

INFORME 4/2026

INSTITUT CATALÀ
DE LA SALUT
SERVEI D'URGÈNCIES
DE L'HOSPITAL
UNIVERSITARI
DOCTOR JOSEP TRUETA
DE GIRONA;
AUDITORIA OPERATIVA
AMB ENFOCAMENT
AVALUADOR



SINDICATURA
DE COMPTES
DE CATALUNYA



INFORME 4/2026

**INSTITUT CATALÀ
DE LA SALUT**
SERVEI D'URGÈNCIES
DE L'HOSPITAL
UNIVERSITARI
DOCTOR JOSEP TRUETA
DE GIRONA;
AUDITORIA OPERATIVA
AMB ENFOCAMENT
AVALUADOR

Edició: març 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, de 10 de juliol

ÍNDEX

ABREVIACIONS.....	7
ACLARIMENT SOBRE ARRODONIMENTS	7
RESUM EXECUTIU	9
1. INTRODUCCIÓ	13
1.1. MARC NORMATIU	16
1.2. ENTITAT FISCALITZADA	18
1.3. CONJUNT MÍNIM BÀSIC DE DADES D'URGÈNCIES.....	20
2. ABAST I METODOLOGIA.....	22
2.1. OBJECTE I ABAST.....	22
2.2. METODOLOGIA	23
3. CONCLUSIONS	23
4. RECOMANACIONS.....	35
5. RESULTATS DE LA FISCALITZACIÓ	41
5.1. EL DISPOSITIU S'INSEREIX EN UN MARC DE PLANIFICACIÓ AVALUABLE, PARTICIPATIU I COHERENT AMB LES PRIORITATS ESTRATÈGIQUES DEL GOVERN?.....	41
5.1.1. L'atenció sanitària urgent al territori s'ha planificat a partir de la identificació de les necessitats de la població, i de manera consistent amb els eixos estratègics del Pla nacional d'urgències de Catalunya?	41
5.1.2. S'han previst i implementat mecanismes de participació dels actors rellevants en la planificació de l'atenció urgent?	45
5.1.3. S'han dissenyat i implementat mecanismes d'avaluació de l'atenció urgent basats en sistemes d'informació fiables?.....	46
5.1.4. S'han tingut en compte els objectius de desenvolupament sostenible, i les seves fites, en la planificació de l'atenció urgent?	48
5.2. ELS RECURSOS DE QUÈ DISPOSA EL DISPOSITIU SÓN ADEQUATS I SUFICIENTS?.....	49
5.2.1. La dotació de recursos humans i l'organització del dispositiu són adequats per atendre la demanda assistencial del centre?.....	49
5.2.2. El finançament assignat cobreix els costos de l'atenció urgent al dispositiu?	55
5.3. L'ACTIVITAT ASSISTENCIAL QUE FINANÇA EL CATSALUT AL DISPOSITIU ÉS SUFICIENT I ES REALITZA EN EL NIVELL ASSISTENCIAL MÉS ADEQUAT?	59

5.3.1.	La demanda d'atenció al dispositiu i la seva evolució és coherent amb l'activitat prevista pel CatSalut?.....	59
5.3.2.	L'atenció es dona en el nivell assistencial més adequat en funció del grau d'urgència?	62
5.4.	S'HAN DISSENYAT CIRCUITS DEL PROCÉS ASSISTENCIAL URGENT QUE PERMETIN UNA COORDINACIÓ ADEQUADA DELS RECURSOS?	67
5.4.1.	S'han elaborat protocols que regulin el procés assistencial i se n'avalua la implementació?	67
5.4.2.	Hi ha una bona coordinació dels recursos durant el procés assistencial i s'optimitza el temps i el procés de drenatge dels pacients?.....	73
5.4.3.	Es dona una resposta adequada a les situacions de necessitat social i de vulnerabilitat?	81
5.5.	QUINS HAN ESTAT ELS RESULTATS OBTINGUTS EN RELACIÓ AMB ELS SERVEIS D'ATENCIÓ URGENT PRESTATS?	83
5.5.1.	Hi ha marge de millora amb relació a la qualitat assistencial i del servei?.....	83
5.5.2.	Quin és el grau de satisfacció de l'usuari per l'atenció rebuda?	89
6.	ANNEXOS.....	92
6.1.	ANNEX 1. TEORIA DEL CANVI.....	92
6.2.	ANNEX 2. MATRIU DE PLANIFICACIÓ: OBJECTIUS, SUBOBJECTIUS I CRITERIS D'AUDITORIA	93
6.3.	ANNEX 3. GLOSSARI DE TERMES.....	96
6.4.	ANNEX 4. METODOLOGIA PER AL CÀLCUL D'INDICADORS	97
7.	TRÀMIT D'AL·LEGACIONS	102
7.1.	AL·LEGACIONS REBUDES	102
7.1.1.	Al·legacions presentades per l'Institut Català de la Salut.....	103
7.2.	TRACTAMENT DE LES AL·LEGACIONS	108
	APROVACIÓ DE L'INFORME	109

ABREVIACIONS

CAC	Centre d'atenció continuada
CAP	Centre d'atenció primària
CatSalut	Servei Català de la Salut
CMBD	Conjunt mínim bàsic de dades
CMBD-UR	Conjunt mínim bàsic de dades d'urgències
COUE	Comitè Operatiu Territorial d'Urgències i Emergències
CUAP	Centre d'urgències d'atenció primària
DPO	Direcció per objectius
GID	Gestió infermera de la demanda
HUJT	Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta
IAS	Institut d'Assistència Sanitària
ICS	Institut Català de la Salut
IRU	Índex relatiu d'urgències
M€	Milions d'euros
MSIQ	Mòdul per al seguiment d'indicadors de qualitat
ODS	Objectius de desenvolupament sostenible
PAC	Punt d'atenció continuada
PIUC	Pla integral d'urgències de Catalunya
PLAENSA	Pla d'enquestes de satisfacció del Servei Català de la Salut
PLANUC	Pla nacional d'urgències de Catalunya
SEM	Sistema d'Emergències Mèdiques
SISCAT	Sistema sanitari integral d'utilització pública
SOCMUE	Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències
SUH	Servei d'urgències hospitalàries

ACLARIMENT SOBRE ARRODONIMENTS

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

RESUM EXECUTIU

Les urgències mèdiques 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 Universitari de Girona Doctor Josep Trueta (HUJT), en el marc d'una planificació pluriennal que preveu fiscalitzar les urgències hospitalàries dels 8 hospitals gestionats per l'Institut Català de la Salut (ICS), en el període 2023-2025, amb l'objectiu d'avaluar-ne la gestió amb criteris d'eficàcia, d'eficiència i d'economia. 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 i, el mes de desembre del 2025, l'informe 20/2025, sobre les urgències hospitalàries de l'Hospital de Viladecans.

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 (SOCMUE), el Centre d'Urgències d'Atenció Primària (CUAP) Güell (de referència de l'Hospital) i experts tècnics i legals. La Sindicatura hi ha mantingut reunions amb la direcció i els responsables de l'entitat fiscalitzada durant la fase de planificació i, posteriorment, per comentar i contrastar els resultats de les conclusions i recomanacions preliminars.

L'objectiu de l'auditoria ha estat articulat mitjançant la definició de 5 objectius principals, que comprenen els aspectes analitzats en relació amb el Servei d'Urgències de l'Hospital Doctor Josep Trueta: l'avaluació de la política pública d'atenció urgent hospitalària, l'equilibri entre la demanda i l'activitat, el procés assistencial i temps d'atenció, els recursos i els resultats. Les conclusions més rellevants per a cadascuna de les dimensions de l'auditoria es resumeixen a continuació:

- Eficàcia

Les demores registrades en l'atenció al servei d'urgències i les dificultats en el drenatge de pacients impacten negativament en la qualitat percebuda pels usuaris, alhora que poden implicar efectes adversos per a la seva salut. En aquest sentit, és especialment

crítica l'espera d'aquells pacients que han de ser ingressats. 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.

En termes de qualitat assistencial i del servei, el Servei d'Urgències presenta una taxa de readmissions amb ingrés superior a l'esperada i un nombre de contactes que no finalitzen l'assistència, superior també a l'esperat, d'acord amb el model estadístic d'ajust aplicat. En termes de qualitat percebuda, el Servei d'Urgències presenta una valoració global per part dels usuaris lleugerament superior a la del conjunt de Catalunya.

- Eficiència

El temps total de permanència dels pacients al Servei d'Urgències és força dilatat i està lluny dels estàndards estatals i internacionals.

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

- Economia

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

El preu unitari de la urgència atesa pagat per part del finançador públic no permet cobrir el cost de l'atenció dels pacients que presenten risc vital, d'acord amb la comptabilitat analítica de l'HUJT. El preu unitari únicament cobreix el cost dels casos menys urgents, mentre que és deficitari en els casos més urgents (el 57,66% de les urgències ateses l'any 2023).

- Pertinència

La manca d'un pla territorial específic d'urgències a la Regió Sanitària de Girona, que hauria d'elaborar el Comitè Operatiu d'Urgències i Emergències (COUE), limita la identificació precisa de les necessitats reals del territori i la capacitat d'orientar la política pública a cobrir-les. Alhora, l'absència de mecanismes formals de participació i comunicació dels actors rellevants –com el Servei d'urgències hospitalàries (SUH), la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències (SOCMUE) o el CUAP de referència– compromet la pertinència de les estratègies desplegades, ja que no incorporen prou la visió professional ni les necessitats detectades en el territori. Aquesta situació afecta la qualitat, la coordinació i la millora contínua del model d'atenció urgent.

- Coherència

No s'han definit ni implementat accions prou rigoroses per assolir tots els objectius estratègics del Pla nacional d'urgències de Catalunya (PLANUC), i tampoc s'ha consolidat un sistema d'indicadors que permeti avaluar-ne els resultats. Això genera una manca de coherència interna en el disseny de la política, ja que les actuacions no sempre responen als problemes detectats ni s'alineen amb les necessitats assistencials. En aquest context, els recursos disponibles al dispositiu d'urgències no són del tot adequats ni suficients per garantir una atenció assistencial de qualitat, eficient i sostenible.

En termes de coherència externa, es constata que una part significativa de l'activitat resolta al Servei d'Urgències hospitalàries correspondria a l'atenció primària, fet que repercuteix negativament en la qualitat del servei i en el dimensionament dels dispositius de primer nivell.

Les conclusions d'aquesta avaluació han posat en relleu problemes cabdals de governança que afecten la planificació, el desplegament territorial, l'avaluació, la transparència i el 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 manera 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 analitzada, que s'emmarca, al territori de Girona, en una aliança estratègica formalitzada entre l'ICS i l'empresa pública Institut d'Assistència Sanitària (IAS), adscrita al CatSalut.

La Sindicatura ha formulat recomanacions de millora en totes les dimensions analitzades. Pel que fa al marc jurídic que regula la contractació de l'activitat d'atenció urgent, i davant la manca de formalització del contracte programa entre el CatSalut i l'ICS, recomana a l'Administració de la Generalitat que els projectes normatius se sotmetin a una avaluació d'impacte normatiu *ex post*. Aquest tipus d'avaluació permet analitzar els efectes reals de la regulació, verificar si s'han assolit els objectius previstos, identificar possibles impactes no desitjats i introduir les modificacions necessàries per reforçar-ne l'eficàcia, l'eficiència i la transparència.

Així mateix, considera convenient que el CatSalut, com a regla general, formalitzi les clàusules anuals amb els centres proveïdors, en aquest cas, l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta, abans de l'inici de l'activitat assistencial, per garantir més seguretat jurídica, transparència i adequació en la planificació.

1. INTRODUCCIÓ

La Sindicatura de Comptes, com a òrgan fiscalitzador del sector públic de Catalunya, d'acord amb la normativa vigent i en compliment del seu Programa anual d'activitats, ha emès aquest informe de fiscalització operativa de les urgències hospitalàries de l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta (HUIT), corresponent a l'any 2023.

Les urgències mèdiques formen part de la Cartera comuna bàsica, que són els serveis assistencials coberts de manera completa per finançament públic.

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 (quadriennal). Donada la seva importància, tanmateix, l'atenció sanitària urgent compta, des de l'any 2017, amb un instrument de planificació específic: el 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. En aquest context, el PLANUC vol "assegurar una atenció continuada i urgent equitativa i de qualitat, adaptada a la salut de les persones, a través d'una xarxa d'atenció integrada, accessible i resolutiva, liderada per professionals, que situï el ciutadà al centre del sistema".¹ Aquesta declaració –en forma de missió– conté 2 elements importants a l'hora d'emmarcar i delimitar correctament 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".² 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.

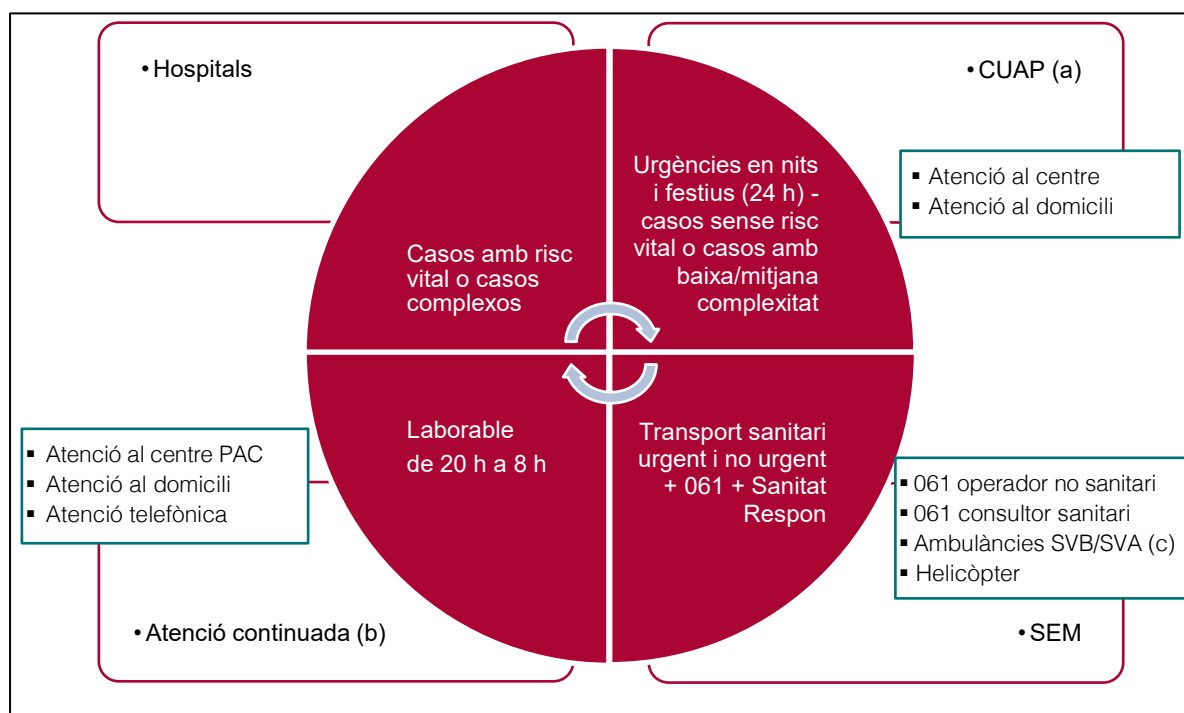
En segon lloc, la xarxa assistencial d'atenció urgent no es pot concebre com un conjunt inconnex de dispositius orientats a atendre la urgència, sinó com una sèrie de recursos interconnectats i interdependents, cadascun dels quals amb atribucions específiques pel que fa a la gestió o resolució de casos 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 una sèrie de dispositius orientats a l'atenció de casos lleus, que no comportin risc vital per al pacient;

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

2. Ibídem, p. 20

aquí s'inclouen, d'una banda, els centres d'urgències d'atenció primària (CUAP) i, de l'altra, els punts d'atenció continuada (PAC), dispositius que es diferencien pels seus horaris d'atenció i per la seva diferent capacitat de resolució. Pel que fa als hospitals, hi ha un tipus de dispositius –els SUH– orientats a l'atenció de casos urgents que impliquin risc vital, o també de casos la complexitat dels quals en justifiqui l'adequació. Finalment, el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM), té el servei d'atenció telefònica 061 i l'atenció als casos urgents que poden implicar la mobilització de recursos al punt on hi ha hagut la urgència.

