INFORME 20/2025

INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT
SERVEI D'URGÈNCIES DE L'HOSPITAL DE VILADECANS; AUDITORIA OPERATIVA AMB ENFOCAMENT AVALUADOR

SINDICATURA DE COMPTES DE CATALUNYA

INFORME 20/2025

INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT
SERVEI D'URGÈNCIES DE L'HOSPITAL DE VILADECANS; AUDITORIA OPERATIVA AMB ENFOCAMENT AVALUADOR

SINDICATURA DE COMPTES DE CATALUNYA

Edició: febrer de 2026

Document electrònic etiquetat per a persones amb discapacitat visual

Pàgines en blanc inserides per facilitar la impressió a doble cara

Autor i editor:

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

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

ÍNDEX

ABREVIACIONS

CAC	Centre d'atenció continuada
CAP	Centre d'atenció primària
CatSalut	Servei Català de la Salut
CMBD-UR	Conjunt mínim bàsic de dades d'urgències
COUE	Comitè Operatiu d'Urgències i Emergències
CUAP	Centre d'urgències d'atenció primària
DPO	Direcció per objectius
ICS	Institut Català de la Salut
IRU	Índex relatiu d'urgències
M€	Milions d'euros
MSIQ	Mòdul per al seguiment d'indicadors de qualitat
PAC	Punt d'atenció continuada
PIAISS	Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària
PIIC	Pla d'intervenció individualitzat compartit
PIUC	Pla integral d'urgències de Catalunya
PLAENSA	Pla d'enquestes de percepció, experiència i satisfacció d'usuaris del Servei Català de la Salut
PLANUC	Pla nacional d'urgències de Catalunya
PORH	Pla d'ordenació de recursos humans
SEM	Sistema d'Emergències Mèdiques
SISCAT	Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya
SOCMUE	Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències

ACLARIMENT SOBRE ARRODONIMENTS

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

RESUM EXECUTIU

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

Això ha motivat la decisió de la Sindicatura d'auditar el Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans, en el marc d'una planificació pluriennal que preveu fiscalitzar els serveis d'urgències hospitalàries dels 8 hospitals gestionats per l'Institut Català de la Salut (ICS), en el període 2023-2025, amb l'objectiu d'avaluar-ne la gestió amb criteris d'eficàcia, d'eficiència i d'economia. El mes de novembre del 2024 la Sindicatura va aprovar l'informe 17/2024, sobre les urgències hospitalàries de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.

Aquesta auditoria operativa amb enfocament avaluador inclou 2 actors addicionals que, en virtut de les bases del model sanitari català, esdevenen fonamentals en la implementació de la política: d'una banda, el Departament de Salut, com a responsable de la planificació sanitària, i, de l'altra, el Servei Català de la Salut (CatSalut), com a garant de la provisió dels serveis sanitaris.

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

L'objectiu de l'auditoria ha estat articulat mitjançant la definició de 4 objectius principals, que comprenen els aspectes analitzats en relació amb el Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans: els recursos i mitjans adscrits, l'equilibri entre la demanda i l'activitat, el procés assistencial i l'avaluació de la política pública d'atenció urgent hospitalària. Les conclusions més rellevants per a cadascuna de les dimensions de l'auditoria es resumeixen tot seguit:

- Eficàcia

  Les demores registrades en l'atenció al Servei d'Urgències i les dificultats en el drenatge de pacients impacten negativament en la qualitat que perceben els usuaris, alhora que poden implicar efectes adversos per a la seva salut. En aquest sentit, és especialment crítica l'espera dels pacients que han de ser ingressats. A partir dels indicadors de temps

analitzats i de l'evidència científica disponible, la Sindicatura considera que es podria assolir una reducció addicional de la morbiditat i de la mortalitat si es reduís el temps d'espera entre l'alta d'urgències i l'ingrés a planta.[1]

En termes de qualitat assistencial, el Servei d'Urgències presenta una taxa de readmissions amb ingrés superior a l'esperada. En termes de qualitat del servei, hi ha un nombre de pacients que no finalitzen l'assistència superior a l'esperat. En termes de qualitat percebuda, el Servei d'Urgències presenta una valoració global per part dels usuaris lleugerament inferior a la del conjunt de serveis d'urgències de Catalunya.

- Eficiència

  El temps total de permanència al Servei d'Urgències dels pacients que requereixen ingressar a l'hospital és força dilatat i està lluny dels estàndards estatals i internacionals.

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

- Economia

  El finançament de l'activitat d'urgències hospitalàries de l'Hospital de Viladecans, per part del CatSalut, és inferior al cost total del servei que es desprèn del sistema de costos de l'ICS.

- Pertinència

  L'orientació del Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans, que actua com a punt d'atenció urgent territorial per a nivells d'atenció urgent, menys greus o no urgents, s'allunya de les necessitats que es pretenen cobrir amb la política pública definida al Pla nacional d'urgències de Catalunya (PLANUC), dirigit a resoldre episodis d'atenció sobrevinguts i aguts o recaigudes que no admeten demora en la seva atenció i que poden causar efectes adversos en la salut.

  La manca del pla territorial que ha d'elaborar el Comitè Operatiu d'Urgències i Emergències pot comportar que no estiguin identificades les necessitats reals del territori i que la política pública no estigui prou orientada a cobrir-les.

1. Text modificat arran de les al·legacions presentades per l'ICS i el CatSalut.

Així mateix, l'escassa participació de la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències en el desplegament i l'avaluació de la implantació del PLANUC pot influir negativament en els resultats de la política pública, atès que no es té en compte la seva expertesa en la presa de decisions.

- Coherència

  El fet de resoldre al Servei d'Urgències hospitalàries activitat que hauria de resoldre l'atenció primària pot repercutir negativament en el primer, tant en la qualitat de l'activitat (temps de demora) com en l'entorn professional de desenvolupament del treball (coherència interna), i, alhora, pot entorpir el dimensionament dels dispositius d'atenció primària, que ha de ser la clau per garantir l'equitat d'accés de la població a la sanitat d'acord amb el PLANUC (coherència externa).

Les conclusions d'aquesta avaluació han posat en relleu problemes de governança que afecten la planificació, el desplegament territorial, l'avaluació, la transparència i el retiment de comptes de la política pública, i també aspectes que constitueixen un incompliment del dret a una bona administració, atribuïbles al CatSalut, a l'ICS i al Departament de Salut, cadascun en l'àmbit de les seves responsabilitats. Així doncs, els fets observats no permeten garantir un marc d'actuació que respongui de forma efectiva als principis d'eficàcia, eficiència i economia. Pel que fa a l'enfocament avaluador de la política, s'observa una manca de pertinència, de coherència i d'una governança adequada de la intervenció pública que s'ha analitzat.

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

INTRODUCCIÓ

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

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

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

En primer lloc, el mateix pla defineix l'atenció urgent com "aquella que es presta per part de professionals especialment destinats a aquest tipus d'atenció, en recursos i dispositius específics i que no admet demora en relació amb el potencial risc vital, o la percepció del ciutadà de la necessitat d'atenció immediata".[3] Aquesta definició prova de conciliar, d'una banda, la visió de l'atenció urgent que pot tenir la ciutadania, centrada en la percepció subjectiva d'una necessitat d'assistència sanitària inajornable i, de l'altra, la visió que en tindrien els professionals, més enfocada a l'objectivació clínica del risc per al pacient i a l'adequació dels recursos d'atenció. En aquest sentit, la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències (SOCMUE) ha definit la urgència com aquella "situació clínica amb capacitat per generar dete-

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

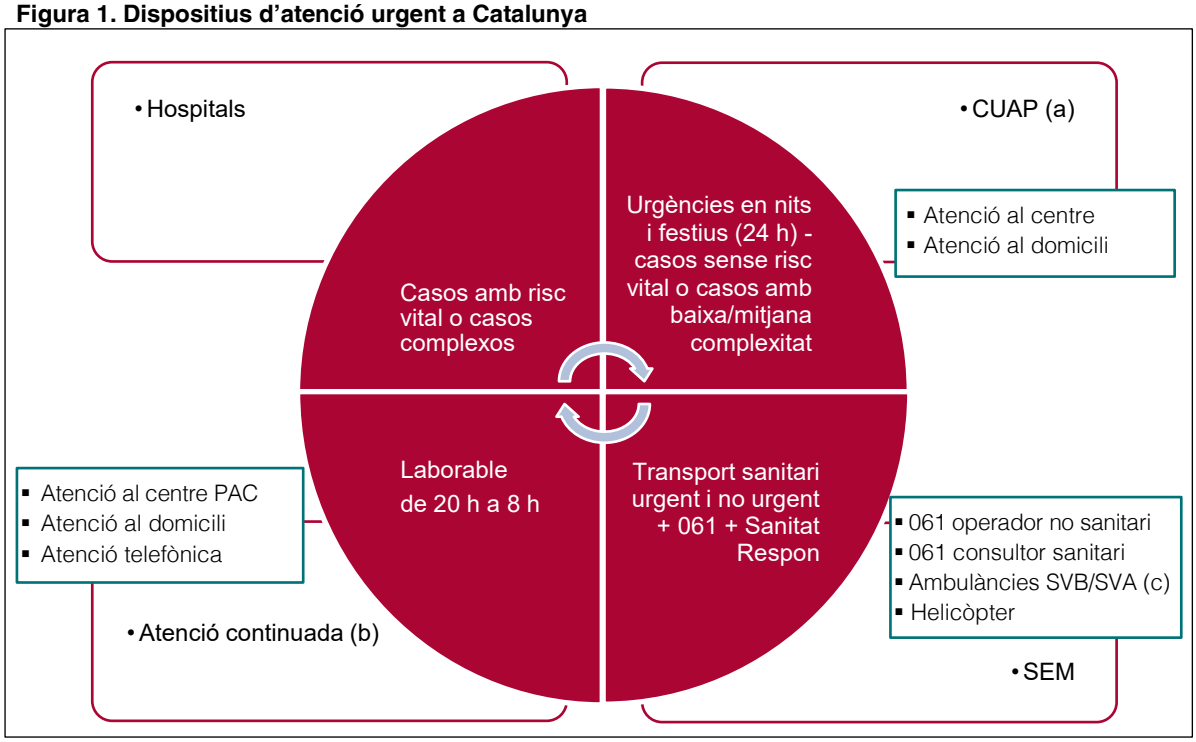
3. Ibídem, p. 20.

riorament o perill per a la salut o la vida del pacient en funció del temps transcorregut entre la seva aparició i la instauració d'un tractament efectiu, que condiciona un episodi assistencial amb importants necessitats d'intervenció, en un curt període de temps".[4] La definició mateixa comporta implícitament 2 idees clau amb relació a la implementació actual de l'atenció urgent: a) la necessitat d'ajustar la resposta assistencial al grau d'urgència, de manera que els pacients més urgents siguin atesos abans, i b) la necessària adequació entre el grau d'urgència i els recursos emprats per donar-hi resposta.

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

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

Figura 1. Dispositius d'atenció urgent a Catalunya



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

Notes:

(a) CUAP: centres d'urgències d'atenció primària.
Obren les 24 hores, cada dia de l'any, tot i que en alguns territoris estan oberts 12 hores.
Recursos d'atenció primària continuada i d'urgències amb una capacitat de resolució més alta que la dels PAC, ja que disposen de suport diagnòstic bàsic (radiologia i analítica).
Resolen els problemes de salut urgents de baixa i mitjana complexitat.

(b) PAC: punt d'atenció continuada. En general, obren de dilluns a divendres de 20 h a 8 h, dissabte i diumenge tot el dia.

(c) SVB/SVA: servei vital bàsic i avançat.

A Catalunya, d'acord amb les dades del CMBD-UR, el nombre de contactes urgents atesos als serveis d'urgències, als centres d'urgències d'atenció primària (CUAP) –presencialment, al domicili o per telèfon– i aquells atesos pel Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) –amb o sense mobilització de recursos– van ser un total de 6.473.795 contactes amb el detall següent:

Figura 2. Volum d'urgències ateses a Catalunya, any 2022

Dispositius i activitat	Centre d'urgències d'atenció primària	Servei d'emergències mèdiques	Servei d'urgències hospitalàries
	CUAP 	SEM 	
Nombre de dispositius			
Catalunya	28	444	57
Baix Llobregat-Litoral i Viladecans	1	n/d	1
Nombre d'urgències			
Catalunya	1.582.062	1.177.187	3.714.546
Baix Llobregat-Litoral i Viladecans	46.303	24.061	51.459

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.
Notes:
n/d: no disponible.
(a) Les xifres corresponents a les urgències d'atenció primària no inclouen els pacients atesos als punts d'atenció continuada. El nombre d'urgències de l'Hospital de Viladecans segons el CMBD-UR (51.459) discrepa en 23 urgències respecte al nombre d'urgències segons la memòria d'activitat (51.482). Aquesta diferència correspon a contactes erronis o que no s'han fet constar.
(b) La informació relativa al nombre de dispositius del SEM té com a font la Memòria del SEM de l'any 2022.

La teoria del canvi

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

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

mia); la relació entre els recursos i els productes obtinguts (eficiència), i l'assoliment dels resultats esperats (eficàcia).

Per entendre què fa un servei d'urgències –els productes, en termes del model– resulta oportú descriure sintèticament el procés d'atenció urgent. Quan un pacient arriba al servei d'urgències s'efectua un procés de triatge que determina el grau d'urgència del seu cas.[5] D'aquesta manera, es prioritza l'atenció de les persones que presenten més urgència. Si el servei d'urgències de l'hospital pot resoldre el problema de salut del pacient, se li aplicaran les cures o tractaments necessaris i se li donarà l'alta a domicili. En cas que la valoració per part dels professionals del servei determini que el pacient requereix l'ingrés al mateix centre hospitalari o una continuïtat assistencial en un altre centre, se'n sol·licitarà l'ingrés o el trasllat, respectivament. També és possible que en el moment de l'avaluació inicial del grau d'urgència (triatge) s'indiqui la remissió a l'atenció primària, pràctica que es coneix com a derivació inversa.

Estructura de l'informe

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

1.1. MARC NORMATIU

L'Hospital de Viladecans és un dels 8 centres hospitalaris gestionats per l'ICS: 3 són grans hospitals terciaris d'alta tecnologia (Vall d'Hebron, Bellvitge i Germans Trias i Pujol), 4 són hospitals de referència territorial (Arnau de Vilanova de Lleida, Joan XXIII de Tarragona, Doctor Josep Trueta de Girona i Verge de la Cinta de Tortosa) i l'hospital de Viladecans, que és comarcal.

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

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

És important tenir present que el MAT classifica els pacients segons el grau d'urgència, és a dir, prioritzant qui ha de ser atès abans, i no pas segons la gravetat del pacient (vegeu el document referenciat a la nota al peu número 3).

D'acord amb la memòria d'activitat de l'any 2022, l'ICS és l'empresa pública de serveis de salut més gran de Catalunya, amb 52.500 professionals que donen servei als 8 hospitals i 289 equips d'atenció primària propis. A més, participa en el Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample i en el Consorci Castelldefels Agents de Salut, que són entitats proveïdores d'atenció primària.

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

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

El capítol II regula els òrgans de direcció, de participació comunitària i de gestió de l'ICS. Entre els primers, destaca el Consell d'Administració com a òrgan superior de govern. Quant als òrgans de gestió, se'n distingeixen els serveis corporatius, les gerències territorials i les unitats de gestió dels centres, serveis i establiments de l'Institut, que actuen sota el principi d'autonomia econòmica i financera i de gestió, en el marc d'un programa anual d'activitat aprovat pel Consell d'Administració.

En aquest sentit, l'ICS té presència a tot Catalunya a través de les gerències d'hospitals i gerències d'atenció primària i a la comunitat, que constitueixen els màxims òrgans de direcció i gestió del conjunt de centres, serveis i institucions sanitàries en la delimitació territorial corresponent. En concret, pel que fa a l'Hospital de Viladecans i l'Hospital Universitari de Bellvitge, comparteixen la gerència territorial hospitalària de l'àmbit de la Metropolitana Sud.

Quant a la prestació dels serveis sanitaris i sociosanitaris, l'article 14 de la mateixa Llei estableix que la prestació de serveis de l'ICS per compte del CatSalut s'ha d'articular per mitjà d'un contracte programa subscrit per ambdues entitats, amb l'aprovació prèvia del Govern, a proposta conjunta dels departaments competents en matèria de salut i d'economia i finances, i d'acord amb la normativa aplicable al sector públic de la Generalitat. Al contracte programa, que ha de tenir una durada màxima de 5 anys, s'hi han de fer constar, entre d'altres, la relació de serveis i activitats que ha de prestar l'ICS per compte del CatSalut, l'avaluació econòmica corresponent, els recursos pel que fa als sistemes de compra i de pagament vigents, els objectius i el finançament; en aquesta relació han de constar els diversos centres, serveis i establiments de l'Institut. Addicionalment, el contracte programa ha d'establir un programa anual per a cada centre, servei i establiment de l'Institut, que n'ha d'assegurar la suficiència pressupostària, en cas d'augment inesperat de la demanda o per la complexitat de les prestacions.

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

1.2. ENTITAT FISCALITZADA

L'Hospital de Viladecans és un hospital bàsic d'aguts, d'àmbit comarcal, que té com a principal centre de referència l'Hospital Universitari de Bellvitge, amb qui comparteix gerència hospitalària en l'estructura organitzativa de l'ICS. Per a certes especialitats, tanmateix, els seus centres de referència són l'Hospital Sant Joan de Déu de Sant Boi de Llobregat (patologia obstètrica o psiquiàtrica), l'Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues de Llobregat (pediatria) i l'Hospital Universitari Vall d'Hebron (Unitat de Cremats).

L'any 2022, l'Hospital de Viladecans era l'hospital comunitari de referència de 191.283 habitants dels municipis de Viladecans, Gavà, Castelldefels, Begues i Sant Climent de Llobregat. L'àrea de gestió assistencial (AGA) en què s'incloïen aquestes poblacions, Baix Llobregat-Litoral i Viladecans, disposava del centre d'urgències d'atenció primària (CUAP) de Castelldefels per a casos de complexitat baixa i moderada, i del punt d'atenció continuada (PAC) de Gavà per a casos lleus. El mapa de recursos disponibles era el següent:

Quadre 1. Dispositius i horaris d'atenció primària i d'atenció urgent i continuada, any 2022

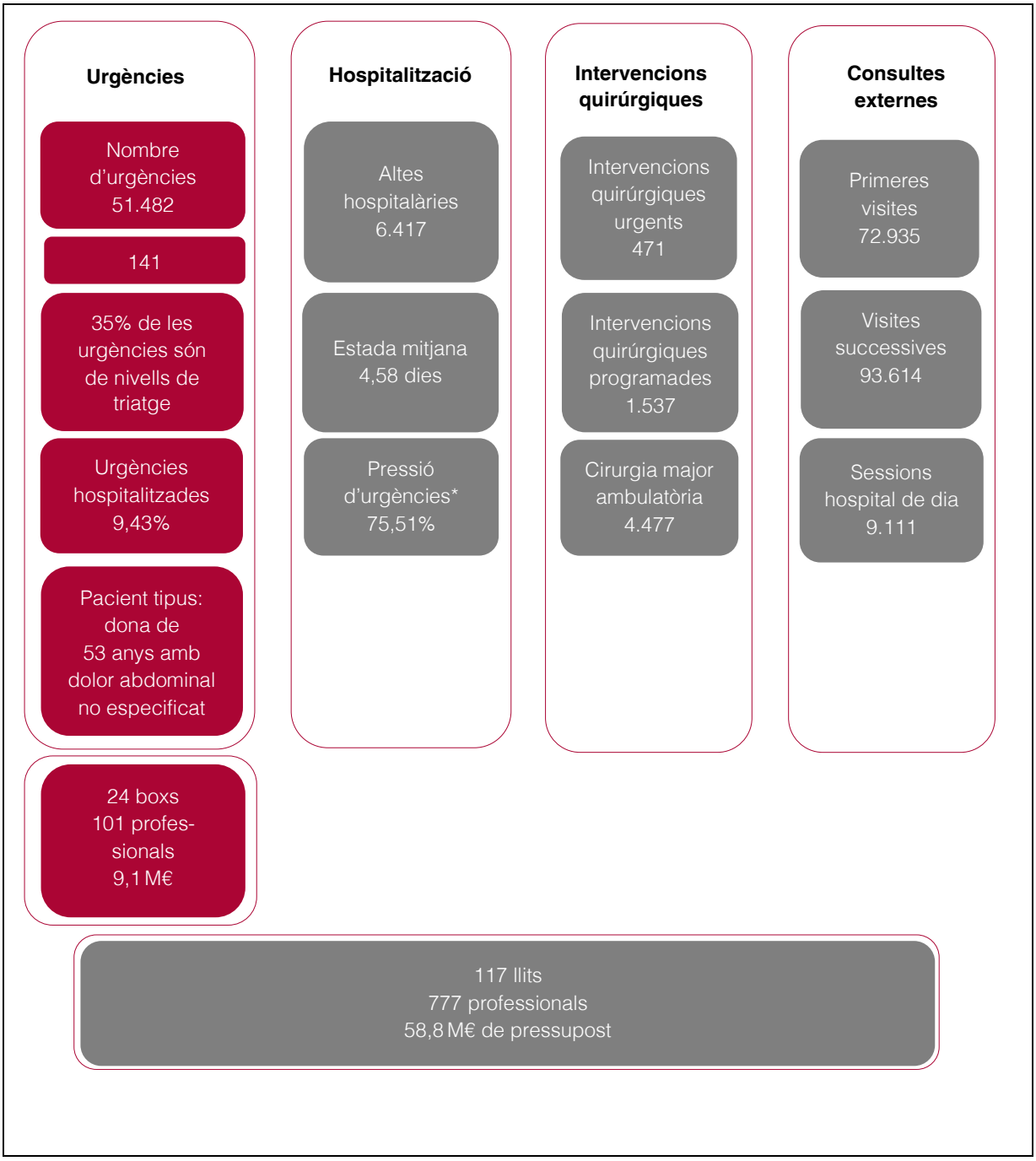
Municipi	Població assegurada	De dilluns a divendres de 8 a 20 h	Caps de setmana i festius de 8 a 20 h	Tots els dies 24 hores
Begues	7.267	EAP Begues Pou Torre	PAC Gavà 1	Trucar al 061 Salut Respon CUAP Castelldefels 1 El Castell Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans
Castelldefels	37.663	EAP Castelldefels 1 El Castell		
Castelldefels	29.991	EAP Castelldefels 2 Can Bou		
Gavà	19.358	EAP Gavà 1	PAC Gavà 1	
Gavà	26.840	EAP Gavà 2	PAC Gavà 1[6]	
Viladecans	24.188	EAP Viladecans 1		
Viladecans	22.429	EAP Viladecans 2		
Viladecans i Sant Climent de Llobregat	23.547	EAP Viladecans 3		
Total	191.283			

Font: Registre central d'assegurats del CatSalut i pàgina web del CatSalut.

6. Text modificat arran de les al·legacions presentades pel CatSalut.

En el període fiscalitzat, l'Hospital de Viladecans comptava amb 117 llits, 5 quiròfans, 45 consultes externes, 8 punts d'atenció d'hospital de dia i 24 boxs d'urgències. Si bé no disposava d'unitat de cures intensives, els pacients que van requerir una unitat de cures intensives van ser reubicats mitjançant la Central de Coordinació del Servei d'Urgències Mèdiques. Les principals dades d'activitat i de recursos emprats van ser les següents:

Figura 3. Activitat realitzada i recursos dedicats. Any 2022



Font: Memòria d'activitat de l'Hospital de Viladecans.

* Pressió d'urgències: nombre d'urgències hospitalitzades en relació amb el nombre d'ingressos totals de l'hospital.

Cal assenyalar que l'Hospital de Viladecans ha portat a terme una ampliació i reforma de les seves infraestructures que aportarà més recursos i una tecnologia més avançada. El 14 de juny del 2024 es va inaugurar una part de les noves instal·lacions, entre les quals hi ha el Servei d'Urgències, que ha passat de 24 a 38 boxs. Els llits d'hospitalització també s'han incrementat de 117 a 154. Aquesta ampliació ha de permetre una millora en l'activitat i gestió del Servei, en concret hauria de millorar el temps de drenatge dels pacients d'urgències que ingressen en un llit d'hospitalització.

1.3. CONJUNT MÍNIM BÀSIC DE DADES D'URGÈNCIES

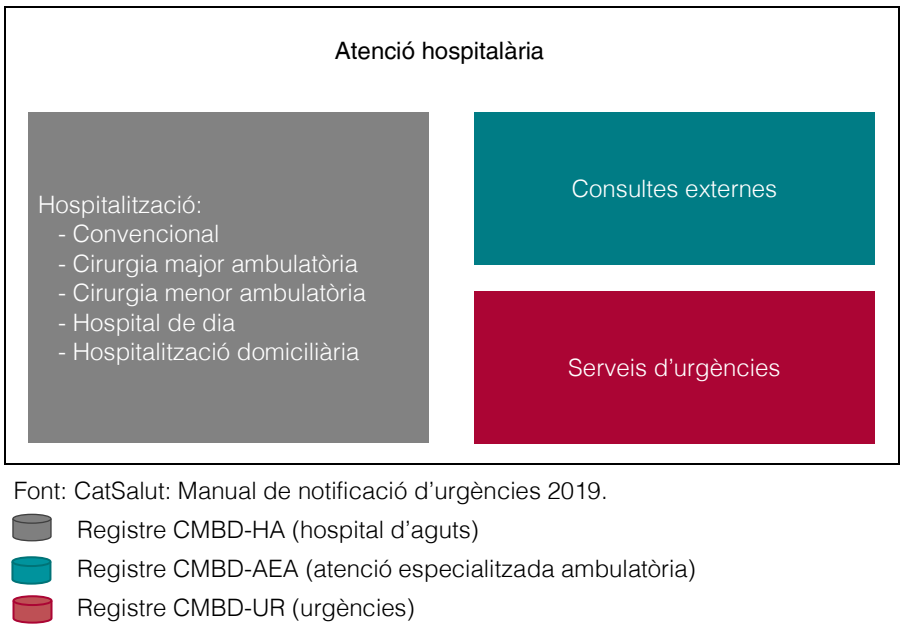
Adaptar les respostes del sistema sanitari a la demanda d'atenció urgent requereix necessàriament sistemes d'informació de qualitat que permetin conèixer la situació als diferents serveis de manera automatitzada, fiable i sistemàtica. Així ho estableix l'eix 8è del PLANUC aprovat l'any 2017.

Una de les fonts d'informació de què disposa el CatSalut per fer el seguiment de l'activitat de l'atenció urgent és el conjunt mínim bàsic de dades d'urgències (CMBD-UR), que es va posar en marxa el mes de gener del 2013 mitjançant la Instrucció 6/2012 del CatSalut, amb l'objectiu de disposar d'informació sobre la morbiditat de la població atesa als diferents dispositius d'atenció a les urgències del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT). Aquesta informació s'havia de basar en criteris homogenis que permetessin integrar i comparar les dades, per tal de millorar la qualitat dels processos de planificació, gestió i avaluació dels serveis d'urgències, tant pel que fa a aquests serveis específicament com a la relació amb el conjunt de serveis del sistema de salut de Catalunya.

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

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

Figura 4. Àmbits de notificació hospitalària dels registres del CMBD



Font: CatSalut: Manual de notificació d'urgències 2019.

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

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

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

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

- Recerca epidemiològica i de serveis.

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

La unitat de registre és el contacte, entès com l'atenció que es dona a un pacient des del moment de l'admissió a un servei d'urgències o a un CUAP, o des del moment en què és atès pel SEM, fins que abandona el dispositiu d'urgències. S'han de notificar al CMBD-UR tots els contactes que s'han enregistrat al servei d'admissions d'urgències (encara que no

hagin estat ni triats ni atesos) i també els pacients que arribin amb aturada cardiorespiratòria irreversible.

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

2. ABAST I METODOLOGIA

2.1. OBJECTE I ABAST

L'objectiu d'aquest informe d'auditoria operativa és revisar si la gestió de l'atenció urgent prestada per l'Hospital de Viladecans es fa de conformitat amb els principis d'economia, eficiència i eficàcia i si hi ha marge de millora. S'ha incorporat l'enfocament avaluador en la planificació i l'execució dels treballs, en el sentit que s'hi inclouen alguns objectius propis de l'avaluació dels programes i polítiques públiques, com ara l'avaluació de les necessitats i les eines de governança; la coherència interna i externa de la política, i la pertinència dels objectius estratègics.

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

1. **Recursos i mitjans adscrits**

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

2. **Demanda i activitat**

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

3. **Procés assistencial i temps d'atenció**

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

4. **Avaluació i indicadors de qualitat**

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

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

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

2.2. METODOLOGIA

El treball de fiscalització s'ha dut a terme d'acord amb els principis fonamentals de fiscalització de les institucions públiques de control extern i les normes tècniques d'auditoria que es desprenen de les normes internacionals de les entitats fiscalitzadores superiors ISSAI-CA 300, sobre els principis fonamentals de la fiscalització operativa, i GUID-9020, sobre avaluació de polítiques públiques, així com les guies pràctiques de fiscalització dels òrgans de control extern GPF-OCEX 3000, GPF-OCEX 3910 i GPF-OCEX 3920, totes tres sobre l'auditoria operativa.

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

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

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

3. CONCLUSIONS

A continuació es presenta el detall de les conclusions per al conjunt de les preguntes d'avaluació del Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans, referit a l'exercici 2022. Els resultats d'auditoria que motiven i expliquen aquestes conclusions són a l'apartat 5 de l'informe.

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

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

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

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

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

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

El Pla nacional d'urgències de Catalunya (PLANUC) aprovat pel Govern és un pla estratègic que estableix els eixos per donar resposta a les necessitats d'atenció continuada i urgent, però presenta mancances en el seu desplegament territorial, no disposa d'indicadors de referència. El Departament de Salut i el Servei Català de la Salut (CatSalut) no promouen ni institucionalitzen la cultura de l'avaluació i no han implicat prou les parts interessades, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.1.1):

1. El marc de governança del CatSalut en l'àmbit de les urgències presenta debilitats, atès que algunes de les accions principals que preveia el PLANUC aprovat l'any 2017 no s'han desplegat al territori.

