocen los resultados de la auditoría del PLANUC de 2021 y otras herramientas con indicadores esenciales para la toma de decisiones informada.

Cabe recordar, en primer lugar, que la Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias y Emergencias (SOCMUE) cuenta con un representante en el Consejo Asesor del Plan Nacional de Urgencias de Cataluña (PLANUC), lo que garantiza una participación activa y continuada en las decisiones estratégicas del plan. Así, sus aportaciones se consideran dentro del marco de planificación y seguimiento de este proyecto.

En cuanto a la mencionada "auditoría" de 2021, es importante precisar que no se trató de una auditoría propiamente dicha, sino más bien de una revisión o actualización del estado de implementación del PLANUC. El objetivo de este ejercicio era comprobar, a nivel práctico, el estado de desarrollo de ciertas acciones, y no establecer una evaluación formal de resultados con indicadores predefinidos, tal y como se haría en una auditoría estricta. De hecho, durante esta revisión no se especificaron indicadores para evaluar cada acción; se realizó una comprobación in situ de determinados elementos que contribuyen a identificar posibles áreas de mejora en la aplicación del plan.

Por último, los resultados de esta revisión se compartieron con las regiones sanitarias, lo que permitió una difusión de su contenido y una aplicación extensiva de las observaciones detectadas. Esta difusión asegura que las diferentes regiones puedan disponer de la información necesaria para avanzar en el desarrollo del PLANUC, reforzando así la coordinación y el alineamiento con los objetivos estratégicos establecidos.

En el punto 5.3.4. ¿Se da una respuesta adecuada a las situaciones de necesidad social y vulnerabilidad que presentan los pacientes de las urgencias hospitalarias?

“De acuerdo con los datos indicados en el CMBD-UR, en el año 2022 un total de 58 pacientes del servicio de urgencias del HUAV fueron dados de alta con derivación a centros sociosanitarios, pero esta derivación no fue gestionada por los trabajadores sociales, sino por los propios servicios de urgencias.”

Existen unos enfermos con un perfil determinado, coloquialmente denominado ‘de sub-agudos’, para quienes se dispone de una salida asistencial directa a centros sociosanitarios. Este circuito no requiere en ningún caso de la actuación de ningún trabajador social, pues tiene un carácter estrictamente sanitario. Por lo tanto, no es incorrecto, sino todo lo contrario, que 58 pacientes del servicio de urgencias se hayan derivado a un centro sociosanitario.

Más adelante se escribe:

“El HUAV no dispone de geriatra, mediadores interculturales o servicio de psiquiatría de guardia en el servicio de urgencias[...].”

No es necesario ni eficiente tener un geriatra ni un mediador intercultural. En el PLANUC se deja claro que se debe disponer del acceso a estos recursos y adaptar su disponibilidad a las necesidades. Del mismo modo pasa con Psiquiatría de guardia, ya que no todos los servicios de urgencias del país tienen esta especialidad de guardia, aunque tienen acceso a ella la totalidad. En este sentido, debería ponerse de relieve la coordinación en salud mental entre el HUAV y el Hospital de Santa Maria.

En el punto 5.4.1, se dice:

En relación con la prestación de atención hospitalaria urgente, la Sindicatura ha obtenido los cuadros de mando elaborados por el ICS y por el CatSalut, que incluyen indicadores de actividad y algunas variables temporales. Estas son las conclusiones observadas:

- *Los responsables de la atención urgente del HUAV y de los dispositivos de urgencias del territorio no tienen acceso a los cuadros de mando, y algunos de ellos han manifestado que desconocen que existen, o cómo acceder a ellos.*
- *La fuente de información de estos cuadros de mando no es la misma: en el caso del ICS, la fuente de los datos es el módulo asistencial de SAP del propio hospital, mientras que en el caso del CatSalut, los datos origen son del CMBD-UR del hospital y, por lo tanto, están afectados por las debilidades descritas en el apartado 5.3.3 de este informe.*

La Sindicatura ha observado que los datos de una y otra fuente divergen y no han sido contrastados ni conciliados entre ellos. En este sentido, el CatSalut ha señalado que utiliza criterios de inclusión y exclusión diferentes a los del ICS, pero no ha concretado el motivo ni el origen de las diferencias detectadas.

- *Los indicadores recogidos miden la actividad y los tiempos de espera, pero no están focalizados en las dinámicas de procesos. No incluyen información a tiempo real o de extracción automática sobre la saturación del servicio, la*

disponibilidad de recursos, la predicción de demanda o la adecuación y la calidad del servicio.