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 (nits i festius).
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, de dilluns a divendres de 20 h a 8 h, dissabte i diumenge tot el dia.
- (c) SVB/SVA: servei vital bàsic i avançat.

La figura 2 mostra l'activitat acomplerta per donar resposta a la demanda d'atenció urgent. L'any 2023 el volum d'urgències ateses a Catalunya va ser de 6.557.051 en el conjunt dels dispositius del territori.

Figura 2. Volum d'urgències ateses a Catalunya. Exercici 2023

	Centre d'urgències d'atenció primària (a)	Servei d'emergències mèdiques (b)	Servei d'urgències hospitalàries
			
Nombre de dispositius			
Catalunya	34	444	57
Regió sanitària de Girona	1	64	9
Nombre d'urgències			
Catalunya	1.670.313	1.083.402	3.803.336
Regió sanitària de Girona	134.926	93.968	391.175

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR i la memòria Regió sanitària de Girona, 2023.

Notes:

- (a) Les xifres corresponents a les urgències d'atenció primària no inclouen els pacients atesos als punts d'atenció continuada.
- (b) La informació relativa al nombre de dispositius del SEM té com a font la Memòria del SEM de l'any 2023.

Així doncs, el 58% de les urgències ateses a Catalunya l'any 2023 en dispositius d'atenció urgent corresponien a dispositius hospitalaris (3.803.336 ateses a hospital). A la ciutat de Girona, el CUAP Güell va atendre 82.777 urgències (el 4,59% del conjunt de CUAPs de Catalunya), mentre que a l'HUJT es va atendre un total de 82.737 urgències (el 2,18% d'urgències hospitalàries del conjunt del territori de Catalunya).

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 quant a l'atenció urgent. A l'annex 1 d'aquest informe hi ha 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 que condueix als seus impactes esperats, com també les hipòtesis que la sustenten.

En el cas objecte de l'informe, 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– és oportú descriure sintèticament el procés d'atenció urgent. Quan un pacient arriba al servei d'urgències es fa un procés de triatge que determina el grau d'urgència del seu cas.³ 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'ICS i el CatSalut, en el marc de les seves competències. Finalment, l'apartat 5 exposen amb detall els resultats de l'auditoria.

1.1. MARC NORMATIU

L'HUJT 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.

3. 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, que classifica els pacients en 5 nivells de triatge:

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

És important tenir present que el aquest model de triatge classifica els pacients segons el grau d'urgència –prioritza qui ha de ser atès abans– i no pas segons la gravetat del pacient.

D'acord amb la memòria d'activitat de l'any 2023, l'ICS és l'empresa pública de serveis de salut més gran de Catalunya, amb 53.821 professionals que presten servei al 75,51% de la població de Catalunya. L'ICS gestiona 290 equips d'atenció primària propis i, 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 endavant, la Llei de l'ICS), l'ICS es constitueix com a entitat de dret públic de la Generalitat, actua subjecte al dret privat i té personalitat jurídica pròpia i plena capacitat d'obrar. Gaudeix d'autonomia funcional i de gestió, està 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 aquella llei, per les normes de desenvolupament que ha d'aprovar el Govern –a qui correspon aprovar-ne els estatuts– i pels acords que adopti el seu Consell d'Administració dins d'aquest marc. Està 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.

L'ICS té presència a tot Catalunya a través de les gerències d'hospitals i gerències d'atenció primària i comunitària, que constitueixen els màxims òrgans de direcció i gestió del conjunt de centres, serveis i institucions sanitàries en la delimitació territorial corresponent.

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 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

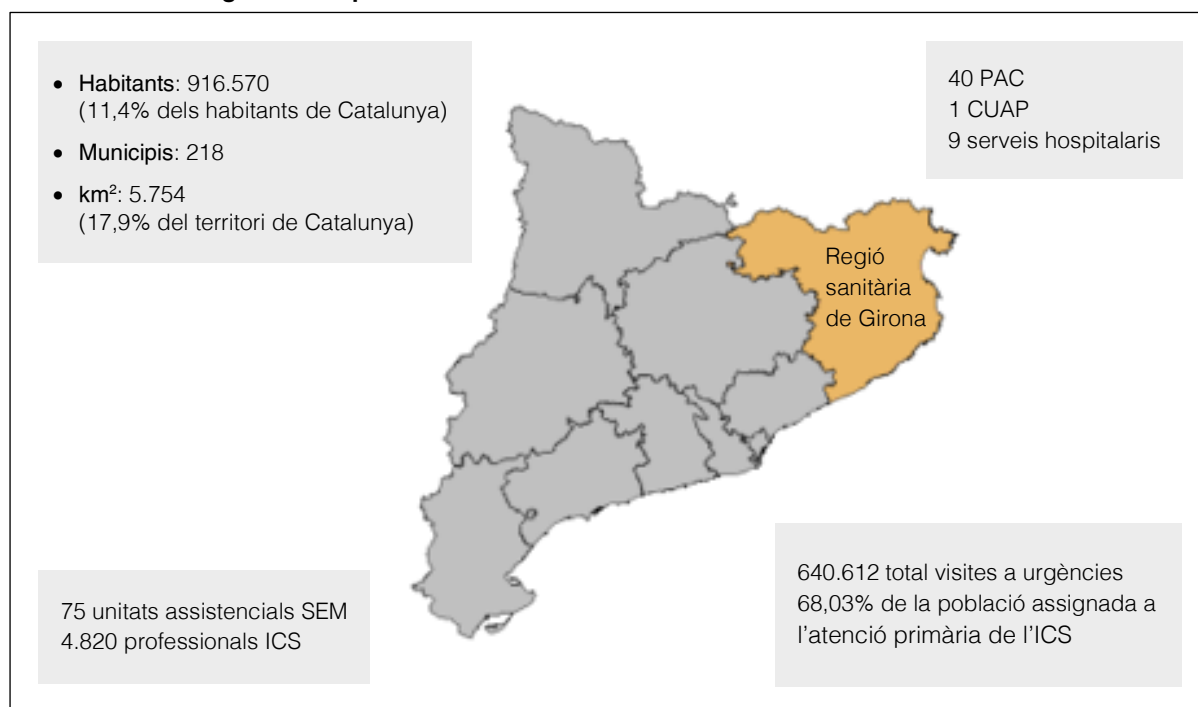
la suficiència pressupostària, en cas d'augment inesperat de la demanda o per la complexitat de les prestacions.

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 Universitari de Girona Doctor Josep Trueta és un centre sanitari públic gestionat per l'ICS i integrat al sistema sanitari integral d'utilització pública (SISCAT). Està situat a la zona nord de Girona i té la responsabilitat d'oferir assistència especialitzada a una població aproximada de 916.570 habitants. A més, exerceix la funció d'hospital bàsic per a 7 àrees bàsiques de salut (figura 3).

Figura 3. Població de referència de l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta i dispositius assistencials d'urgències disponibles. Exercici 2023



Font: Memòria de la Regió Sanitària (CatSalut) i la Gerència Territorial (ICS), Girona (2023).

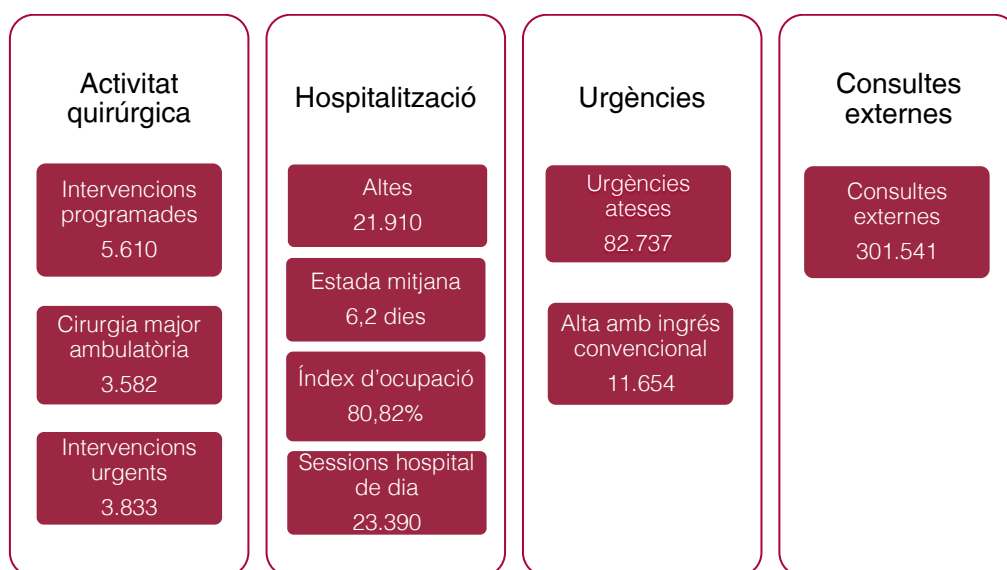
L'HUJT és centre universitari des de 1996, arran de la signatura d'un conveni amb la Universitat de Girona que va consolidar la seva vocació com a centre formatiu. A partir d'aquest acord, l'Hospital va adoptar la seva denominació actual i definitiva. Des d'aleshores, ofereix formació de pregrau i postgrau tant en medicina com en infermeria, activitats amb què reforça el seu paper com a referent assistencial i acadèmic al territori.

El 2 de gener de 2016 es va signar el Conveni d'aprovació del text refós del conveni marc d'aliança estratègica entre l'ICS Gerència Territorial de Girona i l'IAS,⁴ empresa pública adscrita al Servei Català de la Salut. Aquest document actualitzava jurídicament el conveni subscrit l'any 2006 entre ambdues institucions, i va ser el primer a emmarcar l'aliança estratègica amb l'objectiu comú d'optimitzar l'aprofitament dels respectius dispositius assistencials.

Posteriorment, el 22 de febrer de 2023, i atenent els canvis normatius introduïts per la Llei 40/2015 en matèria de convenis, es va considerar necessari actualitzar novament el marc de col·laboració i l'aliança estratègica entre l'ICS i l'IAS, per adequar-lo al nou context jurídic i garantir-ne la vigència. L'objectiu era instrumentalitzar un projecte de direcció estratègica i de gestió compartida per a la planificació, coordinació, control i desplegament de l'estructura directiva, de serveis centrals i de l'activitat assistencial de les diverses especialitats mèdiques dels diferents centres i serveis d'ambdues institucions, ja fos tant de l'àmbit de l'atenció primària com de l'hospitalària.

L'any 2023 l'HUJT va atendre 82.737 contactes urgents, 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. D'entre ells, un total d'11.654 pacients van ser donats d'alta amb ingrés hospitalari convencional (figura 4).

4. D'acord amb els estatuts de l'empresa pública IAS, aprovats per l'Acord de Govern de la Generalitat de Catalunya del 20 de juliol de 1992, el seu objectiu és la gestió i l'administració dels serveis de la Diputació de Girona traspassats pel Decret 167/1992, del 20 de juliol, de traspàs dels serveis, mitjans i recursos de les diputacions de Girona, Lleida i Tarragona a l'Administració de la Generalitat en matèria sanitària. També té com a objectius la direcció, gestió i administració dels centres, els serveis i els establiments de protecció de la salut i prevenció de la malaltia, d'atenció especialitzada, d'atenció primària, d'atenció sociosanitària, d'atenció a la salut mental i a les drogodependències i d'assistència social, i la prestació integral d'aquests serveis en l'àmbit de la salut, els serveis socials, la docència i la recerca, tant en règim domiciliari com ambulatori o d'internament, ja sigui directament, mitjançant aliances, donant suport a altres institucions o dispositius o mitjançant la gestió i administració de programes institucionals.

Figura 4. Activitat hospitalària de l'Hospital Universitari Doctor Josep Trueta. Exercici 2023

Font: Memòria de la Gerència Territorial de Girona ICS-IAS i CMBD-UR, 2023.

Cal destacar que d'acord amb el Protocol subscrit el 17 de juliol de 2020 entre la Generalitat de Catalunya, els ajuntaments de Girona i Salt i la Universitat de Girona, s'ha previst la construcció del nou Hospital Universitari Doctor Josep Trueta al sector sud de la ciutat (finalització prevista 2031), en el marc del futur Campus de Salut de la Regió Sanitària Girona. Aquest canvi d'ubicació respecte a l'emplaçament actual al nord de Girona comportarà ajustos en la planificació territorial dels dispositius assistencials, especialment pel que fa als CUAP de referència i a la relació funcional amb l'Hospital de Santa Caterina i la resta de centres del sistema públic de salut.

1.3. CONJUNT MÍNIM BÀSIC DE DADES D'URGÈNCIES

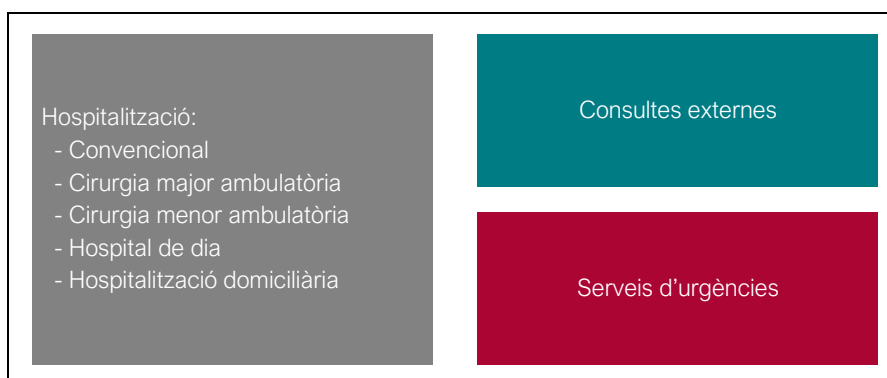
Adaptar les respostes del sistema sanitari a la demanda d'atenció urgent requereix necessàriament sistemes d'informació de qualitat que permetin conèixer la situació als diferents serveis de manera automatitzada, fiable i sistemàtica. Així ho estableix l'eix 8è del PLANUC aprovat l'any 2017.

Una de les fonts d'informació de què disposa el CatSalut per fer el seguiment de l'activitat de l'atenció urgent és el 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 SISCAT. Aquesta informació havia d'estar basada en criteris homogenis que en permetessin integrar i comparar les dades, per 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 5):

Figura 5. Àmbits de notificació hospitalària dels registres del conjunt mínim bàsic de dades



Font: CatSalut: Manual de notificació d'urgències 2019

-  Registre CMBD-HA (hospital d'aguts)
-  Registre CMBD-AEA (atenció especialitzada ambulatoria)
-  Registre CMBD-UR (urgències)

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

La unitat de registre és el contacte. S'han de notificar al CMBD-UR tots els contactes que s'han enregistrat al servei d'admissions d'urgències (encara que no hagin estat ni triats ni atesos), i també s'han de notificar els pacients que arribin amb aturada cardiorespiratòria irreversible.