   En aquest sentit, l'any 2022, el Comitè Operatiu d'Urgències i Emergències (COUE) del Sector Sanitari del Baix Llobregat Centre-Litoral i l'Hospitalet de Llobregat, com a òrgan d'ordenació, integració i gestió dels serveis d'urgència al territori, no havia elaborat un pla territorial que tingués en compte les especificitats de la població, dels recursos existents i de la configuració geogràfica, entre altres factors.

   El COUE es va reunir durant l'any 2022, però no hi ha constància formal de les sessions celebrades.[7] Durant el primer trimestre del 2023 va celebrar 3 sessions per tractar el Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC) i l'evolució de l'activitat de les urgències, tot i que no hi ha constància de les actes de les reunions ni es coneix si es van consensuar accions per adaptar-se a la demanda, en cas necessari.

   D'altra banda, en les reunions del COUE de l'any 2023 es va presentar informació de l'activitat urgent del territori i indicadors de predicció de demanda i de qualitat. Aquesta informació l'elabora la regió sanitària, però no existeix un quadre de comandament comú, accessible des de tots els dispositius d'urgències del territori a temps real, contràriament al que estableix l'acció 25 del PLANUC.

2. L'organització del servei d'urgències dirigit a atendre tant patologies greus com patologies que poden ser susceptibles d'un nivell d'atenció menys greu o no urgent, s'allunya de la indicació de l'eix 2 del Pla nacional d'urgències de Catalunya, on s'estableix l'atenció primària com a primer nivell d'atenció.

3. La comunicació entre el CatSalut i les diferents parts que formen part de l'atenció urgent presenta marge de millora. No es promou ni s'ha institucionalitzat la cultura de l'avaluació i no s'ha implicat prou les parts interessades en la implementació dels plans estratègics.

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

7. Text modificat arran de les al·legacions presentades pel CatSalut.

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

El Servei d'Urgències disposa d'un pla funcional de recursos humans i d'avaluació de competències dels professionals, però l'any 2022 els reptes estratègics de l'ordenació dels recursos humans pretesos al PLANUC eren susceptibles de millora, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.1.2):

4. Els reptes estratègics definits a l'eix 9è del PLANUC, orientats a potenciar el desenvolupament dels professionals que presten l'atenció urgent de qualitat, els va assolir parcialment el Servei d'Urgències. Cap autoritat sanitària ha definit ràtios estàndards de professionals que tinguin en compte el volum d'activitat i l'estructura on es desenvolupa l'activitat. No s'han consensuat amb els col·legis professionals i les societats científiques els protocols d'actuació dels professionals, ni tampoc han estat validats per l'autoritat sanitària. L'any 2022 no s'havia desenvolupat l'especialitat de medicina d'urgències i emergències, que ha estat aprovada el juliol del 2024, ni l'especialitat d'infermeria d'urgències i emergències, que està pendent d'aprovació.

   D'altra banda, la manca de definició explícita de responsabilitats i de planificació de les plantilles pot afectar directament la seva adequació, així com l'optimització de recursos i la qualitat de l'activitat.

5. L'elevada temporalitat contractual de la plantilla és un aspecte estructural que mostra el Pla d'ordenació de recursos humans (PORH) de l'ICS del període 2022-2026. La plantilla interina i temporal del Servei d'Urgències representava prop del 80% l'any 2022.

6. El Servei d'Urgències ha elaborat un protocol de "triatge avançat" i un procediment de "gestió infermera de la demanda", sobre la base dels quals els professionals assumeixen responsabilitats i adquireixen determinades competències sense el consens dels col·legis professionals (metges i infermeria) i les societats científiques, i validats per l'autoritat sanitària, en el sentit que indica l'acció 29 del PLANUC.

   El procediment "gestió infermera de la demanda" no indica cap marc legal de l'actuació, el qual s'ha de sustentar en pactes interprofessionals en espais competencials compartits, tal com preveu l'exposició de motius de la Llei 44/2003, del 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries.

   El protocol de "triatge avançat" no defineix un sistema d'acreditació i certificació de la delegació de tasques i competències a desenvolupar per a l'exercici de les actuacions infermeres per delegació dels professionals facultatius, com requereix l'article 9 de la Llei 44/2003.

L'estructura organitzativa dels dispositius assistencials d'urgències s'adequa a la demanda assistencial del centre en termes de recursos i organització?

La dotació de recursos del Servei d'Urgències no és del tot coherent amb la demanda assistencial, alhora que algunes dinàmiques dels processos poden ser susceptibles d'optimització, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.1.3):

7. El nombre d'urgències ateses al Servei d'Urgències l'any 2022 és similar al del 2019 immediatament abans de la pandèmia de la covid-19, mentre que la plantilla de personal assignada al Servei d'Urgències es va incrementar en un 14,4% en el mateix període. D'altra banda, el nombre d'urgències ateses és similar tots els dies de la setmana, malgrat que la dotació de personal facultatiu en dies laborables va ser significativament més elevada que els caps de setmana.

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

L'ICS i el CatSalut no han formalitzat l'instrument jurídic preceptiu que hauria de regular la seva relació. El CatSalut retribueix l'activitat assistencial d'urgències dels hospitals de l'ICS segons un sistema de preus i tarifes que no respon a un escandall o sistema de costos propis de la prestació, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.1.4):

8. El CatSalut contracta l'activitat d'atenció hospitalària urgent als centres proveïdors de l'ICS mitjançant clàusules anuals on s'estableix el conjunt de l'activitat assistencial especialitzada d'aguts: l'hospitalització, les urgències, les consultes externes, implants quirúrgics, tractaments específics i altres dispositius i tractaments específics. La clàusula de l'any 2022 se subscriu de manera extemporània, el mes d'abril de l'any següent al de la prestació de l'activitat, i durant l'any els centres proveïdors de l'ICS es nodreixen de les aportacions que el CatSalut els fa mensualment, via transferència corrent, sense haver formalitzat el marc regulador preceptiu entre les parts que preveuen la Llei de l'ICS, i els seus estatuts: el contracte programa.

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

   D'altra banda, l'incompliment del mandat normatiu, tant pel que fa a la manca de formalització del contracte programa com a la subscripció de les clàusules anuals addicionals després de finalitzar la vigència temporal, constitueix un incompliment del dret, deure i

principi rector d'una bona Administració, d'acord amb el dret reconegut a l'article 30 de l'Estatut d'autonomia de Catalunya, atès que denota l'incompliment del deure de la diligència deguda per part del Servei Català de la Salut i de l'ICS, com a diligència qualificada que els és exigible.

Així mateix, denota una manca de control per part del Govern en l'avaluació normativa *ex post* sobre el compliment de la Llei de l'ICS i dels seus estatuts, i també per part de la Intervenció General de l'Administració de la Generalitat, que té atribuïdes funcions de control intern d'aquestes institucions, controls que tenen una rellevància especial quan afecten el disseny i la implementació de polítiques públiques darrere de les quals hi ha la prestació de serveis de caràcter essencial.

9. La contraprestació del Servei Català de la Salut a l'Hospital de Viladecans pels serveis d'atenció urgent hospitalària prestats durant l'any 2022, de 5,61 M€, es deriva de la clàusula de pagament formalitzada extemporàniament l'abril del 2023, sense l'empara del contracte programa preceptiu. L'import es va calcular a partir dels preus unitaris que estableix el Decret 118/2014, del 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut. Tanmateix, a diferència de la resta de proveïdors del SISCAT, l'ICS percep l'import estipulat a la clàusula corresponent, amb independència de l'activitat efectivament realitzada. D'acord amb el sistema de costos corporatiu de l'ICS, el dèficit de finançament estimat del Servei d'Urgències va ser de 3,16 M€.

10. El CatSalut retribueix l'activitat assistencial d'urgències amb preus i tarifes que no responen a l'escandall de costos propis de la prestació. A més, la necessitat d'un sistema d'informació de costos homogeni no forma part de la planificació estratègica del CatSalut.

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

La contractació del servei d'atenció hospitalària urgent per part del CatSalut, els circuits de derivació assistencial entre els diferents dispositius i l'adequació del nivell assistencial de l'atenció prestada són aspectes que afecten directament la planificació de l'activitat i provoquen desajustos en el seu finançament. D'altra banda, impliquen manca de coherència externa en la intervenció pública al territori. Aquesta conclusió es deriva de l'anàlisi dels subobjectius d'auditoria següents:

El grau d'utilització dels serveis d'urgències i la seva evolució són coherents amb l'activitat prevista pel CatSalut?

El nombre d'urgències que consta a la clàusula addicional formalitzada amb el CatSalut és inferior a l'activitat registrada i no es disposa de mecanismes acurats de predicció de la demanda, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.2.1):

11. L'any 2022 la demanda del Servei d'Urgències gairebé va assolir el nivell anterior a la covid-19, per tant, presentava una tendència creixent des de la davallada causada per la pandèmia. Contràriament, l'activitat prevista pel CatSalut a la clàusula addicional va ser inferior en un 8,63% a la utilització del Servei d'Urgències segons el nombre de contactes registrats.

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

L'atenció urgent al dispositiu avaluat presenta un grau elevat de sobrecobertura. En aquest sentit, l'Hospital de Viladecans no havia implementat, l'any 2022, algunes de les mesures previstes per reduir la pressió assistencial a urgències, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.2.2):

12. Hi ha una manca important d'adequació de la demanda d'atenció urgent al dispositiu d'urgències de l'Hospital de Viladecans. El nombre de casos poc (o gens) urgents, sense risc vital, atesos a l'Hospital de Viladecans l'any 2022 va ser superior al que s'esperaria tenint en compte el nivell de l'hospital i les característiques dels pacients. Aquests casos, en bona mesura, podrien haver estat atesos i resolts en dispositius de la xarxa d'atenció primària. Alguns factors atribuïbles al proveïdor expliquen la inadequació de la demanda: la implementació de la resolució infermera i, molt especialment, la falta d'un protocol de derivació inversa consensuat amb l'atenció primària. D'altra banda, l'absència de CUAP al municipi de Viladecans desvia la demanda d'atenció urgent cap al dispositiu hospitalari fora de l'horari d'atenció habitual de l'atenció primària.

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

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

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

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

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

13. L'organització del treball no està prou definida en el procediment de gestió de la demanda, atès que estableix la composició d'equips però no desenvolupa les funcions, la distribució de tasques, el temps de dedicació, les càrregues de treball i la coordinació dels professionals en funció de l'activitat del Servei d'Urgències.

14. Els circuits de gestió i coordinació rellevants per facilitar la continuïtat assistencial dels pacients atesos al Servei d'Urgències, com ara els circuits que afecten els ingressos en una unitat d'hospitalització de l'Hospital de Viladecans o les derivacions a altres hospitals, no tenen protocols consensuats, o bé aquests protocols no estan prou definits.

15. No es calculen els indicadors de temps d'espera de les proves diagnòstiques i demores d'ingressos hospitalaris que preveu el protocol de sol·licitud de les proves, ni se'n fa el seguiment, per la qual cosa no pot impulsar les mesures correctores necessàries.

16. El procediment de la "gestió infermera de la demanda" –implementat perquè personal infermer pugui donar resposta a l'increment de demanda per problemes de salut no urgents, lesions menors o demandes inadequades– podria estar desplaçant al Servei d'Urgències una part de la demanda que, per la seva baixa complexitat, hauria de ser atesa als dispositius d'atenció primària. Això s'allunya de l'objectiu de l'acció 3 del PLANUC, que pretén que l'atenció primària sigui clau en la resolució de les urgències de baixa i mitjana complexitat, i, per tant, els serveis d'urgències hospitalàries s'orientin a situacions de risc vital.

    Quan les actuacions del Servei d'Urgències s'allunyen de les directrius del PLANUC, esdevenen incoherents amb l'ordenació de l'activitat urgent per part del CatSalut, llevat que les característiques territorials justifiquin les actuacions.

17. No es disposa d'un estudi que justifiqui la implementació del procediment de "gestió infermera de la demanda" que avaluï la millora de la pressió assistencial, els efectes en la qualitat assistencial, l'eficiència i els canvis en les dotacions de personal infermer i personal facultatiu. Tampoc es disposa de cap estudi que analitzi la pertinència de donar resposta al Servei d'Urgències als contactes de nivells IV i V, que, a priori, haurien de ser resolts als dispositius d'atenció primària segons les directrius del PLANUC.

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

Hi ha marge de millora pel que fa a l'eficiència del procés assistencial i de drenatge de pacients al Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.3.2):

18. S'han evidenciat certs problemes de drenatge dels pacients amb indicació d'ingrés al mateix hospital i, en menor mesura, dels pacients que han de ser derivats a altres centres (residències, sociosanitaris i centres de salut mental). Per als pacients urgents que van acabar ingressant a l'hospital l'any 2022, el procés de drenatge va incrementar en aproximadament un 28% el temps total de permanència al Servei d'Urgències. Aquest fet, en combinació amb una dilatada demora en la decisió sobre el pacient (alta del Servei d'Urgències), va fer que el 50% dels pacients que van ingressar a l'hospital romanguessin més de 480 minuts (8 hores) al Servei d'Urgències, molt per sobre del que seria recomanable d'acord amb les recomanacions i estàndards internacionals.

    La sortida del 94% dels pacients que van ser alta del servei d'urgències a domicili va ser pràcticament immediata, i en el 6% restant l'espera mediana del transport sanitari va ser de 2,5 hores. Pel que fa als pacients que a l'alta del servei d'urgències van ser derivats a residències, el temps medià d'espera, des del final de l'assistència fins a la sortida, va ser d'1 hora, mentre que els pacients derivats a centres sociosanitaris o de salut mental van tenir una espera mediana de 2 hores.

Es porta a terme el seguiment i l'avaluació de l'atenció urgent a partir de quadres de comandament fiables?

No hi ha un marc homogeni d'informació per al càlcul i el seguiment dels indicadors associats a l'atenció urgent. Alhora, les deficiències detectades en el registre o en la notificació de la informació al CatSalut debiliten la fiabilitat de determinats indicadors, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.3.3):

19. La Sindicatura ha comprovat que la informació notificada al CMBD-UR, relativa als contactes urgents atesos a l'Hospital de Viladecans, no sempre coincideix amb la que consta als sistemes d'informació de l'ICS, amb la implicació que els mateixos indicadors es calculen emprant dades diferents als quadres de comandament respectius, especialment en el cas dels indicadors de temps. L'ICS va analitzar l'origen d'algunes d'aquestes discrepàncies l'any 2024, però la Sindicatura no té constància que hagi implementat mesures correctores.

20. L'anàlisi de les dades del CMBD-UR efectuada per la Sindicatura revela que la manca de fiabilitat de determinats indicadors de temps s'accentua en el cas de l'Hospital de Viladecans. En particular, s'ha detectat un patró anòmal pel que fa al registre de l'inici

d'assistència al pacient. Aquesta incidència és coneguda almenys des de l'any 2021 tant pel centre corporatiu de l'ICS com pel responsable d'aquest registre a l'Hospital de Viladecans, sense que s'hagin implementat les mesures correctores del circuit assistencial adients per esmenar-la i no desvirtuar els indicadors de temps, excepte per la recent rectificació d'un error sistemàtic detectat en el registre del procediment de triatge.[8]

21. Les deficiències en la notificació dels temps en la seqüència de l'atenció urgent i les mancances detectades pel que fa al seu registre per part de l'ICS han impedit a la Sindicatura poder fer una anàlisi comparativa dels indicadors de temps de l'Hospital de Viladecans amb els del conjunt d'hospitals catalans, ja que no es pot garantir l'homogeneïtat de les dades. Addicionalment, la manca de concreció en la definició de certs camps de temps per part del CatSalut dificulta, en qualsevol cas, la comparabilitat de les dades notificades per proveïdors diferents.

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

Els circuits assistencials dissenyats preveuen l'atenció de diverses situacions específiques o de fragilitat, però hi ha altres casos també subsidiaris d'atencions de necessitat social i vulnerabilitat, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.3.4):

22. Un dels motius de manca d'equitat en l'accés als serveis assistencials és la manca d'informació o de coneixement sobre com utilitzar adequadament els recursos de cobertura universal. Les persones en situació de pobresa, necessitat social i vulnerabilitat presenten sovint carències en aquest sentit, fet que desequilibra de manera injusta la seva capacitat de convertir els recursos en benestar. En aquest sentit, l'Hospital de Viladecans no comptava amb un protocol d'abast general per detectar i tractar situacions de necessitat social i vulnerabilitat (oncologia, salut mental, dificultats de mobilitat, problemes cognitius, visuals, auditius, etc.).

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

No s'ha establert cap sistema d'avaluació, seguiment i difusió de la qualitat de l'activitat urgent. En aquest sentit, l'anàlisi efectuada per la Sindicatura ha permès constatar que el Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans presenta un marge de millora significatiu amb relació als resultats de la seva activitat.

8.Text modificat arran de les al·legacions presentades per l'ICS.

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

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

Els procediments establerts per tal de garantir els drets d'informació i de reclamació dels pacients no garanteixen suficientment l'exercici d'aquests drets, ni s'avalua la informació recollida de cara a la implementació de millores, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.4.1):

23. El procediment d'informació a familiars i control d'acompanyants del Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans és incomplet, atès que no estableix un sistema acurat d'informació al pacient i els acompanyants.

24. La instrucció del CatSalut que recull els procediments de gestió i els requisits de tramitació de les reclamacions i els suggeriments presentats pels usuaris de la xarxa d'atenció assistencial no ha estat actualitzada des de l'any 2004. El circuit i el tractament de les queixes, reclamacions i suggeriments són poc rigorosos i poden presentar desigualtats entre centres. Els centres proveïdors recullen i codifiquen manualment les reclamacions i les aboquen cada mes al Registre central de reclamacions del CatSalut. No és un registre d'accés comú en línia, ni s'elaboren memòries anuals d'anàlisi de l'activitat.

    D'altra banda, el Registre central de reclamacions del CatSalut és incomplet, atès que classifica els motius de les reclamacions segons una relació de codis per naturalesa, però no indica el servei hospitalari (urgències, consultes, hospitalització, etc.) on s'origina la reclamació. Per tant, no permet tenir la totalitat de reclamacions originades als serveis d'urgències hospitalàries. En aquest sentit, el registre de l'Hospital de Viladecans és més complet: a la seva base de dades hi consta la procedència de la reclamació (servei hospitalari).

    Per tot això, el Registre de reclamacions pot servir per detectar àrees de millora, però no com a indicador de qualitat dels serveis d'urgències, ni com a element de comparació entre hospitals.

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

La Sindicatura ha avaluat 3 dimensions relatives als resultats del dispositiu d'urgències amb relació als serveis que va prestar l'any 2022: el marge de millora en termes de guanys en salut, la qualitat assistencial i del servei, i la qualitat de l'atenció percebuda per l'usuari. De l'anàlisi se'n desprèn que hi ha possibilitats de millora en totes les dimensions, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.4.2):

25. A partir del indicadors de temps apuntats a la conclusió número 18 i de l'evidència científica disponible, la Sindicatura conclou que l'Hospital de Viladecans podria assolir reduccions addicionals de la morbiditat i de la mortalitat si aconseguís disminuir el temps d'espera entre l'alta d'urgències i l'ingrés a planta.[9]

26. S'han avaluat 4 indicadors de la qualitat assistencial del Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans: les defuncions registrades, les readmissions a urgències abans de 72 hores, les readmissions a urgències abans de 72 hores que requereixen ingrés hospitalari i el nombre de contactes urgents no finalitzats. L'anàlisi realitzada ha permès a la Sindicatura concloure que hi ha marge de millora en termes de qualitat de l'assistència en 2 d'aquestes dimensions, ja que tant el nombre de readmissions abans de 72 hores que requereixen ingrés hospitalari com, molt especialment, el nombre de contactes urgents que no finalitzen l'assistència són superiors als esperats en el cas de l'Hospital de Viladecans.

27. L'any 2022 els resultats del Pla d'enquestes de percepció, experiència i satisfacció dels usuaris del Servei Català de la Salut (PLAENSA) pel que fa al Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans va obtenir una valoració global mitjana de 7,15 sobre 10, lleugerament per sota de la valoració obtinguda l'any 2019 (7,38). No difereixen dels resultats del conjunt de Catalunya (6,81 l'any 2022 i 7,45 l'any 2019).

    Sense diferir de la mitjana de Catalunya, la percepció de qualitat dels usuaris enquestats és molt millorable en aspectes com l'interès mostrat pels professionals durant el temps d'espera o el fet que no se'ls va demanar permís per informar els familiars. Aquesta percepció dels usuaris està alineada amb les reclamacions que es van presentar.

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

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

Ni el CatSalut ni l'Hospital de Viladecans han establert un sistema d'avaluació, seguiment i difusió de la qualitat de l'activitat urgent, i no han consensuat llindars d'assoliment d'objectius, o els que hi ha són insuficients. En aquest sentit, la normativa de transparència posa en relleu els principis de transparència, accés a la informació i bon govern com a principis bàsics que

9. Text modificat arran de les al·legacions presentades per l'ICS i el CatSalut.

permeten avaluar la qualitat democràtica del funcionament de les administracions públiques. La feblesa del sistema es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.4.3):

28. El PLANUC presenta una definició poc rigorosa de les accions estratègiques desplegades, per a les quals no es concreten indicadors ni llindars d'assoliment qualitatius. Això dificulta l'avaluació dels objectius assolits, que són difícils de mesurar.

29. Els resultats de les auditories d'implementació del PLANUC que el CatSalut va realitzar mitjançant una entitat externa l'any 2021 no s'han difós ni comunicat als responsables del Servei d'Urgències, ni a la resta de parts interessades entrevistades. No s'han impulsat altres accions correctores rellevants ni actuacions posteriors.

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

4. RECOMANACIONS

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

Planificació estratègica i desplegament territorial

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

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

    El Comitè Operatiu d'Urgències i Emergències (COUE) del Sector Sanitari del Baix Llobregat Centre-Litoral i l'Hospitalet de Llobregat, impulsat per la Regió Sanitària Barcelona Metropolità Sud, hauria de dissenyar i implementar un pla territorial únic consensuat entre els diferents dispositius i professionals que intervenen en l'atenció, amb plans de contingència, de prevenció de la saturació i d'atenció a les urgències de pacients amb

especificitats; un pla operatiu de transport sanitari integral i de drenatge dels pacients. És a dir, un pla transversal que comprengui l'atenció primària, el SEM i la sortida a l'atenció intermèdia (acció 24 del PLANUC).

2. Convé que el CatSalut i el Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans analitzin conjuntament si l'oferta de serveis per atendre urgències com lesions menors o de poca complexitat s'adequa a les necessitats que cal cobrir o si, per contra, pot ser més convenient que les atencions no urgents es prestin en l'atenció primària, seguint la línia que indica l'eix 2 del Pla nacional d'urgències de Catalunya. Tot plegat, tenint en compte que els criteris de planificació s'han de basar en l'accessibilitat als serveis, en les característiques socioeconòmiques i de morbiditat de la població i en el volum d'activitat, entre d'altres.

3. Cal que el Departament de Salut potenciï la difusió dels recursos d'urgències existents a Catalunya. Aquesta informació ajudaria a la ciutadania a l'hora de triar el dispositiu més adequat en cas d'urgència. En aquesta línia, el mateix Departament de Salut manifesta que les actuacions dirigides a millorar coneixements, actituds i hàbits dels usuaris permeten reduir la demanda inadequada i millorar la utilització dels dispositius, de manera que l'atenció immediata es presti al lloc més idoni segons el nivell de complexitat de cada cas.

Pla d'ordenació dels recursos humans

4. La interinitat de la plantilla i les categories professionals deficitàries que assenyala el Pla d'ordenació de recursos humans (PORH) del període 2022-2026 de l'ICS són 2 aspectes que influeixen negativament tant en l'entorn laboral dels professionals com en la qualitat i eficiència de l'activitat sanitària. Per aquestes raons, tant l'ICS com el CatSalut han d'establir i implementar un pla d'estabilitat de la plantilla.

5. Atès que la interinitat de la plantilla i la manca de determinades categories professionals, tot i ser un problema estructural de l'ICS, en part poden estar relacionades amb les característiques territorials i específiques dels centres sanitaris, i en particular dels serveis d'urgències, convé que l'ICS i el CatSalut estableixin sistemes d'avaluació de competències individuals que es configurin com a instrument incentivador, alhora que fomentin la formació, la docència i la investigació.

6. La participació del Departament de Salut i dels col·legis professionals en la concreció del marc legal, dels àmbits competencials dels professionals dels equips en funció de la titulació i de la formació específica en l'activitat de "triatge avançat" i "gestió infermera de la demanda", així com en l'establiment d'un sistema d'acreditació de competències i d'actuacions homogeni per a Catalunya, coadjuvaria a la seguretat dels professionals en el desenvolupament de la feina i en les relacions interprofessionals.

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

Estructura organitzativa del dispositiu d'urgències

8. La dotació de personal ha d'adequar-se a la demanda d'activitat, per la qual cosa convé establir ràtios de referència de nombre de professionals de cada categoria professional en funció del volum i tipus d'activitat específica del Servei d'Urgències, segons la demanda per dies de la setmana i franges horàries, i l'estructura física del Servei. L'optimització de la plantilla de professionals ha de contribuir a incrementar la qualitat dels resultats de l'activitat i a millorar l'entorn de treball dels professionals.

Contraprestació del servei: infrafinançament de despeses

9. Atès que el CatSalut i l'ICS no han subscrit el contracte programa preceptiu, la Sindicatura recomana que els projectes normatius se sotmetin a una avaluació d'impacte normatiu *ex post*, que, per ara, l'Administració de la Generalitat només ha centrat en iniciatives específiques. Això ha de permetre valorar com es duu a terme la implementació de la norma i el grau d'assoliment dels objectius perseguits, aspectes que prenen una rellevància especial quan afecten el disseny i la implementació de polítiques públiques darrere de les quals hi ha la prestació de serveis de caràcter essencial.

10. El CatSalut hauria d'ajustar el càlcul de les tarifes per la contraprestació de l'atenció hospitalària als costos reals directes i indirectes imputables al servei prestat pels centres proveïdors, d'acord amb un sistema homogeni de càlcul. La utilitat de la informació de costos dels serveis públics no només és essencial per a la presa de decisions per establir les tarifes dels serveis, sinó que també contribueix a millorar la transparència, el retiment de comptes, la planificació pressupostària i l'anàlisi d'eficàcia i eficiència dels serveis públics, a més de contribuir a conscienciar la ciutadania del cost total dels serveis.

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

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

Adequació del nivell assistencial de l'atenció prestada

12. El Servei d'Urgències ha de procurar que el màxim nombre de contactes poc urgents o de baixa complexitat siguin atesos als dispositius d'atenció primària més propers, sempre que el seu horari d'obertura ho permeti. En aquest sentit, l'orientació del dispositiu ha d'estar enfocada a l'atenció i la resolució eventual dels contactes amb risc vital. La figura de la gestió infermera de la demanda ha de quedar supeditada a l'aplicació correcta del protocol de derivació inversa.

13. Per facilitar l'ús adequat del dispositiu d'urgències hospitalàries de Viladecans, el CatSalut hauria de portar a terme les accions necessàries encaminades a millorar l'accés als recursos d'urgències en l'àmbit de l'atenció primària. En aquest sentit, fora convenient valorar la implementació d'un PAC i, especialment, d'un CUAP al nucli de Viladecans. En fer-ho, i per respectar el principi d'economia, cal que el CatSalut procuri el màxim aprofitament possible de les infraestructures sanitàries ja presents al territori.

Protocols reguladors del procés assistencial

14. Caldria que el Servei d'Urgències millorés el procediment de gestió de la demanda i els fluxos d'activitat mitjançant una anàlisi de les funcions i temps de dedicació dels professionals en els equips de treball segons les necessitats dels pacients, amb l'objectiu d'identificar tasques ineficaces o desordenades i temps de dedicació poc optimitzats. També convé establir els indicadors de temps de resposta de les proves complementàries, de les interconsultes i dels retards dels ingressos, i fer-ne el seguiment. La informació obtinguda amb les dues mesures pot contribuir a la presa de decisions i introduir millores en l'eficiència dels circuits del Servei d'Urgències.

    Per assolir aquestes millores i seguint els resultats de l'anàlisi DAFO (debilitats, amenaces, fortaleses i oportunitats) del Servei d'Urgències, és convenient dotar-lo d'autonomia per gestionar els llits d'hospitalització, així com establir guies clíniques per adequar-los al servei hospitalari de l'especialitat mèdica i crear una sensació de vincle entre els pacients d'urgències i els metges especialistes.

    L'organització de la gestió de la demanda es pot millorar si es dirigeix als col·lectius de pacients que més acudeixen al Servei d'Urgències. Així, és rellevant tenir en compte que el 35,88% dels pacients que va atendre el Servei d'Urgències l'any 2022 tenien més de 65 anys, amb grau de morbiditat moderat o alt i probablement amb perfils de pacients crònics complexos. Per tant, són un segment de pacients important que podrien necessitar atencions amb més càrrega de recursos, fet que pot repercutir negativament en el temps d'estada al Servei d'Urgències de la resta de pacients si no es preveu en el procés organitzatiu.

Alhora, la formació específica en geriatria dels professionals del Servei d'Urgències pot contribuir a millorar la resolució dels pacients de més de 65 anys, que són un col·lectiu significatiu en aquest servei i presenten morbiditat alta i moderada.

15. Els procediments de derivació de pacients a altres hospitals han de ser consensuats i signats pels dos hospitals i han de garantir la seguretat del pacient, en particular en el moment de la recepció.

Coordinació dels recursos i procés de drenatge

16. Ateses les dificultats detectades per prendre una decisió sobre el tipus de pacient més complex (alta d'urgències amb indicació d'ingrés), i en la línia de la recomanació número 14, és necessari que els responsables del Servei d'Urgències implementin les accions oportunes per optimitzar el temps d'estada d'aquests pacients.

17. Cal millorar els processos de drenatge de pacients, especialment d'aquells que requereixen ingressar a l'hospital. En aquest sentit, l'Hospital de Viladecans hauria de millorar la gestió de l'ocupació mitjana de llits per poder donar sortida als pacients que esperen llit al Servei d'Urgències.