Es importante matizar que el CatSalut siempre ha puesto a disposición de los proveedores los datos de seguimiento a través de los cuadros de mando. Hace unos años, este acceso se hacía de manera asincrónica, mientras que actualmente se está implementando una transición a un sistema en línea para proporcionar datos actualizados de manera más accesible y en tiempo real. Este proceso busca, precisamente, mejorar la transparencia y la capacidad de respuesta ante las necesidades de los proveedores de atención urgente.

En cuanto a los indicadores de calidad utilizados, CatSalut se centra en elementos básicos que han sido ampliamente validados por la literatura científica y que permiten hacer un seguimiento adecuado de la actividad y de los tiempos de espera. Es cierto que algunas limitaciones en el desarrollo de indicadores adicionales responden a la falta de información completa y precisa proporcionada por los proveedores al CMBD. Eso limita la capacidad de obtener una visión más integral de las dinámicas de proceso.

En el punto 5.4.2. ¿El programa reúne las condiciones necesarias de evaluabilidad de modo que sus objetivos, indicadores y sistemas de información estén definidos en esta dirección?

"[...]La definición de los 3 indicadores vinculados a los servicios de atención urgente incluidos en las cláusulas de pago del CatSalut al HUAV no es suficientemente rigurosa y no contribuye a mejorar aspectos relevantes que afectan a la presión asistencial y a la eficiencia del servicio."

Queremos puntualizar que esta afirmación no se ajusta a la realidad. Los indicadores establecidos para servicios de atención urgente se definen con una estructura rigurosa y detallada. Cada uno de estos indicadores incluye una descripción precisa del objetivo, del tipo de atención (en este caso, especializada), y de las unidades proveedoras afectadas. La definición específica y medible del indicador para evaluar su consecución de manera clara y objetiva, contribuyendo a una mejora significativa en la eficiencia del servicio.

Este sistema de indicadores se diseña no solo para ser exhaustivo, sino para adaptarse a las necesidades particulares de cada hospital, garantizando que los objetivos son alcanzables y ajustados a las circunstancias de cada centro.

La 'ficha' del indicador está a disposición pública para las partes implicadas.



FICHA DESCRIPTIVA DEL OBJETIVO

DEFINICIÓN DEL OBJETIVO

NOMBRE:

PLANUC-AE04: Mejorar el proceso de atención al paciente de urgencias: Disminuir el tiempo de espera por ingreso a hospitalización convencional de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias.

LÍNEA - SUBLÍNEA ASISTENCIAL:

Atención especializada --

TIPO DE OBJETIVO:

1.Objetivos de línea asistencial

OBJETIVO CPR:

Objetivos vinculados a la CPR

UNIDAD PROPONENTE:

Plan nacional de urgencias de Cataluña (Planuc)

OBJETIVO UNIDAD PROPONENTE:

85%

DEFINICIÓN DEL INDICADOR

NOMBRE:

IPLANUC-AE04: Porcentaje de urgencias hospitalarias de pacientes que ingresan en el mismo centro para hospitalización convencional con un tiempo de espera inferior o igual a 24 horas.

DESCRIPCIÓN:

Porcentaje de urgencias de pacientes que ingresan en el mismo centro para hospitalización convencional con un tiempo de espera inferior o igual a 24 horas en relación al total de urgencias de pacientes que ingresan en el mismo centro para hospitalización convencional.

FÓRMULA DE CÁLCULO:

Numerador: Urgencias de pacientes que ingresan en el mismo centro para hospitalización convencional y que han estado menos de 24 horas en el servicio de urgencias

Denominador: Urgencias de pacientes que ingresan en el mismo centro para hospitalización convencional.

VALORACIÓN CONDICIONADA:

--

DEFINICIÓN:

Urgencia hospitalaria: la que tiene informada la variable 'Tipo de actividad' ('T_act') con el valor '51' 'Atención prestada en el servicio de urgencias hospitalario'.

Tiempo de espera en el servicio de urgencias: período comprendido entre la 'Fecha y hora de entrada en urgencias' y la 'Fecha y hora de salida de urgencias', calculado teniendo en cuenta las horas y los minutos transcurridos (24 horas = 1.440 minutos). Fecha y hora de entrada en urgencias ('D_inicio' y 'H_inicio'): Fecha y hora en que el paciente es admitido en el servicio de urgencias. Fecha y hora de salida de urgencias ('D_fi' y 'H_fi'): fecha y hora de SALIDA REAL (física) en la que el paciente sale del servicio de urgencias.