En el cas dels 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 produeixi 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'HUJT es fa de conformitat amb els principis d'economia, eficiència i eficàcia i si hi ha marge de millora. S'ha incorporat l'enfocament avaluator en la planificació i l'execució dels treballs, és a dir, 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 avaluar aquesta gestió s'han definit 5 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:

a) Planificació i avaluació

El dispositiu s'insereix en un marc de planificació avaluable, participatiu i coherent amb les prioritats estratègiques del govern?

b) Demanda i activitat

Els recursos de què disposa el dispositiu són adequats i suficients?

c) Procés assistencial i temps d'atenció

L'activitat assistencial que finança el CatSalut al dispositiu és suficient i es realitza en el nivell assistencial més adequat?

d) Coordinació de recursos

S'han dissenyat circuits del procés assistencial urgent que permetin una coordinació adequada dels recursos?

e) Resultats

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

Cadascun d'aquests objectius s'ha dividit en diversos subobjectius o subpreguntes, per als quals s'han establert criteris, qualitatius i quantitatius, entesos com a estàndards o punts de referència per 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 2023, quan s'ha considerat necessari per completar el treball, s'ha ampliat a períodes anteriors o posteriors. 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; com també les guies pràctiques de fiscalització dels òrgans de control extern GPF-OCEX 3000, GPF-OCEX 3910 i GPF-OCEX 3920, totes 3 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, s'ha consultat i revisat la documentació que s'ha considerat més rellevant, com la legislació aplicable, els contractes públics vigents, informació econòmica i pressupostària, estadístiques oficials i estudis de recerca d'organitzacions i professionals especialitzats.

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

El recull de les percepcions i experiències de diferents participants en aquesta política, les parts interessades, ha constituït també una font d'informació important per a l'anàlisi de la intervenció, atès que la mirada dels diferents actors implicats ha aportat punts de vista valuosos per entendre com ha funcionat el seu desplegament. Així mateix, la Sindicatura ha mantingut reunions amb la direcció i els responsables de l'entitat fiscalitzada, per 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'HUJT, referit a l'exercici 2023. 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 5 preguntes principals que s'han definit posen en relleu problemes cabdals de governança que afecten el marc jurídic que regula la contractació de l'activitat assistencial i la planificació, el desplegament territorial, l'avaluació, la transparència i el retiment de comptes de la política pública, a més d'altres aspectes que constitueixen un incompliment del dret a una bona administració, i per tant afecten negativament l'eficiència, l'eficàcia i l'economia en la gestió de la política pública.

El dispositiu s'insereix en un marc de planificació avaluable, participatiu i coherent amb les prioritats estratègiques del govern?

La Sindicatura conclou que no hi ha elements de coherència interna en el disseny de la política, ja que no s'han definit ni implementat accions i activitats prou rigoroses per a 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, l'atenció a la salut mental o sociosanitària.

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.

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

L'atenció sanitària urgent al territori s'ha planificat a partir de la identificació de les necessitats de la població, i de manera consistent amb els eixos estratègics del Pla nacional d'urgències de Catalunya?

El PLANUC, aprovat pel Departament de Salut i el CatSalut seguint el mandat del Pla de Govern, constitueix el marc estratègic per donar resposta a les necessitats d'atenció continuada i urgent. Tanmateix, el seu desplegament territorial presenta mancances significatives, ja que no disposa d'indicadors de seguiment ni de referència que permetin avaluar-ne l'eficàcia i l'impacte. Així mateix, el Departament de Salut i el CatSalut no han impulsat ni consolidat una cultura d'avaluació formal en l'àmbit de l'atenció urgent (vegeu l'apartat 5.1.1).

1. S'han identificat debilitats importants en el marc de la governança del CatSalut en l'àmbit de les urgències, ja que algunes de les accions previstes al PLANUC no s'han desplegat de manera efectiva al territori.

El COUE de la Regió Sanitària de Girona no ha elaborat el Pla territorial d'urgències i atenció continuada, fet que dificulta la planificació estratègica i la coordinació dels dispositius d'atenció urgent al territori.

Així mateix, no s'han dut a terme auditories de qualitat dels serveis d'atenció urgent i continuada, ni s'han implantat quadres de comandament amb indicadors que permetin fer un seguiment sistemàtic de l'activitat.

2. Es constata que el desplegament de les accions de planificació estratègica, tant en l'àmbit nacional (PLANUC) com en el territorial (Pla de salut i Pla estratègic de la Regió Sanitària de Girona), no compta amb un sistema sòlid i estructurat d'indicadors que permeti fer un seguiment i una avaluació efectiva dels resultats. L'absència d'indicadors definits, valors de referència i fites concretes dificulta la rendició de comp-

tes i limita la capacitat de valorar l'impacte real de les accions implementades en relació amb els objectius estratègics establerts.

S'han previst i implementat mecanismes de participació dels actors rellevants en la planificació de l'atenció urgent?

No s'han establert ni implementat mecanismes sistemàtics de participació dels actors rellevants en la planificació de l'atenció urgent. Aquest fet limita la integració de les perspectives professionals en la definició i revisió de les estratègies assistencials, i compromet la pertinença, la coordinació territorial i la millora contínua del model d'atenció urgent (vegeu l'apartat 5.1.2).

3. El treball ha posat de manifest una participació limitada dels actors rellevants en l'avaluació i l'actualització del PLANUC. Tant el Servei d'Urgències de l'Hospital com el SOCMUE han tingut una implicació discreta en els processos de seguiment i revisió del pla i les propostes formulades pels professionals del sector han tingut escassa consideració.
4. No ha quedat garantida la implicació activa dels actors rellevants en la definició, el seguiment i la millora de les estratègies d'atenció urgent. En aquest sentit, els responsables del Servei d'urgències de l'hospital, del SOCMUE i del CUAP desconeixen els resultats de l'auditoria d'avaluació del PLANUC que es va fer l'any 2021 i no han rebut cap altra informació sobre actuacions o auditories posteriors.

S'han dissenyat i implementat mecanismes d'avaluació de l'atenció urgent basats en sistemes d'informació fiables?

Ni el CatSalut ni l'Hospital han establert un sistema efectiu d'avaluació de la qualitat de l'activitat urgent, ni han definit llindars d'assoliment prou clars i consistents. Alhora, les deficiències detectades en el registre i en la notificació de la informació al CatSalut comprometen la fiabilitat de diversos indicadors, tal com s'exposa a continuació (vegeu l'apartat 5.1.3):

5. Tot i disposar d'aplicacions per al registre de dades com el SAP BO i el CMBD-UR, s'han detectat discrepàncies entre totes dues fonts, especialment pel que fa a la seqüència cronològica de l'atenció urgent. Aquestes inconsistències, juntament amb les mancances en el registre dels temps assistencials, han dificultat la comparabilitat entre hospitals i han limitat la capacitat d'anàlisi dels processos d'atenció urgent.
6. El CatSalut disposa de l'eina SAP BO per replicar quadres de comandament dels serveis d'urgències dels hospitals a partir de la informació que aquests envien (urgències, hospitalitzacions, reingressos a 72 hores, mortalitat, derivacions inverses o temps assistencials). Tanmateix, el quadre de comandament corporatiu estava encara en procés de construcció l'any 2023, per la qual cosa el seguiment de dades es feia mitjançant una eina de consulta de dades de SAP.

Per altra banda, els quadres de comandament del Servei d'Urgències no incorporen llinars estàndards per avaluar els resultats dels indicadors, la qual cosa limita la capacitat d'anàlisi comparativa i de seguiment de la qualitat assistencial.

No hi ha un manual formal ni un procés documentat de manipulació de les dades primàries en els entorns SAP i CMBD-UR, fet que dificulta la traçabilitat, redueix la transparència i compromet la verificació externa del sistema d'informació.

7. L'auditoria informàtica dels sistemes d'informació de l'ICS, realitzada per Claranet, SAU, i recollida en l'informe elaborat per Faura Casas Auditors Consultors, SL, el desembre de 2024, va incloure l'anàlisi de diverses aplicacions de gestió, entre les quals hi ha l'aplicació SAP ICS. Entre les principals conclusions, s'assenyala que l'ICS no disposa de la certificació conforme a l'Esquema Nacional de Seguretat (ENS).

S'han tingut en compte els objectius de desenvolupament sostenible, i les seves fites, en la planificació de l'atenció urgent?

La política pública de salut per a la prestació del servei d'atenció urgent no està alineada amb els Objectius de desenvolupament sostenible (ODS), tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.1.4):

8. L'ODS 3, sobre Salut i Benestar, estableix fites per a la reducció de la mortalitat prematura per malalties no transmissibles. El Pla nacional per a la implementació de l'Agenda 2030 de les Nacions Unides a Catalunya, però, no incorpora cap compromís específic vinculat al servei d'atenció d'urgències hospitalàries. Per altra banda, la memòria explicativa del projecte dels pressupostos de la Generalitat de Catalunya 2023 associa els objectius de l'Agenda 2030 als programes pressupostaris, però aquesta vinculació no es reflecteix en l'esmentat Pla, pel que fa al programa pressupostari d'atenció especialitzada de salut, on es registra la despesa vinculada al servei assistencial d'urgències.

Els recursos de què disposa el dispositiu són adequats i suficients?

Els recursos disponibles al dispositiu d'urgències no són del tot adequats ni suficients per garantir una atenció assistencial de qualitat, eficient i sostenible. Les mancances detectades en la dotació i estabilitat de la plantilla, la cobertura de perfils professionals, la planificació del dimensionament, la infraestructura física, així com les limitacions del model de finançament i de la gestió compartida, afecten directament la capacitat de resposta del servei i la millora contínua. Aquestes deficiències evidencien una manca de pertinència i de coherència entre les necessitats reals del dispositiu i les mesures estratègiques desplegades.

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

La dotació de recursos humans i l'organització del dispositiu són adequats per atendre la demanda assistencial del centre?

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 5.2.1):

9. La dotació del Servei d'Urgències presenta una composició de plantilla inestable, amb una elevada proporció de personal no fix (69,5%), principalment interins i eventuais. Aquesta situació dificulta la continuïtat assistencial i condiciona la cobertura de baixes, permisos i jubilacions.

Per altra banda, el centre no compta amb determinats perfils en tots els torns, com ara treballador social, geriatre o mediador intercultural. Pel que fa al psicòleg, l'atenció s'assegura les 24 hores a través del dispositiu del SEM. En relació amb el psiquiatre, la cobertura es presta per derivació o bé mitjançant atenció telefònica des de l'Hospital Santa Caterina. Aquesta manca de cobertura limita la capacitat d'atendre de manera adequada pacients amb necessitats complexes.

10. Cap de les institucions implicades en la intervenció –Departament de Salut, CatSalut i ICS– ha establert criteris normatius que determinin el nombre de professionals necessaris segons la dimensió del servei, tal com preveu l'acció 27 del PLANUC.
11. Els objectius vinculats a les retribucions variables del personal no inclouen indicadors específics per avaluar competències individuals ni aspectes qualitatius de la prestació del servei, la qual cosa limita la gestió orientada a la millora professional.
12. Els responsables del Servei d'Urgències han posat de manifest mancances estructurals, com la falta d'espais específics per a pacients agitats, l'ús de passadissos per ubicar malalts o l'absència d'unitats de fragilitat o de curta estada.
13. D'acord amb les conclusions del control financer de la Intervenció Adjunta, l'aliança estratègica entre l'ICS i l'IAS presenta deficiències en la documentació que acredita la facturació entre les parts, i en el compliment de la normativa d'incompatibilitats. L'acord de gestió compartida vigent no compleix els principis de transparència i de retiment de comptes, no garanteix el control efectiu per part de l'ICS quant a les transaccions econòmiques entre les parts i no compleix l'obligació de publicitat de les retribucions derivades de les compatibilitats autoritzades. Tampoc ha respectat els principis d'igualtat, mèrit, capacitat, publicitat i objectivitat en la selecció del personal directiu i de comandament, contravenint així el que estableix la disposició addicional vuitena de la Llei 3/2015, de l'11 de març, de mesures fiscals i financeres, i els principis bàsics del text refós de la Llei de l'Estatut bàsic de l'empleat públic.

El finançament assignat cobreix els costos de l'atenció urgent al dispositiu?

El CatSalut retribueix l'activitat assistencial d'urgències dels hospitals de l'ICS segons un sistema de preus i tarifes amb continuïtat en el temps que no respon a un escandall de costos propi de la prestació, fet que genera un dèficit estructural en el finançament de l'atenció urgent (vegeu 5.2.2):

14. El CatSalut retribueix l'activitat assistencial d'urgències mitjançant un sistema de preus i tarifes que no es basa en un escandall de costos propi del servei, sinó en imports fixats en clàusules anuals per les quals es contracta el conjunt de l'activitat assistencial especialitzada d'aguts: hospitalització, urgències, consultes externes, implants quirúrgics, tractaments específics i altres dispositius i tractaments específics.

Aquest sistema genera un dèficit estructural en el finançament de l'activitat d'urgències, especialment en els casos de complexitat clínica més elevada. La Sindicatura ha estimat que l'any 2023 la contraprestació rebuda per l'HUJT no cobreix el cost real de l'atenció urgent, amb un dèficit estimat de 3,75 M€.

15. La prestació de serveis assistencials de l'ICS per compte del CatSalut no es formalitza mitjançant el contracte programa previst a la Llei de l'ICS, sinó a través de clàusules anuals subscriptes de forma extemporània, fet que afecta la planificació, la transparència i la seguretat jurídica de la intervenció pública. Aquest incompliment del mandat normatiu, tant per la manca de formalització del contracte programa com per la subscripció de clàusules addicionals després de la finalització de la seva vigència, constitueix una vulneració del dret, deure i principi rector d'una bona Administració, d'acord amb l'article 30 de l'Estatut d'autonomia de Catalunya, en la mesura que evidencia l'incompliment del deure de diligència deguda per part del CatSalut 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, així com en les funcions de control intern atribuïdes a la Intervenció General de l'Administració de la Generalitat, controls que són especialment rellevants quan incideixen en el disseny i la implementació de polítiques públiques vinculades a la prestació de serveis essencials.

L'activitat assistencial que finança el CatSalut al dispositiu és suficient i es realitza en el nivell assistencial més adequat?

L'activitat d'urgències contractada pel CatSalut va ser inferior a l'activitat registrada i no compta amb mecanismes acurats de predicció de la demanda. Pel que fa a l'adequació de l'atenció, es constata l'existència d'un problema de sobrecobertura al Servei d'Urgències, derivat de l'atenció de casos que podrien ser resolts en dispositius d'atenció primària.

La demanda d'atenció al dispositiu i la seva evolució és coherent amb l'activitat prevista pel CatSalut?

El nombre d'urgències que consta a la clàusula addicional formalitzada amb el CatSalut va ser 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 5.3.1):

16. L'activitat del Servei d'Urgències durant l'any 2023 ha superat les previsions establertes pel CatSalut, amb un volum de 82.737 urgències registrades, un 11,60% per sobre de les 74.106 previstes. Aquesta activitat s'ha mantingut estable al llarg de l'any i ha superat els nivells de 2019, abans de l'impacte de la pandèmia de la covid.

L'atenció es dona en el nivell assistencial més adequat en funció del grau d'urgència?

Es constata l'existència d'un problema de sobrecobertura al Servei d'Urgències, derivat de l'atenció de casos que podrien ser resolts en dispositius d'atenció primària. Tot i que s'han impulsat mesures orientades a millorar l'adequació de l'atenció, com el protocol de derivació inversa amb el CUAP de referència i la incorporació recent de la figura de la GID, aquestes actuacions no han estat suficients per revertir la tendència observada (vegeu l'apartat 5.3.2):

17. Una part significativa de les urgències ateses al Servei d'Urgències l'any 2023, el 41,31% dels casos atesos, no presentaven risc vital (nivells 4 i 5) i podrien ser resoltes en dispositius d'atenció primària. Aquestes dades indiquen certa sobrecobertura al Servei d'Urgències, on s'hi haurien d'atendre principalment les situacions amb risc vital.