Monitoratge del procés assistencial i d'atenció a les urgències

18. Atesa la manca de versemblança de la informació registrada i notificada pel centre, és imprescindible que l'Hospital de Viladecans revisi els circuits assistencials al Servei d'Urgències i porti a terme les accions correctores necessàries per tal que les dades registrades reflecteixin la realitat assistencial de la manera més acurada possible. Igualment, cal que el centre corporatiu de l'ICS revisi els criteris amb què efectua certes imputacions de valors a l'hora de notificar les dades al CMBD-UR, i garanteixi que la informació subministrada s'adeqüi al que estableix el Manual de notificació.

19. El CatSalut ha de dur a terme les accions oportunes (auditories, controls o revisions) per garantir que la informació subministrada per les entitats proveïdores al CMBD-UR es registri amb criteris homogenis. Paral·lelament, el CatSalut ha de revisar el manual de notificació corresponent, i introduir-hi les modificacions oportunes que evitin diferències d'interpretació entre les entitats proveïdores a l'hora de registrar i notificar la informació.

Resposta a les situacions de necessitat social i vulnerabilitat

20. Els serveis d'urgències són la porta d'entrada de pacients que, a més de la urgència hospitalària, reuneixen característiques de fragilitat, per la qual cosa és convenient que el Servei d'Urgències, a més dels procediments específics de què ja disposa (detecció de menors en situació de vulnerabilitat i desprotecció, detecció de violència de gènere, aten-

ció al pacient crònic complex), estableixi un protocol o pla d'abast més general per detectar i atendre les persones amb edat avançada, amb malalties oncològiques, de salut mental, amb dificultats de mobilitat, amb problemes cognitius, visuals, auditius o altres fragilitats que requereixin atencions i estructures físiques específiques.

Presa de decisions

21. Els integrants del COUE haurien de tenir accés a un quadre de comandament comú, dissenyat *ad hoc*, amb informació integrada, que incorpori nous indicadors de saturació, disponibilitat de recursos, predicció de la demanda, i adequació o qualitat dels serveis, tal com es desprèn de les accions 24 i 25 del PLANUC. El CatSalut, en col·laboració amb els proveïdors implicats en l'atenció urgent al territori, hauria de portar a terme les accions necessàries per implantar correctament aquest sistema d'informació comú per a la presa de decisions informada.

Informació al pacient i exercici del dret a reclamar

22. Caldria que el Servei d'Urgències disposés d'un procediment que afavorís la comunicació adequada, efectiva i empàtica amb el pacient –incloent-hi l'escolta activa– i els familiars o acompanyants per part de tots els professionals del Servei. És a dir, caldria establir una bona pràctica a l'efecte d'humanitzar el Servei d'Urgències.

23. Perquè les reclamacions, a més de solucionar les incidències als pacients, serveixin per millorar la qualitat de l'activitat sanitària, caldria actualitzar el contingut del model de reclamació als serveis d'urgències hospitalàries, de manera que, a més del camp de text lliure per expressar-hi la queixa o reclamació (amb freqüència de difícil comprensió), incloguessin una graella de motius de queixa recurrents als serveis d'urgències. Aquesta graella facilitaria a l'usuari expressar les queixes i reclamacions i, alhora, l'hospital podria valorar-les amb objectivitat.

Resultats de l'atenció hospitalària urgent

24. Atès que la dificultat en el drenatge dels pacients pendents d'ingrés pot impactar negativament en la seva salut, l'Hospital de Viladecans hauria d'implementar millores en la gestió dels llits per reduir el temps de permanència d'aquells pacients al Servei d'Urgències, en el sentit de la recomanació número 17.

25. Amb relació a la qualitat assistencial i del servei, cal que el Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans implementi millores en el seu circuit assistencial encaminades a reduir el nombre de pacients que retornen a urgències, i la readmissió dels quals deriva en ingrés hospitalari. Igualment, caldria que s'implementessin les accions oportunes per reduir el nombre d'abandonaments sense finalització de l'assistència.

26. Els resultats obtinguts en l'enquesta PLAENSA elaborada pel CatSalut, d'avaluació del nivell de satisfacció dels usuaris del Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans, haurien de ser considerats en les accions de millora del Servei.

Seguiment, avaluació i difusió dels objectius estratègics

27. Cal que l'Administració publiqui les auditories d'avaluació de la qualitat dels serveis públics, i que la informació sigui accessible, comprensible, estructurada i susceptible de ser reutilitzada. La comunicació per part del CatSalut i de l'Hospital de Viladecans és un element clau de millora per donar a conèixer tot el procés d'avaluació i, especialment, els seus resultats, atès que facilita la millora en la presa de decisions de les administracions. La forma com es comuniquen les avaluacions i les evidències que generen són elements clau per incrementar les possibilitats de millora de les polítiques públiques i, conseqüentment, per beneficiar la ciutadania, a més de contribuir a un exercici de transparència, retiment de comptes i democràcia per part dels organismes públics.

5. RESULTATS DE FISCALITZACIÓ

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

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

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

L'eina per donar resposta a aquest mandat és el Pla nacional d'urgències de Catalunya (PLANUC), elaborat per un comitè d'experts[10] i publicat l'any 2017, que proposa "un procés de transformació de la xarxa complex, per la multiplicitat d'actors que hi intervenen, i obligatòriament progressiu, per la necessitat que implica de reorientar els dispositius que la integren, amb un únic objectiu: assegurar una atenció continuada i urgent equitativa i de qualitat, adap-

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

tada a les necessitats de salut de les persones, a través d'una xarxa d'atenció integrada, accessible i resolutiva, liderada per professionals, que situï el ciutadà al centre del sistema".

Els elements objectius que conformen el nucli del PLANUC, doncs, són l'equitat i l'ordenació territorial; l'adequació dels processos i dispositius assistencials; la millora de la qualitat del procés d'atenció continuada i urgent; el lideratge professional, i la informació a la ciutadania. Per donar resposta a aquests objectius i a les necessitats del conjunt del sistema, el PLANUC s'estructura en 10 grans eixos d'intervenció que preveuen el desplegament d'un total de 30 accions:

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

D'acord amb l'eix 1 del PLANUC, un dels grans reptes dels sistemes de salut, especialment pel que fa a l'atenció urgent i continuada, és aconseguir atendre les persones en el dispositiu més adequat per resoldre el problema que presenten, amb qualitat i en el mínim temps possible, per la qual cosa l'ordenació de la demanda urgent i immediata és una aspiració de les autoritats sanitàries. Tanmateix, és el ciutadà qui decideix a quin dispositiu consulta, per la qual cosa necessita disposar de la informació necessària per poder prendre la millor decisió. Per tant, la responsabilitat de les autoritats sanitàries és facilitar a la ciutadania la informació suficient per a la presa de decisions. En aquesta línia, el PLANUC proposa definir un pla de comunicació i d'informació a la ciutadania des del Departament de Salut.

Un dels instruments de planificació de les actuacions previstes al PLANUC (eix 7) és disposar de plans d'urgències i atenció continuada territorials que tinguin en compte les característiques de cada territori segons les necessitats de la població, els recursos preexistents i la configuració demogràfica. Els plans territorials han de preveure un pla de contingència per fer front a increments d'activitat previsibles, un pla de prevenció de la saturació i un pla operatiu de transport sanitari, entre altres continguts. L'elaboració i implementació dels plans correspon als comitès operatius d'urgències i emergències (COUE),[11] impulsats pel Servei

11. D'acord amb l'eix 7 del PLANUC, els COUE estan formats per representants dels diferents proveïdors que intervenen en el procés d'atenció a les urgències del territori (hospitals, centres d'atenció primària, centres socio-

.../...

Català de la Salut i amb la participació de professionals de tots els dispositius que presten atenció sanitària urgent i continuada, així com dels prestadors de serveis socials i sociosanitaris que són essencials des de la visió d'atenció integral del ciutadà.

Els COUE han de disposar d'informació que permeti fer un diagnòstic de la situació, així com planificar les accions per donar la millor resposta possible a la demanda urgent territorial. La informació s'ha de configurar en quadres de comandament que donin resposta a situacions específiques, han de permetre fer un seguiment i avaluació dels plans territorials i retre comptes a la ciutadania (eix 8 del PLANUC).

En aquest sentit, l'Hospital de Viladecans és membre del COUE per a la gestió del Pla de contingència d'atenció continuada i urgent del territori del Sector Sanitari del Baix Llobregat Centre-Litoral i l'Hospitalet de Llobregat (Regió Sanitària Barcelona Metropolitana Sud).[12] El desembre del 2022, els membres del COUE eren representants d'entitats públiques i privades amb la composició següent:

Quadre 2. Composició del COUE, Sector Sanitari del Baix Llobregat Centre-Litoral i l'Hospitalet de Llobregat, any 2022

President	Gerent de la Regió Sanitària Barcelona Metropolitana Sud
Responsable	Directora del Sector Sanitari
Membres	2 Hospital de Viladecans
	3 Institut Català d'Oncologia (L'Hospitalet de Llobregat)
	1 Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues de Llobregat
	4 ICS, atenció primària: ACUT i UFACC[13] Delta del Llobregat
	3 Consorci Castelldefels Agents de Salut, atenció primària
	2 Mutuam, atenció intermèdia i atenció residencial
	1 Fundació Orienta, salut mental infantil i adolescents
	2 Parc Sanitari Sant Joan de Déu de Sant Boi, salut mental
	2 Frederica Montseny, sociosanitari i residències
	2 Sistema d'emergències mèdiques (SEM)
	2 Proveïdor de transport sanitari no urgent
	2 Regió Sanitària Barcelona, àmbit Metropolitana Sud, oficina tècnica

Font: Elaboració pròpia.

sanitaris i SEM), i han d'actuar com a òrgans d'ordenació, integració i gestió dels serveis d'urgències al territori. Els COUE ja estaven constituïts en alguns territoris des de feia anys, tot i que els seus objectius, funcions, composició i activitat són molt heterogenis.

12. L'article 21 de la Llei 15/1990, del 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), estableix que el Servei Català de la Salut s'ordena en demarcacions territorials denominades *regions sanitàries*. Les regions sanitàries constitueixen òrgans desconcentrats de gestió del sistema sanitari públic de Catalunya i els correspon desenvolupar les funcions atribuïdes com a pròpies o que els siguin delegades pels òrgans centrals del Servei Català de la Salut. Les regions sanitàries són 10: Alt Pirineu i Aran, Barcelona Ciutat, Barcelona Metropolitana Nord, Barcelona Metropolitana Sud, Penedès, Camp de Tarragona, Catalunya Central, Girona, Lleida i Terres de l'Ebre (Decret 116/2023, del 20 de juny, de delimitació de les regions sanitàries i dels sectors sanitaris del Servei Català de la Salut).

13. ACUT: Unitat d'Atenció Continuada i Urgències de Base Territorial. UFACC: Unitat Funcional d'Atenció Continuada del Pacient Crònic Complex.

L'Hospital de Viladecans disposa d'un Pla estratègic per al període 2021-2025 elaborat en col·laboració amb la Gerència Territorial, àmbit de la Metropolitana Sud de l'Institut Català de la Salut (ICS). El Pla estratègic s'articula en 4 eixos que estableixen 28 objectius a assolir amb 100 accions. El seguiment i avaluació del Pla es realitza amb l'eina G-Plans, que permet registrar el contingut del Pla en nivells (eixos, objectius i accions), introduir el grau d'assoliment i avaluar el grau de consecució de cadascun dels nivells de jerarquia establerts. De les 100 accions del Pla estratègic, 6 afectaven directament l'activitat del Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans.

El Servei d'Urgències, amb l'objectiu de treballar oportunitats de millora, disposa d'un pla d'acció de millores de naturalesa tant preventiva com correctiva, com ara millorar l'autonomia de les persones ingressades, potenciar les relacions amb l'atenció primària, reduir les transfusions, etc.

L'Hospital de Viladecans i l'ICS compten amb sengles quadres de comandament per gestionar el Servei d'Urgències amb dades d'activitat i indicadors de qualitat. A més, l'Hospital de Viladecans informa diàriament –en la reunió de coordinació del matí– sobre l'estat de situació de la guàrdia a les 16:00, a les 23:00 i a les 8:00 hores: el nombre de llits lliures a l'Hospital, el nombre de pacients ingressats, el nombre de pacients pendents de visita i el temps d'espera per nivells de gravetat dels pacients del Servei d'Urgències.

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

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

- El CatSalut, ens instrumental públic del Departament de Salut, responsable de la distribució, el desplegament i la coordinació de recursos per fer front a aquestes necessitats, i de garantir l'accés universal, equitatiu i de qualitat als serveis sanitaris a tota la ciutadania.

- Els COUE, previstos al PLANUC i constituïts per professionals sanitaris que es corresponsabilitzen del bon funcionament del sistema sanitari pel que fa a l'atenció urgent.

- L'ICS, empresa pública que gestiona l'Hospital de Viladecans i, per tant, el seu Servei d'Urgències, a través de la Gerència Hospitalària de Bellvitge i Viladecans.

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

- Hi ha debilitats en el marc de la governança, atès que s'ha observat que la implementació al territori de les accions i estratègies en l'àmbit de l'atenció urgent s'ha diluït o no s'ha desenvolupat amb la mateixa concreció i precisió que definia el Pla nacional d'urgències de Catalunya (PLANUC).

L'eix 1 del PLANUC assenyala que l'atenció s'ha de prestar al dispositiu més adequat en el temps òptim, i l'eix 2 estableix l'atenció primària i la comunitat com a primer nivell d'atenció. Tanmateix, el Servei d'Urgències implementa mitjans per atendre casos que haurien de ser resolts en dispositius d'atenció primària. De fet, al document on s'exposa la seva cartera de serveis, elaborat pel mateix hospital, es defineix el dispositiu no només com a centre hospitalari, sinó també com a centre d'urgències per a patologies de menys complexitat (CUAP integrat dins del Servei d'Urgències), tot i que el dispositiu no apareix com a tal al mapa de recursos del CatSalut.

Entre les actuacions del centre orientades a atendre casos de baixa urgència o de menys complexitat, la Sindicatura ha constatat les següents: en primer lloc, l'elaboració d'un protocol de derivació des de l'atenció primària o CUAP al Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans, on s'estableix com a objectiu "disminuir l'afluència de pacients amb patologia urgent de caràcter lleu als centres d'atenció primària"; en segon lloc, la implementació de la "gestió infermera de la demanda aguda (GIDA)",[14] que permet a determinats professionals d'infermeria, a partir d'un protocol, resoldre casos sense la intervenció d'un metge.

Ambdues actuacions són manifestament contràries als eixos 1 i 2 del PLANUC, atès que negligeixen el paper de l'atenció primària com a porta d'accés al sistema i com a nivell d'atenció preferent per a la resolució de casos de baixa i mitjana complexitat. En aquest mateix sentit, la Sindicatura ha constatat que, l'any 2022, el Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans no disposava d'un protocol de derivació inversa. Tanmateix, l'entitat ha indicat que actualment sí que en disposa, i ha aportat un protocol elaborat conjuntament amb l'atenció primària al territori, datat del setembre del 2024.

- El COUE del Sector Sanitari del Baix Llobregat Centre-Litoral i l'Hospitalet de Llobregat no ha elaborat el pla territorial que ha de preveure, entre d'altres, un pla de contingència per fer front a increments d'activitat previsibles, un pla de prevenció de la saturació i un pla operatiu de transport sanitari, segons estableix l'eix 7 del PLANUC, d'organització territorial i coordinació de dispositius i recursos.

  Això no obstant, durant el primer trimestre de l'any 2023, el COUE es va reunir en 3 sessions per abordar principalment aspectes relacionats amb el Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC) i l'evolució de les urgències en el sector Baix Llobregat-Litoral i Viladecans.

  Tanmateix, el COUE no va redactar actes de les reunions, per la qual cosa es desconeixen els membres que hi van assistir, els temes que s'hi van tractar i els acords que s'hi van adoptar. Únicament consta l'arxiu digital de la informació presentada en les reunions, que inclou dades d'activitat d'urgències del territori i informació de predicció de deman-

14. La Resolució del 19 de juny del 2013 del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya adopta la denominació *gestió infermera de la demanda*.

da: vacunació, casos de grip i virus respiratoris, entre d'altres. Aquesta informació va elaborar-la la regió sanitària, però no és accessible des de tots els dispositius d'urgències del territori amb informació a temps real i d'extracció automàtica, tal com preveu l'acció 25 del PLANUC.

Cal destacar la importància dels plans territorials i del COUE com a òrgan que ha de fer el diagnòstic de la situació i identificar punts crítics i àmbits de millora, i plantejar i dimensionar solucions eficients, adaptades a les especificitats de salut i sociodemogràfiques del territori, a més de coordinar els professionals i els dispositius existents.

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

  Al seu torn, els responsables dels serveis assistencials d'urgències de l'Hospital de Viladecans i el SOCMUE no són coneixedors dels resultats de l'auditoria sobre el grau d'implementació del PLANUC que va dur a terme el CatSalut l'any 2021.

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

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

Les accions estratègiques previstes per al desenvolupament d'aquest eix són 3:

- Acció 27: elaboració d'un pla de recursos humans per als professionals d'atenció continuada i urgent i dimensionament dels dispositius.
- Acció 28: suport al desenvolupament de l'especialitat de medicina d'urgències i emergències, i de l'especialitat d'infermeria d'urgències i emergències.
- Acció 29: desenvolupament efectiu de responsabilitats dels professionals dels dispositius d'urgències i emergències.

Pel que fa a l'acció 27 sobre el pla de recursos humans, l'article 13 de la Llei 55/2003, del 16 de desembre, de l'estatut marc del personal estatutari dels serveis de salut, disposa que els plans d'ordenació de recursos humans constitueixen l'instrument bàsic de planificació global

d'aquests dins del servei de salut. Han d'especificar els objectius que s'han d'aconseguir en matèria de personal i els efectius i l'estructura de recursos humans que es considerin adequats per complir els objectius, i poden establir les mesures necessàries en matèria de quantificació de recursos, programació de l'accés, mobilitat geogràfica i funcional, i promoció i reclassificació professional.

En aquest sentit, l'ICS disposa del Pla d'ordenació de recursos humans (PORH) consensuat en la Mesa Sectorial de Negociació de Sanitat i aprovat pel Consell d'Administració de l'ICS el 10 de març del 2022, amb vigència fins al desembre del 2026, sotmès actualització en funció dels pactes i acords negociats a la Mesa Sectorial de Negociació de Sanitat.

El PORH presenta una anàlisi del conjunt de professionals de l'ICS: la divisió d'atenció primària i la divisió d'atenció hospitalària, amb el detall de cadascun dels 8 hospitals. Pel que fa als serveis d'urgències dels hospitals, assenyala la categoria de metges d'urgències i la categoria d'infermeria com a deficitàries. En aquest sentit, per cobrir les categories de metges deficitàries la Mesa Sectorial de Negociació de Sanitat del 16 de gener del 2020 va preveure formalitzar nomenaments eventuals a personal facultatiu no especialista en la categoria de titulat superior sanitari (metge).[15] També va preveure accions per regular el perllongament voluntari en servei d'actiu i analitzar el desplegament de les especialitats d'infermeria i de la resta d'especialitats sanitàries que es regulin.

Quant als facultatius especialistes d'urgències, es requereix la llicenciatura o el grau en Medicina i Cirurgia, especialitat via MIR (metge intern resident) en medicina familiar i comunitària, medicina interna, geriatria o qualsevol altra especialitat mèdica amb formació en atenció continuada urgent. En aquest àmbit, l'acció 28 del PLANUC assenyala que cal donar suport al desenvolupament de l'especialitat de medicina i d'infermeria d'urgències i emergències, si bé es tracta d'una competència de caràcter estatal.

Pel que fa a l'acció 29 del PLANUC sobre el desenvolupament de responsabilitats dels professionals, l'ICS ha fet una petita passa endavant mitjançant els perfils professionals experts i de formació específica esmentats. En concret, el Servei d'Urgències té establert el lloc de l'infermer o infermera de triatge d'urgències amb la missió de realitzar el procés de valoració clínica preliminar que ordena els pacients segons el seu grau d'urgència, per tal que, a l'espera d'una valoració diagnòstica i terapèutica completa, es prioritzi la seva atenció, així com donar atenció a la persona en situació d'urgència. El Servei d'Urgències també té un protocol de "triatge avançat" pel qual els professionals d'infermeria poden demanar proves diagnòstiques abans de la visita mèdica.

15. Resolució TSF/442/2020, del 16 de gener, per la qual es disposa la inscripció i la publicació de l'Acord de la Mesa sectorial de negociació de sanitat, sobre les especialitats mèdiques en què hi ha dèficit de professionals per atendre les necessitats assistencials de la població a la qual presta serveis l'Institut Català de la Salut (codi de conveni núm. 79100032132013).

A més, el Servei d'Urgències disposa de llocs d'infermer o infermera de gestió de la demanda amb la finalitat de donar resposta des de l'àmbit competencial d'infermeria a una demanda que va més enllà del triatge (classificació i organització del flux de pacients): el professional d'infermeria dona una solució al problema de salut que presenta el pacient, tanca l'episodi i elabora un informe infermer.

En l'àmbit del desenvolupament professional l'ICS utilitza la fixació d'objectius com a instrument de gestió, motivació i incentivació del personal. L'any 2022 va formalitzar un acord de gestió en el marc del qual va integrar el 40% de la remuneració vinculada a la direcció per objectius (DPO) en 14 objectius grupals, 2 dels quals estaven vinculats als serveis d'urgències, i els altres 12, afectaven altres serveis hospitalaris, o bé eren de caràcter general. Pel que fa al 60% restant dels incentius, els objectius individuals dels professionals del Servei d'Urgències estaven relacionats amb la reducció del temps de permanència dels pacients al Servei i en la millora d'alguns indicadors de pràctica clínica. D'acord amb la informació facilitada per l'Hospital, els professionals del Servei d'Urgències van assolir tots els objectius variables.

Des d'un punt de vista funcional i operatiu, el Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans ha definit la cartera de serveis i el procediment de la gestió de la demanda amb l'estructura física d'espais i l'estructura funcional dels recursos humans disponibles per al procés d'urgències.

A partir de l'anàlisi del marc d'ordenació de recursos humans de l'Hospital de Viladecans la Sindicatura ha constatat els aspectes següents:

- El PORH del període 2022-2026 mostra una elevada temporalitat de la plantilla, en particular a l'Hospital de Viladecans i el seu Servei d'Urgències: dels 101 professionals del Servei d'Urgències, només 21 eren personal fix.

  El PORH també palesa el dèficit de professionals en la categoria de facultatiu especialista en medicina familiar i comunitària, tant al conjunt de l'ICS com, en particular, a l'Hospital de Viladecans. Aquest fet va comportar que, l'any 2022, un dels 19 facultatius del Servei d'Urgències es contractés com a personal facultatiu no especialista en la categoria de titulat superior sanitari (metge) per fer guàrdies, en virtut de la Resolució TSF/442/2020, del 16 de gener, sobre especialitats mèdiques amb dèficit de professionals.[16]

- Ni el CatSalut, ni l'ICS ni l'autoritat sanitària han establert una ràtio estandarditzada quant al nombre de professionals, en relació amb la dimensió dels serveis d'atenció continuada i urgent, per garantir una atenció de qualitat i adaptada a les necessitats de la població (acció 27 del PLANUC).

16. Ídem.

La dotació de la plantilla del Servei d'Urgències la determina la Direcció de l'Hospital, que durant el treball d'auditoria va manifestar la dificultat per cobrir les substitucions i pròximes jubilacions del personal facultatiu i d'infermeria del Servei d'Urgències.

El Servei d'Urgències té assignada una plantilla de professionals (metges de medicina de família i comunitària, personal d'infermeria, tècnics en cures auxiliars d'infermeria, zeladors i administratius) que formen equips de treball amb jornades organitzades en torns i guàrdies.

- L'any 2022 els facultatius del Servei d'Urgències eren metges de medicina familiar i comunitària. El PLANUC manifesta que l'absència de l'especialitat de medicina d'urgències ha tingut com a conseqüència una formació irregular i heterogènia dels metges que desenvolupen la seva activitat als dispositius d'urgències. En aquest sentit, el 2 de juliol del 2024 el Consell de Ministres va aprovar la nova especialitat de Medicina d'Urgències i Emergències a l'Estat espanyol,[17] i el 14 d'agost del 2025 es va aprovar l'oferta de places i la convocatòria de proves selectives 2025 per a l'accés l'any 2026 a places de formació.[18] Resta pendent de desenvolupar l'especialitat dels professionals d'infermeria.

  Fins avui, les condicions particulars de l'entorn dels serveis d'urgències han motivat que els professionals hagin anat assumint responsabilitats i adquirint competències de manera progressiva, sense disposar d'un marc regulador.

- El desenvolupament de l'activitat del procediment d'actuació de "triatge avançat" s'empara en actuacions delegades que realitza el personal infermer en virtut dels articles 7 i 9 de la Llei 44/2003, del 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries.[19]

  Contràriament, el protocol que descriu l'activitat de "gestió infermera de la demanda" no invoca cap marc legal. Tan sols consten 2 acords del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya dels anys 2013 i 2016 on s'estableixen algunes directrius.

---

17. Reial decret 610/2024, del 2 de juliol, pel qual s'estableix el títol de metge especialista en Medicina d'Urgències i Emergències i s'actualitzen diversos aspectes en la formació del títol de metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària.

18. Ordre SND/928/2025, del 14 d'agost, per la qual s'aprova l'oferta de places i la convocatòria de proves selectives 2025 per a l'accés, l'any 2026, a places de formació sanitària especialitzada per a les titulacions universitàries de grau/llicenciatura/diplomatura de Medicina, Farmàcia, Infermeria, i de l'àmbit de la psicologia, la química, la biologia i la física.

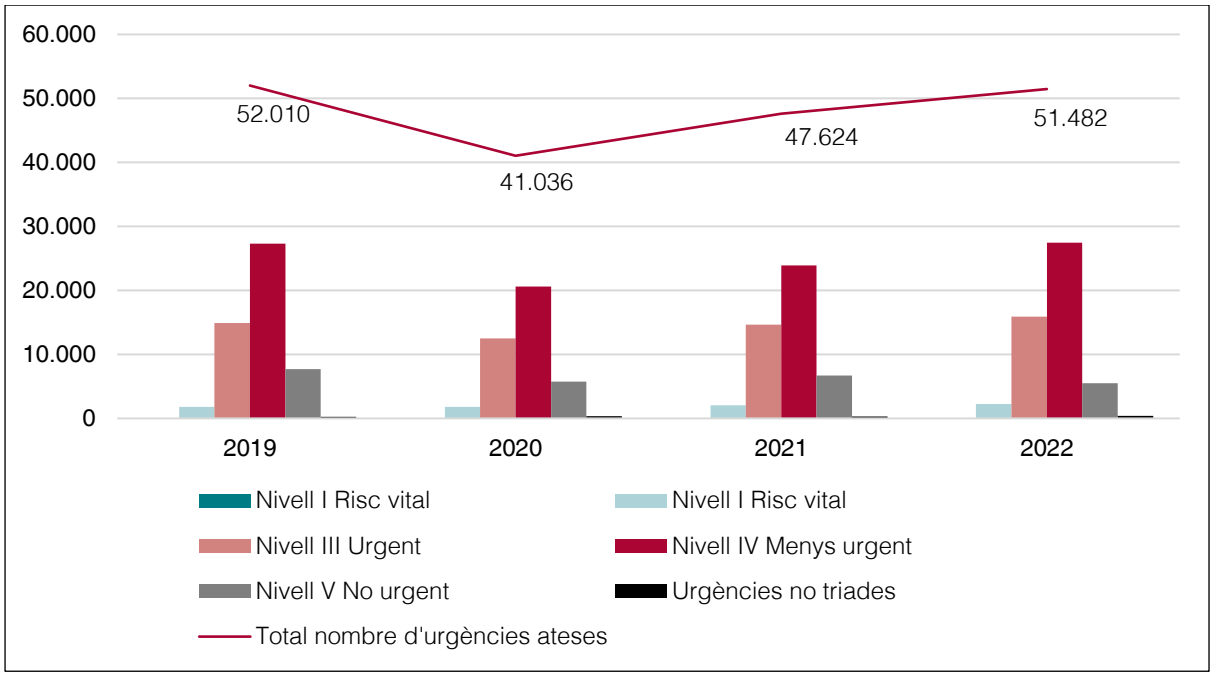
19. Article 7.2.*a*: Infermers: correspon als diplomats universitaris en Infermeria la direcció, avaluació i prestació de les cures d'infermeria orientades a la promoció, manteniment i recuperació de la salut, així com a la prevenció de malalties i discapacitats.
Article 9.4: Dins d'un equip de professionals, es poden delegar actuacions, sempre que estiguin prèviament establertes dins de l'equip les condicions conforme a les quals aquesta delegació o distribució d'actuacions pugui produir-se.
Una condició necessària per a la delegació o distribució del treball és la capacitat per realitzar-lo per part de qui rep la delegació, i aquesta capacitat ha de ser objectivable, sempre que sigui possible, amb l'acreditació oportuna.

La Sindicatura no té constància que aquests protocols hagin estat consensuats amb els col·legis professionals (metges i personal d'infermeria) i les societats científiques, i validats per l'autoritat sanitària, tal com s'indica a l'acció 29 del PLANUC, sobre l'assumpció de responsabilitats i adquisició de competències progressivament en els equips de professionals dels serveis d'urgències.

5.1.3. L'estructura organitzativa dels dispositius assistencials d'urgències s'adequa a la demanda assistencial del centre en termes de recursos i organització?