Urgencias que ingresan en el mismo centro: las que tienen informada la variable 'Situación del enfermo al alta' ('S_alta') con el valor '21' 'Hospitalización convencional'. Hay que tener en cuenta que, a partir del 4 de abril el valor '2' 'Ingreso en el mismo centro' de la variable 'S_alta' se desdobra en los siguientes valores: '20' 'Hospitalización convencional', '21' 'UCI', '22' 'Unidad de semicríticos' y '23' 'UCE'. Dado que el indicador se refiere a las hospitalizaciones convencionales y no se dispone de este dato específico para el primer trimestre, para poder hacer el cálculo de todo el año, se han tratado las urgencias con estos nuevos valores como si hubiesen sido notificadas con el antiguo valor '2'.

Solo se incluyen las urgencias cerradas, es decir, las que tienen informadas correctamente las variables 'D_inicio', 'H_inicio', 'D_fi', 'H_fi', y 'S_alta'.

Se excluyen las urgencias que ingresan en el mismo centro pero en una unidad de cuidados intensivos (UCI), unidad de semicríticos o unidad de corta estancia (UCE), porque lo que se pretende es optimizar la gestión de camas hospitalarias y disminuir la saturación de los servicios de urgencias hospitalarios relacionada con la disponibilidad de camas en planta.

OBSERVACIONES:

Se proporciona información sobre la calidad de las variables 'D_inicio', 'H_inicio', 'D_fi', 'H_fi', y 'S_alta', de todas las urgencias notificadas por cada UP durante el período evaluado.

Evolución plurianual:

Evolución progresiva del objetivo a alcanzar, hasta el 90% en 2025.

UNIDADES PROVEEDORAS AFECTADAS:

Este objetivo se formulará solo en los contratos de los hospitales que tengan un mínimo de 500 pacientes ingresados desde Urgencias del mismo centro para 2023.

DATOS DE REFERENCIA**FUENTE DE DATOS:**

CMBDUR

RESPONSABLE DE LOS DATOS:

Gerencia de Información y Evaluación

MEDIA DE CATALUÑA AÑO ANTERIOR:

87,57% (2023)

FORMATO VALOR OBJETIVO:

Porcentaje

CRITERIO EVALUACIÓN OBJETIVO:

Igual o mayor

REFERENCIAS:

Documento PLANUC

Se recomienda no utilizar valores de referencia generales para fijar el grado de consecución de cada hospital, sino hacerlo teniendo en cuenta los condicionantes de cada uno y, en particular, su punto de partida al comienzo del año, así como el hito global propuesto.

SIEC - Sistema de Información de Evaluación del Contrato



**Generalitat
de Catalunya**

7.2. TRATAMIENTO DE LAS ALEGACIONES

Las alegaciones formuladas han sido analizadas y valoradas por la Sindicatura de Cuentas. Como consecuencia de las alegaciones presentadas se han modificado o introducido aclaraciones en las observaciones incluidas en los apartados 5.3.2, 5.3.4 y 5.4.2 del informe. Estos cambios han motivado también una aclaración en el texto de la Conclusión 35 del proyecto de informe.

Las alegaciones formuladas por el ICS y el CatSalut no contemplan ninguna consideración en relación con la falta de formalización del contrato programa entre ambas partes ni sobre la gobernanza de la intervención pública analizada, que se enmarca en una alianza estratégica entre el ICS y la empresa GSS, adscrita al CatSalut.

APROBACIÓN DEL INFORME

Certifico que en Barcelona, el 19 de noviembre de 2024, reunido el Pleno de la Sindicatura de Cuentas, presidido por el síndico mayor, Miquel Salazar Canalda, con la asistencia de los síndicos Manel Rodríguez Tió, Llum Rodríguez Rodríguez, Maria Àngels Cabasés Piqué, Ferran Roquer Padrosa y Josep Viñas Xifra, y de la secretaria general de la Sindicatura, Marta Junquera Bernal, actuando como ponente la síndica Maria Àngels Cabasés Piqué, con previa deliberación se acuerda aprobar el informe de fiscalización 17/2024, relativo al Instituto Catalán de la Salud: evaluación de las urgencias hospitalarias del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, ejercicio 2022.

Y, para que así conste y surta los efectos que correspondan, firmo esta certificación, con el visto bueno del síndico mayor.

[Firma digital de Marta Junquera Bernal]

La secretaria general

Visto bueno,

[Firma digital de Miquel Salazar Canalda]

El síndico mayor

The following table shows the results of the regression analysis. The dependent variable is the number of days of absence due to illness. The independent variables are the age, gender, and education level of the respondent. The results show that the age of the respondent has a positive effect on the number of days of absence due to illness. The coefficient for age is 0.001, which is statistically significant at the 1% level. The gender of the respondent has a negative effect on the number of days of absence due to illness. The coefficient for gender is -0.001, which is statistically significant at the 1% level. The education level of the respondent has a positive effect on the number of days of absence due to illness. The coefficient for education level is 0.001, which is statistically significant at the 1% level.