Aquesta sobrecobertura també s'observa en l'àmbit de l'atenció urgent hospitalària al conjunt de Catalunya: la taxa bruta d'urgències amb risc vital de l'HUJT (59,10%) és superior a la mitjana catalana (40,19%), però encara és baixa, en relació amb el que seria desitjable.

18. Tot i haver un protocol de derivació inversa amb el CUAP Güell de referència, el percentatge de derivacions des del Servei d'Urgències és inferior al 2% del total d'urgències ateses l'any 2023. Factors com la ubicació del CUAP, la manca de proves diagnòstiques, la cultura de la immediatesa i la percepció ciutadana en dificulten l'aplicació.
19. La figura de la GID, implementada a finals de 2024, s'alinea amb l'eix 4 del PLANUC (drenatge intern), però no amb l'eix 1 d'aquest Pla (adequació del nivell assistencial). Aquesta orientació entra en contradicció amb la implantació del circuit de derivació inversa, que té com a objectiu redirigir pacients des del Servei d'Urgències cap a l'atenció primària o CUAP, alhora que limita l'impacte global de les estratègies desplegades.

20. D'acord amb els resultats de les enquestes de satisfacció dels usuaris (PLAENSA), el 50% van acudir al Servei d'Urgències per iniciativa pròpia, principalment perquè creien que era l'únic lloc on podien resoldre el seu problema. Només el 25,80% ho van fer per indicació dels dispositius d'atenció primària.

S'han dissenyat circuits del procés assistencial urgent que permetin una coordinació adequada dels recursos?

L'HUJT disposa de protocols per regular els processos assistencials més rellevants, tot i que les mancances en la seva avaluació en dificulten la valoració de l'eficàcia. Hi ha marge de millora al Servei d'Urgències quant a l'eficiència del procés assistencial i de drenatge, i també en l'atenció a les necessitats socials i la vulnerabilitat dels pacients.

S'han elaborat protocols que regulin el procés assistencial i se n'avalua la implementació?

L'Hospital disposa de protocols per regular els processos assistencials més rellevants, tot i que hi ha mancances en la seva avaluació que en dificulten la valoració de l'eficàcia, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.4.1):

21. El protocol del codi ictus estableix com a objectius millorar el temps porta-agulla –que l'HUJT aconsegueix–, i reduir el temps fins a l'ingrés a la unitat d'ictus –que l'HUJT no monitoritza per dificultats tècniques. En lloc d'aquest segon indicador, en fa el seguiment d'un altre proposat en el Pla director de malalties vasculars, malgrat que no consta recollit al protocol.

D'altra banda, amb relació al seguiment i avaluació del codi ictus en l'àmbit de Catalunya, l'HUJT ha tramès les dades al Registre del Codi ictus de Catalunya (CICat). No obstant això, des del mes de desembre de l'any 2024 l'Hospital ja no fa aquesta tramesa, atès que les dades del procés ictus de SAP no es traslladen de forma automàtica al CICat, tot i que ha tramès les dades al CatSalut mitjançant un altre circuit automàtic.⁵

22. El protocol del codi del pacient politraumatitzat (PPT) no té implementat un sistema d'avaluació. D'altra banda, l'Hospital no tramet les dades al Registre de pacients traumàtics greus (TraumCat) de Catalunya des de fa uns anys perquè el registre, tal com succeeix amb el CICat, no està automatitzat. El CatSalut ha manifestat que el TraumCat no està operatiu des de la pandèmia però treballen en un conjunt mínim de dades.

23. En relació amb el protocol del codi d'infart agut de miocardi (IAM) amb elevació del segment ST, l'Hospital fa el seguiment de l'indicador de temps previst, ECG-apertura artèria, el qual va complir l'objectiu de temps en un 59,9% dels casos. El resultat de

5. Text modificat arran de l'al·legació presentada per l'ICS.

L'Hospital se situa per sota del nivell de Catalunya, que va ser d'un 70,7%, si bé cal considerar la dispersió geogràfica de l'àrea d'influència de l'HUJT, que dificulta assolir l'objectiu en comparació amb entorns urbans més propers a centres de referència.

La Sindicatura no té constància que l'Hospital avaluï els indicadors de complicacions i mortalitat hospitalària relacionats amb el codi IAM.

24. L'HUJT avalua l'activitat d'hospitalització a domicili seguint els indicadors del protocol d'hospitalització a domicili, excepte pel que fa a 5 indicadors, per als quals l'Hospital ha manifestat que les dades no són fiables.

La ràtio d'activitat d'hospitalització a domicili provinent del Servei d'Urgències, respecte al total d'altres domiciliàries l'any 2023, ha estat d'un 1,48%, percentatge que està alineat amb l'activitat real a Catalunya d'acord amb el PLANUC, malgrat que no s'assoleix l'objectiu del 5% previst al model organitzatiu d'hospitalització a domicili aprovat pel CatSalut.

En horari nocturn, l'HUJT dona atenció telefònica als pacients en hospitalització a domicili que assumeixen els professionals del Servei d'Urgències i, en cas d'emergència, es deriva el pacient cap al Servei d'Urgències amb ambulància, si cal. No obstant això, els professionals sanitaris de l'equip d'hospitalització a domicili haurien de visitar el pacient en cas de necessitat, d'acord amb el model organitzatiu d'hospitalització a domicili de Catalunya.

D'altra banda, els trasllats dels pacients al domicili haurien de ser abans de les 18h d'acord amb el protocol vigent, a fi de garantir la primera visita d'acollida al domicili per part d'infermeria el mateix dia. Tanmateix, en algun cas puntual el trasllat ha estat més tard, tot i que l'hospital ha manifestat que s'han emprès accions per vetllar per la seguretat del pacient i que, a la pràctica, assumeixen les visites presencials d'acollida al domicili en un horari més extens que el previst al protocol. La valoració global d'una enquesta de satisfacció que l'hospital ha realitzat als pacients i cuidadors en el moment de l'alta durant l'any 2024 ha estat d'un 9,81, sobre 10.

25. El protocol de derivació inversa estableix propostes de millora que encara no s'han assolit i que són compartides amb el CUAP Güell, com el fet que es pugui escollir durant l'horari diürn en el cap de setmana la derivació inversa als punts d'atenció continuada oberts de la zona; que s'implementi la tramitació de les derivacions inverses a través d'una plataforma integradora de serveis de salut entre proveïdors del SISCAT, o que la informació recollida a triatge es bolqui a la història compartida del pacient.

L'HUJT avalua els indicadors d'activitat de la derivació inversa previstos al protocol, excepte pel que fa a l'avaluació del registre i avaluació d'incidències, així com les reclamacions específiques del circuit de derivació inversa. Tanmateix, l'aplicació de

la qual disposa el professional infermer del Servei d'Urgències per conèixer el temps d'espera al CUAP no dona informació actualitzada i veraç, i no disposen de cap altra eina per objectivar que els temps d'espera al CUAP són inferiors als de l'hospital quan ofereixen a l'usuari la possibilitat de ser atès al CUAP Güell. L'hospital està treballant actualment en una nova aplicació per conèixer els temps d'espera al CUAP.

26. A finals de l'any 2024 ha entrat en funcionament la GID, amb l'objectiu de resoldre els processos de baixa complexitat (nivells 4 i 5) per part dels professionals infermers al Servei d'Urgències. L'informe de resultats d'aquest any assenyala com a dificultat que els motius de baixa complexitat que entren al servei coincideixen amb els motius protocol·litzats amb la derivació inversa, fet que podria donar lloc a processos de la GID no alineats amb els objectius del PLANUC.

27. El protocol d'actuació de l'hospital davant de pacients psiquiàtrics a les àrees d'urgències i d'hospitalització no té indicadors d'avaluació per fer-ne el seguiment.

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 al Servei d'Urgències pel que fa a l'eficiència del procés assistencial i al drenatge de pacients, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.4.2):

28. Els indicadors temporals del procés assistencial mostren desviacions significatives respecte als criteris d'eficiència recomanats, especialment en els casos d'ingrés hospitalari i de derivació a altres centres, en què el temps de drenatge és significatiu en residències, sociosanitaris i centres de salut mental. En concret, el temps d'estada total per als pacients derivats a residències va ser de 767 minuts (12,8 hores), en els sociosanitaris, de 701 minuts (11,7 hores), i en els centres de salut mental, de 519 minuts (8,7 hores).

Els pacients amb indicació d'ingrés requereixen accés àgil a dispositius assistencials adequats. Tanmateix, la manca d'unitats com les de curta estada o subaguts limita la capacitat de drenatge dels pacients i incrementa la saturació del Servei d'Urgències. Per altra banda, no hi ha circuits operatius que permetin derivar pacients directament des del Servei d'Urgències cap a l'atenció intermèdia o les places de convallescència.

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.

29. Tot i les mesures de drenatge implementades entre 2023 i 2025 com el clúster passadís, l'àrea de preingrés o l'hospitalització a domicili, persisteixen mancances es-

tructurals i de coordinació amb altres dispositius que dificulten la descongestió del servei. Els responsables del Servei d'Urgències han manifestat que la Unitat d'Observació d'Urgències, tot i ser utilitzada com a espai d'atenció per a pacients semi-crítics, presenta una dotació insuficient de personal, especialment d'infermeria, fet que pot comprometre la qualitat i la seguretat assistencial.

Per contra, la implementació de la GID i els circuits de derivació amb altres hospitals són instruments que han contribuït a millorar el flux de pacients i també el drenatge assistencial.

Es dona una resposta adequada a les situacions de necessitat social i de vulnerabilitat?

Tot i l'existència d'algunes iniciatives orientades a l'atenció de la vulnerabilitat, la resposta del Servei d'Urgències és millorable. Les mancances en recursos humans i en espais adaptats limiten la capacitat d'intervenció integral, especialment en casos de necessitat social no previstos pels circuits assistencials vigents (vegeu l'apartat 5.4.3):

30. Tot i que l'HUJT ha mostrat un compromís amb la millora de l'atenció a pacients en situació de vulnerabilitat social, encara presenta algunes limitacions. La manca d'un protocol generalitzat per identificar aquestes situacions, juntament amb una cobertura limitada en l'atenció als trastorns mentals, dificulta una resposta immediata i integral per part del centre. Aquesta realitat impacta especialment en les persones amb menys coneixement sobre l'ús adequat dels recursos.

També s'observen mancances en determinats perfils professionals com ara geriatria, mediació intercultural i psicologia per a suport terapèutic, fet que redueix la capacitat d'intervenció integral. A més, l'absència d'espais adaptats per a pacients amb necessitats especials (fragilitat, salut mental, addiccions) impacta negativament en la qualitat assistencial i en la capacitat del sistema per garantir una atenció inclusiva.

31. En el marc de les bones pràctiques i iniciatives en marxa, des del Servei d'Urgències s'han impulsat accions orientades a millorar l'atenció a pacients en situació de vulnerabilitat. Entre elles, destaquen la creació de grups de treball específics per a pacients fràgils, la posada en funcionament del servei d'hospitalització a domicili i l'inici d'un estudi pilot per avaluar la fragilitat mitjançant l'eina 3D/3D+, totes elles alineades amb les directrius del PLANUC.

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

La Sindicatura observa que hi ha marge de millora en la qualitat assistencial i del servei d'atenció urgent prestat, i identifica àrees de millora en els àmbits de la informació, la comoditat, els temps d'espera i els circuits de reclamació.

Hi ha marge de millora amb relació a la qualitat assistencial i del servei?

Hi ha marge de millora en la qualitat assistencial i del servei, especialment en els àmbits de les urgències no finalitzades i les readmissions en menys de 72 hores, que presenten resultats superiors als esperats, els quals són susceptibles de respondre a problemes de registre, de seguiment clínic o de gestió assistencial (vegeu l'apartat 5.5.1):

32. Tot i que el Mòdul per al seguiment d'indicadors de qualitat (MSIQ) d'indicadors d'atenció urgent, elaborat pel CatSalut, disposa d'indicadors per avaluar la qualitat, la disponibilitat de recursos, la saturació i la predicció de demanda en l'atenció urgent, no s'han presentat nous indicadors des de l'any 2020.
33. L'anàlisi feta per la Sindicatura, sobre la base del càlcul d'indicadors ajustats, suggereix uns resultats en qualitat assistencial favorables, pel que fa a l'indicador de mortalitat.

Pel que fa als indicadors vinculats a les readmissions de pacients en menys de 72 hores, els resultats suggereixen que cal seguir treballant en la millora de la qualitat de les dades registrades i aprofundir en l'afinament del model d'ajust, per tal de millorar la fiabilitat de les anàlisis i el seguiment de la qualitat assistencial.

Finalment, els resultats obtinguts per a l'indicador ajustat d'urgències no finalitzades suggereix un excés significatiu d'abandonaments, respecte al que seria previsible. Aquest resultat podria indicar que hi ha marge de millora en la gestió dels circuits d'atenció, la resolució clínic dels casos i la traçabilitat dels episodis.

Quin és el grau de satisfacció de l'usuari per l'atenció rebuda?

La Sindicatura ha analitzat el grau de satisfacció dels usuaris en relació amb l'atenció rebuda, considerant la gestió de reclamacions, els resultats de les enquestes PLAENSA i les iniciatives d'humanització. Tot i que, en termes generals, se'n desprèn una valoració positiva, s'identifiquen àrees de millora en els àmbits de la informació, la comoditat i els temps d'espera, i també en l'actualització dels circuits de reclamació, tal com es fonamenta a continuació (vegeu l'apartat 5.5.2):

34. La instrucció vigent del CatSalut sobre la gestió de reclamacions, suggeriments i agraïments dels usuaris no ha estat actualitzada des de l'any 2004 i el registre central que les recull no permet una anàlisi detallada per servei, fet que limita la millora basada en evidències.
35. Els resultats de les enquestes PLAENSA, de satisfacció dels usuaris de l'any 2023 mostren una valoració global positiva del Servei d'Urgències (7,7 sobre 10), superior a la mitjana catalana (7,1), tot i que alguns ítems crítics estan valorats per sota del

conjunt de Catalunya, com són la comoditat, la informació sobre proves, els temps d'espera o les instruccions a l'alta.

36. La constitució d'una Comissió d'Humanització i l'aprovació d'un Pla d'Humanització per part de l'HUJT són bones pràctiques que reforcen el compromís institucional amb una atenció assistencial centrada en la persona.

4. RECOMANACIONS

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

Planificació territorial de l'atenció urgent basada en necessitats i alineada amb el PLANUC

1. És fonamental que el CatSalut disposi d'eines de planificació interna que estiguin actualitzades i siguin conegudes i assumides pel personal responsable del servei. Aquestes eines s'haurien de desplegar en els aspectes estratègic i operatiu, amb objectius clars i alineats i indicadors específics i mesurables per a cada dimensió operativa. Així mateix, caldria que s'identifiquessin les activitats a desenvolupar, s'assignessin els recursos i les responsabilitats corresponents, i es definissin fites i calendaris de manera precisa.

La formulació d'indicadors vinculats als objectius operatius és clau per entendre què fa un programa o servei i com evoluciona. Comparar aquests indicadors amb referents de bona pràctica –ja sigui a través de la teoria del canvi, estàndards administratius, evidència científica o avaluacions d'experiències similars– permet valorar si s'està avançant correctament o si, per contra, s'han produït disfuncions i cal identificar-ne les causes. Els indicadors són, per tant, una eina essencial tant per a implementar com per avaluar les polítiques públiques.