L'any 2022 el Servei d'Urgències va atendre 51.482 urgències, un 1,02% menys que l'any 2019, quan se'n van atendre 52.010. Aquest decrement s'ha de contextualitzar en el marc de la notable davallada de les urgències ateses durant la pandèmia de la covid-19. L'activitat s'està recuperant des de l'any 2020 amb un creixement del nombre de contactes d'urgències:

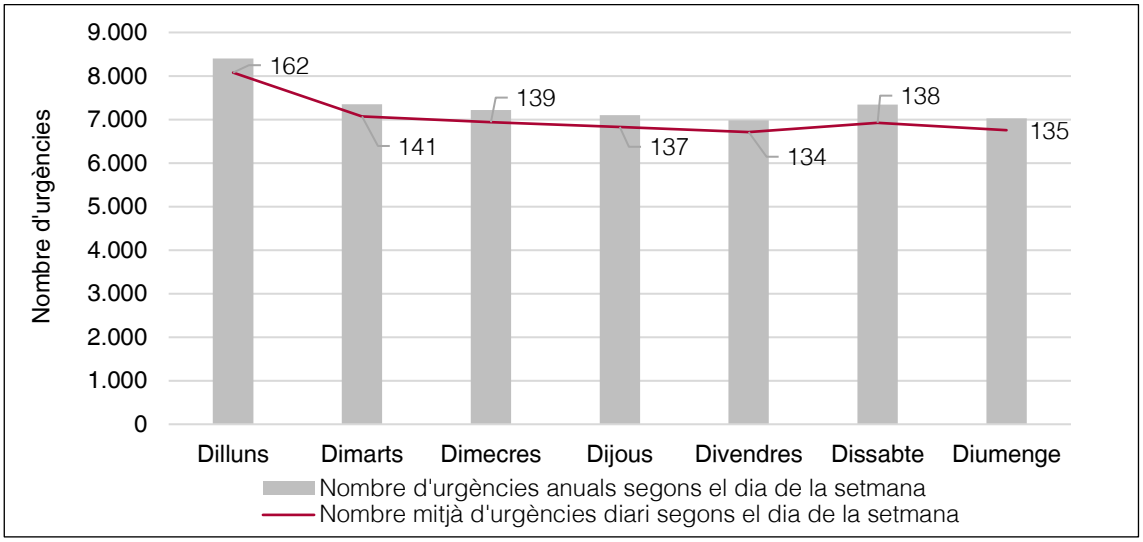
Gràfic 1. Nombre d'urgències del Servei d'Urgències, període 2019-2022



Font: Elaboració pròpia a partir de la Memòria de la Gerència Territorial Metropolitana Sud i la Memòria de l'Hospital de Viladecans.

L'any 2022, els dilluns el nombre d'urgències presentava un pic d'activitat no pronunciat respecte de la resta de dies de la setmana. Es concentraven al matí de 9 a 14 hores, es reduïen durant la tarda, i a la nit l'activitat era molt menor.

Gràfic 2. Nombre total i nombre mitjà d'urgències del Servei d'Urgències per dia de la setmana, any 2022



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del CMBD-UR.

Els professionals de la plantilla estructural del Servei d'Urgències de l'any 2022 van ser 101 persones; d'aquestes, més de la meitat era personal d'infermeria:

Quadre 3. Professionals del Servei d'Urgències, any 2022

Categoria professional	Plantilla estructural	Substitucions	Total
Facultatius especialistes / Tècnics superiors sanitaris	17,0	3,0	20,0
Diplomats infermeria	46,0	11,8	57,8
Tècnics auxiliars infermeria	18,0	12,2	30,2
Personal administració/tècnic	7,0	4,1	11,1
Zeladors	13,0	6,3	19,3
Total	101,0	37,4	138,4

Font: Àrea de Personal de l'Hospital de Viladecans.

Al Servei d'Urgències també van realitzar guàrdies alguns facultatius i metges especialistes en formació (residents) de la Direcció d'Atenció Primària de l'ICS l'any 2022.[20]

L'organització de les jornades dels facultatius era amb torns de matí i tarda de dilluns a divendres i mitjançant guàrdies les nits, els caps de setmana i els festius. L'organització de les jornades de la resta del personal (infermeria, administració i zeladors) era amb torns de matí, tarda i nit.

20. L'Hospital de Viladecans no tenia metges especialistes en formació (residents). Els residents que feien guàrdies al Servei d'Urgències pertanyien a la Direcció d'Atenció Primària Metropolitana Sud de l'ICS.

D'acord amb el programa de gestió del temps Denario, l'any 2022 la dotació de personal facultatiu de dilluns a divendres dels torns de matí oscil·lava entre 11 i 14 metges, i a la tarda, entre 6 i 7. La dotació de les nits i caps de setmana era de 3 facultatius. Quant a la dotació del personal d'infermeria, administració i zeladors era similar en tots els torns i dies de la setmana.

Els facultatius del Servei d'Urgències eren metges especialistes en medicina de família i comunitària. No obstant això, disposaven del suport de metges adjunts de medicina interna, cirurgia, traumatologia i anestesiologia amb presència física a l'Hospital i telèfon mòbil per aconseguir una coordinació immediata 24 hores, els 365 dies de l'any. El Servei també comptava amb les especialitats de neurologia, pneumologia, cardiologia i digestiu en jornada laboral de 8 a 15 hores. D'acord amb els registres de l'Hospital, l'any 2022 es van realitzar 863 interconsultes.

Pel que fa a estructura, l'any 2022 el Servei d'Urgències comptava amb espai per atendre 22 pacients de forma simultània, o 35 pacients, en cas de doblar els boxs d'aguts:

- Àrea d'admissions.
- Sala d'espera de pacients pendents de triatge.
- Àrea de classificació o triatge.
- Sala d'espera de pacients pendents de visita mèdica.
- Àrea de consultes: 2 boxs de visita, 1 box d'observació amb 5 butaques. 1 box de cures, 1 box de guixos.
- Àrea d'aguts: 13 boxs individuals (boxs dobles en cas necessari).
- Àrea de pacient agut complex: 4 boxs individuals.

L'any 2022 el Servei d'Urgències va rebre suport d'altres serveis de productes intermedis de l'Hospital, com ara 41.433 proves de laboratori i microbiologia, 35.144 proves de radiodiagnòstic, 16.062 proves de cardiologia i 4.700 proves de pell i mucoses.

L'any 2022, l'índex de pacients del Servei d'Urgències que van haver d'ingressar a l'Hospital va ser del 9,43%. Atès que el Servei d'Urgències va atendre 141 pacients de mitjana diària, 13 pacients haurien estat ingressats a l'Hospital diàriament.

En termes de pressió d'urgències, el 75,51% dels ingressos de l'Hospital l'any 2022 van tenir origen al Servei d'Urgències, per tant, el 24,49% restant va correspondre a ingressos programats.

L'anàlisi de l'estructura organitzativa del Servei d'Urgències de l'any 2022 ha donat lloc a les constatacions següents:

- La plantilla de personal de l'Hospital de Viladecans i del Servei d'Urgències va augmentar un 14,4% en el període 2019-2022, fonamentalment arran de la covid-19. Tanmateix,

l'activitat segons el nombre d'urgències ateses va disminuir un 1% en el mateix període. L'any 2022 els efectes de la covid encara estaven presents i continuaven les dinàmiques de treball adoptades en el període de la pandèmia, amb més recursos.

- Ni el CatSalut, ni l'ICS, ni l'Hospital de Viladecans han establert ràtios estandarditzades pel que fa al nombre de professionals, en relació amb el volum i tipus d'activitat que es realitza i tenint en compte les característiques d'estructura del Servei d'Urgències, tal com preveu l'acció 27 del PLANUC (vegeu l'apartat 5.1.2).

Durant l'any 2022, la dotació de personal facultatiu del Servei d'Urgències de dilluns a divendres durant el dia va ser més elevada que la dels dissabtes i diumenges: entre 11 i 14 facultatius al matí, i entre 6 i 7 a la tarda, mentre que les nits i els caps de setmana el Servei estava dotat amb 3 facultatius, tot i que el nombre mitjà d'urgències ateses en dissabtes i diumenges no diferia de la resta de dies de la setmana. Només els dilluns, l'activitat assistencial es va situar lleugerament per sobre de la mitjana. La franja horària amb més pacients al Servei d'Urgències va ser de 10 a 14 hores, fet que concorda amb el torn amb més dotació de professionals.

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

La prestació de serveis de l'ICS per compte del CatSalut s'articula per mitjà d'un contracte programa que haurien d'haver subscrit les parts amb aprovació prèvia del Govern, en compliment de l'article 14 de la Llei de l'ICS, que mai no ha estat formalitzat.

En absència d'aquest instrument jurídic, ambdues parts formalitzen clàusules anuals on s'estableixen els imports que percebrà l'Hospital de Viladecans per la prestació dels serveis assistencials, entre els quals hi ha l'activitat d'urgències hospitalàries. Aquestes clàusules se subscriuen de forma extemporània, un cop finalitzada la seva vigència. Tanmateix, durant l'any els centres proveïdors de l'ICS es nodreixen de les aportacions que el CatSalut fa mensualment, mitjançant transferència corrent al capítol IV, per finançar les despeses d'explotació del serveis assistencials.

En el cas de l'Hospital de Viladecans, la clàusula anual corresponent a l'any 2022 es va subscriure el mes d'abril del 2023. L'import estipulat a la clàusula per l'activitat d'urgències de l'Hospital corresponent a l'any 2022 va ser de 5,61 M€, amb la composició següent:

Quadre 4. Clàusula addicional subscrita entre el CatSalut i l'ICS, activitat d'urgències, any 2022

Triatge	Nre. de triatges	Preu triatge			Import
	50.087	17,65			884.036
Urgències ateses	Nre. d'urgències	IRU	Preu unitari mitjà	Preu unitari	Import
	47.370	0,9984	99,90	99,74	4.724.684
Total triatge + urgència				117,39	5.608.719

Imports en euros.
Font: Elaboració pròpia a partir de les clàusules addicionals subscrites entre el CatSalut i l'ICS - Hospital de Viladecans.

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

a) El triatge de pacients: l'any 2022 el CatSalut va preveure el triatge de 50.087 contactes, a un preu unitari[21] de 17,65 € (0,88 M€).

b) Les urgències ateses: l'any 2022 el CatSalut va preveure l'atenció de 47.370 urgències, a un preu unitari de 99,74 € (4,72 M€). Aquest preu unitari venia determinat pel producte de 2 factors: el factor de ponderació de l'índex relatiu d'urgències (IRU),[22] amb un valor de 0,9984, i el preu unitari mitjà de la urgència atesa, 99,90 €. Si de la visita del triatge no es derivava un procés assistencial, la contraprestació només incloïa el preu unitari mitjà de la visita de triatge.

En segon terme, cal fer esment de les urgències ateses a l'Hospital de Viladecans que van ser finançades a càrrec de tercers obligats al pagament, com ara mutualitats públiques, mutualitats obligatòries, assegurances lliures i particulars; per tant, no anaven a càrrec del CatSalut. Aquestes urgències van ser poc significatives, 336.420 €, el 3,98% del total de les urgències segons les dades que consten al CMBD-UR de l'any 2022.

En aquest sentit, cal tenir present el que disposa l'article 83 de la Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat: l'assistència sanitària no s'ha de finançar amb càrrec a fons públics del Sistema Nacional de Salut en els supòsits, assegurats o no, en els quals aparegui un tercer

21. Els preus unitaris del triatge i de la urgència atesa van ser publicats a l'Ordre SLT/88/2022, del 22 d'abril, per la qual es determinen per a l'any 2022 els preus unitaris per a la contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada. I a l'Ordre SLT/275/2022, del 15 de desembre, que modifica l'Ordre anterior.

22. L'IRU és un indicador que relaciona la complexitat de les urgències ateses en un hospital amb la complexitat del conjunt d'urgències ateses en tots els hospitals concertats del SISCAT i s'actualitza anualment per cada centre proveïdor.

obligat al pagament. Així mateix, l'article esmentat estableix que les administracions que hagin atès sanitàriament aquests usuaris tindran dret a reclamar al tercer responsable el cost dels serveis prestats.

D'acord amb aquest precepte i per tal de facturar els serveis al responsable del seu finançament i pagament, el CatSalut va aprovar la Instrucció 4/2013, on s'estableix que les entitats proveïdores de serveis sanitaris han d'acreditar el dret d'accés dels usuaris a l'atenció sanitària per compte del CatSalut mitjançant les dades mínimes obligatòries sobre l'origen, la causa, la contingència o motiu de l'atenció sanitària, en el moment de l'accés a l'atenció, o abans de l'alta o de la finalització de l'atenció.

Per donar compliment als procediments descrits, l'Hospital de Viladecans ha establert un circuit de rescabalament dels imports corresponents a l'atenció prestada a pacients d'urgències quan hi ha tercers obligats al pagament. En aquest cas, la recollida de dades per determinar el motiu que genera l'assistència i el nivell de cobertura sanitària depèn del servei d'admissió d'urgències, que recull les dades administratives del pacient quan entra al circuit d'urgències i codifica el règim econòmic. Al seu torn, la unitat de facturació és responsable de revisar que les assistències susceptibles de reclamació estiguin ben identificades, i de recollir tota la documentació necessària per facturar i cobrar l'assistència.

D'acord amb el sistema de costos corporatiu de l'ICS,[23] la composició de despeses del Servei d'Urgències de l'exercici 2022 era la següent:

Quadre 5. Despeses associades al Servei d'Urgències, any 2022

Concepte	Import mitjà unitari per urgència	Import total del Servei d'Urgències	Percentatge sobre el total
Despeses directes de personal	131,46	6.765.589,90	74,30
Altres despeses directes	9,32	479.653,80	5,27
Despeses indirectes de serveis assistencials	16,85	867.185,25	9,52
Despeses indirectes de gestió i generals	19,30	993.274,50	10,91
Total despeses estimades del Servei d'Urgències	176,93	9.105.702,45	100,00

Imports en euros.
Font: Sistema de distribució de costos corporatiu de l'ICS.

L'anàlisi del cost de la prestació del Servei d'Urgències a l'Hospital de Viladecans ha permès a la Sindicatura concloure els aspectes següents:

- L'any 2022 la contraprestació del CatSalut a l'Hospital de Viladecans pels serveis d'atenció urgent hospitalària de 5,61 M€ es va establir de manera extemporània a l'abril del 2023.

23. La Sindicatura no ha verificat el sistema de costos corporatiu de l'ICS, que abasta els 8 hospitals i l'atenció primària.

Aquesta assignació es va formalitzar mitjançant una clàusula addicional subscrita entre l'ICS (àmbit territorial Metropolitana Sud) i el CatSalut, però sense l'empara del contracte programa que requereix l'article 14 de la Llei de l'ICS.

- D'acord amb el sistema de costos corporatiu de l'ICS, les despeses associades al Servei d'Urgències l'any 2022 van ser de 9,11 M€, mentre que el finançament rebut del CatSalut i de tercers obligats al pagament va ser de 5,95 M€. Així doncs, el dèficit estimat en el finançament de les despeses de l'activitat assistencial d'urgències és de 3,16 M€.[24]

  En termes de preus unitaris, la contraprestació del CatSalut per urgència atesa va ser de 117,39 €, mentre que el cost mitjà estimat es va situar en 176,94 €, la qual cosa genera un dèficit unitari de 59,55€. Entre els components del cost estimat, destaquen especialment les despeses directes de personal, que representen el 74,30% del cost total.

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

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

D'acord amb el document de la cartera de serveis del Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans, el centre es considera referent de l'atenció primària com a centre hospitalari en el seu àmbit territorial, i també com a centre d'urgències per patologia de menor complexitat. Aquest fet condiciona la demanda per part de la ciutadania, igual com ho fan els factors demogràfics, com l'envelliment de la població, els factors socioeconòmics o les preferències dels usuaris en l'ús dels serveis sanitaris (vegeu el quadre 1).

El grau d'utilització dels serveis d'urgències hospitalàries està condicionat per diversos factors demogràfics i socials de la població. En el cas del Servei d'Urgències, destaca especialment l'edat dels pacients: el segment de població de 75 anys o més presenta una ràtio de 0,78 urgències per habitant i, per tant, una elevada demanda assistencial (quadre 6):

24. Vegeu l'apartat 5.3.3. de l'informe de la Sindicatura 5/2025: Sistema de contraprestació dels serveis d'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts prestats pels centres del SISCAT per compte del CatSalut, exercici 2022.

Quadre 6. Nombre d'urgències ateses al Servei d'Urgències per grups d'edat, any 2022

Edat dels pacients	Població assegurada: nombre de persones	Nombre d'urgències del Servei d'Urgències	Nombre d'urgències / nombre d'assegurats
De 0 a 14 anys	29.304	1.135	0,04
De 15 a 44 anys	69.566	17.711	0,25
De 45 a 64 anys	60.171	14.162	0,24
De 65 a 74 anys	16.998	6.513	0,38
De 75 o més anys	15.244	11.961	0,78
Total	191.283	51.482	0,27

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Registre central d'assegurats del CatSalut i del Quadre de comandament del Servei d'Urgències.

L'ICS i el CatSalut van fixar l'activitat a realitzar pel Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans durant l'any 2022 en l'anomenada Clàusula addicional primera, que fa referència a la línia assistencial especialitzada hospitalària d'aguts (vegeu l'apartat 5.1.4).

Aquesta clàusula addicional establia en 47.370 urgències l'activitat del Servei d'Urgències, un nombre inferior als 51.459 contactes registrats a la base de dades CMBD-UR. L'encàrrec d'activitat és insuficient en 4.089 contactes, el 8,63% respecte de l'activitat prevista (quadre 7).

Quadre 7. Activitat prevista i activitat prestada, any 2022

Clàusula anual CatSalut-ICS (Hospital de Viladecans)	2022
Valoració econòmica de les urgències (€)	5.608.719
Nombre d'urgències previstes	47.370
Registre de contactes al CMBD-UR	
Nombre d'urgències registrades	51.459
Excés del nombre d'urgències realitzades respecte del nombre d'urgències previstes	4.089
Percentatge del nombre d'urgències realitzades respecte del nombre d'urgències previstes	8,63

Font: Elaboració pròpia a partir de les clàusules addicionals subscrites entre l'ICS i el CatSalut, i del CMBD-UR.

Des del punt de vista de l'evolució de la demanda, s'observa com la pandèmia de la covid va afectar significativament l'activitat d'urgències del Servei d'Urgències, que l'any 2020 es va reduir, i, tot i que els anys 2021 i 2022 va presentar signes de recuperació, no va assolir l'activitat del 2019 (vegeu el gràfic 1).

Així, mentre que la població creix un 2,48% en el període 2019-2022, la taxa d'urgències per cada 1.000 habitants es redueix un 3,47% en el mateix període (quadre 8).

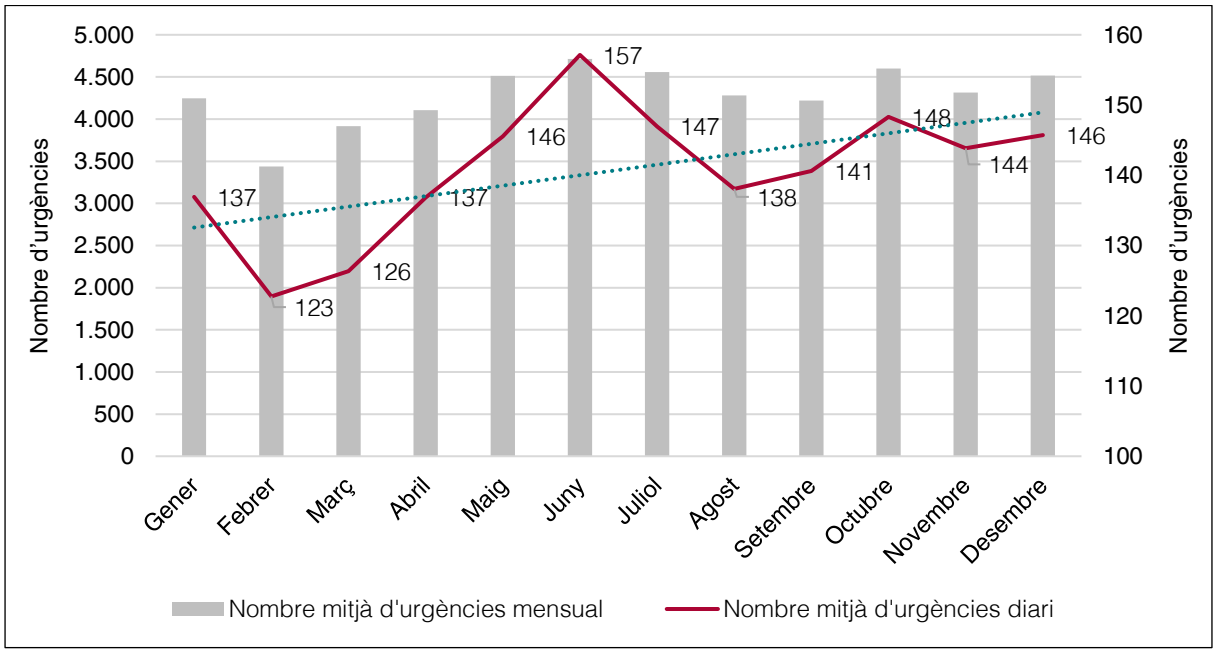
Quadre 8. Urgències registrades per habitant. Evolució 2019-2022

Baix Llobregat-Litoral i Viladecans	2019	2020	2021	2022	Variació 2019-2022 (%)
Nombre d'urgències registrades al CMBD-UR*	52.018	41.036	47.624	51.459	(1,07)
Nombre d'urgències Clàusula CatSalut-H. Viladecans	44.327	44.327	44.327	47.370	6,86
Diferència: nombre d'urgències encarregades respecte del nombre d'urgències registrades	(7.691)	3.291	(3.297)	(4.089)	
Percentatge de diferència	(17,35)	7,42	(7,44)	(8,63)	
Població assegurada	186.652	188.616	189.466	191.283	
Percentatge de variació de la població assegurada		1,05	0,45	0,96	2,48
Taxa d'urgències / 1.000 habitants	278,69	217,56	251,36	269,02	
Percentatge de variació taxa d'urgències / 1.000 habitants		(21,93)	15,53	7,03	(3,47)

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR i del Registre central d'assegurats del CatSalut.
* Totals a càrrec del CatSalut i de tercers obligats al pagament.

Pel que fa a l'evolució mensual de la demanda del Servei d'Urgències, l'any 2022 va oscil·lar entre el mínim de 3.446 urgències, el mes de febrer, i el màxim de 4.712 urgències, el mes de juny. Al seu torn, el nombre d'urgències mitjà diari va de 123 urgències diàries el mes de febrer a 157 urgències diàries el mes de juny, és a dir, fluctuacions d'entre el 12,86% i el 11,55% respecte del nombre mitjà anual de 141 urgències (gràfic 3).

Gràfic 3. Evolució mensual i diària de la demanda del Servei d'Urgències, any 2022



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del CMBD-UR.

Sobre l'adequació de la previsió de l'activitat a realitzar, la Sindicatura ha constatat els aspectes següents:

- La previsió de 47.370 urgències establerta a la clàusula d'activitat entre el CatSalut i l'Hospital Viladecans de l'any 2022 és un 8,63% inferior al nombre d'urgències registrades al CMBD-UR, 51.459.

- Al llarg de l'any 2022, l'activitat del Servei d'Urgències es manté estable mes a mes, així com en la distribució setmanal. Cal destacar que els dilluns hi ha un lleuger increment de la demanda, un patró habitual en la majoria dels Serveis d'Urgències hospitalàries. L'activitat de l'any 2022 encara és inferior a la de l'any 2019, quan s'inicia la covid-19, període en què l'activitat cau en tots els serveis d'urgències.

- Un dels factors que cal considerar en la planificació de l'activitat del Servei d'Urgències és la gent gran. El 35,68% dels contactes del Servei d'Urgències de l'any 2022 són persones de 65 anys o més, és a dir, pacients amb característiques específiques d'atenció, que en general requereix més recursos.

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

D'acord amb el Pla nacional d'urgències de Catalunya (PLANUC), un dels grans reptes dels sistemes de salut és aconseguir atendre les persones en el dispositiu més adequat per resoldre el problema pel qual consulten, especialment en l'àmbit de l'atenció urgent i continuada. L'objectiu que persegueix l'autoritat sanitària amb una millor adequació de la demanda al dispositiu és l'optimització dels recursos disponibles. En aquest sentit, una correspondència idònia entre pacient i dispositiu implica també que el cost en què s'incorre per l'atenció prestada s'adequarà a l'efecte obtingut en termes de salut (òptima relació cost-efectivitat).

D'entre els indicadors que s'empren habitualment, en aquest informe es pren el nombre d'urgències amb risc vital (nivells 1, 2 i 3 de triatge) com a indicador de l'adequació de la urgència al dispositiu hospitalari, atès que aquest tipus de dispositius estan orientats a la gestió i eventual resolució d'aquests casos. La resta de contactes urgents poden, en bona mesura, ser atesos en l'àmbit de l'atenció primària. En aquest sentit, tanmateix, cal matisar que no es tracta d'un indicador perfecte: no totes les urgències sense risc vital poden ser gestionades adequadament en dispositius d'atenció primària, i és necessari acudir al nivell

hospitalari si la complexitat del pacient ho requereix.[25] Tenint en compte això, la Sindicatura considera que l'indicador escollit és el que presenta menys limitacions i és el que més escau al concepte d'adequació.

Segons les dades disponibles, el Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans va registrar, l'any 2022, una proporció d'urgències sense risc vital (nivells 4 o 5 de triatge) més gran que la del conjunt de centres hospitalaris de Catalunya. Per contra, el percentatge de casos registrats amb risc vital va ser, en el mateix període, més baix que la mitjana catalana, especialment pel que fa a les urgències amb risc vital immediat (nivell 1 de triatge) (quadre 9).

Quadre 9. Urgències ateses per nivell de triatge del pacient, any 2022

Nivell de triatge	Hospital de Viladecans		Global de Catalunya	
	Nombre de casos	Percentatge	Nombre de casos	Percentatge
Nivell 1	41	0,08	11.994	0,32
Nivell 2	2.229	4,33	200.347	5,40
Nivell 3	15.880	30,90	1.223.679	33,00
Nivell 4	27.456	53,40	1.843.276	49,70
Nivell 5	5.475	10,60	387.325	10,40
No informat/erroni	376	0,73	43.499	1,17
Total	51.457	100	3.710.120	100

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del CMBD-UR.

Globalment, els casos susceptibles de ser resolts en un dispositiu d'atenció primària (nivells 4 i 5) van representar el 64% de les urgències admeses a l'Hospital de Viladecans l'any 2022, mentre que en el conjunt de Catalunya aquest percentatge va ser del 60,1%. Aquestes dades suggereixen que hi ha un problema de sobrecobertura generalitzat als serveis d'urgències de Catalunya, en el sentit que un nombre significatiu de persones hi acudeixen per afectacions que no ho requereixen. El problema, tanmateix, sembla ser més acusat en el cas de l'Hospital de Viladecans.

Amb l'objectiu de verificar aquest darrer punt, la Sindicatura ha calculat un indicador ajustat de les urgències amb risc vital registrades a l'Hospital de Viladecans, així com la corresponent taxa no ajustada, seguint la metodologia establerta al Mòdul per al seguiment d'indicadors de qualitat (MSIQ) del CatSalut.[26] El quadre 10 mostra la taxa bruta (no ajustada) de casos urgents amb risc vital registrats a l'Hospital de Viladecans, obtinguda seguint aquesta metodologia. Tot i que el percentatge d'urgències amb risc vital augmenta respecte de l'any

25. Cal recordar que el sistema de triatge classifica els pacients segons el grau d'urgència i no pas de gravetat. Les patologies prèvies i altres característiques del pacient poden condicionar la gravetat dels contactes originats per causes no urgents. D'aquí que un cert percentatge de casos no urgents acabin derivant en un ingrés hospitalari.

26. Vegeu l'annex metodològic per a més detall sobre el càlcul d'aquest indicador i de la taxa no ajustada. Els criteris emprats en aquest cas poden fer que els valors del quadre 9 no coincideixin amb els del quadre precedent.

2019, és un percentatge encara força baix, si es té en compte que la majoria de contactes atesos al Servei d'Urgències haurien de presentar risc vital.

Quadre 10. Taxa no ajustada de contactes urgents amb risc vital de l'Hospital de Viladecans

Concepte	Any 2019		Any 2022	
	Nombre de casos	Percentatge	Nombre de casos	Percentatge
Urgències amb risc vital	16.136	31,14	18.109	35,49
Casos possibles	51.815	100	51.026	100

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del CMBD-UR.

Per tal d'avaluar si la taxa d'urgències amb risc vital s'adequa al dispositiu d'urgències de l'Hospital de Viladecans, s'ha calculat l'indicador ajustat que es mostra al quadre 11. Aquest indicador es defineix com el quocient entre el nombre d'urgències amb risc vital observades a l'hospital avaluat i el nombre d'urgències amb risc vital esperades segons un model estadístic d'ajust. Aquest model d'ajust s'ha estimat emprant la informació del conjunt d'hospitals del CMBD-UR i té en compte factors que poden afectar la probabilitat que una urgència presenti risc vital, com ara l'edat, el sexe, la patologia diagnosticada o el nivell hospitalari. El valor obtingut per a l'Hospital de Viladecans a partir dels registres de l'any 2022 és inferior a la unitat i estadísticament significatiu. Això vol dir que el nombre d'urgències amb risc vital observades en el cas de l'Hospital de Viladecans va ser inferior al que es podia esperar tenint en compte els factors d'ajust. Aquest resultat reforça la conclusió que la manca d'adequació de la demanda al dispositiu és especialment destacada en el cas de l'Hospital de Viladecans.

Quadre 11. Indicador ajustat d'urgències amb risc vital de l'Hospital de Viladecans, any 2022

Concepte	Indicador ajustat	Interval de confiança al 95%
Urgències amb risc vital	0,881	0,871-0,891

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del CMBD-UR.

En síntesi, una part important de les urgències que són admeses als serveis d'urgències podrien resoldre's en dispositius d'atenció primària, i aquest fenomen s'aguditza a l'Hospital de Viladecans. Donat que a Catalunya el pacient escull lliurement en quin dispositiu vol ser atès, l'adequació de la demanda al dispositiu passa per reorientar correctament els fluxos de pacients. El PLANUC preveu diferents accions en aquest sentit: la potenciació del telèfon 061 com a porta d'accés a l'atenció urgent i continuada, l'establiment de criteris clínics consensuats per derivar pacients des de dispositius d'urgències hospitalàries cap a l'atenció primària (derivació inversa) i l'accés de la ciutadania a la informació sobre els dispositius més propers i el seu temps d'espera.

La causa que explicaria la intensa sobrecobertura de l'Hospital de Viladecans és la manca d'un circuit de derivació inversa, basat en un protocol d'actuació concret, que permeti una adequada reordenació de la demanda cap a l'atenció primària. Qüestionats sobre aquest punt, els representants de l'Hospital de Viladecans van manifestar que "el pacient escull

anar al Servei d'Urgències de l'Hospital com a porta d'entrada a les especialitats mèdiques i per la percepció de tenir una assistència més resolutiva".