2. El COUE de la Regió Sanitària de Girona hauria de liderar la creació i execució d'un pla territorial únic, consensuat entre tots els dispositius i professionals implicats en l'atenció. Aquest pla hauria d'incloure mesures de contingència, estratègies per prevenir la saturació i protocols específics per a l'atenció de pacients amb necessitats especials. També hauria d'establir un pla operatiu integral de transport sanitari i de derivació de pacients, amb una visió transversal que integrés l'atenció primària, el SEM i la connexió amb l'atenció intermèdia, en línia amb l'acció 24 del PLANUC.

Les accions del PLANUC haurien d'adaptar-se a les realitats específiques de cada territori, de manera que es disposés de plans operatius propis en cada regió, alineats amb el marc general però amb capacitat d'adaptació i resposta local.

Participació activa dels agents implicats en la planificació de l'atenció urgent

3. Caldria que el Departament de Salut i el Servei Català de la Salut (CatSalut) establissin formalment espais de participació i consulta per garantir que els serveis d'urgències hospitalàries o el SOCMUE tinguessin veu en la definició i revisió del PLANUC, per tal que les seves especificitats i necessitats i la seva expertesa es reflectissin en les accions proposades.
4. El CatSalut hauria de promoure la definició de protocols clars i estables de coordinació entre el CUAPs de referència dels hospitals i els serveis territorials, amb espais regulars de trobada i seguiment. Aquesta coordinació hauria de ser bidireccional i orientada a la resolució conjunta de problemàtiques operatives.

Així mateix, hauria d'establir sistemes de comunicació i difusió dels resultats d'auditories i avaluacions, per fomentar la transparència, l'aprenentatge col·lectiu i la millora contínua. La compartició d'informació entre els actors implicats és clau per consolidar una cultura de qualitat i innovació en l'atenció urgent.

Mecanismes d'avaluació de l'atenció urgent basats en sistemes d'informació fiables

5. Caldria que el CatSalut garantís la uniformitat en els circuits de recollida de dades del CMBD-UR als serveis hospitalaris d'urgències, assegurant que s'ajustessin en tots els casos a les directrius establertes en el manual de notificació vigent. Aquesta harmonització és essencial per obtenir informació assistencial i administrativa fiable, coherent i de qualitat. En aquest procés, el rol del CatSalut és determinant, tant en la supervisió com en la difusió dels resultats de les auditories, com també en la correcció i millora de les incidències detectades.
6. L'ICS hauria de prioritzar la resolució de les recomanacions de l'auditoria externa, pel que fa a la certificació de l'ENS.
7. L'ICS hauria d'elaborar un manual formal i complet sobre la manipulació de les dades primàries en els entorns SAP BO i CMBD-UR, i establir protocols clars i accessibles que garantissin la traçabilitat, la transparència i la integritat del sistema d'informació.

Objectius de desenvolupament sostenible

8. El CatSalut hauria d'establir una vinculació clara entre la intervenció pública vinculada a l'atenció urgent hospitalària amb els ODS de l'Agenda 2030 de les Nacions Unides, entre els quals figura reduir un terç la prevenció i el tractament la mortalitat prematura per malalties no transmissibles, atès que aquesta associació no queda reflectida en el Pla nacional per a la implementació de l'Agenda 2030 en relació amb el programa pressupostari d'atenció especialitzada de salut.

Estructura organitzativa del dispositiu d'urgències

9. Caldria que l'ICS, amb el suport del CatSalut i d'acord amb planificació del Departament de Salut, reforqués l'estabilitat de la plantilla del Servei d'Urgències Hospitalàries i reduís la dependència del personal interí i eventual, que actualment representa el 69,5% del total. Aquesta situació dificulta la continuïtat assistencial i la cobertura de baixes, permisos i jubilacions.
10. El CatSalut hauria d'establir criteris normatius clars sobre el dimensionament del personal en funció de la demanda assistencial, per millorar la planificació i la qualitat del servei, tal com preveu l'acció 27 del PLANUC. A més, seria recomanable incorporar indicadors específics en les direccions per objectius (DPO) que permetessin avaluar competències individuals i aspectes qualitatius de la prestació, orientant la gestió cap a la millora professional.
11. Caldria que l'ICS i el CatSalut promoguessin les mesures per a adequar els espais físics perquè garantissin un entorn assistencial segur, funcional i humanitzat, especialment per a pacients amb necessitats especials o en situació de vulnerabilitat.

Contraprestació del servei

12. Caldria que el CatSalut revisés el sistema de retribució de l'activitat assistencial d'urgències, que actualment es basa en imports fixats per clàusules anuals, i no en un escandall de costos propi del servei. Aquesta metodologia genera un dèficit estructural, especialment en casos de major complexitat clínica, com s'ha evidenciat amb el dèficit estimat de 3,75 M€ l'any 2023 a l'HUJT. Un model de finançament basat en costos reals, que permetés una cobertura adequada de les necessitats assistencials, contribuiria a garantir la sostenibilitat econòmica dels serveis d'urgències.

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

13. La planificació anual d'activitat contractada pel CatSalut hauria d'incorporar indicadors de predicció de demanda ajustats a la realitat assistencial. Aquesta planificació hauria de tenir en compte les particularitats del territori, com ara les característiques socials, demogràfiques i de salut de la població, les variacions de la població flotant, l'increment de trucades al 061, l'augment de consultes o diagnòstics específics, i possibles descensos d'activitat en altres dispositius d'atenció urgent.

Adequació del nivell assistencial de l'atenció prestada

14. El Servei d'Urgències hauria de contribuir a l'optimització dels recursos en l'àmbit de l'atenció urgent i derivar els casos poc urgents o de baixa complexitat als dispositius d'atenció primària més propers, sempre que el seu horari d'obertura i capacitat resolutiva ho permetessin. D'altra banda, la figura de la GID hauria de contribuir a la

correcta aplicació del protocol de derivació inversa. En aquest sentit, el CatSalut i l'HUJT haurien d'establir les mesures adequades perquè l'activitat de la GID que realitza l'hospital fos coherent amb els objectius del PLANUC, de manera el pacient fos atès en el dispositiu més adequat.

15. Per tal de facilitar l'ús adequat del dispositiu d'urgències hospitalàries de Girona, el CatSalut hauria de portar a terme les accions necessàries encaminades a millorar l'accessibilitat física i funcional al CUAP de referència. En aquest sentit, seria convenient revisar la seva ubicació, atès que la mobilitat des de l'Hospital Trueta fins al CUAP és difícil i ampliar la disponibilitat de proves complementàries com analítica i radiologia, especialment en horaris laborals. Des del setembre del 2025 el centre disposa de dispositiu per a analítiques, si bé es preveu que no entri en funcionament com a prova pilot fins a finals del mateix any. Així mateix, caldria reforçar la coordinació amb els equips d'atenció primària del territori i homogeneïtzar-ne els horaris d'atenció.
16. El Departament de Salut hauria de potenciar més accions informatives adreçades a la ciutadania per fomentar un ús responsable dels serveis d'urgències hospitalàries, i explicar les alternatives assistencials disponibles i els criteris d'adequació segons el grau d'urgència. Aquestes accions haurien d'anar acompanyades d'una revisió del protocol de derivació inversa i d'un seguiment i avaluació periòdics dels resultats obtinguts, amb la col·laboració del CatSalut.

Protocolos reguladors del procés assistencial

17. Caldria que el CatSalut establís mecanismes per automatitzar el Registre del Codi ictus de Catalunya i el Registre de pacients traumàtics greus a partir de les dades assistencials dels hospitals per fer més eficient la tramitació i evitar errors humans.
18. Pel que fa al protocol del codi ictus, caldria que s'implementessin mesures per adequar els indicadors d'avaluació de temps assistencial previstos en el circuit ràpid del codi ictus als indicadors que l'hospital considera actualment d'interès per avaluar aquesta activitat assistencial.

Així mateix, el protocol del pacient politraumàtic i el d'actuació davant de pacients psiquiàtrics haurien de recollir un sistema d'indicadors per poder-ne fer l'avaluació.

Pel que fa al protocol del codi IAM, caldria que l'hospital avalués els indicadors de complicacions hospitalàries i de mortalitat hospitalària, a més de deixar constància si cal impulsar propostes de millora en el conjunt del procés assistencial a partir de l'avaluació de l'indicador de temps ECG-apertura artèria.

En el protocol d'hospitalització a domicili, seria recomanable que l'Hospital tingués els mitjans per fer el seguiment de determinats indicadors sobre els quals l'Hospital

obté dades que no són fiables. Així mateix, caldria que l'Hospital impulsés mesures per incrementar la ràtio d'activitat dels pacients que ingressen directament des del SUH a l'hospitalització a domicili per assolir l'objectiu d'activitat del 5% previst al model català.

En el protocol d'hospitalització a domicili seria recomanable que l'Hospital valorés la necessitat d'adaptar el protocol a l'horari en el qual efectivament és possible efectuar el trasllat del pacient al seu domicili, i tenir els mitjans per fer el seguiment dels indicadors d'avaluació de les incidències i de les reclamacions relacionades amb el circuit.

Així mateix, seria recomanable que l'Hospital impulsés els aspectes de millora previstos en el protocol de derivació inversa, referents al fet que es pugui escollir durant l'horari diürn la derivació inversa als punts d'atenció continuada oberts de la zona; que s'implementés la tramitació de les derivacions inverses a través d'una plataforma integradora de serveis de salut entre proveïdors del SISCAT, o que la informació recollida a triatge es bolqués a la història compartida del pacient.

L'eina sobre la qual està treballant actualment l'Hospital per monitoritzar els temps d'espera al CUAP hauria de ser també accessible per al CUAP, amb la finalitat que es poguessin conèixer els temps d'espera al Servei d'Urgències de l'hospital.

Coordinació dels recursos i procés de drenatge

19. L'HUJT hauria de garantir una coordinació efectiva entre els diferents dispositius i serveis assistencials durant el procés de drenatge dels pacients del servei d'urgències, especialment en els casos amb indicació d'ingrés o de derivació a altres centres. Caldria, doncs, establir circuits operatius que permetessin la derivació directa cap a dispositius d'atenció intermèdia o places de convallescència, amb l'objectiu de millorar l'eficiència del sistema i reduir la saturació del servei d'urgències.
20. El Departament de Salut i el CatSalut haurien de potenciar al territori les alternatives a l'hospitalització convencional, com ara les unitats de curta estada, les unitats de subaguts, els hospitals de dia, les unitats de diagnòstic ràpid o l'hospitalització a domicili. Aquestes alternatives permeten agilitzar el drenatge dels pacients, especialment dels crònics d'edat avançada, i contribueixen a optimitzar l'ús dels llits hospitalaris.
21. Caldria que l'HUJT revisés la capacitat operativa de la Unitat d'Observació d'Urgències, que és utilitzada com a espai d'atenció al pacient semicrític, i hi garantís una dotació adequada de personal, especialment d'infermeria, per assegurar la qualitat assistencial i la seguretat clínica. Igualment, convindria repensar les mancances estructurals i de coordinació amb altres dispositius que dificulten la descongestió del servei, entre elles, el funcionament del circuit assistencial amb el dispositiu d'atenció primària del CUAP Güell.

Resposta a les situacions de necessitat social i vulnerabilitat

22. El Servei d'Urgències hauria de protocol·litzar adequadament la detecció i l'atenció de situacions de necessitat social i vulnerabilitat, complementàriament als procediments específics ja existents, com la detecció de menors en situació de desprotecció, l'atenció al pacient crònic complex, les persones amb malalties mentals i les institucionalitzades en residències. Aquest protocol hauria d'incloure criteris per identificar altres situacions de fragilitat i risc social que requereixin atencions específiques i estructures físiques adaptades, amb l'objectiu de garantir una resposta assistencial inclusiva, segura i adequada a les necessitats dels pacients.

Per altra banda i en el marc de les bones pràctiques ja iniciades, caldria consolidar i donar continuïtat a les iniciatives orientades a l'atenció de la vulnerabilitat, com la creació de grups de treball específics per a pacients fràgils, la posada en funcionament del servei d'hospitalització a domicili i l'estudi pilot per avaluar la fragilitat amb l'eina 3D/3D+. Aquestes accions haurien de ser integrades en el model assistencial del servei d'urgències i coordinades amb els dispositius d'atenció intermèdia i amb el Departament de Drets Socials.

23. Per tal de garantir una atenció més inclusiva i adequada als pacients amb necessitats especials, caldria que el Departament de Salut, en coordinació amb el Cat-Salut, valorés la possibilitat d'ampliar els espais físics del Servei d'Urgències de l'HUJT, amb l'objectiu d'habilitar zones adaptades per a persones amb problemes de salut mental, addiccions o fragilitat, i garantir condicions de seguretat, confort sensorial i prevenció de riscos. Alhora, l'ICS, com a entitat gestora del centre, hauria de reforçar la presència del treball social, especialment en horaris de màxima afluència i en els canvis de torn, per millorar la capacitat de detecció i intervenció en casos de vulnerabilitat social.

Resultats de la qualitat assistencial i del servei d'urgències

24. L'HUJT hauria de potenciar accions per millorar la gestió dels llits i el drenatge de pacients amb indicació d'ingrés hospitalari, amb l'objectiu de reduir el temps de permanència a urgències, minimitzar riscos clínics associats a l'espera i millorar els guanys en salut. També hauria de potenciar la revisió del circuit assistencial per reduir les readmissions que es produeixen en menys de 72 hores, especialment aquelles que deriven en ingrés hospitalari.

Per altra banda, caldria impulsar mesures que permetessin millorar els indicadors d'urgències no finalitzades, amb l'objectiu d'avançar cap a una gestió més eficient.

Resultats de satisfacció en la qualitat assistencial percebuda

25. Els resultats obtinguts en l'enquesta PLAENSA de l'any 2023, d'avaluació del nivell de satisfacció dels usuaris del Servei d'Urgències de l'HUJT haurien de ser considerats a l'hora d'orientar les accions de millora del servei, prioritzant aquells ítems valorats per sota de la mitjana.

5. RESULTATS DE LA FISCALITZACIÓ

5.1. EL DISPOSITIU S'INSEREIX EN UN MARC DE PLANIFICACIÓ AVALUABLE, PARTICIPATIU I COHERENT AMB LES PRIORITATS ESTRATÈGIQUES DEL GOVERN?

5.1.1. L'atenció sanitària urgent al territori s'ha planificat a partir de la identificació de les necessitats de la població, i de manera consistent amb els eixos estratègics del Pla nacional d'urgències de Catalunya?

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 PLANUC, elaborat per un comitè d'experts⁶ 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, adaptada a les necessitats de salut de les persones, a través d'una xarxa d'atenció integrada, accessible i resolutive, 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 sis-

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

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

Un dels instruments que preveu el PLANUC (eix 7) per a la planificació de les actuacions previstes per donar resposta a les necessitats assistencials en l'àmbit de les urgències és disposar de plans de contingència territorials. Els Plans d'acció territorial són, doncs, la concreció a nivell territorial de les accions que caldrà desenvolupar a mesura que pugui augmentar la pressió assistencial i descriuen els recursos territorials, l'organització territorial, l'activitat i les diferents actuacions que es preveu realitzar. Aquests plans els aproven els COUE,⁷ de l'àmbit territorial corresponent, impulsats pel Servei Català de la Salut.

Els òrgans encarregats de fer un seguiment periòdic dels objectius i les accions a desplegar, i d'avaluar els resultats assolits (per analitzar l'evolució de l'atenció continuada i urgent a Catalunya), són els COUE.