Atès que l'any 2022 no s'havia elaborat un protocol per dur-la a terme, els representats de l'Hospital de Viladecans van indicar que es feia "poca derivació inversa" al dispositiu d'urgències.[27] D'aquí que la majoria d'urgències sense risc vital fossin ateses i resoltes al mateix dispositiu.

Hi ha 2 factors addicionals que condicionen l'aplicació efectiva de la derivació inversa al Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans. D'una banda, la inexistència d'un CUAP a la ciutat de Viladecans, fet que dificulta la derivació dels pacients menys urgents fora de l'horari d'atenció habitual dels centres d'atenció primària.[28] De l'altra, la implementació infermera del procediment "gestió infermera de la demanda" a l'Hospital de Viladecans, que possibilita la resolució de casos per part del personal d'infermeria, pot contribuir a enfortir la percepció de l'usuari d'agilitat i resolució en el dispositiu i desmotivar-lo davant qualsevol suggeriment de derivació a dispositius d'atenció primària. Igualment, aquesta derivació inversa ja no serà percebuda com a necessària per part del mateix hospital.

En suma, pel que fa a l'adequació de la demanda assistencial al dispositiu, la Sindicatura ha constatat els aspectes següents:

- Hi ha una important manca d'adequació de la demanda d'atenció urgent al dispositiu d'urgències de l'Hospital de Viladecans segons el grau d'urgència que presenten els seus pacients. La majoria de pacients atesos al dispositiu són casos poc (o gens) urgents, que no presenten risc vital, i que, en bona mesura, podrien ser atesos i resolts en dispositius de la xarxa d'atenció primària. A més, el nombre de casos sense risc vital atesos a l'Hospital de Viladecans l'any 2022 és superior al que s'esperaria tenint en compte el nivell de l'hospital i les característiques dels pacients.

- Diversos factors contextuals ajuden a explicar la manca d'adequació de la demanda d'atenció al dispositiu d'urgències de l'Hospital de Viladecans l'any 2022: la implementació de la resolució infermera, l'absència de CUAP al municipi i, molt especialment, la falta d'un protocol de derivació inversa consensuat amb l'atenció primària. En aquest sentit, l'Hospital de Viladecans no havia implementat algunes de les mesures previstes per reduir la pressió assistencial a urgències.

27. D'acord amb el CMBD-UR, l'any 2022 només es van produir 7 derivacions posttriatge al Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans. Aquests són els únics casos que potencialment podrien correspondre a derivació inversa.

28. L'Hospital de Viladecans ha elaborat un protocol de derivació inversa, que data del setembre del 2024 i que permet la derivació al CUAP més proper, situat a la població de Castelldefels.

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

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

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

L'Hospital de Viladecans relaciona en un document la normativa del CatSalut sobre l'assistència urgent als centres hospitalaris de Catalunya amb el protocol o procediment equivalent del Servei d'Urgències. Principalment, en referència a instruccions d'ordenació i configuració del model organitzatiu i de dispositius per a l'atenció inicial de pacients amb ictus agut, infart agut, sèpsia, suïcidi, politraumatismes, tractament de suggeriments i reclamacions, informació del temps d'espera i continuïtat de l'atenció.

Alhora, el Servei d'Urgències té definida la cartera de serveis per donar resposta a la demanda urgent amb la col·laboració d'altres serveis de l'Hospital, els quals li donen suport amb l'activitat següent (quadre 12).

Quadre 12. Activitat complementària d'altres serveis de l'Hospital, any 2022

Activitat	Nombre de prestacions 2022	Nombre mitjà de proves per cada urgència
Nombre d'urgències	51.459	
Nombre d'interconsultes a altres serveis	863	0,02
Nombre de proves de laboratoris	41.433	0,81
Nombre de proves cardiovasculars i d'altres	20.814	0,40
Nombre de proves radiològiques	35.144	0,68

Font: Elaboració pròpia, a partir de dades facilitades per l'Hospital de Viladecans.

L'any 2008, l'Hospital de Viladecans va establir els objectius funcionals i els diagrames de flux i activitats del procés general d'urgències, zona d'aguts, zona de consultes i unitat d'atenció al pacient crític. El document es va actualitzar i adaptar l'any 2022 segons directrius del procediment de gestió per processos de l'Hospital.

A més, l'Hospital havia aprovat altres documents relacionats amb els circuits del Servei d'Urgències en els termes següents:

- Descripció dels òrgans de gestió de l'Hospital, de les seves funcions i el seu marc normatiu, en què és rellevant per al Servei d'Urgències la reunió de coordinació diària entre els membres de l'equip de l'hospital ("morning") per conèixer el resum de la guàrdia (nombre d'urgències, nivells, demores, ingressos, incidències), l'estat de llits (convencionals, crítics, domiciliaris, sociosanitaris), la detecció de risc social, desprogramacions quirúrgiques, donar prioritat als assumptes que ho requereixin i fomentar l'aprenentatge dels membres de l'equip segons les seves competències i responsabilitats.

  Descripció de les competències del cap de guàrdia: assumir les funcions de màxim responsable de l'Hospital en absència de la Direcció, vetllar perquè el Servei d'Urgències estigui cobert tant en recursos personals com materials, ser el responsable d'organitzar els torns durant els períodes d'àpats, descans nocturn i altres situacions. El cap de guàrdia ha de recollir sistemàticament en un registre la informació sobre el nombre de llits disponibles a les 17:00, a les 23:00 i a les 8:00 hores, temps d'espera dels pacients, nombre de pacients pendents de visita, incidències i fets extraordinaris transcorreguts en la guàrdia.

- Protocols de diagnòstic per preveure i identificar situacions:
  a) Clínics: cures pal·liatives, intoxicacions, insuficiència cardíaca aguda, traumatisme cranioencefàlic, dolor abdominal, codi aorta, codi sèpsia, codi infart, etc.
  b) Genèrics: triatge avançat, atenció a ciutadans amb targeta sanitària individual Cuida'm, sol·licitud de proves diagnòstiques, actuació davant de fuga.

- Procediments d'activitat amb l'abast següent:
  a) Genèrics: gestió de la demanda, "gestió infermera de la demanda", derivació de pacients, treball en les diverses zones del Servei d'Urgències.
  b) Atenció a la ciutadania: contra el maltractament a les persones grans, violència de gènere, menors en situació de vulnerabilitat, queixes i reclamacions.
  c) Gestió administrativa: admissió del pacient, informació al pacient, sortida en transport sanitari, facturació i cobrament a tercers.
  d) Organització: informació a familiars.

Quant al disseny i aplicació dels protocols i procediments vigents l'any 2022, es posen de manifest les consideracions següents:

- El procediment de gestió de la demanda i els diagrames de fluxos d'activitats i d'organització dels professionals del Servei d'Urgències no són prou precisos, atès que no descriuen el sistema de rotació dels equips; la distribució funcional del treball segons els professionals efectivament disponibles (és a dir, tenint en compte les absències per indisposicions, vacances, descansos i canvis de torn); les càrregues de treball segons l'afluència de pacients amb necessitat de doblar els boxs, en cas d'haver d'activar el box de pacient crític, i la comunicació en els canvis de torn.

- El procediment de treball a la zona d'aguts del Servei d'Urgències preveu la sol·licitud d'ingrés del pacient a la Unitat d'Hospitalització en llit convencional, però no descriu el procés de drenatge del pacient.

  La cartera de serveis i el procediment de treball a la zona d'aguts del Servei d'Urgències preveuen realitzar interconsultes telefòniques amb especialistes, però sense establir el protocol de resolució per part dels serveis de l'Hospital implicats. L'any 2022 es van realitzar 862 interconsultes (vegeu el quadre 7).

  El Servei d'Urgències no disposa d'informació sobre el temps d'espera de les proves diagnòstiques, tot i que el nombre de proves és rellevant, 0,68 proves radiològiques per cada urgència (quadre 7).

- El procediment de derivació de pacients del Servei d'Urgències a altres centres hospitalaris és incomplet, atès que no estableix el procediment de resposta i coordinació amb els hospitals de referència. Tampoc consta que el procediment de derivació estigui consensuat amb els diferents hospitals de referència.

- El Servei d'Urgències disposa de protocols que poden detectar situacions de risc social, com l'abordatge de la violència de gènere i l'actuació contra el maltractament a les persones grans, procediments que estan alineats amb els objectius del Pla de salut. No obstant això, l'actuació al Servei d'Urgències es limita a detectar el problema i comunicar-ho a la unitat de Treball Social.

- Al Servei d'Urgències és rellevant el procediment de "gestió infermera de la demanda", en què el personal d'infermeria assisteix pacients preferentment dels nivells IV i V de prioritat, amb problemes de salut no urgents i lesions menors, i resol els seus casos, els quals, d'acord amb l'acció 3 del PLANUC, s'han de resoldre als dispositius d'atenció primària.

La infermera de triatge estableix la prioritat d'atenció segons el nivell de gravetat i, si la consulta és per un dels 57 motius de la llista de motius taxats[29] en el procediment de "gestió infermera de la demanda", deriva el pacient a l'equip de resolució infermera. El procediment inclou 11 guies d'actuació[30] de resolució infermera en la demanda urgent.

En la visita "gestió infermera de la demanda", la infermera ha d'omplir la història clínica, fer la valoració inicial, derivar i/o consultar al metge els pacients que presenten signes d'alerta. També ha de sol·licitar proves complementàries, administrar i prescriure medicació, elaborar l'informe d'assistència, registrar les actuacions en el curs clínic i tancar l'episodi.

El Servei d'Urgències justifica la implementació del procediment "gestió infermera de la demanda" per la trajectòria ascendent de la demanda per motius de consulta no urgents, lesions menors o demandes inadequades, que són casos que pot atendre el personal infermer atès el seu nivell competencial i en pro d'una gestió assistencial adequada i eficient (vegeu la conclusió 6 i la recomanació 5).

L'any 2022, 5.720 contactes van ser atesos mitjançant el procediment de "gestió infermera de la demanda", és a dir, l'11,11% del total dels contactes del Servei d'Urgències i el 17,37% dels contactes de nivell IV i V. Aquest tipus d'atenció es va prestar en horari de 7 a 22 hores els dies feiners.

La mediana del temps d'estada dels pacients atesos mitjançant el procediment de "gestió infermera de la demanda" va ser d'1,5 hores, per sota de la mediana de 2,4 hores del total dels contactes del Servei d'Urgències dels nivells IV i V.

Els mateixos professionals del Servei d'Urgències van impartir un programa de 20 hores de formació teòrica i 12 hores de pràctica a 10 professionals.

Per acabar, cal fer notar que el registre d'aquesta activitat mostra que l'hora d'inici d'assistència és anterior a l'hora de triatge, un interval de menys de 2,5 minuts de mediana, quan justament hauria de ser primer el triatge i després l'assistència (vegeu l'apartat 5.3.3).

- En línia amb l'acció 18 del PLANUC i els objectius del Pla de salut, el Servei d'Urgències disposa d'un procediment d'actuació en pacients crònics complexos i pacients amb malaltia crònica avançada que estableix que cal fer una valoració integral del pacient, evitar procediments innecessaris i disminuir el temps d'espera al Servei d'Urgències, així com coordinar els professionals del Servei d'Urgències i els professionals que han de continuar el seguiment del pacient, tenir en compte la procedència del pacient (domicili, centre residencial o centre sociosanitari), consultar el Pla d'intervenció individualitzat com-

29. Llista amb 57 motius: al·lèrgia sense especificar, congestió al pit, contusió de tronc, dolor lumbar còlic, dolor neuromuscular, dolor dental, etc.

30. Les 11 guies d'actuació són: disfonia o afonia, afta oral, anticoncepció d'emergència, cefalea, cervicàlgia, còlic renal, conjuntivitis, cremades, crisi d'ansietat, diarrea i dismenorrea.

partit, valorar els aspectes socials i si hi ha contactes amb els Serveis Socials municipals i la treballadora social.

L'any 2022, d'acord amb les dades del CMBD-UR, el 35,88% de les urgències ateses al Servei d'Urgències tenen més de 65 anys. En general, es tracta d'un col·lectiu en què la raó de l'assistència al Servei no és única, sinó que són pacients crònics complexos i/o amb aspectes funcionals, mentals o socials concomitants. Així, una part rellevant d'aquest col·lectiu són contactes amb un grau de morbiditat alt (14,85%) o moderat (15,13%), tal com es mostra al quadre 13.

Quadre 13. Contactes de més de 65 anys d'edat segons el grau de morbiditat, any 2022

	Grau de morbiditat							
	Basal		Baix		Moderat		Alt	
Edat	Nombre de casos	%	Nombre de casos	%	Nombre de casos	%	Nombre de casos	%
Entre 65 i 74 anys	284	0,56	1.399	2,74	3.007	5,89	1.603	3,14
Entre 75 i 84 anys	99	0,19	637	1,25	2.947	5,77	3.181	6,23
Més de 84 anys	27	0,05	207	0,41	1.771	3,47	2.796	5,48
Total (més de 65 anys)	410	0,80	2.243	4,40	7.725	15,13	7.580	14,85

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR i la base de dades de morbiditat del CatSalut.
Nota: Percentatges amb relació al total de casos urgents registrats.

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

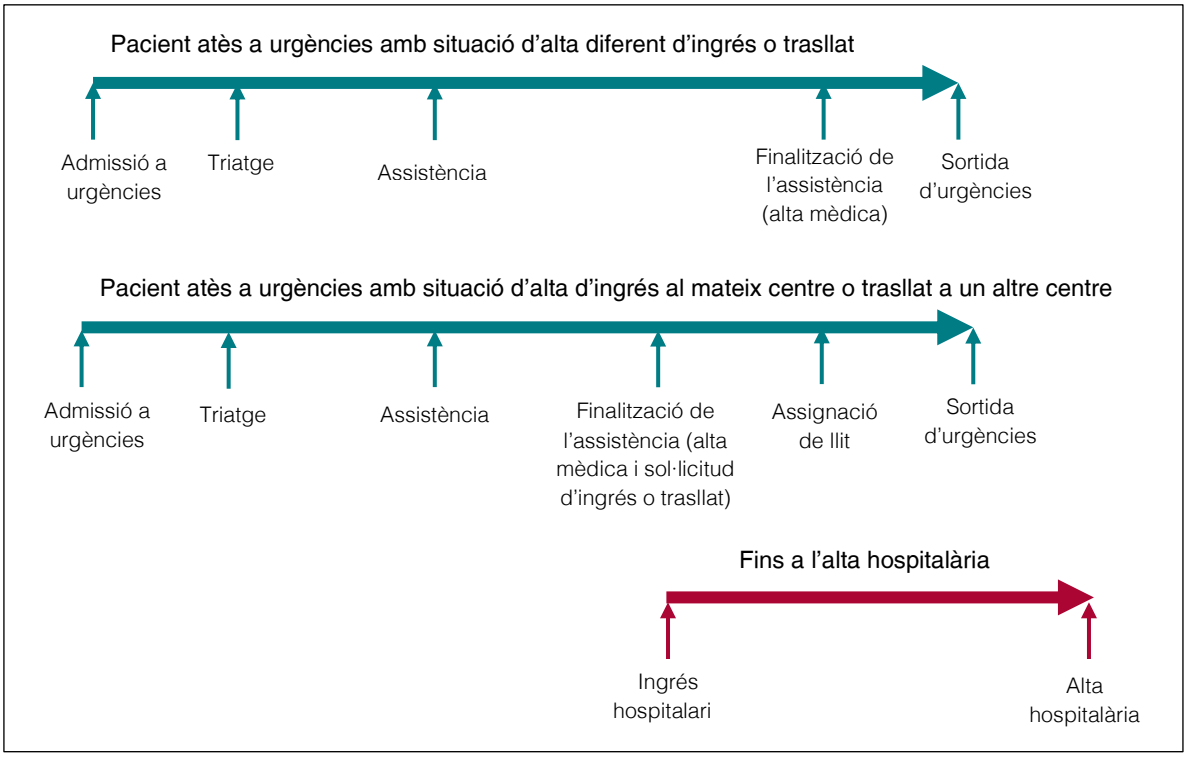
Els dispositius d'urgències hospitalàries són els que pateixen més saturació, produïda per factors diversos relacionats amb l'elevada pressió de la demanda, amb el procés assistencial dins del mateix servei d'urgències i amb el drenatge dels pacients, entre d'altres.

Aquesta saturació té efectes no desitjats, especialment per als pacients, que es poden traduir en retards en l'atenció, esperes en condicions deficients o estades perllongades en espais inadequats. La saturació, doncs, té un impacte negatiu en la percepció de la ciutadania de la capacitat de resposta del sistema, però també en els professionals, que veuen compromès el seu benestar degut a la intensitat de les càrregues de treball; així, augmenta el risc de patir *burnout* o síndrome d'esgotament professional.[31]

31. 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, p. 257-255.

L'optimització del temps d'estada dels pacients al servei d'urgències, un cop hi han estat admesos, depèn de l'agilitat amb què es pugui realitzar el triatge i iniciar l'assistència sanitària subsegüent. Quan s'han portat a terme tots els procediments diagnòstics o terapèutics necessaris finalitza l'assistència al servei d'urgències, moment en què el professional corresponent està en condicions de decidir si el pacient pot tornar al seu domicili, si ha de ser ingressat al mateix centre hospitalari, o bé si ha de ser traslladat a un altre centre sanitari. En cas que el pacient requereixi continuïtat assistencial, restarà en espera d'assignació de llit i trasllat a planta (ingrés al centre) o en espera de transport sanitari (trasllat a un altre centre). La figura 5 mostra el procés descrit en termes cronològics, tant en el cas d'alta amb ingrés o trasllat (b) com en la resta de situacions en el moment de l'alta (a) –per exemple, retorn al domicili o residència.

Figura 5. Seqüència cronològica d'un contacte urgent



Font: Elaboració pròpia a partir del Manual de notificació del CMBD-UR, 2019.
Nota: A l'efecte del registre, en el moment en què se sol·licita l'ingrés del pacient a l'hospital s'inicia també l'ingrés hospitalari (admissió a l'hospital), i d'aquí que les dues activitats, urgència i hospitalització, s'encavalquin en el temps.

El procés de drenatge, és a dir, la sortida del pacient dels serveis d'urgències, és un moment en què la coordinació entre els diferents dispositius i serveis és clau, tant per garantir la correcta atenció del pacient i eludir estades perllongades evitables, com per evitar la possible saturació dels serveis d'urgències. Per tant, és un dels elements clau que cal abordar en la millora de l'atenció als pacients.

El drenatge es veu condicionat per elements que el servei d'urgències no controla, com ara la disponibilitat de llits al mateix hospital o el transport sanitari adequat en el temps requerit, en cas de trasllat del pacient a un altre centre. Donat el volum relatiu d'ingressos al mateix centre, la gestió de llits de l'hospital esdevé crucial per al drenatge correcte dels pacients d'urgències. Al seu torn, aquesta gestió de llits està condicionada no només per l'activitat programada al centre, sinó també per la pressió dels ingressos urgents. En aquest sentit, les alternatives a l'hospitalització convencional poden contribuir a mitigar la pressió d'urgències.

A partir de les dades del registre CMBD-UR, d'acord amb la seqüència cronològica descrita i aplicant les definicions i els criteris metodològics propis de la Sindicatura apuntats a l'annex metodològic (vegeu l'annex 4), s'han analitzat els temps d'estada registrats dels pacients atesos a les urgències de l'Hospital de Viladecans l'any 2022. Els resultats obtinguts són indicadors de temps[32] que alerten sobre determinades particularitats rellevants en la coordinació i la continuïtat assistencial i el procés de drenatge al Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans.

Els indicadors calculats són 5: el **temps fins al triatge (1)** mesura el temps que transcorre entre l'admissió a urgències i el moment en què es fa el triatge; el **temps fins a l'inici d'assistència (2)** mesura el temps que transcorre entre l'admissió a urgències i el moment en què s'inicia l'atenció urgent; el **temps fins a la decisió (3)** es defineix com el temps transcorregut entre l'admissió a urgències i la finalització de l'assistència (alta del pacient o sol·licitud d'ingrés o trasllat); el **temps total d'estada (4)** mesura el temps transcorregut entre l'entrada del pacient a urgències (admissió) i la seva sortida física del dispositiu, i, finalment, la **diferència entre (4) i (3)**, que aquí s'interpreta com un indicador de la dificultat de drenatge de pacients.

Per mostrar els valors d'aquests indicadors, els contactes urgents s'han agrupat segons el nivell de triatge (quadre 14) i segons la situació del pacient a l'alta (quadre 15). Addicionalment, s'han agrupat els casos amb derivació a l'alta segons el tipus de recurs on s'ha traslladat el pacient (quadre 16) i, finalment, s'han agrupat els casos amb destí al domicili segons el tipus de transport emprat (quadre 17).

32. En relació amb els indicadors de temps calculats, cal puntualitzar el següent:

(a) S'indica el valor de les medianes, i no de les mitjanes aritmètiques, atès que l'existència de casos extrems fa que la mitjana no sigui representativa.

(b) Per a les dades del moment de sortida amb transport no urgent en ambulància, s'ha utilitzat la informació del programari "SAP assistencial" de l'Hospital de Viladecans, atès que el CMBD-UR no recull aquesta informació de manera acurada.

(c) No ha estat possible fer comparacions amb l'agregat de centres de Catalunya, atesa la manca d'informació en alguns dels camps requerits al CMBD-UR i la manca d'homogeneïtat en els criteris de recollida i registre de les dades (vegeu l'apartat 5.3.3).

Quadre 14. Indicadors de temps de l'Hospital de Viladecans segons el nivell de triatge, any 2022

Nivell de triatge	Indicadors - Mediana (minuts)					
	Temps fins al triatge (1)	Temps fins a l'inici d'assistència (2)	Temps fins a la decisió (3)	Temps total d'estada (4)	Diferència entre (4) i (3)	Variació percentual
Nivell I	4	5	293	314,5	21,5	7,30
Nivell II	4	4	335	373	38	11,30
Nivell III	5	5	265	287	22	8,30
Nivell IV	4	5	146	148	2	1,40
Nivell V	5	5	120	124	4	3,30
Global	4	5	179	185	6	3,40

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

Quadre 15. Indicadors de temps de l'Hospital de Viladecans segons la situació del pacient a l'alta, any 2022

Situació a l'alta	Indicadors - Mediana (minuts)					
	Temps fins al triatge (1)	Temps fins a l'inici d'assistència (2)	Temps fins a la decisió (3)	Temps total d'estada (4)	Diferència entre (4) i (3)	Variació percentual
Domicili	4	5	168	171	3	1,80
Derivació posttriatge	4,5	n/a	n/a	n/a	-	-
Derivació postassistència	4	4	255	295	40	15,70
Ingrés convencional	4	4	376	479,5	103,5	27,50
Ingrés semicrítics	4	4	93	93	0	0
Hospitalització a domicili	4	4	1.147	1.178	31	2,70
Residència	4	5,5	635,5	696,5	61	9,60
Alta voluntària	5	6	n/a	n/a	-	-
Alta administrativa	5	5	n/a	n/a	-	-
Evasió	5	5	n/a	n/a	-	-
Èxitus	4	4,5	n/a	n/a	-	-
Global	4	5	179	185	6	3,40

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

Quadre 16. Indicadors de temps de l'Hospital de Viladecans segons derivació a l'alta, any 2022

Tipus de recurs - derivació	Indicadors - Mediana (minuts)					
	Temps fins al triatge (1)	Temps fins a l'inici d'assistència (2)	Temps fins a la decisió (3)	Temps total d'estada (4)	Diferència entre (4) i (3)	Var percentual
Urgències atenció primària	4,5	n/a	n/a	n/a	-	-
Ingrés en un hospital d'aguts	4	5	222	241	19	8,60
Ingrés en un sociosanitari	3	4	691	805	114	16,50
Salut mental	4	4	462,5	584,5	122	26,40
Fora de Catalunya	3	3	188	188	0	0
Sense derivació	4	5	178	183	5	2,80
Global	4	5	179	185	6	3,40

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

Quadre 17. Indicadors de temps de l'Hospital de Viladecans per tipus de transport amb alta a domicili, any 2022

Tipus de transport	Indicadors - Mediana (minuts)					
	Temps fins al triatge (1)	Temps fins a l'inici d'assistència (2)	Temps fins a la decisió (3)	Temps total d'estada (4)	Diferència entre (4) i (3)	Var. percentual
Domicili pel seu compte	-	-	162	163	0	0,60
Domicili en ambulància	-	-	333	491	158	47,40

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

Cal notar que aquests valors de temps es poden interpretar com a indicadors d'eficiència pel que fa al procés assistencial i de drenatge dels pacients, però que en alguns casos poden tenir efectes sobre la salut dels pacients; aquest darrer aspecte s'aborda a l'apartat 5.4.2 d'aquest informe.

Aquests són els fets observats en relació amb el procés assistencial i el drenatge dels pacients al Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans:

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

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

El temps medià[33] de triatge a l'Hospital de Viladecans l'any 2022 va ser de 4 minuts i va ser força independent del nivell de triatge finalment assignat (quadre 14). La Sindicatura ha observat que aquest temps era lleugerament més llarg els dilluns, dia en què hi havia més acumulació de visites, i era especialment més elevat entre les 21:00 i les 2:00 hores al llarg de la setmana, franja en què repuntava fins als 10 minuts en termes mitjans. Els temps fins al triatge registrats a l'Hospital de Viladecans, anormalment baixos en general, s'han de considerar aquí conjuntament amb l'indicador del temps fins a l'inici d'assistència.

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

  Al quadre 14 s'observa que el temps fins a l'inici de l'assistència registrat a l'Hospital de Viladecans és similar al temps fins a l'inici del triatge. De la diferència entre (2) i (1) es dedueix de manera immediata l'espera entre el moment del triatge (determinació del grau d'urgència) i l'inici de l'assistència urgent. En el cas de l'Hospital de Viladecans aquesta diferència és tan sols d'1 minut per al conjunt de pacients. Això vol dir que el triatge i l'assistència s'haurien produït de manera simultània. Aquest resultat és del tot inversemblant tenint en compte la pràctica habitual als serveis d'urgències i probablement respon a un problema en el circuit assistencial de l'Hospital de Viladecans, que fa que el moment d'inici d'assistència notificat pel centre no es correspongui en molts casos amb la realitat (vegeu l'apartat 5.3.3 per a més detall).

  En conclusió, les incidències en la notificació per part de l'Hospital de Viladecans desvirtuen els indicadors de temps fins al triatge i de temps fins a l'inici d'assistència, de manera que la Sindicatura no pot interpretar-ne els resultats.

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

  El valor medià d'aquest indicador va ser de 179 minuts l'any 2022, i els valors més elevats corresponen als pacients amb risc vital, donada la potencial complexitat o gravetat d'aquests pacients. En el cas de l'Hospital de Viladecans destaca especialment el temps dels contactes que ingressen a l'hospital (379 minuts), i també dels que han de retornar a la seva residència social (635,5 minuts), temps que responen igualment a casos més complexos. És destacable també el temps registrat dels pacients que acaben amb hospitalització a domicili, tot i que el volum de casos és reduït.

- Temps total a urgències: mesura la capacitat de resolució o indicació efectiva (drenatge) de casos per part dels serveis d'urgències, condicionada per factors externs al

33. S'ha calculat el temps medià, en comptes del temps mitjà, ja que la presència de valors extrems fa que la mitjana sigui generalment poc representativa. La mediana és el valor que deixa a la seva esquerra el 50% dels casos d'una mostra. En aquells casos en què s'hagi considerat el temps mitjà, i no el medià, s'indicarà al text.

servei, com la disponibilitat de llits de l'hospital o d'altres centres, o la disponibilitat de transport.

El temps medià d'estada dels pacients als serveis d'urgències de l'Hospital de Viladecans va ser de 185 minuts l'any 2022. Els temps medians de permanència a urgències eren especialment dilatats en el cas dels pacients que havien d'ingressar al mateix centre (479,5 minuts) i aquells que havien de ser derivats a un altre centre (295 minuts).

Per bé que no sembla que hi hagués problemes de drenatge a escala global –donat que la majoria de pacients cursava alta a domicili, cas en què la sortida és pràcticament immediata (en el 94% dels contactes), o bé de 2,5 hores de temps d'espera medià del transport sanitari (en el 6% restant)–, sí que s'evidencien certs problemes per a determinats tipus d'alta. Així, els pacients amb ingrés (convencional) al mateix centre presentaven una diferència entre el temps medià total i el temps medià fins a la decisió de més d'1,5 hores (103,5 minuts), que suposa un 27,50% d'increment de temps de permanència en el procés de drenatge. També s'evidencien dificultats pel que fa al pacients derivats a d'altres centres (40 minuts i un 15,70% d'augment de temps de permanència) i, amb menor incidència pel seu volum relatiu, en els pacients que van a residència (61 minuts i un 9,60% d'augment de temps de permanència).

5.3.3. Es porta a terme el seguiment i l'avaluació de l'atenció urgent a partir de quadres de comandament fiables?

La Sindicatura ha tingut accés a 2 conjunts diferents d'indicadors de seguiment de l'atenció urgent al Servei d'Urgències, i també als registres del conjunt mínim bàsic de dades d'urgències (CMBD-UR). El primer dels conjunts d'indicadors a què fem referència és el quadre de comandament d'urgències de l'Hospital de Viladecans, extret de l'entorn SAP BusinessObjects (SAP BO) de l'ICS. L'altre és un conjunt d'indicadors facilitats per l'Àrea Assistencial del CatSalut en l'entorn Power BI. Paral·lelament, la Sindicatura ha examinat els registres del CMBD-UR corresponents a l'Hospital de Viladecans i ha calculat determinats indicadors a partir d'aquestes dades.

El CMBD-UR és un registre sistemàtic i estructurat dels contactes urgents atesos als serveis d'urgències hospitalàries i als CUAP, així com d'aquells atesos pel SEM, i que està en funcionament des de l'any 2013.[34] D'acord amb la darrera versió del Manual de notificació del CMBD-UR,[35] el conjunt de dades es construeix a partir de l'enviament periòdic dels contactes registrats per part de cada entitat proveïdora via serveis web (*web services*). En el marc de

34. CatSalut. *Instrucció 06/2012. Implantació del conjunt mínim bàsic de dades d'atenció primària (CMBD-AP) i d'urgències (CMBD-UR)*. Barcelona: Servei Català de la Salut.