L'ICS i l'IAS van iniciar la seva col·laboració al territori de Girona amb la signatura d'un Conveni marc el 20 de gener de 2006, amb l'objectiu d'optimitzar els recursos assistencials de totes 2 institucions. Aquest acord s'emmarcava en el Pla de Salut de Catalunya, que promou aliances estratègiques entre entitats proveïdores per millorar l'organització i l'atenció sanitària al territori.

El 2 de gener de 2016 es va formalitzar un nou conveni per unificar i actualitzar el text original i els seus desplegaments. Posteriorment, el 22 de febrer de 2023, es va adaptar el conveni

7. D'acord amb l'eix 7 del PLANUC, els COUE estan formats per representants dels diferents proveïdors que intervenen en el procés d'atenció a les urgències del territori (hospitals, centres d'atenció primària, centres sociosanitaris i SEM), i han d'actuar com a òrgans d'ordenació, integració i gestió dels serveis d'urgències al territori. Els COUE estaven ja constituïts en alguns territoris des de feia anys, tot i que hi ha una elevada variabilitat en el desplegament de les actuacions dels COUE en els diferents territoris.

al nou marc legal establert per la Llei 40/2015, subscrit per la directora gerenta de l'ICS i pel president de l'IAS.

L'aliança estratègica entre l'ICS –Gerència Territorial de Girona– i l'IAS estableix un model de gestió compartida, amb una estructura directiva conjunta que coordina la planificació, gestió i desplegament dels serveis assistencials, tant d'atenció primària com hospitalària. Aquesta estructura inclou:

- Gerència territorial conjunta
- Adjunt a la gerència
- Direcció d'atenció primària
- Direcció de suport
- Direcció TIC
- Direcció de Secretaria Tècnica

En l'àmbit del desplegament territorial, l'HUJT disposa d'un Pla estratègic per al període 2020-2023, prorrogat fins al 2024 per acord del Comitè Executiu del 20 de novembre del 2023, articulat en 7 eixos i 27 objectius, a assolir mitjançant 97 accions. El seguiment i l'avaluació el fan els responsables corresponents de cada acció: la mitjana del compliment de totes les accions representa el percentatge de compliment de cada eix estratègic.

Un dels objectius de l'eix 1, "Lideratge i model organitzatiu", preveu l'aliança estratègica amb l'IAS i inclou accions rellevants per al SUH, com ara la potenciació del Centre Güell, la humanització de l'atenció urgent, la conciliació laboral, l'estabilització de la plantilla i l'adequació d'espais per a pacients crítics i semicrítics.

A la data del treball de camp, hi ha en procés de redacció un nou Pla estratègic en el qual es preveu incorporar algun mètode de seguiment més automatitzat.

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 responsabilitzen del bon funcionament del sistema sanitari pel que fa a l'atenció urgent.

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

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

- Hi ha certes debilitats importants 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 no s'ha desenvolupat amb la mateixa concreció i precisió que definia el PLANUC.
- El Pla estratègic territorial no desenvolupa alguns dels eixos importants establerts al PLANUC. Alguns exemples són: els criteris i paràmetres de planificació de l'atenció continuada i urgent de l'atenció primària previstos a l'eix 2, la cartera de serveis per a l'abordatge de les necessitats socials dels serveis d'urgències definits a l'eix 6, o els indicadors de saturació, demanda i qualitat del servei establerts a l'eix 8.
- El desplegament de les accions de planificació estratègica no compta amb un sistema robust d'indicadors que reti comptes dels aspectes més crítics del seu funcionament ni en el marc nacional (PLANUC), ni en l'àmbit territorial (Pla de salut i Pla estratègic territorial de la Regió Sanitària de Girona). No hi ha sistemes d'informació estructurats que estableixin de manera clara i precisa indicadors d'implementació o de resultats, ni els seus valors o llinars de referència, de manera que, per a les accions que despleguen els objectius estratègics, no s'han fixat fites concretes a assolir en cap d'aquestes dimensions.
- El COUE de la Regió Sanitària de Girona no ha elaborat el Pla d'urgències i atenció continuada territorial; no ha realitzat cap auditoria de qualitat dels serveis prestats al territori, en l'àmbit de l'atenció urgent i continuada ni tampoc ha desplegat quadres de comandament amb indicadors de seguiment de l'activitat d'urgències, tal com disposa l'eix 7 del PLANUC.
- No obstant això, durant l'any 2023 el COUE es va reunir en 2 sessions (gener i desembre) per abordar principalment aspectes relacionats amb el Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC)⁸ i l'evolució de les urgències a la Regió Sanitària de Girona.

8. El Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC) és l'instrument del Departament de Salut que coordina i reforça els recursos assistencials per donar resposta a l'increment de la demanda urgent, especialment en períodes d'alta pressió com l'hivern.

5.1.2. S'han previst i implementat mecanismes de participació dels actors rellevants en la planificació de l'atenció urgent?

El Marc de la participació ciutadana en salut, editat pel Departament de Salut el 2018, estableix els instruments per impulsar la participació a diferents nivells del sistema sanitari. Inclou un Pla d'acció 2018-2019, que el 2023 encara no havia estat actualitzat.

D'altra banda, el Pla de salut de Catalunya 2021-2025 conté l'objectiu específic de garantir la participació ciutadana individual i col·lectiva com a motor de canvi, i per això identifica com a acció més important continuar desplegant el Marc de participació ciutadana en salut.

Pel que fa al paper de les parts interessades rellevants de la intervenció pública fiscalitzada, la Sindicatura ha observat els fets següents:

- La participació del Servei d'Urgències de l'Hospital en l'avaluació del desplegament territorial del PLANUC ha estat limitada: l'any 2023 només es van celebrar 2 reunions i encara no s'ha dut a terme la necessària actualització del PLANUC.
- Els responsables del SOCMUE entrevistats 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 és escassa i les propostes que han traslladat a les administracions responsables de la planificació estratègica durant els anys posteriors a l'aprovació del pla no han estat tingudes en compte.
- El SOCMUE inclou el Grup intercomarcal de servei d'urgències dels hospitals de Catalunya (GISUHC),⁹ amb poca activitat en el període fiscalitzat.
- Els responsables dels serveis assistencials d'urgències de l'HUJT, el SOCMUE i el CUAP, com a parts interessades, no són coneixedors dels resultats de l'auditoria que es va fer del PLANUC l'any 2021, ni tampoc coneixen altres eines o auditories posteriors amb indicadors que podien assentar les bases per a accions a prendre en el present i en el futur.

9. La GISUHC és un fòrum regular de discussió dels problemes i situacions amb què s'enfronten els responsables dels serveis d'urgències i on poden compartir experiències, solucions i coneixements.

5.1.3. S'han dissenyat i implementat mecanismes d'avaluació de l'atenció urgent basats en sistemes d'informació fiables?

La Sindicatura ha tingut accés al quadre de comandament de seguiment de l'atenció urgent al Servei d'Urgències, i també als registres del CMBD-UR. La font d'informació del quadre de comandament del Servei d'Urgències és l'entorn SAP Business Objects (SAP BO) de l'ICS, que beu de les dades primàries de SAP, originades durant la cadena assistencial i recollides pel personal assistencial. Paral·lelament, la Sindicatura ha examinat els registres del CMBD-UR corresponents a l'HUJT i ha calculat determinats indicadors a partir d'aquestes dades. El SAP, doncs, és la font que nodreix el SAP BO (per analitzar i explotar les dades del SAP), i també el registre del CMBD-UR.

El CMBD-UR és un registre sistemàtic i estructurat dels contactes urgents atesos als serveis d'urgències hospitalàries i als CUAP, i d'aquells atesos pel SEM, i que es està en funcionament des de l'any 2013. D'acord amb la darrera versió del Manual de notificació del CMBD-UR,¹⁰ 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*).

L'auditoria sobre el grau d'implementació del PLANUC, encarregada pel CatSalut l'any 2021 a la Fundació privada Avedis Donabedian per a la millora de la qualitat assistencial, va concloure que hi havia certs problemes de fiabilitat de la informació tramesa pels hospitals al registre del CMBD-UR.

Davant d'aquest fet, l'any 2024 l'ICS va promoure l'elaboració d'un informe conjunt, amb la participació dels 8 hospitals i del seu centre corporatiu, per analitzar les 3 fonts de dades i els circuits que les generen: el circuit assistencial d'urgències (dades SAP); el circuit establert per IBM per a la generació de la base de dades (dades SAP BO), i el circuit del monitor del CMBD-UR (dades CMBD-UR). L'informe constata l'existència de discrepàncies entre les dades procedents de les 3 fonts i els circuits que les generen, i posa de manifest la necessitat d'harmonitzar els processos de registre i explotació de la informació.

El CatSalut ha indicat que, amb l'eina SAP BO, és possible replicar alguns dels quadres de comandament dels Serveis d'Urgències dels hospitals a partir de la informació que aquests envien (nombre d'urgències, pacients hospitalitzats, nova urgència a les 72 hores, mortalitat, derivació inversa, temps mitjà de triatge, temps mitjà d'assistència, etc.).

Els centres disposen de més dades i poden construir quadres de comandament més ampliat. Durant l'exercici 2023, el quadre de comandament actual del CatSalut estava en procés

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

de construcció, i el seguiment de dades es feia amb eines més bàsiques o mitjançant l'exploració directa de les dades al SAP BO. L'eina que feien servir era Microstrategy, que ha deixat d'utilitzar-se, tot i que els indicadors han estat sempre els mateixos. El seguiment de les urgències hospitalàries indiquen que s'ha mantingut estable, amb especial intensitat en el període hivernal i durant l'any en els respectius COUEs.

L'anàlisi dels quadres de comandament i dels registres del CMBD-UR ha permès posar de manifest el següent:

- En el quadre de comandament del Servei d'Urgències de l'Hospital no hi consten llistats de referència estàndards per avaluar els resultats dels diferents indicadors. Es constata que s'han fet comparacions anuals i amb altres hospitals de l'ICS (*benchmarking*).
- Per altra banda, el grup d'expertesa de l'ICS (PADEICS) està treballant en indicadors de qualitat, atès que els quadres de comandament actuals inclouen indicadors de caràcter quantitatiu.
- El CatSalut utilitza l'eina SAP BO per replicar quadres de comandament amb indicadors bàsics dels Serveis d'Urgències hospitalàries (nombre urgències ateses, reingressos, mortalitat, derivacions, temps assistencials, etc.). Tot i que els centres poden elaborar quadres més complets, el del CatSalut estava en construcció el 2023 i es feia seguiment explorant dades a SAP BO. L'eina anterior (Microstrategy) ja no s'utilitza, però els indicadors sempre han estat els mateixos i el seguiment de les dades dels hospitals s'ha centrat principalment en el període hivernal i, al llarg de l'any, en el marc dels respectius COUEs.
- La Sindicatura ha comprovat que la informació notificada al CMBD-UR, relativa als contactes urgents atesos a l'HUJT, no sempre coincideix amb la que consta a l'entorn SAP BO de l'ICS. En particular, hi ha discrepàncies pel que fa a la seqüència cronològica de la cadena assistencial. L'any 2024 l'ICS va identificar l'origen d'algunes incoherències, vinculades als criteris amb què l'entitat transmet la informació al CMBD-UR, comuns al conjunt d'hospitals que gestiona. Tanmateix, la Sindicatura no té constància que s'hagin implementat mesures per corregir aquestes deficiències, tot i que el centre corporatiu de l'ICS en té coneixement almenys des del 2021, arran de l'auditoria de l'Institut universitari Avedis Donabedian.
- En el transcurs de la fiscalització s'ha constatat que l'ICS no ha aportat un manual de tractament de dades primàries en els entorns SAP BO i CMBD-UR, sinó llistats de variables i circuits de registre. Aquesta situació evidencia que el procés no està documentat de manera exhaustiva ni sistematitzada, fet que dificulta la traçabilitat i la transparència del sistema d'informació.

- Les deficiències en la notificació dels temps de la seqüència de l'atenció urgent i les mancances en el seu registre per part de l'entitat proveïdora no han permès a la Sindicatura efectuar una anàlisi comparativa dels indicadors de temps de l'HUJT amb els del conjunt d'hospitals catalans, atès que no es pot garantir l'homogeneïtat de les dades.
- Per aquest motiu, quan ha estat necessari, la Sindicatura ha sol·licitat als responsables del Servei d'Urgències suports externs, principalment procedents del SAP assistencial de l'Hospital, amb l'objectiu de dur a terme una anàlisi adequada i extreure'n les conclusions oportunes.
- L'auditoria realitzada per l'empresa Aenor durant el primer trimestre de 2023, sobre la certificació de conformitat de l'ICS respecte dels requisits especificats al Reial decret 3/2010, del 8 de gener, pel qual es regula l'ENS en l'àmbit de l'administració electrònica, va concloure que el sistema no complia els requisits del Reial decret esmentat ni del Reglament general de protecció de dades, per la qual cosa no va concedir aquesta conformitat i va emetre les recomanacions que considerava que havien de ser implementades.
- El desembre del 2024 la societat Claranet, SAU, ha realitzat l'auditoria informàtica dels sistemes d'informació de l'ICS, que inclou l'anàlisi de diverses aplicacions de gestió, entre les quals destaca l'aplicació SAP ICS, en virtut del contracte subscrit amb Faura Casas Auditors Consultors, SL. En l'informe final s'han identificat diversos punts de millora, entre els quals, la necessitat que l'ICS obtingui la conformitat a la certificació de l'ENS.

5.1.4. S'han tingut en compte els objectius de desenvolupament sostenible, i les seves fites, en la planificació de l'atenció urgent?

El 25 de setembre de 2015 tots els estats membres de Nacions Unides van aprovar l'Agenda 2030 per al desenvolupament sostenible, un pla d'acció per erradicar la pobresa, protegir el planeta i millorar la qualitat de vida de les persones. L'Agenda fixa 17 ODS i 169 fites específiques a assolir abans de 2030.

Els compromisos del Govern de Catalunya es concreten en el Pla nacional per a la implementació de l'Agenda 2030, aprovat el 25 de setembre del 2019. El Pla té com a objectiu garantir l'assoliment dels ODS mitjançant les polítiques públiques de la Generalitat, i s'ha elaborat amb la participació dels 13 departaments de la Generalitat. Inclou 696 compromisos, que es tradueixen en 920 actuacions per la seva vinculació transversal a diversos objectius i fites.

Concebut com a instrument per assegurar la coherència de les polítiques de desenvolupament sostenible, el Pla està disponible en format de dades obertes i es revisa anualment per mantenir-lo actualitzat fins al 2030.

La revisió de la Sindicatura en relació amb l'atenció urgent en el marc dels ODS ha posat de manifest les observacions següents:

- El Pla nacional per a la implementació de l'Agenda 2030 a Catalunya incorpora l'ODS 3 de Salut i Benestar i, en particular, la fita 4, que estableix com a objectiu reduir en un terç la mortalitat prematura per malalties no transmissibles abans del 2030, mitjançant la prevenció, el tractament i la promoció de la salut mental i el benestar.
- Els compromisos definits en el Pla per assolir aquesta fita no inclouen cap actuació específica vinculada amb el SUH. Per altra banda, tot i que la memòria explicativa dels Pressupostos de la Generalitat de Catalunya 2023 associa de manera general els objectius de l'Agenda 2030 als programes pressupostaris, aquesta vinculació no queda reflectida en el Pla pel que fa a l'atenció urgent hospitalària, ni disposa de normativa o indicadors que permetin avançar en l'assoliment dels ODS en aquest àmbit concret.
- La despesa del SUH forma part del programa pressupostari 412, Atenció especialitzada de salut, del pressupost del CatSalut. Aquest programa no està vinculat a cap de les fites del Pla nacional per a la implementació dels ODS a Catalunya i, en conseqüència, la despesa associada no està alineada amb els objectius de desenvolupament sostenible.