35. Bosch, A., Clèries, M., Bustins, M., Mallol, C. (2019). *Urgències. Manual de notificació. Registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD)*. 8a ed. Barcelona: Servei Català de la Salut.

l'auditoria del grau d'implementació del Pla nacional d'urgències de Catalunya (PLANUC), encarregada pel CatSalut a la Fundació Avedis Donabedian per a la Millora de la Qualitat Assistencial, fundació privada, i finalitzada l'any 2021, es va avaluar el CMBD-UR pel que fa a les notificacions enviades pels hospitals del SISCAT. Aquesta auditoria va evidenciar l'existència de certs problemes de fiabilitat de la informació tramesa pels hospitals, també en el cas de l'Hospital de Viladecans. En aquest sentit, un informe elaborat amb la participació dels 8 hospitals de l'ICS i del seu centre corporatiu, datat de l'any 2024, ha detectat diverses discrepàncies entre les dades contingudes en l'entorn SAP BO de l'ICS, d'una banda, i al CMBD-UR, de l'altra.

L'anàlisi dels quadres de comandament i dels registres del CMBD-UR ha permès posar de manifest les conclusions següents:

- Hi ha discrepàncies entre el quadre de comandament del CatSalut i el de l'Hospital de Viladecans pel que fa a l'activitat assistencial (contactes urgents). No s'han pogut comparar els indicadors de temps de l'un i de l'altre perquè en el cas de l'ICS els indicadors estan expressats en termes de mitjanes, mentre que en el cas del CatSalut ho estan en termes de medianes. La causa de les discrepàncies observades és el fet que la font d'informació emprada és diferent: en el cas de l'ICS els indicadors es calculen a partir de les dades dels seus propis sistemes d'informació (univers SAP BO d'urgències), mentre que el CatSalut utilitza les dades del CMBD-UR.

- La Sindicatura ha comprovat que la informació notificada al CMBD-UR, relativa als contactes urgents atesos a l'Hospital de Viladecans, no sempre és coincident amb la que consta a l'entorn SAP BO de l'ICS. En particular, hi ha discrepàncies pel que fa als registres de temps. L'ICS va identificar, l'any 2024, l'origen d'algunes d'aquestes discrepàncies, que estaria relacionat amb els criteris amb què aquesta entitat transmet la informació al CMBD-UR, comuns al conjunt d'hospitals que gestiona. Tanmateix, la Sindicatura no té constància que l'ICS hagi implementat mesures per corregir les discrepàncies detectades.

- L'anàlisi de les dades del CMBD-UR efectuada per la Sindicatura revela que la manca de fiabilitat de determinats indicadors de temps s'accentua en el cas de l'Hospital de Viladecans. En particular, s'ha detectat un patró anòmal pel que fa al registre de l'inici d'assistència al pacient: mentre que per al conjunt d'hospitals del SISCAT la mitjana de temps entre el triatge i l'inici de l'assistència és d'uns 46 minuts, en el cas de l'Hospital de Viladecans és tan sols d'uns 8 minuts. Si s'examinen amb detall els registres corresponents a l'Hospital de Viladecans s'observa que, dels 51.459 contactes urgents atesos en aquest dispositiu l'any 2022, 42.958 presentaven la mateixa data i hora de triatge que d'inici d'assistència. Per a aquesta elevada proporció de pacients (83,49%), el triatge i l'assistència urgent serien esdeveniments simultanis. De l'anàlisi de la Sindicatura es desprèn que les coincidències es van concentrar en la franja horària diürna (de 7:00 a 20:00 hores aproximadament). Així, mentre que els pacients que van accedir al serveis d'urgències de l'Hospital de Viladecans entre les 19:00 i les 20:00 hores presentaven, d'acord amb la informació

notificada, una espera mitjana entre el triatge i l'assistència pràcticament nul·la, aquells que van ser admesos entre les 21:00 i les 22:00 hores presentaven una espera mitjana de més de 40 minuts.

L'informe de l'ICS de l'any 2024 a què s'ha fet referència assenyala certes deficiències en el circuit assistencial que poden explicar la coincidència del triatge i l'assistència notificada al CMBD-UR. Una d'elles és el registre de l'inici d'assistència abans del triatge. De les dades presentades a l'informe se'n desprèn que, dels contactes urgents analitzats que corresponien a l'Hospital de Viladecans, un 68,9% presentaven una data i hora d'assistència anteriors a la data i hora de triatge, un percentatge molt superior a la resta d'hospitals analitzats. Com que, d'acord amb el Manual de notificació, l'assistència no pot ser anterior al triatge, el circuit implementat per a la transmissió del registre al CMBD-UR imputa la data i l'hora d'assistència a la data i l'hora del triatge, d'acord amb informació facilitada pel centre corporatiu de l'ICS en el marc de l'auditoria efectuada per la Fundació Avedis Donabedian l'any 2021. Això explicaria la coincidència de dates que s'ha exposat.

D'aquesta manera, tant el centre corporatiu de l'ICS com el responsable del CMBD de l'Hospital de Viladecans tenen constància de les deficiències assenyalades almenys des de l'any 2021, ja que l'auditoria duta a terme per la Fundació Avedis Donabedian va posar-les de manifest. Tanmateix, no es van implementar mesures correctores del circuit assistencial que evitessin desvirtuar els indicadors de temps, excepte per la recent rectificació d'un error sistemàtic detectat en el registre del procediment de triatge.[36]

- Les deficiències en la notificació dels temps en la seqüència de l'atenció urgent i les mancances detectades pel que fa al seu registre per part de l'entitat proveïdora han impedit a la Sindicatura poder fer una anàlisi comparativa dels indicadors de temps de l'Hospital de Viladecans amb els del conjunt d'hospitals catalans, ja que no es pot garantir l'homogeneïtat de les dades. Un element addicional que dificulta aquesta anàlisi comparativa és la manca de concreció en la definició de certs camps de temps per part del CatSalut al seu Manual de notificació del CMBD-UR. Així, la definició del camp "hora d'assistència" no inclou els fets concrets que s'haurien d'esdevenir per registrar l'inici de l'assistència urgent al pacient. Això permet que hi puguin haver diferències sistemàtiques en el registre i posterior notificació d'aquest camp, ja que entitats diferents podrien aplicar criteris diferents a l'hora de delimitar què s'entén per "assistència" al pacient.

- Hi ha discrepàncies entre valors dels indicadors de temps calculats per la Sindicatura i els que figuren al quadre de comandament del CatSalut, tot i haver estat calculats a partir de la mateixa font de dades. L'origen de les discrepàncies no s'ha pogut escatir, ja que

36. Text modificat arran de les al·legacions presentades per l'ICS.

el CatSalut no ha facilitat el detall del càlcul dels indicadors mostrats al seu quadre de comandament.

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

L'acció 21 del PLANUC preveu l'abordatge de la problemàtica social als dispositius d'urgències tant pel que fa a la detecció com a la integració del treball social i l'activació dels recursos socials, quan escaigui. La definició de la cartera de serveis per a l'abordatge de les necessitats socials als dispositius d'atenció continuada i urgent s'ha de consensuar amb el Departament de Drets Socials, en el marc del Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS).

En aquest sentit, el Servei d'Urgències disposa de procediments per atendre possibles situacions de vulnerabilitat derivades de pacients crònics complexos i model d'atenció a la cronicitat avançada, maltractament a les persones grans, violència de gènere i menors en situació de desprotecció. L'Hospital de Viladecans té accés a la història clínica social dels pacients i al Pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC).

El CatSalut emet la targeta sanitària individual (TSI) Cuida'm,[37] que identifica les persones que han de ser immediatament reconegudes per l'equip assistencial perquè se'ls pugui prestar una atenció diferenciada. En aquest sentit, el Servei d'Urgències disposa del protocol d'atenció a ciutadans amb la TSI Cuida'm, que té per objectiu millorar l'atenció amb un tracte més adequat i personalitzat a les necessitats específiques de les persones d'alta fragilitat relacional. L'Hospital de Viladecans tenia un cens de 1.061 persones amb TSI Cuida'm.

La Unitat de Treball Social dona suport a tots el serveis, inclòs el Servei d'Urgències, i treballa en coordinació amb l'atenció primària, els hospitals de subaguts de la zona i el Departament de Dret Socials.

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

- L'any 2022, segons el quadre de comandament, la Unitat de Treball Social va realitzar 10 consultes a pacients del Servei d'Urgències; dit en altres paraules, pocs pacients van necessitar la intervenció del treballador social. No obstant això, segons manifestacions dels responsables, està sorgint una nova necessitat social en els pacients de 60-65 anys

37. CatSalut. *Instrucció 07/2016. Implantació de la targeta sanitària individual (TSI) Cuida'm.*

d'edat, els quals a l'alta del Servei d'Urgències requereixen una continuïtat en l'atenció que actualment no està prevista en la cartera de serveis, és a dir, una nova prestació que s'hauria de definir i catalogar.

L'horari d'atenció presencial de la Unitat de Treball Social era de 8 a 17 hores, de dilluns a divendres; en un altre horari i els dissabtes i diumenges, mitjançant consulta per correu electrònic, tal com preveu el PLANUC.

- Els riscos socials detectats al Servei d'Urgències es comuniquen en la reunió diària de coordinació sobre la guàrdia ("morning"). En aquest sentit, el Servei d'Urgències disposa d'un procediment específic per a la detecció i l'abordatge de menors en situació de vulnerabilitat i desprotecció, i un altre procediment per a la detecció i l'abordatge de la violència de gènere, però no ha desenvolupat un protocol d'abast general dirigit a identificar i tractar situacions de necessitat social i vulnerabilitat en el procés d'atenció urgent.

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

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

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

En aquest context, és desitjable fomentar l'ús d'eines que afavoreixin més implicació i corresponsabilitat dels ciutadans en l'autocura, l'autogestió de la salut i la presa de decisions més informada. Amb aquest objectiu i fonament, l'eix 10 del PLANUC, apoderament de la ciutadania, s'orienta a la millora de la informació i l'educació en salut i a facilitar al ciutadà instruments per a la presa de decisions més informada, atès que només així es pot exigir a la ciutadania l'ús adequat dels recursos del sistema sanitari.

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

reclamacions i suggeriments, en vigor des de l'1 de gener del 2005, i la creació d'un Registre central de reclamacions.

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

Per atendre els drets esmentats, l'Hospital de Viladecans comptava amb un procediment d'informació a familiars i control d'acompanyants dins del Servei d'Urgències, un procediment d'avisos per megafonia i una pantalla que informa del temps d'espera[38] fins a l'inici de l'assistència per nivells de triatge. També disposava d'un procediment de gestió de reclamacions, suggeriments i agraïments i d'un registre propi de queixes i reclamacions del centre, gestionat per la Unitat d'Atenció a la Ciutadania de l'Hospital.

De l'anàlisi efectuada es fan les observacions següents:

- El procediment d'informació a familiars i control d'acompanyants dins del Servei d'Urgències no estableix cap indicació sobre la informació a facilitar al pacient i als seus acompanyats. Tan sols els procediments de treball a la zona d'aguts i de consultes indiquen que el metge ha d'informar verbalment el pacient i els familiars en el moment de donar-li l'informe d'alta.

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

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

- L'any 2022 al Registre central de reclamacions del CatSalut consten 480 expedients corresponents a tots els serveis de l'Hospital de Viladecans. Els 480 expedients van donar lloc

38. CatSalut. *Instrucció 14/2014. Informació amb relació al temps mitjà d'espera per a les urgències en els centres sanitaris.*

a 691 motius de reclamació, dels quals 72 van ser per demora excessiva per llista d'espera per a atenció a urgències i 2 per estada de més de 24 hores en observació d'urgències. La resta de motius, com ara desacord en el resultat de l'assistència, manca d'informació, manca de confiança en el tractament, manca o negativa d'identificació del professional, etc., no són codis exclusius del Servei d'Urgències, atès que el CatSalut no identifica el servei hospitalari que origina la reclamació.

- Tant els responsables de l'Hospital de Viladecans com els del CatSalut han manifestat que el nombre de reclamacions no és un indicador de la qualitat del servei, atès que depèn de l'empoderament de la ciutadania a l'hora de manifestar el descontent, i també de la manera d'expressar la reclamació i de la interpretació que en fa la persona que la tramita en el moment de codificar-la. Per això assenyalen que les reclamacions s'han d'utilitzar per detectar millores a realitzar, però no com a mesura de qualitat del servei.

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

En aquest apartat es focalitza l'atenció en aspectes relatius als resultats del dispositiu d'urgències de l'Hospital de Viladecans pel que fa a 3 dimensions: el marge de millora en els guanys en salut, la qualitat assistencial i del servei, i la qualitat percebuda per l'usuari.

Marge de millora amb relació als guanys en salut

La literatura acadèmica assenyala que les demores en el tractament o en l'ingrés dels pacients que acudeixen al servei d'urgències, sovint derivades de la saturació del servei, estan associades a un increment, d'una banda, dels efectes adversos sobre la salut i de la mortalitat dels pacients, i, de l'altra, dels efectes adversos sobre el benestar del personal del servei.[39] Un estudi recent, tanmateix, conclou que una demora superior a les 5 hores, des del moment de l'admissió fins al moment de l'ingrés d'aquells pacients que ho requereixen, està associada a un increment de la mortalitat per qualsevol causa als 30 dies, amb independència de la saturació del servei.[40] Els autors d'aquest estudi estimen que, per cada 82 pacients l'ingrés dels quals es produeix passades entre 6 i 8 hores des de la seva admissió a urgències, es produeix una defunció addicional.

39. Vegeu, per exemple, 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), p. 1137-1158.

40. 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), p.168-173.

L'any 2022 les demores que es van donar entre els pacients atesos a urgències a l'Hospital de Viladecans amb indicació d'ingrés hospitalari (quadre 14) haurien pogut impactar en un nombre de morts addicionals.

Qualitat assistencial i del servei

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

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

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

Pel que fa al nombre de defuncions registrades al Servei d'Urgències,[41] s'observa que la taxa bruta de mortalitat que es va produir a l'Hospital de Viladecans l'any 2022 (0,09%) va ser inferior a la del conjunt de Catalunya en el mateix període (0,13%) (quadre 18).

Quadre 18. Taxa no ajustada de mortalitat a urgències, any 2022

Concepte	Hospital de Viladecans	Catalunya
Defuncions	43	4.580
Casos possibles	47.192	3.415.409
Percentatge	0,09	0,13

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

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

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

El quadre 19 mostra l'indicador ajustat corresponent a l'any 2022 per a l'Hospital de Viladecans. L'indicador és inferior a la unitat, però, en termes estadístics, no és significativament diferent d'1. Per tant, tenint en compte la incertesa que envolta l'estimació de l'indicador ajustat, tan sols es pot afirmar que la mortalitat registrada al Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans va ser justament la que s'esperaria d'acord amb els factors d'ajust que s'han tingut en compte.

Quadre 19. Indicador ajustat de mortalitat a urgències, any 2022

Concepte	Indicador ajustat	Interval de confiança al 95%
Mortalitat a urgències	0,726	0,449-1,003

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

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

El quadre 20 mostra el nombre de readmissions en un interval de temps inferior a 72 hores que es van produir entre els contactes del Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans l'any 2022. El percentatge en relació amb el nombre de casos susceptibles d'haver generat readmissions va ser del 6,44%, lleugerament inferior al del conjunt de Catalunya (6,73%).

Quadre 20. Taxa no ajustada de readmissions en un temps inferior a 72 hores, any 2022

Concepte	Hospital de Viladecans	Catalunya
Readmissions < 72 hores	2.203	154.289
Casos possibles	34.225	2.292.748
Percentatge	6,44	6,73

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

El quadre 21 mostra el corresponent indicador ajustat per a l'Hospital de Viladecans l'any 2022. Aquest indicador es defineix com la relació (ràtio) entre el nombre observat d'urgències readmeses en un servei d'urgències en un temps inferior a 72 hores, després d'haver estat ateses inicialment a l'Hospital de Viladecans, i el nombre esperat segons el model d'ajust. L'indicador s'interpreta en el sentit que un valor inferior a la unitat representa un nombre de readmissions observades menor que el nombre de readmissions esperat i, per tant, presumiblement, una millor qualitat de l'atenció al dispositiu. S'observa que en aquest cas l'indicador és lleugerament inferior a 1, però que, de forma anàloga al cas de la mortalitat al Servei d'Urgències, no és significativament diferent d'1, de manera que es conclou que el nombre de readmissions en un interval de temps inferior a 72 hores va ser justament l'esperat per a un servei d'urgències com el de l'Hospital de Viladecans.

Quadre 21. Readmissions en un temps inferior a 72 hores, indicador ajustat, any 2022

Concepte	Indicador ajustat	Interval de confiança al 95%
Readmissions < 72 hores	0,993	0,951-1,034

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

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

L'Hospital de Viladecans presenta una taxa de readmissions a urgències en menys de 72 hores i que acaben amb ingrés (20,43%) clarament superior a la del conjunt de Catalunya (16,47%). Per poder verificar si aquesta taxa revela possibles marges de millora en la qualitat assistencial a l'Hospital de Viladecans cal calcular l'indicador ajustat corresponent (quadre 22).

Quadre 22. Readmissions en un temps inferior a 72 hores, amb ingrés

Concepte	Hospital de Viladecans	Catalunya
Readmissions < 72 hores amb ingrés	450	25.413
Casos possibles	2.203	154.289
Percentatge	20,43	16,47

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

L'indicador ajustat obtingut (1,138) és, des d'un punt de vista estadístic, significativament superior a la unitat. Per tant, es pot concloure que els ingressos procedents de readmissions en un temps inferior a 72 hores generats pel Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans van ser superiors als que s'esperaria d'acord amb els factors d'ajust que s'han tingut en compte (vegeu el quadre 23).

Quadre 23. Readmissions en un temps inferior a 72 hores, amb ingrés, indicador ajustat, any 2022

Concepte	Indicador ajustat	Interval de confiança al 95%
Readmissions < 72 hores i ingrés	1,138	1,050-1,226

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

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

El quadre 24 mostra el nombre d'urgències no finalitzades a l'Hospital de Viladecans l'any 2022. S'observa que la taxa registrada (7,51%) torna a ser clarament superior a la mitjana catalana (4,84%).

Quadre 24. Taxa no ajustada d'urgències no finalitzades, any 2022

Concepte	Hospital de Viladecans	Catalunya
Urgències no finalitzades	3.835	176.621
Casos possibles	51.034	3.648.793
Percentatge	7,51	4,84

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

L'indicador ajustat corresponent es defineix en aquest cas com la ràtio entre el nombre observat d'urgències no finalitzades i el nombre esperat segons un model d'ajust. Aquest indicador s'interpreta en el sentit que un valor inferior a la unitat representa un nombre d'abandonaments observats menor que el nombre esperat i, per tant, presumiblement, una millor qualitat de l'atenció al dispositiu. En canvi, un indicador més gran que 1 implica que es podrien millorar els circuits d'atenció per reduir els abandonaments (quadre 25).

Quadre 25. Urgències no finalitzades, indicador ajustat, any 2022

Concepte	Indicador ajustat	Interval de confiança al 95%
Urgències no finalitzades	1,678	1,642-1,714

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

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

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

Qualitat percebuda per l'usuari

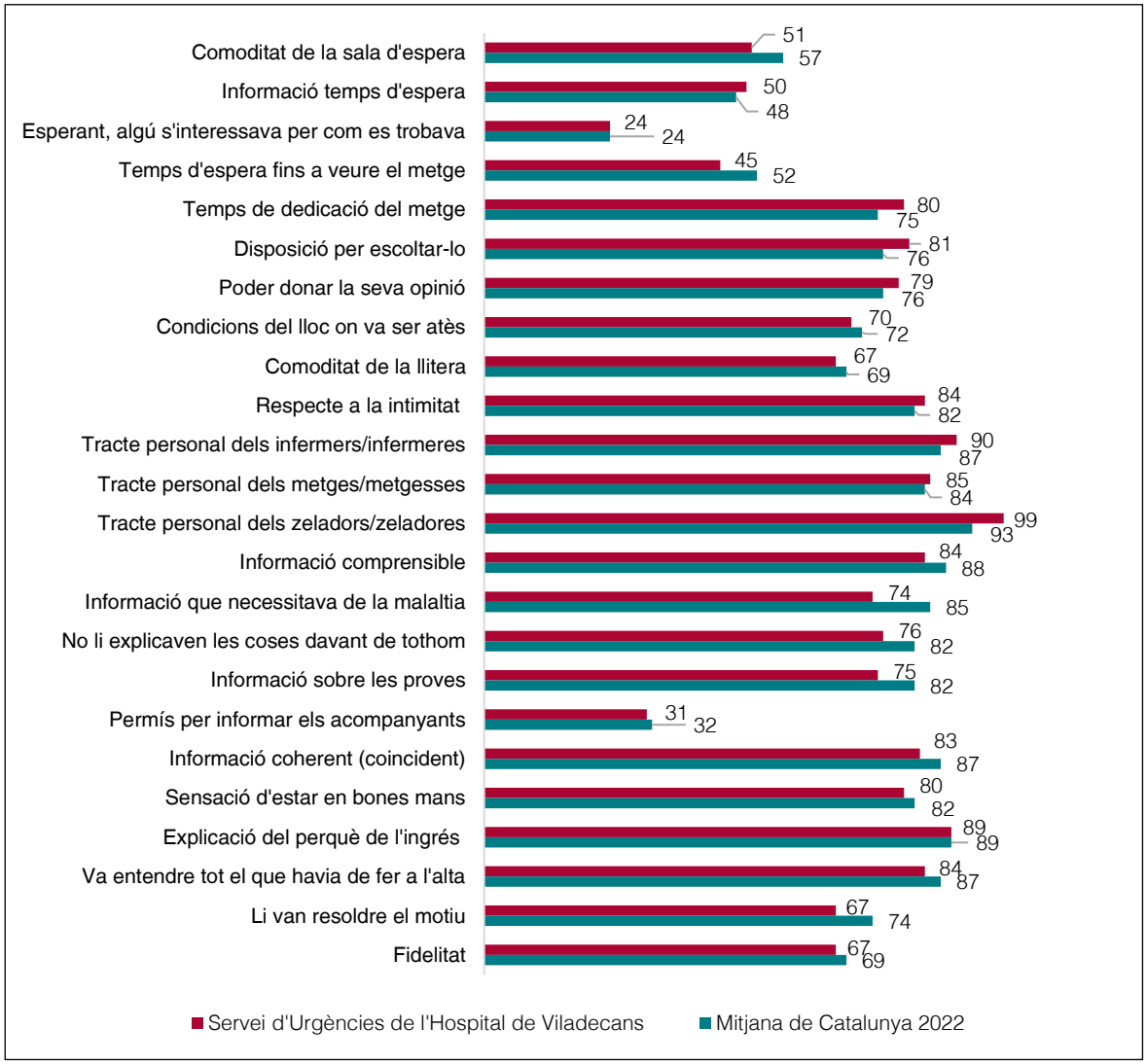
El Pla d'enquestes de percepció, experiència i satisfacció dels usuaris del Servei Català de la Salut (PLAENSA) és un projecte que va començar l'any 2001 per avaluar la qualitat del servei i el grau de satisfacció de les persones usuàries amb els diferents serveis sanitaris públics, amb l'objectiu d'obtenir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

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

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

De les 4.240 enquestes de tot Catalunya, 80 corresponien a usuaris del Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans, que obté una valoració global de 6,64 sobre 10 de mitjana, lleugerament per sota del resultat del conjunt de Catalunya (6,81). En concret, en 8 de les preguntes de satisfacció l'Hospital de Viladecans obté lleugerament millors resultats que el conjunt de Catalunya, mentre que en 16 obté lleugerament pitjors resultats (gràfic 4).

Gràfic 4. Enquestes PLAENSA d'atenció hospitalària urgent, comparació entre els resultats de tot Catalunya i de l'Hospital de Viladecans, any 2022. Resultats en percentatge



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

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

- Tan sols el 24,40% de les persones enquestades van respondre que, mentre eren a la sala d'espera, algun professional va interessar-se per com es trobaven, i només al 30,59% se'ls va demanar permís per informar els familiars. No obstant això, aquests percentatges estan alineats amb la mitjana de Catalunya.

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

Els objectius del Pla nacional d'urgències de Catalunya (PLANUC) com a actuació estratègica del Departament de Salut i el CatSalut per mandat del Govern són l'equitat i l'ordenació territorial; l'adequació dels processos i dispositius assistencials; la millora de la qualitat del procés d'atenció continuada i urgent; el lideratge professional, i la informació al ciutadà (vegeu l'apartat 5.1.1). Cadascuna de les accions del PLANUC estableix els objectius a assolir en termes de millores o d'actuacions, però sense fixar terminis ni graus d'assoliment.

Al seu torn, el Pla estratègic 2021-2025 de l'Hospital de Viladecans estableix 6 accions relacionades amb el Servei d'Urgències amb un calendari d'execució (vegeu l'apartat 5.1.1).

Així mateix, el Pla de salut de Catalunya 2021-2025 preveu el monitoratge de les accions traçadores del Pla amb indicadors i un cronograma d'assoliment. També preveu un marc d'avaluació per indicar els factors d'èxit o fracàs del Pla. A més, atesa la influència dels determinants socials sobre la salut, també es tenen en compte l'anàlisi de les polítiques generals i la valoració de l'impacte sobre la salut.

L'anàlisi del desplegament del PLANUC i del Pla estratègic de l'Hospital de Viladecans i l'avaluació realitzada han posat de manifest les observacions següents:

- El Decret 196/2010, del 14 de desembre, del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT), estableix el Servei Català de la Salut com a responsable de dur a terme un seguiment i control de l'aplicació dels estàndards de qualitat en el conjunt de la xarxa assistencial.

- El PLANUC es va posar en marxa l'any 2017, però no s'ha fet cap difusió sobre l'assoliment dels objectius i de les accions a executar. Tan sols, el CatSalut ha realitzat una auditoria externa[42] del segon semestre de l'any 2019 als serveis d'urgències del SISCAT per tal de comprovar el grau d'implementació del PLANUC, conèixer l'organització estructural i d'equipaments dels serveis d'urgències i verificar la fiabilitat de les dades aportades a través del CMBD-UR.

  No obstant això, el CatSalut no ha publicat ni ha traslladat el contingut de l'auditoria externa esmentada als responsables del Servei d'Urgències. Els resultats i les incidències detectades al Servei d'Urgències s'han enunciat en alguns dels apartats precedents. El CatSalut no ha impulsat cap altra avaluació o actuació després dels resultats d'aquesta auditoria.

42. Fundació Avedis Donabedian per a la Millora de la Qualitat Assistencial, fundació privada.

Per tant, no s'ha donat compliment als requisits de publicitat i difusió de l'avaluació del PLANUC; això contravé l'article 12.1 de la Llei 19/2014, del 29 de desembre, de transparència, accés a la informació pública i bon govern, el qual estableix que l'Administració ha de fer públics, en aplicació del principi de transparència, els plans i els programes anuals i pluriennals, de caràcter general o sectorial, que estableixen les directrius estratègiques de les polítiques públiques. Així mateix, s'han de publicar les auditories internes i externes d'avaluació de la qualitat dels serveis públics.

- L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) va publicar 5 indicadors de l'activitat dels serveis d'urgències hospitalàries del SISCAT al novembre del 2023, mitjançant la Central de Resultats, que mesura, avalua i difon els resultats en salut i qualitat.

- Al tancament de l'exercici 2022, el Servei d'Urgències havia assolit les fites de les 6 accions del Pla estratègic 2021-2025 amb referència a l'activitat urgent, però no n'havia fet difusió.

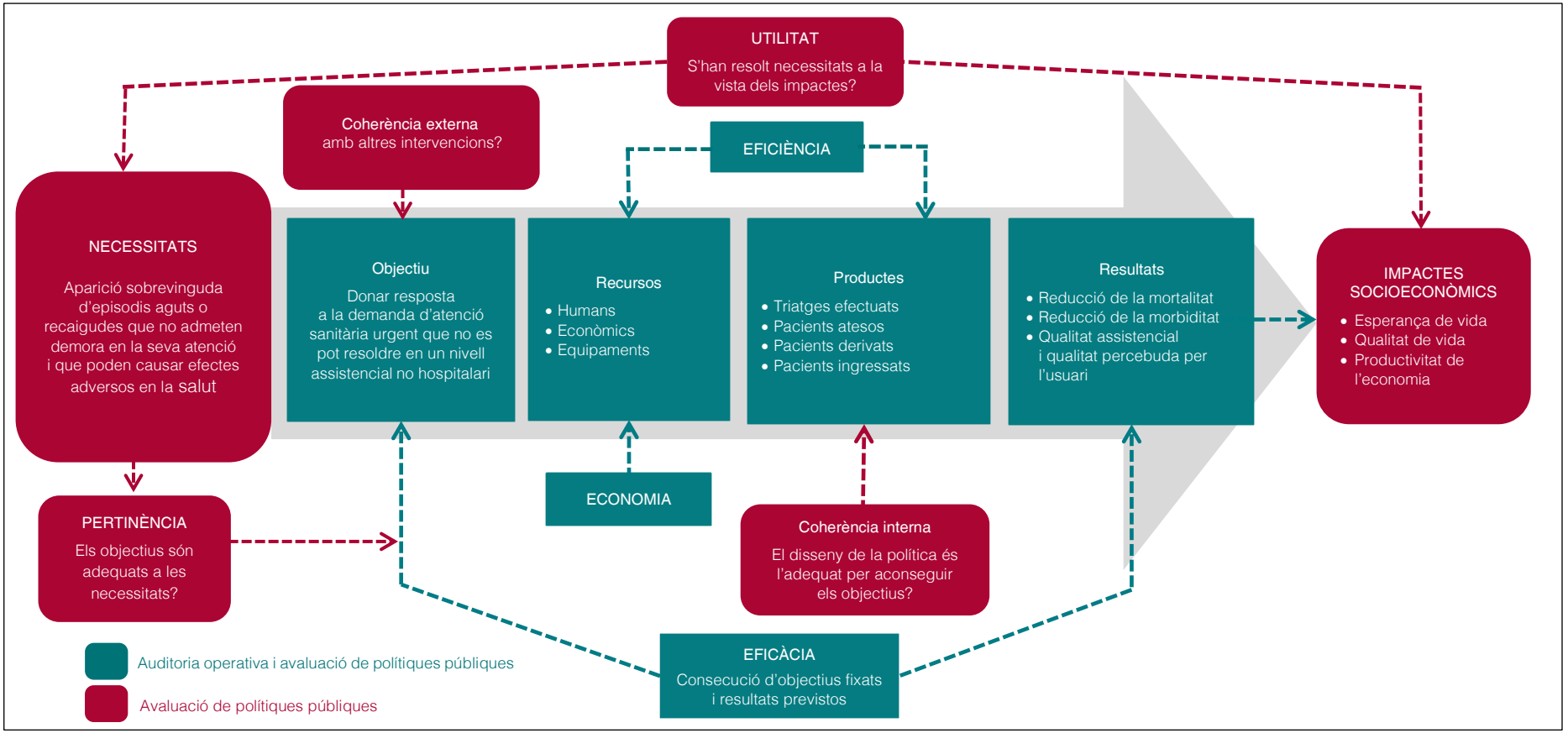
- A l'informe que el Síndic de Greuges va presentar al Parlament l'any 2017, en relació amb les urgències hospitalàries, el Síndic també es va comprometre a fer un seguiment de l'aplicació del Pla nacional d'urgències de Catalunya, però la Sindicatura de Comptes no té constància que aquest seguiment s'hagi produït.

- La pàgina web del Departament de Salut publica l'informe de l'estat de situació de les estratègies executades durant l'any 2022 del Pla de salut de Catalunya 2021-2025, i de forma succinta publica que s'ha iniciat el desplegament del 85% de les accions del Pla de salut de la Regió Sanitària de Barcelona, Àmbit Metropolità Sud. No obstant això, la influència del Pla de salut en els serveis d'urgències és indirecta.

6. ANNEXOS

6.1. ANNEX 1. TEORIA DEL CANVI

Gràfic 5. Activitat d'atenció urgent hospitalària



Font: Elaboració pròpia.

6.2. ANNEX 2. MATRIU DE PLANIFICACIÓ: OBJECTIUS, SUBOBJECTIUS I CRITERIS D'AUDITORIA

Objectius	Subobjectius	Criteris d'auditoria
1. Els instruments de planificació disponibles permeten dimensionar i distribuir els recursos humans sanitaris segons les necessitats assistencials de la població?	1.1. El Govern ha dissenyat un pla estratègic en el qual s'emmarquin l'atenció a les urgències a Catalunya i els agents implicats i s'identifiquin les necessitats d'atenció, i ha informat i involucrat les parts interessades?	- Llei 15/1990, del 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya - PLANUC - Pla estratègic territorial. COUE - Pla de salut - Pla estratègic de l'Hospital de Viladecans. Eina G-Plans - Model d'atenció d'urgències del Departament de Salut - Llei 19/2014, del 29 de desembre, de transparència, accés a la informació pública i bon govern
	1.2. Hi ha un pla funcional d'ordenació de l'estructura de recursos humans i de dimensionament del dispositiu, d'acord amb les previsions del Pla estratègic?	- PLANUC - PORH 2022-2026 de l'ICS - Contracte de gestió de l'ICS 2022 - Retribucions variables direcció per objectius - Hospital Viladecans - Resolució TSF/442/2020, del 16 de gener, sobre especialitats mèdiques amb dèficit de professionals - Articles 12 i 13 de la Llei 55/2003, del 16 de desembre, de l'estatut marc del personal estatutari dels serveis de salut - Llei 44/2003, del 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries
	1.3. L'estructura organitzativa dels dispositius assistencials d'urgències s'adequa a la demanda assistencial del centre, en termes de recursos i organització?	- PLANUC - Protocols interns circuit d'urgències Hospital de Viladecans - Dades de professionals del Servei d'Urgències - Dades d'activitat del Servei d'Urgències - Articles 12 i 13 de la Llei 55/2003, del 16 de desembre, de l'estatut marc del personal estatutari dels serveis de salut

Objectius	Subobjectius	Criteris d'auditoria
	1.4. La prestació del servei s'ha determinat en termes d'economia?	- Article 14 de la Llei de l'ICS - Clàusula d'activitat CatSalut - ICS - Hospital de Viladecans 2019-2022 - Sistema de costos de l'ICS - Comptes anuals de l'ICS, exercici 2022 - Comptes anuals del CatSalut, exercici 2022
2. S'avalua la demanda assistencial urgent, els fluxos en la continuïtat assistencial i la seva coherència amb l'activitat assistencial contractada pel CatSalut?	2.1. El grau d'utilització dels serveis d'urgències i la seva evolució són coherents amb l'activitat prevista pel CatSalut?	- PLANUC - Article 14 de la Llei de l'ICS - Clàusula d'activitat CatSalut - ICS - Hospital de Viladecans 2022 - CMBD-UR 2019-2022
	2.2. L'atenció assistencial es produeix en el nivell assistencial més adequat, en funció del nivell d'urgència? S'han implementat accions correctores per reduir la pressió assistencial al Servei d'Urgències?	- PLANUC (eixos 2 i 4) - Protocols i procediments aprovats per a la continuïtat assistencial
3. S'han dissenyat circuits sobre aspectes operatius i funcionals de la gestió integral del procés assistencial urgent i s'implementen com està previst?	3.1. S'han dissenyat i s'apliquen de manera òptima els protocols específics que regulen el procés assistencial i són adequats a les necessitats d'atenció?	- PLANUC - Instruccions del CatSalut - Protocols i procediments del Servei d'Urgències - Accions de millora dels procediments
	3.2. Hi ha una bona coordinació dels recursos durant el procés assistencial i s'optimitza el temps i el procés de drenatge dels pacients?	- Protocols i procediments interns del procés assistencial d'urgències - Informes i literatura científica - Manual CMBD-UR
	3.3. Es porta a terme el seguiment i l'avaluació de l'atenció urgent a partir de quadres de comandament fiables?	- Manual de codificació del CMBD-UR (any 2019) - Instruccions del CatSalut - PLANUC

Objectius	Subobjectius	Criteris d'auditoria
	3.4. Es dona una resposta adequada a les situacions de necessitat social i vulnerabilitat que presenten els pacients de les urgències hospitalàries?	- PLANUC - Protocols específics per a determinades situacions - Targeta Cuida'm - Consultes a la unitat de treball social - Riscos socials detectats i comunicats a la Direcció
4. S'avalua i es difon el seguiment periòdic de les activitats, del compliment de les instruccions i els estàndards de qualitat i del grau d'assoliment dels objectius?	4.1. S'han establert procediments estandarditzats d'informació al pacient i als seus acompanyants?	- PLANUC - Procediment d'informació a familiars al Servei d'Urgències - Instrucció del CatSalut 03/2004, de 22 de novembre, de reclamacions i suggeriments - Registre de queixes i reclamacions de l'Hospital de Viladecans - Registre central de reclamacions del CatSalut - Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària
	4.2. Quins han estat els resultats obtinguts en relació amb els serveis d'urgències prestats?	- PLANUC - Mòdul d'urgències al MSIQ (Mòdul per al seguiment d'indicadors de qualitat), CatSalut - Enquestes PLAENSA
	4.3. Es fa el seguiment i l'avaluació de les directrius i objectius estratègics i se'n fa difusió?	- PLANUC - Decret 196/2010, del 14 de desembre, del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) - Pla estratègic de l'Hospital de Viladecans - Llei 19/2014, del 29 de desembre, de transparència, accés a la informació pública i bon govern

Font: Elaboració pròpia.

6.3. ANNEX 3. GLOSSARI DE TERMES

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

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

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

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

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

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

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

6.4. ANNEX 4. METODOLOGIA PER AL CÀLCUL D'INDICADORS

A continuació es presenta la metodologia emprada per calcular els indicadors utilitzats en aquest treball de fiscalització. El tractament i l'anàlisi de les dades s'han realitzat mitjançant el programa R.[43]

A) Indicadors de temps

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

Els indicadors de temps i també els respectius criteris d'inclusió de casos estan basats en els indicadors definits al MSIQ del CatSalut, en els indicadors emprats per l'NHS (servei nacional de salut pública del Regne Unit)[44] i en els indicadors proposats a l'informe oficial sobre la transformació de l'atenció urgent a l'NHS,[45] però no són necessàriament coincidents amb cap d'ells. La interpretació que es fa d'aquests indicadors és pròpia de la Sindicatura de Comptes.

Definició i interpretació dels indicadors

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

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

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

- Contactes que arriben amb aturada cardiorespiratòria irreversible.
- Contactes dels quals no consta data o hora de triatge, o són errònies o incongruents amb la data o l'hora d'inici, la data o l'hora d'assistència o la data o l'hora de sortida.

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

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

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

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

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

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

- Contactes que arriben amb aturada cardiorespiratòria irreversible.
- Contactes dels quals no consta data o hora d'assistència, o són errònies o incongruents amb la data o l'hora d'inici, la data o l'hora de triatge o la data o l'hora de sortida.
- Contactes amb derivació posterior al triatge.
- Contactes dels quals no consta que s'hagi fet triatge.

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

Aquest indicador s'interpreta com a mesura de la capacitat de resolució per part dels serveis d'urgències, només condicionada pels recursos propis i la capacitat per fer proves diagnòstiques –com més temps d'espera, menys capacitat de resolució o d'indicació.

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

- Contactes que arriben amb aturada cardiorespiratòria irreversible.
- Contactes dels quals no consta data o hora de fi d'assistència, o són errònies o incongruents amb la data o l'hora d'inici, la data o l'hora de triatge, la data o l'hora d'assistència o la data o l'hora de sortida.
- Contactes amb derivació posterior al triatge.
- Contactes amb alta voluntària, alta administrativa o evasió.
- Èxitus.

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

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

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

B) Taxes brutes i indicadors ajustats

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

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

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

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

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

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

Definició i interpretació dels indicadors

Indicador ajustat d'urgències amb risc vital: relació (ràtio) entre les urgències amb risc vital observades i les urgències amb risc vital esperades segons el model d'ajust.

Aquest model té en compte diferents factors que poden afectar la probabilitat que una urgència presenti un nivell de triatge amb risc vital: el sexe, l'edat, l'estrat de morbiditat, el nivell hospitalari i la classe de patologia diagnosticada.

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

- Contactes que arriben amb aturada cardiorespiratòria irreversible.
- Contactes que abandonen el Servei d'Urgències abans de ser atesos.

Els contactes sobre els quals no consta el nivell de triatge s'han considerat contactes sense risc vital.

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

Indicador ajustat de mortalitat a urgències: relació (ràtio) entre la mortalitat observada i la mortalitat esperada segons el model d'ajust.

Aquest model té en compte diferents factors que poden afectar la probabilitat que un contacte mori al Servei d'Urgències: el sexe, l'edat, l'estrat de morbiditat, el nivell hospitalari, el nivell de triatge i la classe de patologia diagnosticada.

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

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

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

Indicador ajustat de readmissions a urgències en menys de 72 hores: relació (ràtio) entre el nombre observat d'urgències readmeses en un servei d'urgències en un temps inferior a 72 hores i el nombre esperat segons el model d'ajust.

Aquest model té en compte diferents factors que poden afectar la probabilitat que un pacient acudeixi de nou a un servei d'urgències: el sexe, l'edat, l'estrat de morbiditat, el nivell hospitalari, el possible risc vital de la urgència i la classe de patologia diagnosticada.

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

- Contactes que arriben amb aturada cardiorespiratòria irreversible.
- Contactes obstètrics i contactes per accidents.
- Contactes en què no consta el número d'identificació de l'assegurat (NIA).[46]

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

Indicador ajustat de readmissions a urgències en menys de 72 hores i que requereixen ingrés hospitalari: relació (ràtio) entre el nombre observat de pacients d'urgències readmesos en un servei d'urgències en un temps inferior a 72 hores i als quals se'ls fa ingrés, i el nombre esperat d'aquests pacients segons el model d'ajust.

Aquest model té en compte diferents factors que poden afectar la probabilitat que un contacte desisteixi de finalitzar l'assistència al servei d'urgències hospitalàries: el sexe, l'edat, l'estrat de morbiditat, el nivell hospitalari, el possible risc vital de la urgència i la classe de patologia diagnosticada.

Els casos inclosos i exclosos de l'anàlisi són els mateixos que en el cas de l'indicador anterior (indicador ajustat de readmissions a urgències en menys de 72 hores), que s'interpreta de forma anàloga: un valor inferior a la unitat representa un nombre d'ingressos procedents de readmissió observat menor que el nombre esperat, i, per tant, presumiblement, una millor qualitat de l'atenció al dispositiu. En canvi, un indicador més gran que 1 implica que es podrien millorar els circuits i la qualitat de l'atenció per reduir els ingressos procedents de readmissions.

46. Aquests contactes s'exclouen perquè no és possible fer-ne una identificació unívoca. Cal tenir en compte que la readmissió no es produeix necessàriament al servei d'urgències fiscalitzat.

Indicador ajustat d'urgències no finalitzades: relació (ràtio) entre el nombre observat d'urgències no finalitzades i el nombre esperat segons el model d'ajust.

Aquest model té en compte diferents factors que poden afectar la probabilitat que un contacte desisteixi de finalitzar l'assistència al servei d'urgències hospitalàries: el sexe, l'edat, l'estrat de morbiditat, el nivell hospitalari, el nivell de triatge i la classe de patologia diagnosticada.

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

- Contactes que arriben amb aturada cardiorespiratòria irreversible.

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

7. TRÀMIT D'AL·LEGACIONS

D'acord amb la normativa vigent, el projecte d'informe de fiscalització va ser tramès a l'Institut Català de la Salut, a l'Hospital de Viladecans i al Servei Català de la Salut (CatSalut) el 12 de novembre del 2025, per complir el tràmit d'al·legacions.

L'Institut Català de la Salut i el Servei Català de la Salut van demanar una pròrroga per presentar les al·legacions, i el termini es va ampliar fins al 3 de desembre del 2025.

7.1. AL·LEGACIONS REBUDES

Els escrits d'al·legacions presentats i signats per la Sra. Cristina Capdevila Aguilera, gerent de l'Hospital de Viladecans de l'Institut Català de la Salut, i pel Sr. Alfredo Garcia Diaz, director del Servei Català de la Salut, a la Sindicatura de Comptes es reprodueixen a continuació.

Els annexos a què fan referència les al·legacions queden dipositats en els arxius de la Sindicatura.

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

Salut/ Servei Català de la Salut

1. Al·legacions del Catsalut al Projecte d'informe 12/2023-C

Consideracions prèvies

Durant els anys 2022, 2023 i 2024 s'han produït transformacions organitzatives i estructurals de gran rellevància, com ara canvis de direcció, reforç de comandaments intermedis, millores en els circuits de gestió d'ingressos, ampliació d'espais assistencials i incorporació de nous fluxos operatius. Aquests avenços no queden reflectits adequadament en l'informe, atès que el període analitzat és parcialment anterior a la consolidació d'aquestes mesures. La manca de consideració d'aquestes transformacions pot conduir a interpretacions descontextualitzades sobre el funcionament actual del servei.

Resum executiu

El pla territorial d'hivern de l'Àrea de Gestió Assistencial (AGA) Baix Llobregat Litoral - Viladecans va ser aprovat el desembre de 2022, amb les aportacions del servei d'urgències hospitalàries i d'atenció primària del territori, i amb el vist-i plau de la direcció del centre d'aquell any. (Annex 1)

Sobre la coherència interna del servei d'urgències d'un hospital comarcal, com és el cas de l'Hospital de Viladecans, es basa en el treball coordinat amb la resta d'equips d'emergències de proximitat, i en el cas de determinades patologies l'evacuació *c* un centre terciari. En els hospital comarcals que no tenen tots els serveis de guàrdia 24 hores, és freqüent que la distribució de les visites segons el MAT sigui diferent que les visites ateses per l'hospital universitari de Bellvitge (atenció de referència i terciarisme).

El dimensionament dels dispositius de l'atenció primària que donen resposta a l'atenció continuada i urgent es realitza d'acord als criteris PLANUC (criteris d'activitat, poblacionals, accessibilitat, socioeconòmics i de recursos disponibles).

En relació a les urgències que es poden atendre a l'àmbit comunitari, en els darrers anys 2024 i 205, s'han incorporat els professionals del PAC Viladecans al CAP Viladecans (ABS Vialdecans-1) i s'ha posat en marxa el projecte de derivació inversa a CUPA i PAC, i l'equip d'hospitalització a domicili d'atenció intermèdia.

La delimitació de la regió, i dels sectors sanitaris es va actualitzar segons el Decret 116/2023, de 20 de juny, de delimitació de les regions sanitàries i dels sectors sanitaris del Servei Català de la Salut (DOGC núm. 8942, de 22.6.2023). El titular de la direcció de Sector Sanitari també ha canviat des de l'any 2021, en tres ocasions.

Apartat 1.2 Entitat fiscalitzada

Hi ha una errada en el "Quadre 1. Dispositius....", doncs no existeix el PAC Gavà-2. L'atenció continuada i urgent s'ha realitzat en el PAC Gavà, ubicat en el CAP Gavà (ABS Gavà-1).

Conclusions (punt 1) Sobre el COUE i la planificació territorial.

L'informe indica que el COUE "no ha elaborat el pla territorial" ni disposa d'actes de les reunions .

Cal precisar que l'activitat del COUE va existir i es van celebrar reunions el 2023, 2024 i 2025 centrades en l'evolució de les urgències i el PIUC. La manca d'actes no implica absència de treball, sinó dèficits administratius en la formalització documental. La Regió Sanitària ha desenvolupat informació operativa, encara que l'acció 25 del PLANUC (quadre de comandament territorial únic) encara està en desplegament a nivell de país, tal com recull també el Manual del CMBD-UR.

Per tant, l'observació és certa, però cal contextualitzar-la com un repte sistèmic, no específic del territori.

D'altra banda, les principals accions del pla territorial de tot l'àmbit Metropolita Sud a partir de l'any 2019-2020 estan recollits en el document "Resum executiu dels plans d'hivern elaborats pels comitès operatius d'urgències i emergències (COUiE) territorials.

Disponible a :
https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciutadania/urgencies-mediques/planuc/documents/planuc-urgencies-hivem-2019-2020.pdf

Sobre les reunions de l'any 2022, estaven emmarcades a les reunions de seguiment COVID amb els serveis d'urgències hospitalàries i la resta de serveis sanitaris. No van tenir la convocatòria formal amb el títol de "COUE - Seguiment PIUC", però si que es van realitzar reunions amb els serveis d'urgències , el SEM i els representants del territori de forma periòdica per analitzar la desescalada de la pandèmia de la COVID-19, els brots a les residències i les unitats COVID de referència dels diferents centres hospitalaris, i la situació de les unitats UCI dels hospitals amb informació diària que es difonia des de la gerència dea la regió i/o de forma centralitzada.

En el moment d'inici temporada PIUC 2022-2023 o pla d'hivern 2022 (novembre 2022), es va coordinar la realització de PCR a la comunitat (centres cívics i escoles), la campanya de vacunació COVID + GRIP, el seguiment a les residències amb les dades actualitzades de persones positives (treballadors + residents)...

El quadre de comandament comú no era accessible des de tots els dispositius a l'any 2022. Però des de la regió, es feina difusió setmanal a les direccions de centres i als caps de serveis, de la informació amb les comparatives d'activitat de l'any anterior.
També es feia difusió de les previsions de l'evolució de la malalties respiratòries (PIDIRAC), publicades per l'Agència de Salut Pública de Catalunya. Enllaç: https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/vigilancia/pidirac/

Conclusions (punt 3) Sobre el desplegament del PLANUC i la participació dels professionals

L'informe afirma: "Els responsables de la SOCMUE [...] no han participat en el desplegament del Pla [...] ni són coneixedors dels resultats de l'avaluació del PLANUC del 2021."

Cal recordar que la SOCMUE disposa de representació permanent al Consell Assessor del PLANUC, fet que garanteix participació estable en decisions estratègiques. A més, el document de 2021 no és pròpiament una "auditoria", sinó una revisió operativa d'implementació sense indicadors formals. Finalment, els resultats es van compartir amb les regions sanitàries - inclosa Metropolitana Sud - tal com es va fer en el conjunt del territori.

Així mateix, sobre el consens amb les societats científiques (SOCMUE) i els col·legis professionals sobre la gestió infermera de al demanada, adjuntem el procés d'autoregulació i consens de la Gestió Infermera de la Demanada realitzada des del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya (CCIIC) amb la participació d'altres entitats infermeres, entre les quals hi ha l'Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFiCC), les universitats i els proveïdors sanitaris. El procés d'autoregulació no va ser una tasca senzilla i es va fer durant quatre anys, del 2013 al 2016. Es pot consultar a la web del Col·legi d'Infermeria de Barcelona, (Any 2016): https://www.coib.cat/ca-es/actualitat- professional/ordenacio-professional/la-gestio-infermera-de-la-demanda.html

Altes enllaços on es pot obtenir informació relacionada amb aquest projecte:

- Brugués A, Jodar G. Gestió Infermera de la Demanda a Catalunya. La gestió importa. Desembre 2024. Disponible a: https://lagestioimporta.cat/arees/gestio-infermera-de- la-demanda-a-catalunya/

- Millas Ros J, Otegui Recio A, Pérez Gil S, Arzuaga Arambarri MJ, Martínez Eizaguirre JM, Insausti Carretero MJ. Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico?. Aten Primaria , 43 (2011) , págs. 516 – 522

- Acord del Consell de Col·legis d'Infermers i Infermers de Catalunya pel qual s'estableixen directrius per l'exercici de les actuacions infermeres en l'anomenada "Gestió de la demanda". 2013. Disponible: https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib- publish/invar/2033015a-5df7-4875-8d25-8283143b5ffa

- Acord del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya de desenvolupament de les directrius per a l'exercici de les actuacions infermeres en l'anomenada gestió infermera de la demanda. 2016.
  Disponible: https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/58cbf1f5-9c76- 436c-a580-121522b7d81f

- Brugués A, et al. Implantación de la gestión enfermera de la demanda en las entidades proveedoras de servicios de Atención Primaria de Salud de Cataluña. Aten Primaria. 2017. http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.012

- Iglesias B, Ramos F, Serrano B, Fábregas M, Sánchez C, García MJ, et al. A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. J Adv Nurs, 69 (2013), pp. 2446-2457

- Torres-Ricarte M, Crusat-Abello E, Peñuelas-Rodríguez S, Zabaleta-Del-Olmo E. El Nurse-led en la Atención Primaria de Salud: una oportuna y prometedora innovación organizativa. Enferm Clínica. 2015;25(2):87-91. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-138400

- Brugués A, Peris Grao F, Pavón Rodríguez E, Mateo Viladomat J, Gascón Ferret G, Flores Mateo. [Evaluation of nurse demand management in Primary Care]. Aten Primaria, 48 (2016), pp. 159-165

- Orden SAS/1729/2010, de 17 de Junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Disponible: https://www.boe.es/buscar/doc.php2id5BQE-A-2010-10364

Actualment, el Departament de Salut i el Catsalut amb el projecte de "Programació per motius", també promou l'accessibilitat al professional de l'equip d'atenció primària que millor pugui resoldre la petició de la persona. Disponible a: https://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors- professionals/programacio-per-motius/index.html

Conclusions (punt 12)

La planificació dels recursos sanitaris es fa amb una perspectiva territorial i no estrictament municipal. L'atenció continuada i urgent s'organitza segons els criteris establerts pel Pla Nacional d'Urgències de Catalunya (PLANUC). Aquest pla defineix la necessitat de nous dispositius en funció de variables demogràfiques, de volum d'activitat, accessibilitat i mobilitat, treball en xarxa, equitat, sostenibilitat, factors socioeconòmics i la presència d'altres serveis d'urgències propers a la zona, amb l'objectiu de garantir una atenció urgent centrada en la persona i adaptada a les necessitats de salut de la població.

En aquest marc, el CUAP de Castelldefels és el centre de referència per al Baix Llobregat Delta - on s'inclou Viladecans - i es troba a només 6 km del nucli urbà de Viladecans. La seva àrea de cobertura dona servei a prop de 180.000 habitants, fet que no justifica la implantació d'un segon CUAP al territori.

Viladecans, amb una població de 67.230 habitants (RCA 2025), disposa actualment dels següents recursos d'atenció urgent en l'àmbit comunitari, fora de l'horari habitual dels CAP:

- El Punt d'Atenció Continuada (PAC) de Viladecans, al CAP Mas Font, obert dissabtes, diumenges i festius de 8h a 20h.
- El PAC de Gavà, al CAP Gavà (ABS Gavà-1), situat a menys de 2 km del centre de Viladecans, amb el mateix horari.
- El CUAP de Castelldefels, a 6 km, amb servei ininterromput les 24 hores, els 365 dies de l'any.
- L'Hospital de Viladecans, amb el servei d'urgències obertes permanentment.

A més, la ciutadania compta amb els equips d'atenció domiciliària, operatius les 24 hores del dia durant tot l'any, que ofereixen assistència programada i urgent, especialment a persones amb mobilitat reduïda, patologies complexes o en situació de final de vida. Aquesta atenció es coordina amb els equips d'atenció primària i el SEM en casos urgents.

Cal recordar que el telèfon 061 Salut Respon posa a disposició un equip de professionals que poden resoldre consultes de salut, orientar sobre medicació, indicar si cal desplaçar-se a un centre sanitari i quin és el més adequat, o bé activar un equip d'atenció domiciliària quan la persona no es pot desplaçar.

En aquest context, cal destacar que durant el mes d'octubre de 2024 es va iniciar, de manera progressiva, la implementació de la derivació inversa des del Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans cap al CUAP Castelldefels, amb una acollida positiva i resultats satisfactoris. Amb l'objectiu de continuar millorant l'adequació dels recursos sanitaris i optimitzar l'ús dels diferents dispositius d'atenció urgent disponibles al territori, s'ha ampliat aquest circuit incorporant també la derivació inversa cap als Punts d'Atenció Continuada (PAC), per a aquells pacients amb patologia lleu i estable, sempre que compleixin criteris clínics i logístics específics.

La derivació inversa és, de fet, una estratègia de gestió territorial que demostra que amb els recursos actuals es pot donar resposta adequada a les necessitats de la població.

- Optimització de recursos existents:
  - El circuit de derivació inversa assegura que els pacients amb patologia lleu no saturin les urgències hospitalàries ni el CUAP, sinó que siguin atesos als PAC, que són el dispositiu més adient.
  - Això evita la necessitat de duplicar serveis amb un nou CUAP.

- Reducció de temps d'espera:
  - En derivar els casos de baixa complexitat, es descongestiona el CUAP de Castelldefels i les urgències hospitalàries, millorant l'atenció dels casos més greus.
  - Es garanteix que els pacients amb nivells MAT IV i V siguin atesos amb rapidesa i seguretat.
- Coordinació territorial
  - El sistema funciona en xarxa: hospital, CUAP i PAC treballen coordinadament.
  - Això reforça la idea que no cal multiplicar dispositius, sinó treballar de manera complementària i coordinada.
- Educació sanitària i ús adequat dels serveis
  - El circuit fomenta que la ciutadania utilitzi cada dispositiu segons grau de gravetat.
- Eficiència i sostenibilitat
  - Crear un nou CUAP comportaria una despesa elevada i duplicació de serveis.
  - La derivació inversa és una solució eficient i sostenible, ja que aprofita els recursos existents i els adapta a les necessitats reals.

Conclusions (punt 19). Divergències entre les dades de l'ICS i les del CatSalut

L'informe destaca discrepàncies entre les dades internes (ICS) i les dades del CMBD-UR. Aquestes diferències no responen a errors de funcionament, sinó a l'aplicació de criteris d'inclusió i exclusió diferents, així com a divergències en la lògica de tancament dels episodis, la validació i la gestió d'errors o registres incomplets. El CMBD-UR opera sota definicions estrictes i protocols de validació exhaustius —tal com estableix el Manual de Notificació 2019— i és esperable que aquestes metodologies, més restrictives, generin variacions respecte als sistemes d'informació interns.

Cal remarcar que des del PLANUC s'està duent a terme una revisió específica i sistemàtica d'algunes variables del CMBD-UR amb l'objectiu d'homogeneïtzar criteris, millorar-ne la consistència i reduir les discrepàncies detectades entre fonts. Aquesta revisió —que inclou l'actualització conceptual del Manual de Notificació— permetrà establir definicions més alineades entre els sistemes i reforçar la robustesa del registre.

Tot i la presència d'aquestes diferències, la monitorització de l'activitat i la capacitat de seguiment operatiu no queden compromeses en cap moment.

Conclusions. Apartat sobre "Es dona una resposta adequada a les situacions de necessitat social i vulnerabilitat que presenten els pacients de les urgències hospitalàries"

A l'any 2022, no s'havien actualitzat els protocols per l'atenció al pacient oncològic ni per les persones amb problemes de salut mental. Tot i que les incidències en l'atenció d'aquests pacients es tractaven entre els membres referents d'aquests serveis que participaven en el COUE (Institut Català D'oncologia- ICO i serveis del CSMA I CSMIJ del territori, gestionats per PSSJD-Sant Boi). Per incrementar la seguretat i la qualitat de l'atenció s'està treballant en la millora continua d'aquests protocols.

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

L'afirmació segons la qual ni el CatSalut ni l'Hospital de Viladecans han establert un sistema d'avaluació, seguiment o difusió de la qualitat de l'activitat urgent requereix ser matisada. Cal tenir present que el Pla nacional d'urgències de Catalunya (PLANUC) no defineix un sistema propi d'indicadors —ni metodologia d'avaluació, terminis o requisits de publicitat específics— perquè l'avaluació del procés urgent es fonamenta en els sistemes estandarditzats del SISCaT, comuns a tots els dispositius. Així, els indicadors de qualitat urgent provenen de fonts oficials consolidades com el CMBD-UR, els indicadors estàndards de qualitat assistencial, els temps d'espera i triatge, o la Central de Resultats, que constitueixen el marc operatiu vigent i homogeni a tot el territori.

És important remarcar que, tot i aquesta estructura metodològica, el PLANUC sí que fa seguiment i avaluació dels serveis d'urgències, i ho fa justament a partir d'aquests sistemes de registre integrats. A més, el Pla desplega un mecanisme formal d'avaluació mitjançant indicadors amb contraprestació econòmica (pagament per resultats), que actuen com a eina directa de control, seguiment i millora de la qualitat assistencial urgent.