5.2. ELS RECURSOS DE QUÈ DISPOSA EL DISPOSITIU SÓN ADEQUATS I SUFICIENTS?

5.2.1. La dotació de recursos humans i l'organització del dispositiu són adequats per atendre la demanda assistencial del centre?

En el marc de l'eix 9 del PLANUC, les accions 27 a 29 posen en relleu la importància de situar els professionals assistencials al centre de l'atenció sanitària. Aquesta orientació reconeix que uns entorns laborals favorables es tradueixen en millors resultats clínics, més eficiència en l'ús dels recursos i una major satisfacció dels professionals, factors que repercuteixen directament en la qualitat de l'atenció prestada a la població.

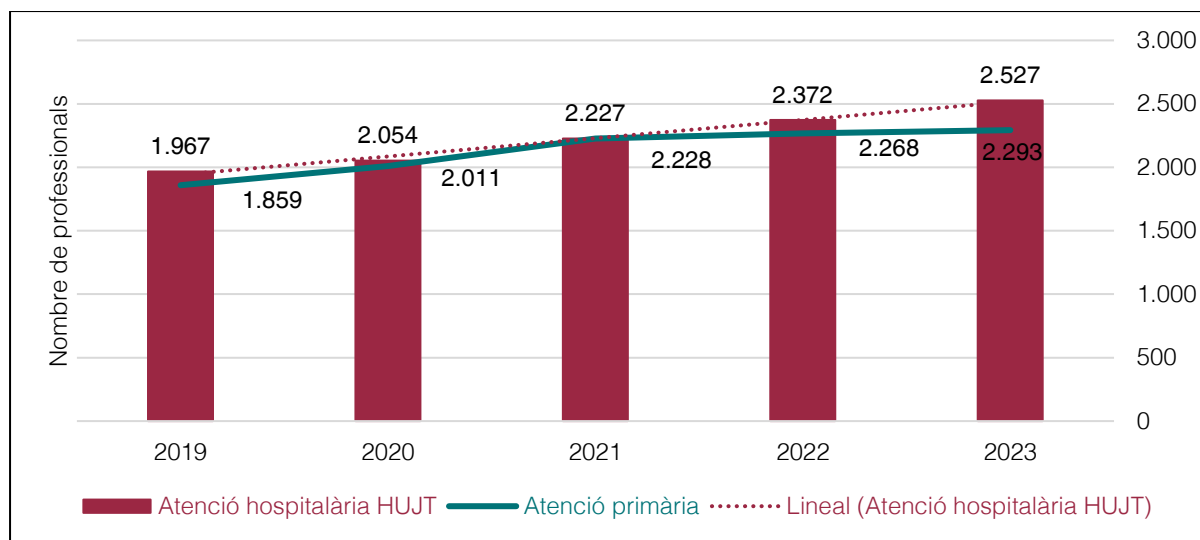
Dins d'aquest eix, l'acció 28 estableix la necessitat de donar suport al desenvolupament de les especialitats de medicina i infermeria d'urgències i emergències. Tot i que la competència en aquesta matèria és estatal, es considera fonamental impulsar i consolidar aquestes disciplines per garantir una resposta adequada davant situacions d'urgència i emergència, i assegurar així la cobertura assistencial en un àmbit de gran demanda.

Finalment, l'acció 29 destaca l'avaluació de competències i responsabilitats dels professionals de medicina, infermeria i tècnics d'emergències. En aquest sentit, l'ICS utilitza la fixació d'objectius com a eina de gestió, motivació i incentivació. Aquesta metodologia permet alinear l'activitat professional amb les necessitats del centre, i afavorir així la millora contínua i la implicació dels equips en l'assoliment dels resultats assistencials.

En coherència amb aquestes directrius, mitjançant l'Acord de gestió 2023 l'ICS va establir que el 40% de la remuneració vinculada a la DPO es destinés a objectius grupals, amb la finalitat de fomentar el treball en equip. Dels 16 objectius grupals definits, només un estava relacionat amb el Servei d'Urgències Hospitalàries (formació de la GID a Urgències), mentre que la resta afectaven altres serveis hospitalaris. El 60% restant de la DPO corresponia a objectius individuals del SUH, dels quals un 40% es vinculava a la reducció del temps de permanència dels pacients i un 20% a la implementació de la GIDA. D'acord amb la informació facilitada, els professionals del Servei d'Urgències van assolir la totalitat dels objectius establerts per a l'exercici 2023.

Entre l'any 2019, abans de la pandèmia de la covid, i l'any 2023, el creixement de professionals assistencials al territori de Girona va ser del 28,5% en l'àmbit de l'atenció hospitalària de l'HUJT, i del 23,3%, en l'àmbit de l'atenció primària:

Gràfic 1. Professionals dedicats a l'activitat assistencial, territori de Girona. Període 2019-2023



Font: Memòria de la Gerència Territorial de Girona, 2019-2023.

Els recursos humans adscrits al Servei d'Urgències l'any 2023, en termes de jornada equivalent, eren de 162 efectius: 8 d'ells al Servei d'admissions,¹¹ 32 al Servei de Medicina d'Urgències¹² i 122 als Serveis Generals d'Urgències.¹³

Quadre 1. Plantilla de recursos humans adscrita als serveis d'urgències. Exercici 2023

Unitat productiva	Admissió d'urgències		Medicina d'urgències		Urgències generals		TOTAL	
	Plantilla equivalent	Retribucions	Plantilla equivalent	Retribucions	Plantilla equivalent	Retribucions	Plantilla equivalent	Retribucions
Facultatiu			32,1	2.291.407			32,1	2.291.407
Graduat en Infermeria					72,1	3.145.706	72,1	3.145.706
Treballador social					0,2	4.684	0,2	4.684
Auxiliar d'infermeria					36,4	943.040	36,4	943.040
Personal administratiu	7,9	274.533			1,4	41.734	9,4	316.267
Zelador					11,9	304.051	11,9	304.051
Total	7,9	274.533	32,1	2.291.407	122,0	4.439.215	162,0	7.005.156
Cost Seguretat Social		77.162		492.986		1.370.087		1.940.235
Total cost d'urgències		351.695		2.784.393		5.809.303		8.945.391

Font: Direcció de Persones i Desenvolupament Professional, HUJT.

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

- Matí: 2 administratives en horari de 8 h a 15 h.
- Tarda: 2 administratives en horari de 15 h a 22 h.
- Nit: 2 administratives en horari de 22 h a 24 h i una de 24 h a 8 h.

12. La dotació de facultatiu diària al SUH és la següent, l'any 2023:

- Torn diürn: 6 facultatiu de 9 h a 21 h.
- Torn nocturn: 4 facultatiu de 21 h a 9 h.
- Residents:
 - Dies laborables: entre 1 i 5 residents de rotació en horari de 9 h a 21 h, entre 5 i 7 residents de guàrdia en horari de 17 h a 9 h.
 - Dies festius: entre 3 i 6 residents en horari de 9 h a 21 h.

13. Personal assistencial (infermers, auxiliars infermeria) i zeladors: torns de 7 i de 10 hores el nocturn. De 8 h a 15 h, de 15 h a 22 h i de 22 h a 8 h.

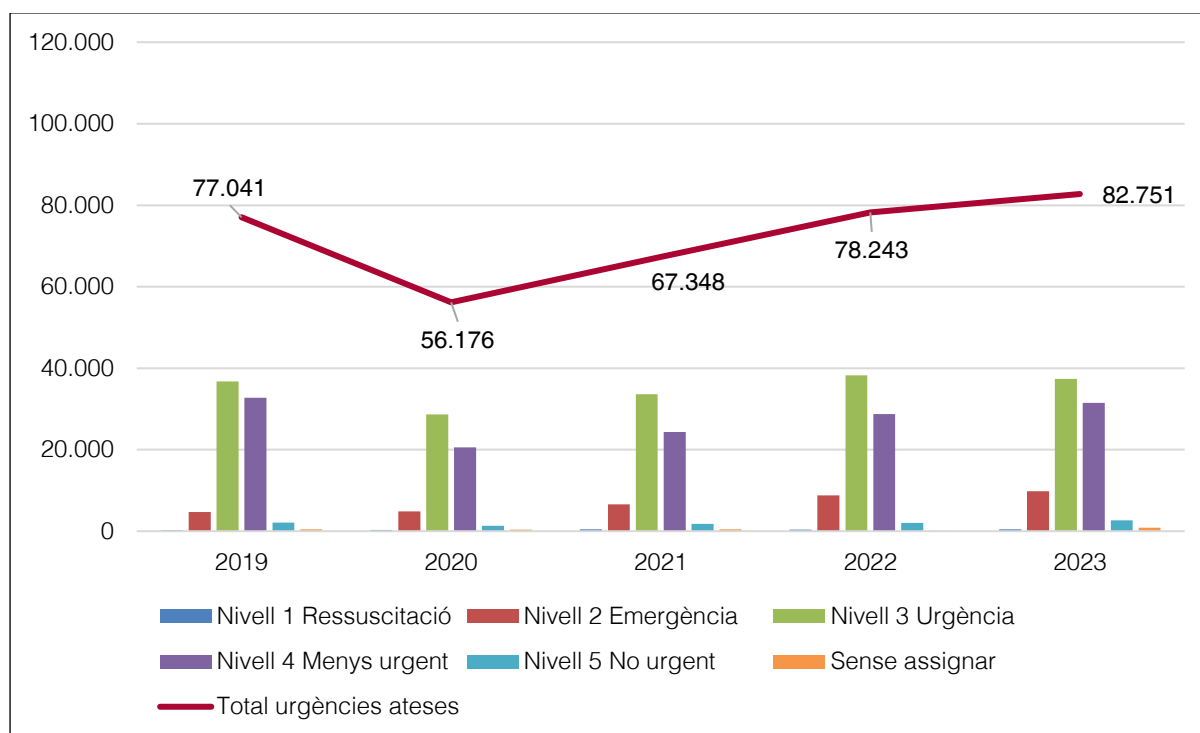
Els professionals que fan el triatge a urgències formen part de la plantilla general i tenen contractes diversos segons la seva situació. El personal d'infermeria han de conèixer prèviament tots els circuits d'urgències i seguir una corba d'aprenentatge. Reben formació teòrica i pràctica, incloent-hi un reciclatge de 5 dies amb torns de matí i tarda per adaptar-se als diferents perfils de pacients. Durant aquest període, funcionen 2 punts de triatge.

L'any 2023, l'organització del Servei d'Urgències combina una estructura jerarquitzada, amb plantilla pròpia i metges interns residents en període de formació, amb l'organització matri- cial compartida amb la resta d'especialitats. L'estructura de comandament està formada per un cap de servei i un supervisor d'urgències, que garanteixen la coordinació operativa i clí- nica del servei.

En les memòries de la cap del Servei corresponents als anys 2023 i 2024, es posa de mani- fest que entre els adjunts d'urgències es generen hores extres que no poden ser totalment absorbides per la plantilla disponible.

Quant a l'activitat assistencial, l'any 2023 el Servei d'Urgències va atendre 82.751 urgències, un increment del 7,41% respecte de l'any 2019, en què es van registrar 77.041 casos. Aquest augment s'emmarca en el procés de recuperació de l'activitat iniciat el 2022, després de la davallada significativa de les urgències ateses durant la pandèmia de la covid. Des d'ales- hores, s'observa una tendència sostinguda de creixement en el nombre de contactes d'urgències:

Gràfic 2. Urgències hospitalàries ateses, Hospital Universitari Doctor Josep Trueta. Període 2019-2023



Font: Elaboració pròpia a partir de la Memòria de la Gerència Territorial de Girona.

Nota: El nombre d'urgències de l'Hospital Doctor Josep Trueta segons el CMBD-UR (82.737) discrepa en 14 urgències respecte al nombre d'urgències segons la memòria d'activitat (82.751), els quals corresponen a contactes erronis o no registrats.

L'HUJT compta amb el protocol que descriu el procés d'atenció urgent del Servei d'Urgències, en què es recull de manera sistemàtica l'organització estructural i l'equipament del servei, el model organitzatiu, les funcions de l'equip humà i la cartera de serveis. També s'hi descriuen els circuits d'atenció al pacient, amb el detall dels espais físics, estàndards de funcionament, professionals adscrits i les seves responsabilitats. El document inclou, a més, els processos de suport assistencial, no assistencial i d'atenció al pacient (com atenció ciutadana o serveis de traducció), i també el sistema d'avaluació del procés d'atenció urgent.

Pel que fa a l'organització estructural i l'equipament, les àrees d'admissions i d'urgències generals disposaven dels espais següents: Actualment està en curs la transformació de l'Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, mitjançant la construcció d'un nou centre al futur campus de salut de Girona (apartat 1.2):

- Àrea d'admissió i acollida:
 - a) Punt de seguretat: despatx amb visió de les portes d'accés i sala d'espera.
 - b) Admissió: espai amb 4 punts de treball per a personal administratiu.
 - c) Consultes de triatge: 2 consultes comunicades entre elles.
 - d) Sala d'espera de familiars: situada davant de la zona d'admissió.
- Àrea d'urgències generals
 - a) Emergències: 4 boxs de crítics (1 triple amb 3 punts i 1 d'aïllament).
 - b) Medicoquirúrgica: 22 boxs distribuïts en 3 clústers:
 - Clúster A: 8 boxs (7 individuals i 1 doble).
 - Clústers B i C: 7 boxs cadascun (3 individuals i 4 dobles).
 - Total punts assistencials: 31.
 - Zona d'espera amb lliteres: davant del box 9, amb capacitat per a 2 lliteres.
 - c) Circuit ambulatori: 5 consultes i zona de butaques (8 punts d'assistència).
 - d) Observació (semicrítics): 8 punts en espai comú i 3 boxs individuals tancats.

L'anàlisi de la dotació de recursos humans i de l'estructura organitzativa del dispositiu assistencial d'urgències de l'HUJT ha permès identificar diversos aspectes rellevants:

- El PLANUC assenyala que la manca d'aprovació de l'especialitat de Medicina d'Urgències ha comportat, fins almenys l'any 2024, una formació desigual entre els metges d'urgències. El mes de juliol de 2024 el Consell de Ministres va aprovar aquesta especialitat a l'Estat espanyol, i el mes d'agost de 2025, es va aprovar l'oferta de places i la convocatòria de proves selectives per a l'accés, a partir de l'any 2026, a les places de formació corresponents. Resta encara pendent el desenvolupament de l'especialitat d'infermeria en urgències.
- L'HUJT no ha establert objectius ni indicadors específics per avaluar les competències individuals dels professionals d'urgències mitjançant les retribucions variables, ni tampoc ha definit indicadors vinculats a la gestió assistencial o a la qualitat del servei d'atenció urgent.