En aquest context, la tasca de seguiment i avaluació existeix i és activa, recolzada en sistemes robustos i en incentius econòmics vinculats als resultats.

Conclusions (punt 24)

A l'any 2022, no es podia registrar el servei hospitalari a qui s'adreçava la reclamació. El CatSalut, implementarà, durant el primer trimestre de l'any 2026, millores en el registre de reclamacions , unes vinculades a la renovació dels sistemes informàtics i aplicatius i altres en la classificació i recollida d'informació de les reclamacions. D'altra banda, el resultats de les enquestes de satisfacció PLAENSA, dels serveis d'urgències hospitalaris, en el cas de Hospital de Viladecans, mostren una millora en la comparació de l'any 2022 a l'any 2025. https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/instruments-relacio/valoracio- serveis-atencio-salut/enquestes-satisfaccio/estudis-realitzats/

Conclusions (punt 25). Sobre la relació entre temps d'estada i mortalitat i estimacions de mortalitat atribuïble a les demores

L'informe utilitza estudis externs que assenyalen una associació entre l'augment del temps de permanència a urgències i increments de mortalitat, i arriba a quantificar un nombre de defuncions "addicionals" que hipotèticament s'haurien pogut evitar (pàgina 76-77). Tot i reconèixer el valor de la literatura científica, pot no ser metodològicament correcte extrapolar conclusions d'estudis realitzats en contextos clínics, estructurals i poblacionals diferents a la realitat concreta d'un hospital com Viladecans. Les característiques de la població atesa, la complexitat de la casuística, els protocols assistencials, els recursos disponibles i l'organització interna del servei condicionen els resultats clínics i poden impedir atribuir directament un nombre concret de defuncions a un temps determinat d'espera. La realitat de cada servei d'urgències és única i, com assenyala el PLANUC, requereix un abordatge territorialitzat i integrat. Per tot això, resulta més adequat utilitzar models propis ajustats a severitat, dades històriques de l'hospital, comparatives amb centres de característiques equivalents i indicadors validats conjuntament amb CatSalut, evitant interpretacions que podrien simplificar en excés una realitat assistencial complexa.

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

El procediment de derivació des del servei d'urgències a altre centre hospitalari es realitza a través de la "Taula interhospitalària del SEM". Els caps de guàrdia, per deferència professional, parlen dels cas entre els diferents serveis d'urgències, però és el SEM qui recull la petició del centre d'origen i avalua el trasllat al centre on hi ha disponibilitat de llits de crítics- UCI o el servei de referència que necessita el pacient (neurocirurgia, cremats, llit UCI..). El SEM vetlla per l'aplicació dels criteris i no és responsabilitat individual del centre d'origen el consens de criteris amb el centre de destí. No obstant, com recull l'informe, existeix possibilitat de millora en la resposta de la situació final del pacient, un cop ha arribat al centre de destí.

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

Consideracions generals:

En primer lloc, cal tenir en compte que l'informe avalua l'activitat i funcionament del servei d'urgències al 2022. Al juny del 2024 es va obrir el Nou Hospital de Viladecans i durant els anys enrere es va estar treballant per assegurar la cartera de serveis del

centre i ampliar-la segons les necessitats del Nou Hospital assegurant la qualitat assistencial. L'organització d'un pla de trasllat estructural i amb seguretat para els pacients es va fer a totes les àrees i per suposat també al Servei d'Urgències.

Es van treballar tots els processos amb visió LEAN des de la Unitat de processos Hospital de Bellvitge-Hospital de Viladecans i es va mapejar tot el procés d'urgències sota un value stream map i es van modificar mols circuits, protocols i documents assistencials.

Per tant, potser seria útil poder realitzar una avaluació de les accions realitzades, perquè s'avalua una situació que no està vinculada amb la situació actual del servei ni de l'hospital.

Els temps d'assistència, la qualitat percebuda i el sentiment de permanència han millorat progressivament des de el juny 2024, quan es realitza un canvi en la ubicació del Servei. També l'avaluació del PLAENSA del 2024 és molt significativament millor que la del 2023 i 2022

Per tant, volem aportar documentació i argumentaris sòlids punt per punt a la valoració realitzada.

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

El Servei d'Urgències disposa d'un pla funcional de recursos humans i d'avaluació de competències dels professionals, però l'any 2022 els reptes estratègics de l'ordenació dels recursos humans pretesos al PLANUC eren susceptibles de millora, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.1.2):

1. *Els reptes estratègics definits a l'eix 9è del PLANUC, orientats a potenciar el desenvolupament dels professionals que presten l'atenció urgent de qualitat, els va assolir parcialment el Servei d'Urgències. Cap autoritat sanitària ha definit ràtios estàndards de professionals que tinguin en compte el volum d'activitat i l'estructura on es desenvolupa l'activitat. No s'han consensuat amb els col·legis professionals i les societats científiques els protocols d'actuació dels professionals, ni tampoc han estat validats per l'autoritat sanitària. L'any 2022 no s'havia desenvolupat l'especialitat de medicina d'urgències i emergències, que ha estat aprovada el juliol del 2024, ni l'especialitat d'infermeria d'urgències i emergències, que està pendent d'aprovació.*

   D'altra banda, la manca de definició explícita de responsabilitats i de planificació de les plantilles pot afectar directament la seva adequació, així com l'optimització de recursos i la qualitat de l'activitat.

   Al·legació: Remarcar que els elements del punt 1, no formen part de l'àmbit organitzatiu de l'hospital, que ha anat adaptant els seus processos a mesura que els instruments normatius i professionals s'han anat desplegant.

   D'altra banda, cal precisar que l'Hospital sí disposa d'una planificació formal de les seves plantilles, revisada i supervisada per la Direcció, que s'adequa a les necessitats assistencials reals i que s'alinea amb els criteris establerts, en aquell moment amb el II Acord de condicions de treball del personal estatutari de l'ICS, que fixa els

paràmetres de jornada, cobertura i planificació operativa. Així mateix, al Pla d'ordenació de Recursos Humans de l'Hospital, s'inclou una distribució clara de responsabilitats, circuits d'escalat i rols operatius, revisats i actualitzats en el marc de la gestió per competències.

2. *L'elevada temporalitat contractual de la plantilla és un aspecte estructural que mostra el Pla d'ordenació de recursos humans (PORH) de l'ICS del període 2022-2026. La plantilla interina i temporal del Servei d'Urgències representava prop del 80% l'any 2022.*

   Al·legació: Aquesta situació ha estat parcialment resolta amb la implementació del Pla d'estabilització del personal de l'ICS, derivat de la normativa estatal per a la reducció de la temporalitat en l'ocupació pública. En el moment de l'avaluació, el procés d'estabilització encara estava pendent de desplegament, però posteriorment s'ha dut a terme: resolució de convocatòries de concurs i concurs-oposició, adjudicació de places estructurals i reducció significativa del volum de contractació temporal i la consolidació de professionals amb la voluntat de garantir estabilitat, continuïtat assistencial i fidelització del talent.

   En conseqüència, la temporalitat del 2022 responia a un context conjuntural.

3. *El Servei d'Urgències ha elaborat un protocol de "triatge avançat" i un procediment de "gestió infermera de la demanda", sobre la base dels quals els professionals assumeixen responsabilitats i adquireixen determinades competències sense el consens dels col·legis professionals (metges i infermeria) i les societats científiques, i validats per l'autoritat sanitària, en el sentit que indica l'acció 29 del PLANUC.*

   El procediment "gestió infermera de la demanda" no indica cap marc legal de l'actuació, el qual s'ha de sustentar en pactes interprofessionals en espais competencials compartits, tal com preveu l'exposició de motius de la Llei 44/2003, del 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries.

   El protocol de "triatge avançat" no defineix un sistema d'acreditació i certificació de la delegació de tasques i competències a desenvolupar per a l'exercici de les actuacions infermeres per delegació dels professionals facultatius, com requereix l'article 9 de la Llei 44/2003.

   Al·legació: En relació a la Gestió Infermera de la Demanda Aguda (GIDA) es va facilitar el document Procediment de la Gestió Infermera de la Demanda Aguda a Urgències (GIDA) (URG-PCM207), en el qual consta com a Bibliografia:

   ✓ Vara Ortiz, M. and Fabrellas Padrés, N. (2019). Análisis de concepto: gestión enfermera de la demanda. Atención Primaria, (51(4), pp.230---235.
   ✓ Brugués Brugués, A., Peris Grao, A., Pavón Rodríguez, F., Mateo Viladomat, E. and Gascón Ferret, J. (2016). Evaluación de la gestión enfermera de la demanda en atención primaria. Atención Primaria, (48(3), pp.159---165.
   ✓ Evangelista, F., García Barbero, E. and Vega Gutiérrez, R. (2015). Implantación de una consulta de enfermería para la gestión de la demanda urgente en un centro de atención primaria. REVISTA IBEROAMERICANA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA, (5(2), pp.48-57.

Adjuntem per consultar documentació (acord/resolució) del Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya.

L'estructura organitzativa dels dispositius assistencials d'urgències s'adequa a la demanda assistencial del centre en termes de recursos i organització?

La dotació de recursos del Servei d'Urgències no és del tot coherent amb la demanda assistencial, alhora que algunes dinàmiques dels processos poden ser susceptibles d'optimització, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.1.3):

4. *El nombre d'urgències ateses al Servei d'Urgències l'any 2022 és similar al del 2019 immediatament abans de la pandèmia de la covid-19, mentre que la plantilla de personal assignada al Servei d'Urgències es va incrementar en un 14,4% en el mateix període. D'altra banda, el nombre d'urgències ateses és similar tots els dies de la setmana, malgrat que la dotació de personal facultatiu en dies laborables va ser significativament més elevada que els caps de setmana.*

   Al·legació: El III Acord de l'ICS i l'Estatut Marc dels treballadors defineix uns criteris per la jornada d'atenció continuada que inclou els horaris de tarda (a partir de les 15:30h fins les 8:00h els dies feiners i les 24h dels caps de setmana i festius). Els professionals estructurals es regulen per aquesta normativa legal i fan jornades de matí i tarda. La resta de professionals fan cobertura de l'horari d'atenció continuada aquesta cobertura es igual tant les nits com els caps de setmana i s'ajusta a aquesta normativa.

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

L'atenció urgent al dispositiu avaluat presenta un grau elevat de sobrecobertura. En aquest sentit, l'Hospital de Viladecans no havia implementat, l'any 2022, algunes de les mesures previstes per reduir la pressió assistencial a urgències, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.2.2):

5. *Hi ha una manca important d'adequació de la demanda d'atenció urgent al dispositiu d'urgències de l'Hospital de Viladecans. El nombre de casos poc (o gens) urgents, sense risc vital, atesos a l'Hospital de Viladecans l'any 2022 va ser superior al que s'esperaria tenint en compte el nivell de l'hospital i les característiques dels pacients. Aquests casos, en bona mesura, podrien haver estat atesos i resolts en dispositius de la xarxa d'atenció primària. Alguns factors atribuïbles al proveïdor expliquen la inadequació de la demanda: la implementació de la resolució infermera i, molt especialment, la falta d'un protocol de derivació inversa consensuat amb l'atenció primària. D'altra banda, l'absència de CUAP al municipi de Viladecans desvia la demanda d'atenció urgent cap al dispositiu hospitalari fora de l'horari d'atenció habitual de l'atenció primària.*

   Al·legació: Amb l'objectiu d'optimitzar la gestió de l'atenció urgent i millorar la coordinació entre dispositius, a l'Hospital es disposa del Protocol de derivació inversa: des del SU de l'Hospital als Centres d'Urgències d'Atenció Primària (CUAP Castelldefels) (URG-PRT216). A l'any 2022 quan es va fer aquesta auditoria aquest protocol restava en fase d'anàlisis, establir acords de derivació i con-

sens. Actualment, a més, hem començat una nova DI als dispositius de PAC els caps de setmana i festius tant de Viladecans com de Gavà i en un futur, la derivació directa al seu CAP amb cita amb els seu MFyC mitjançant la derivació SAP-eCAP amb el sistema "e-CAP receptor". **Adjuntem** protocol esmentat.

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

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

6. *L'organització del treball no està prou definida en el procediment de gestió de la demanda, atès que estableix la composició d'equips però no desenvolupa les funcions, la distribució de tasques, el temps de dedicació, les càrregues de treball i la coordinació dels professionals en funció de l'activitat del Servei d'Urgències.*

   Al·legació: S'adjunten les DLT de tots els professionals (Pla funcional d'Urgències). Si l'anàlisi es refereix a un diagrama seqüencial per minuts de les tasques a desenvolupar, és cert que no els disposem però considerem que al ser el servei d'urgències un servei "viu i canviant" no podem posar per escrit i per franges horàries els que farà cada professionals sinó de manera global quines son els tasques i responsabilitats de cadascú, quedant per tant, definides i clarament aclarides. **Adjuntem** el pla esmentat.

7. *Els circuits de gestió i coordinació rellevants per facilitar la continuïtat assistencial dels pacients atesos al Servei d'Urgències, com ara els circuits que afecten els ingressos en una unitat d'hospitalització de l'Hospital de Viladecans o les derivacions a altres hospitals, no tenen protocols consensuats, o bé aquests protocols no estan prou definits.*

   Al·legació: Amb l'objectiu d'identificar i detallar els requisits de suport assistencial extern que es requereixen i vetllar per la integració entre nivells assistencials i la coordinació entre els diferents professionals es disposa de la Guia de coordinació assistencial (CLI-GUI-017). El document s'estava treballant en el període focus d'auditoria, i és actualment vigent a la organització. **S'adjunta.**

8. *No es calculen els indicadors de temps d'espera de les proves diagnòstiques i demores d'ingressos hospitalaris que preveu el protocol de sol·licitud de les proves, ni se'n fa el seguiment, per la qual cosa no pot impulsar les mesures correctores necessàries.*

   Al·legació: Sí disposem a BO dels indicadors dels temps d'espera a urgències i dels ingressos hospitalaris i es fa seguiment al morning diari on es poden prendre les mesures necessàries, si escau. **S'adjunta captura.**

És cert que no disposem d'un quadre de comandament específic dels temps de resposta de les proves diagnòstiques però no impacten els temps global de l'assistència. Ho implementarem com acció de millora.

9. *El procediment de la "gestió infermera de la demanda" –implementat perquè personal infermer pugui donar resposta a l'increment de demanda per problemes de salut no urgents, lesions menors o demandes inadequades– podria estar desplaçant al Servei d'Urgències una part de la demanda que, per la seva baixa complexitat, hauria de ser atesa als dispositius d'atenció primària. Això s'allunya de l'objectiu de l'acció 3 del PLANUC, que pretén que l'atenció primària sigui clau en la resolució de les urgències de baixa i mitjana complexitat, i, per tant, els serveis d'urgències hospitalàries s'orientin a situacions de risc vital.*

   Quan les actuacions del Servei d'Urgències s'allunyen de les directrius del PLANUC, esdevenen incoherents amb l'ordenació de l'activitat urgent per part del CatSalut, llevat que les característiques territorials justifiquin les actuacions.

   Al·legació: El procediment de la "gestió infermera de la demanda" –implementat perquè personal infermer pugui donar resposta a l'increment de demanda per problemes de salut no urgents, lesions menors o demandes inadequades– NO desplaça al Servei d'Urgències una part de la demanda que, per la seva baixa complexitat, hauria de ser atesa als dispositius d'atenció primària sinó que dona resposta a les necessitats del territori amb la situació que té el territori (només un CUAP a la ciutat de Castelldefels).

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

Hi ha marge de millora pel que fa a l'eficiència del procés assistencial i de drenatge de *pacients al Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.3.2):*

10. *S'han evidenciat certs problemes de drenatge dels pacients amb indicació d'ingrés al mateix hospital i, en menor mesura, dels pacients que han de ser derivats a altres centres (residències, sociosanitaris i centres de salut mental). Per als pacients urgents que van acabar ingressant a l'hospital l'any 2022, el procés de drenatge va incrementar en aproximadament un 28% el temps total de permanència al Servei d'Urgències. Aquest fet, en combinació amb una dilatada demora en la decisió sobre el pacient (alta del Servei d'Urgències), va fer que el 50% dels pacients que van ingressar a l'hospital romanguessin més de 480 minuts (8 hores) al Servei d'Urgències, molt per sobre del que seria recomanable d'acord amb les recomanacions i estàndards internacionals.*

    Al·legació: Amb l'objectiu d'identificar i detallar els requisits de suport assistencial extern que es requereixen i vetllar per la integració entre nivells assistencials i la coordinació entre els diferents professionals es disposa de la Guia de coordinació assistencial (CLI-GUI-017). El document s'estava treballant en el període focus d'auditoria, i és actualment vigent a la organització. S'adjunta.

Es porta a terme el seguiment i l'avaluació de l'atenció urgent a partir de quadres de comandament fiables?

No hi ha un marc homogeni d'informació per al càlcul i el seguiment dels indicadors associats a l'atenció urgent. Alhora, les deficiències detectades en el registre o en la notificació de la informació al CatSalut debiliten la fiabilitat de determinats indicadors, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.3.3):

    Al·legació: Desconeixem si es va consultar o no però posem a disposició el quadre de comandament BO on estén reflectits tots els indicadors del servei d'urgències (veure quadre del BO ja adjuntat, si s'obren cadascun dels indicadors s'obté informació més detallada, com el quadre de comandament -QC- global). Quadre BO ja adjuntat i QC s'adjunta.

11. *La Sindicatura ha comprovat que la informació notificada al CMBD-UR, relativa als contactes urgents atesos a l'Hospital de Viladecans, no sempre coincideix amb la que consta als sistemes d'informació de l'ICS, amb la implicació que els mateixos indicadors es calculen emprant dades diferents als quadres de comandament respectius, especialment en el cas dels indicadors de temps. L'ICS va analitzar l'origen d'algunes d'aquestes discrepàncies l'any 2024, però la Sindicatura no té constància que hagi implementat mesures correctores.*

12. *L'anàlisi de les dades del CMBD-UR efectuada per la Sindicatura revela que la manca de fiabilitat de determinats indicadors de temps s'accentua en el cas de l'Hospital de Viladecans. En particular, s'ha detectat un patró anòmal pel que fa al registre de l'inici d'assistència al pacient. Aquesta incidència és coneguda almenys des de l'any 2021 tant pel centre corporatiu de l'ICS com pel responsable*

d'aquest registre a l'Hospital de Viladecans, sense que s'hagin implementat les mesures correctores del circuit assistencial adients per corregir-la i no desvirtuar els indicadors de temps.

Al·legació: Respecte al temps entre el triatge i l'inici de l'assistència anormalment baix, respecte a la resta de proveïdors, vàrem detectar una incidència en el procediment de triatge que provocava aquesta circumstància:

• Al disposar de 2 boxes de triatge, la infermera de triatge assignava el pacient a ella mateixa abans de finalitzar el triatge per tal d'avisar a la companya de l'altre box que el pacient ja estava sent triat. Vàrem detectar que aquesta acció iniciava l'assistència a nivell de SAP, i per això els temps en alguns casos sortien negatius.
• Com al CMBD-UR no poden sortir temps negatius, el mateix sistema abans d'enviar les dades igualava el temps de triatge amb el temps d'assistència i per això sortia un temps tant baix.
• Ens consta que per la nit, al només funcionar un box de triatge, en molts cassos no es feia aquesta assignació.
Actualment ja no es fa aquesta assignació.

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

Els circuits assistencials dissenyats preveuen l'atenció de diverses situacions específiques o de fragilitat, però hi ha altres casos també subsidiaris d'atencions de necessitat social i vulnerabilitat, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.3.4):

13. *Un dels motius de manca d'equitat en l'accés als serveis assistencials és la manca d'informació o de coneixement sobre com utilitzar adequadament els recursos de cobertura universal. Les persones en situació de pobresa, necessitat social i vulnerabilitat presenten sovint carències en aquest sentit, fet que desequilibra de manera injusta la seva capacitat de convertir els recursos en benestar. En aquest sentit, l'Hospital de Viladecans no comptava amb un protocol d'abast general per detectar i tractar situacions de necessitat social i vulnerabilitat (oncologia, salut mental, dificultats de mobilitat, problemes cognitius, visuals, auditius, etc.).*

Al·legació: És cert que al moment de l'auditoria no estava inclòs dins del pla funcional del servei l'actuació davant de pacients en situació de vulnerabilitat, circumstància que no exclou que dita assistència s'estava fent. No obstant, les interconsultes a treball social es feien per telèfon per això el baix nombre de interconsultes registrades de les que es disposa en aquell període. Actualment, el nou Pla funcional si que ho inclou i les interconsultes es fan mitjançant el sistema SAP i el nombre de les registrades es molt coherent amb la realitat de les persones en situació e vulnerabilitat que s'atenen. Adjuntem Pla funcional i N de interconsultes a treball social. S'adjunten.

			2022	2023	2024	2025
MEDICINA D'URGENCIES	TREBALL SOCIAL	AD00003	6	9	16	24
MEDICINA D'URGENCIES	TREBALL SOCIAL	AD00060	19	39	31	40

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

La Sindicatura ha avaluat 3 dimensions relatives als resultats del dispositiu d'urgències amb relació als serveis que va prestar l'any 2022: el marge de millora en termes de guanys en salut, la qualitat assistencial i del servei, i la qualitat de l'atenció percebuda per l'usuari. De l'anàlisi se'n desprèn que hi ha possibilitats de millora en totes les dimensions, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.4.2):

14. *A partir del indicadors de temps apuntats a la conclusió número 18 i de l'evidència científica disponible, la Sindicatura conclou que l'Hospital de Viladecans podria assolir reduccions addicionals de la morbiditat i de la mortalitat si aconseguís disminuir el temps de permanència al Servei d'Urgències dels pacients que requereixen ingrés hospitalari, especialment mitjançant la reducció del temps d'espera entre l'alta d'urgències i l'ingrés a planta.*

    Al·legació: Com vàrem comentar, l'anàlisi quantitatiu i qualitatiu de la mortalitat al centre, inclòs el S. Urgències, no evidencia aquesta conclusió. Com vàrem comentar, l'anàlisi quantitatiu i qualitatiu de la mortalitat al centre, inclòs el S. Urgències, no evidencia aquesta conclusió. Com a dades:

    • Al CMBD d'Urgències 2022 surten 4861 pacients d'Urgències que acaben en ingrés hospitalari, dels quals 2362 (48,5%) varen estar mes de 8 hores, de promig els pacients ingressats (4861) varen estar 10,2 hores en un episodi d'urgències abans de l'ingrés, la mediana es situa en 7,8 hores, això vol dir que mes de la meitat estan per sota d'aquest valor.

    • A part d'això l'anàlisi de l'IMAR (Índex de Mortalitat Ajustat per Risc –IAMETRICS-) indica clarament que el nombre de defuncions observades en el període, per les altes amb admissió urgent, està molt per sota de l'esperat per la tipologia dels pacients i les característiques de l'hospital.

Periodo actual	01-2022 .. 12-2022
Periodo norma	01-2021 .. 12-2021
Periodo anterior	01-2021 .. 12-2021

Todos los módulos > Mortalidad > Mortalidad ajustada por riesgo, por tipo de proceso

Todas las dimensiones > Todos los centros > Global Hospital

Mortalidad ajustada por riesgo por tipo de proceso

Admisión	Defunciones Observadas	Defunciones Esperadas	Contribución	IMAR	Var.IMAR	Defunciones evaluadas
Urgente	243	316,4	-73,4	0,7679	▼ -0,0627	78,90%
Programado	3	9,5	-6,5	0,3142	▼ -0,1649	60,00%
	246	**326,0**	**-80,0**	**0,7546**	▼ **-0,0596**	**78,59%**

En base a aquestes dades podem concloure que no s'observa que hi hagi una correlació directa entre l'estada dels pacients a urgències i un increment de la mortalitat.

16. *L'any 2022 els resultats del Pla d'enquestes de percepció, experiència i satisfacció dels usuaris del Servei Català de la Salut (PLAENSA) pel que fa al Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans va obtenir una valoració global mitjana de 7,15 sobre 10, lleugerament per sota de la valoració obtinguda l'any 2019 (7,38). No difereixen dels resultats del conjunt de Catalunya (6,81 l'any 2022 i 7,45 l'any 2019).*

Sense diferir de la mitjana de Catalunya, la percepció de qualitat dels usuaris enquestats és molt millorable en aspectes com l'interès mostrat pels professionals durant el temps d'espera o el fet que no se'ls va demanar permís per informar els familiars. Aquesta percepció dels usuaris està alineada amb les reclamacions que es van presentar.

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

Al·legació: L'anàlisi de les reclamacions es feia amb l'anàlisi de les mateixes en reunions mensuals amb la Direcció Assistencial (DA). Anualment reben els resultats del PLAENSA i trimestralment es fan reunions amb el Servei d'urgències i la DA per establir accions de millora dels resultats.

Aquest 2025 (gener) es va posar en marxa a l'Hospital el Net Promoter Score (NPS), un indicador àmpliament utilitzat en diverses indústries per mesurar el nivell de satisfacció i lleialtat dels clients. Al sector salut, la seva importància és encara major, ja que permet avaluar la qualitat del servei des de la perspectiva dels qui més importen: els nostres pacients.

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

Ni el CatSalut ni l'Hospital de Viladecans han establert un sistema d'avaluació, seguiment i difusió de la qualitat de l'activitat urgent, i no han consensuat llindars d'assoliment d'objectius, o els que hi ha són insuficients. En aquest sentit, la normativa de transparència posa en relleu els principis de transparència, accés a la informació i bon govern com a principis bàsics que permeten avaluar la qualitat democràtica del funcionament de les administracions públiques.

Al·legació: CatSalut proposa indicadors anuals. Els indicadors establerts per a serveis d'atenció urgent es defineixen amb una estructura rigorosa i detallada. Cadascun d'aquests indicadors inclou una descripció precisa de l'objectiu, el tipus d'atenció (en aquest cas, especialitzada), i les unitats proveïdores afectades. La definició específica i mesurable de l'indicador per avaluar-ne l'assoliment de manera clara i objectiva, contribuint a una millora significativa en l'eficiència del servei.

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

La següent 'fitxa' de l'indicador és un exemple però disposem de més que resten a disposició pública per a les parts implicades

Salut/Servei Català de la Salut Generalitat de Catalunya

Codi Objectiu: PLANUC-AE04
Any: 2024

FITXA DESCRIPTIVA DE L'OBJECTIU

DEFINICIÓ DE L'OBJECTIU

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

LÍNIA - SUBLÍNIA ASSISTENCIAL:
Atenció especialitzada--

TIPUS D'OBJECTIU:
1.Objectius de línia assistencial

OBJECTIU CPR:
Objectius vinculats a la CPR

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

OBJECTIU UNITAT PROPOSANT:
85%

DEFINICIÓ DE L'INDICADOR

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

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

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

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

VALORACIÓ CONDICIONADA:
--

Pàgina 30. Punt 18 "( ) ....el 50% dels pacients que van ingressar a l'hospital romanguessin més de 480 minuts (8 hores) al servei d'Urgències, molt per sobre del que seria recomanable d'acord amb les recomanacions i estàndards internacionals".

Aquesta informació està basada en un que cal interpretar en el seu context, diferent al nostre, ja la organització sanitària del país és diferent). Caldria revisar-lo i revisar el sistema sanitari del país on s'ha fet, diferent al nostre. Malgrat que la nostra realitat, (que el pacient, un cop demanat el llit d'hospitalització romangui més de 8 hores al Servei d'Urgències) no sigui la recomanable, cal tenir present que el temps total des

de l'admissió del pacient fins que ingressa (inclòs el temps diagnòstic i terapèutica a urgències) és el següent:

		2022	2023	2024	2025
INGRES A L'HOSPITAL	Urgències Ingressades	4.858	5.073	5.530	5.225
	Hores entrada-sortida episodi Urgències	8,05	7,17	7,33	7,04

El CatSalut monitoritza el temps de pacients amb ingrés demanat que estan més de 24h a Urgències, com un indicador de seguiment per a establir millores, i els temps del nostre centre s'allunyen de les 24h per l'ingrés, de manera que no associen a major morbimortalitat. En aquest sentit, la mortalitat al centre és molt baixa, com s'observa en les dades que es van adjuntar darrerament. Agrairíem, si us plau, la retirada de tots els comentaris relacionats amb aquest aspecte."

7.2. TRACTAMENT DE LES AL·LEGACIONS

Les al·legacions formulades han estat analitzades i valorades per la Sindicatura de Comptes. Com a conseqüència de les al·legacions presentades s'han modificat o introduït aclariments en les observacions incloses en el resum executiu i en els apartats 1.2 i 5.3.3 de l'informe. Aquests canvis han motivat també un aclariment al text de les Conclusions 1, 20 i 25 del projecte d'informe.

La resta del text del projecte d'informe no s'ha alterat perquè s'entén que les al·legacions trameses són explicacions que confirmen la situació descrita, perquè es fonamenten en documentació addicional aportada que no acredita ni modifica les observacions de l'informe, o perquè fan referència a fets posteriors a l'àmbit temporal de la fiscalització.

APROVACIÓ DE L'INFORME

Certifico que a Barcelona, el 23 de desembre del 2025, reunit el Ple de la Sindicatura de Comptes, presidit pel síndic major, Miquel Salazar Canalda, amb l'assistència dels síndics Llum Rodríguez Rodríguez, Maria Àngels Cabasés Piqué, Ferran Roquer i Padrosa, Josep Viñas i Xifra i Manel Rodríguez Tió, i de la secretària general de la Sindicatura, Marta Junquera Bernal, actuant com a ponent la síndica Maria Àngels Cabasés Piqué, amb deliberació prèvia s'acorda aprovar l'informe de fiscalització 20/2025, Institut Català de la Salut: Servei d'Urgències de l'Hospital de Viladecans; auditoria operativa amb enfocament avaluador.

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

SINDICATURA DE COMPTES DE CATALUNYA

46618081W MARTA ELISABET JUNQUERA (R: S5800001I)
2026.03.12 13:03:27 +01'00'

La secretària general

Vist i plau,

SINDICATURA DE COMPTES DE CATALUNYA

Miquel Salazar Canalda - DNI 46319247F (SIG)
2026.03.12 13:09:05 +01'00'

El síndic major