- Cap de les institucions implicades –el Departament de Salut, el CatSalut ni l'ICS– ha definit ràtios estàndard sobre el nombre de professionals necessari en funció de la dimensió dels serveis d'atenció continuada i urgent. Aquesta manca de referència dificulta garantir l'atenció de qualitat i ajustada a les necessitats reals de la població que preveu l'acció 27 del PLANUC.
- Les memòries de la cap i de la supervisora d'urgències dels anys 2023 i 2024 posen de manifest dificultats per cobrir substitucions, baixes, permisos i jubilacions del personal facultatiu i d'infermeria del SUH. La composició de la plantilla, en termes de personal equivalent, es distribuïa de la manera següent: 30,5% personal fix, 23,8% eventual, 42,9% interí i 2,8% substitut.
- L'ICS i l'IAS mantenen una aliança estratègica en què s'estableix una estructura directiva compartida per a la gestió del Servei d'Urgències. Aquesta col·laboració es fonamenta en convenis marc signats l'any 2006, actualitzats el 2016 i el 2023, amb l'objectiu d'optimitzar els recursos assistencials i impulsar un model organitzatiu integrat entre centres públics (vegeu l'apartat 5.1.1). Cada any, ambdues entitats es refacturen la dedicació del personal directiu implicat. Tanmateix, resta pendent reforçar el compliment de la normativa d'incompatibilitats i garantir la transparència en les retribucions autoritzades.
- El control financer de la Intervenció Adjunta per al Control de les Entitats Sanitàries sobre la Gerència Territorial de l'ICS a Girona (any 2023) va detectar diverses incidències en l'àmbit de personal i gestió. D'una banda, es van identificar càrrecs de comandament contractats de manera temporal amb funcions directives, que s'han perllongat en el temps sense que s'hagin promogut convocatòries per a la seva provisió definitiva, com és el cas de l'adjunt a la gerència del centre Josep Trueta.
- D'altra banda, es van assenyalar deficiències en la facturació de l'aliança estratègica entre l'ICS i l'IAS, atès que la compensació pel temps dels professionals cedits es calcula a preu de cost, però la documentació del conveni no aporta informació per justificar adequadament els imports facturats.
- Al servei d'urgències de l'HUJT hi ha mancances en la cobertura de perfils professionals rellevants, especialment en determinats torns:
 - Treballador social: només disponible en dies laborables, de 10 h a 17 h.
 - Suport geriàtric: no disponible.
 - Mediator intercultural: no disponible
 - Psiquiatria: laborables de 9 a 15 hores o de presència física al Parc Hospitalari Martí i Julià la resta d'horari (guàrdia no presencial des de Santa Caterina).
 - Psicologia: no hi ha suport terapèutic per a pacients agitats; el psicòleg disponible és del SEM i difícilment accessible.

- En l'auditoria del PLANUC del 2021 els responsables del Servei d'Urgències van assenyalar diverses mancances estructurals: absència d'espais adequats per atendre pacients agitats; utilització del passadís per ubicar malalts; manca d'una unitat de fragilitat i de curta estada, o insuficiència de llits per a pacients semicrítics, entre altres.

5.2.2. El finançament assignat cobreix els costos de l'atenció urgent al dispositiu?

La prestació de serveis de l'ICS per compte del CatSalut s'hauria d'articular mitjançant un contracte programa subscrit per ambdues parts amb l'aprovació prèvia del Govern, en compliment de l'article 14 de la Llei 8/2007, del 30 de juliol, de l'ICS. Aquest instrument jurídic, però, mai no ha estat formalitzat.

En absència del contracte programa, les parts acorden anualment clàusules en què s'estableixen els imports que percebrà l'Hospital per la prestació dels serveis assistencials, inclosa l'activitat d'urgències hospitalàries. Aquestes clàusules se subscriuen de manera extemporània, un cop finalitzada la seva vigència. Tanmateix, durant l'any els centres proveïdors de l'ICS es financen amb les aportacions que el CatSalut transfereix mensualment al capítol IV, destinades a cobrir les despeses d'explotació del serveis assistencials.

En el cas de l'HUJT, la clàusula anual corresponent a l'any 2023 es va subscriure el mes de maig del 2024. L'import estipulat a la clàusula per l'activitat d'urgències de l'Hospital corresponent a l'any 2023 va ser de 10,51 M€, a més d'un import pel programa addicional destinat a l'absorció d'urgències, de 0,09 M€, que fan un total transferit per l'activitat d'urgències de 10,60 M€, amb la composició següent:

Quadre 2. Clàusula addicional del concert entre el CatSalut i l'ICS, activitat d'urgències. Exercici 2023

Triatge	Nre. de triatges	Preu triatge	Import		
	77.354	18,92	1.463.538		
Urgències ateses	Nre. d'urgències	IRU	Preu unitari mitjà	Preu unitari	Import
	74.106	1,1396	107,07	122,02	9.042.414
Total triatge + urgència				140,94	10.505.952
Absorció d'urgències					87.464
Total					10.593.416

Imports en euros.

Font: Elaboració pròpia a partir de les clàusules addicionals subscrites entre el CatSalut i l'ICS –Àmbit Territorial Girona– Hospital Universitari Doctor Josep Trueta.

D'acord amb el detall que consta a la clàusula, el sistema de pagament del CatSalut als centres proveïdors del SISCAT quant 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 2023 la contraprestació econòmica d'una urgència hospitalària a l'HUJT va quedar determinada per la suma d'aquests conceptes:

- a) El triatge de pacients: l'any 2023 el CatSalut va preveure el triatge de 77.354 contactes, a un preu unitari¹⁴ de 18,92 € (1,46 M€).
- b) Les urgències ateses: l'any 2023 el CatSalut va preveure l'atenció de 74.106 urgències, a un preu unitari de 122,02 € (9,04 M€). Aquest preu unitari estava determinat pel producte de 2 factors: el factor de ponderació de l'índex relatiu d'urgències (IRU),¹⁵ amb un valor de 1,1396, i el preu unitari mitjà de la urgència atesa, 107,07 €. 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.

L'article 83 de la Llei 14/1986, general de sanitat, disposa que no s'ha de finançar amb fons públics del Sistema Nacional de Salut l'assistència sanitària en aquells supòsits, assegurats o no, en què hi hagi un tercer obligat al pagament. També estableix que les administracions que hagin prestat l'assistència sanitària a aquests usuaris tenen dret a reclamar al tercer responsable el cost dels serveis prestats.

D'acord amb aquest precepte, i amb la finalitat de facturar els serveis al responsable del seu finançament i pagament, el CatSalut va aprovar la Instrucció 4/2013, que estableix les actuacions que cal dur a terme en el marc del contracte o conveni amb el CatSalut, en relació amb l'acreditació del dret d'accés a l'atenció sanitària per compte del seu. En concret, les entitats proveïdores de serveis sanitaris han d'obtenir, en el moment de l'accés a l'atenció o abans de l'alta o de la finalització de l'assistència, les dades mínimes obligatòries relatives a l'origen, la causa, la contingència o el motiu de l'atenció sanitària.

Per donar compliment als procediments descrits, l'HUJT ha establert un circuit de rescabament dels imports corresponents a l'atenció prestada a pacients d'urgències quan hi ha tercers obligats al pagament. En aquest marc, la recollida de dades per determinar el motiu de l'assistència i el nivell de cobertura sanitària recau en el servei d'admissió d'urgències, que registra les dades administratives del pacient en el moment d'entrada al circuit i codifica el règim econòmic. Paral·lelament, la unitat de facturació és responsable de verificar que les

14. Els preus unitaris del triatge i de la urgència atesa van ser establerts a l'Ordre SLT/279/2023, del 14 de desembre, per la qual es determinen per a l'any 2023 els preus unitaris per a la contraprestació de l'atenció hospitalària i especialitzada.

15. 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.

assistències susceptibles de reclamació estiguin correctament identificades i de recopilar la documentació necessària per a la facturació i cobrament de l'assistència.

L'any 2023, les urgències ateses a l'Hospital que van ser finançades per tercers obligats al pagament, com ara mutualitats públiques, mutualitats obligatòries, assegurances lliures i particulars, van representar un volum poc significatiu, 963.844 €, equivalent al 5,87% del total de la facturació, segons les dades del CMBD-UR.

D'acord amb el sistema de costos corporatiu de l'ICS,¹⁶ la composició de despeses del Servei d'Urgències de l'exercici 2023 era la següent:

Quadre 3. Despeses vinculades al Servei d'Urgències. Exercici 2023

Concepte	Import total del Servei d'Urgències	Percentatge sobre el total
Despeses directes de personal	10.015.004	65,43
Despeses material sanitari i no sanitari	931.991	6,09
Despeses de medicaments	555.611	3,63
Altres despeses directes	314.044	2,05
Total despeses directes del SUH	11.816.651	77,20
Despeses de gestió de serveis generals	1.355.879	8,86
Despeses d'estructura de gestió assistencial	715.597	4,68
Despeses d'unitat de suport assistencial	622.303	4,07
Despeses de gestió de recursos econòmics	366.322	2,39
Despeses de gestió de recursos humans	207.043	1,35
Altres despeses indirectes	221.992	1,45
Total despeses indirectes del SUH	3.489.134	22,80
Total despeses estimades del SUH	15.305.785	100,00

Imports en euros.

Font: Sistema de distribució de costos corporatiu de l'ICS.

16. El cost de l'atenció urgent s'estima a partir del cost total de la unitat (costos directes i indirectes de les unitats de suport), distribuït segons l'activitat registrada en el període. Per a cada pacient es recullen els minuts reals d'assistència i el nivell de triatge, que permeten calcular el temps mitjà ponderat i la corresponent URV. El total d'URV generades es divideix pel cost global per obtenir el cost unitari per URV, el qual es multiplica per la URV de cada triatge per determinar el cost específic de l'assistència.

URV = unitat relativa de valor: indicador que reflecteix el consum de recursos necessari per dur a terme una prestació. En el cas de les urgències hospitalàries, les URV s'assignen als triatges i es calculen en funció dels minuts reals d'assistència.

A continuació es presenten els costos unitaris estimats per a cada nivell de triatge de la prestació del servei assistencial d'urgències, per al mateix exercici:

Quadre 4. Cost de la prestació assistencial urgent. Exercici 2023

Nivell de triatge	Cost de la prestació	Pacients atesos	Pacients atesos (%)
Nivell 1 (risc vital immediat)	199,60	472	0,57
Nivell 2 (risc vital previsible)	419,62	9.864	11,92
Nivell 3 (risc vital potencial)	310,34	37.372	45,17
Nivell 4 (sense risc vital)	128,02	31.541	38,12
Nivell 5 (no urgent)	112,49	2.638	3,19
Sense nivell de triatge	30,22	850	1,03
Total	244,14	82.737	100,00

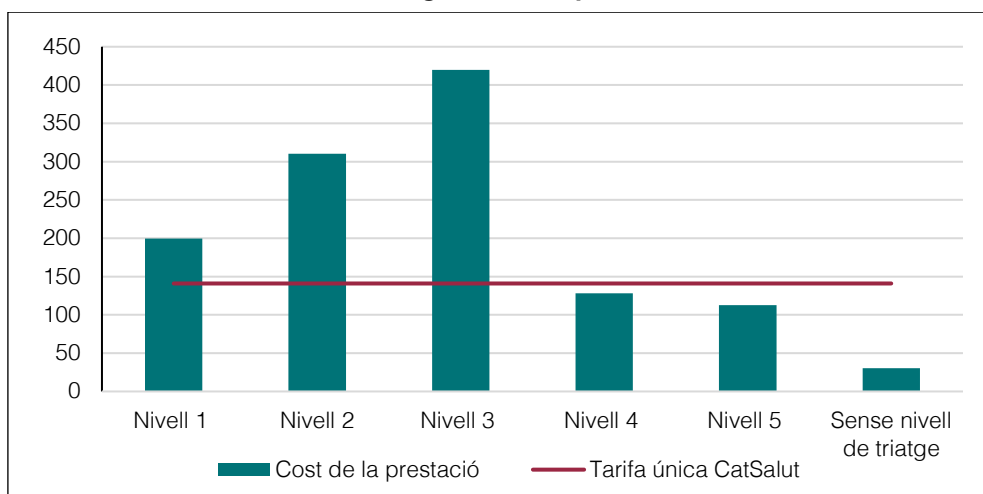
Font: Direcció Financera de l'HUJT i elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

Nota: La Sindicatura ha verificat la metodologia (raonable i versemblant) però no l'escandall de costos facilitat per la comptabilitat analítica de l'HUJT.

L'anàlisi del cost de la prestació del Servei d'Urgències ha permès a la Sindicatura concloure el següent:

- D'acord amb el sistema de costos corporatiu de l'ICS, les despeses associades al Servei d'Urgències durant l'any 2023 van ascendir a 15,31 M€. En canvi, el finançament rebut del CatSalut (10,60 M€) i dels tercers obligats al pagament (0,96 M€) va ser d'11,56 M€. Així, doncs, el dèficit estimat en el finançament de l'activitat assistencial d'urgències es va situar en 3,75 M€.¹⁷
- Pel que fa als preus unitaris, la contraprestació del CatSalut per cada urgència atesa va ser de 140,94 €, mentre que el cost mitjà estimat es va situar en 244,14 €, amb un dèficit unitari de 103,20 €. Entre els components del cost estimat, destaquen especialment les despeses directes de personal, que representen el 65,43% del total.
- La Direcció Financera de l'HUJT ha facilitat els costos unitaris estimats de prestació del servei assistencial d'urgències per a cada nivell de triatge (vegeu el quadre 4). Si es comparen aquests costos amb la tarifa única retribuïda pel CatSalut –140,94 € per urgència atesa, incloent el triatge– s'observa que la tarifa va ser deficitària en els nivells de triatge 1, 2 i 3, que van representar el 57,66% (0,57%, 11,92% i 45,17%, respectivament) de les urgències ateses a l'HUJT durant l'any 2023. En canvi, presentava superàvit en els nivells de triatge 4 i 5 (38,12% i 3,19%, respectivament).

17. 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.

Gràfic 3. Cost unitari de les urgències hospitalàries ateses. Exercici 2023

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la Direcció Financera de l'HUJT.

- L'any 2023, la contraprestació del CatSalut a l'HUJT pels serveis d'atenció urgent hospitalària, per 10,51 M€ es va establir en una clàusula addicional formalitzada de manera extemporània el maig del 2024, subscrita entre l'ICS (àmbit territorial de Girona) i el CatSalut, sense l'empara del contracte programa previst a l'article 14 de la Llei 8/2007, de l'ICS.

5.3. L'ACTIVITAT ASSISTENCIAL QUE FINANÇA EL CATSALUT AL DISPOSITIU ÉS SUFICIENT I ES REALITZA EN EL NIVELL ASSISTENCIAL MÉS ADEQUAT?

5.3.1. La demanda d'atenció al dispositiu i la seva evolució és coherent amb l'activitat prevista pel CatSalut?

El grau d'utilització dels serveis d'urgències hospitalàries es veu condicionat per diversos factors demogràfics i socials de la població. Especialment, destaca l'edat dels pacients: el nombre d'urgències ateses en el segment de població de 75 anys o més representa un volum d'urgències que representa el 16% de la població assegurada en aquest tram d'edat:

Quadre 5. Nombre d'urgències ateses al Servei d'Urgències per grups d'edat. Exercici 2023

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	135.164	15.714	0,12
De 15 a 44 anys	331.357	27.150	0,08
De 45 a 64 anys	266.015	18.075	0,07
De 65 a 74 anys	88.960	9.119	0,10
De 75 anys o més	81.305	12.679	0,16
Total	902.801	82.737	0,09

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Registre central d'assegurats del CatSalut i del CMBD-UR.

L'ICS i el CatSalut van fixar l'activitat a desenvolupar pel Servei d'Urgències de l'HUJT durant l'any 2023 mitjançant la clàusula addicional primera, relativa a la línia assistencial especialitzada hospitalària d'aguts (vegeu l'apartat 5.2.2).

Aquesta clàusula establia un volum de 74.106 urgències, inferior als 82.737 contactes registrats a la base de dades CMBD-UR. L'encàrrec d'activitat va ser insuficient en 8.631 contactes, la qual cosa representa un 11,65% per sota de l'activitat prevista.

Quadre 6. Activitat prevista i activitat prestada. Exercici 2023

Clàusula anual CatSalut-ICS (Hospital Doctor Josep Trueta)	2023
Valoració econòmica de les urgències (€)	10.505.952
Nombre d'urgències previstes	74.106
Registre de contactes al CMBD-UR	
Nombre d'urgències registrades	82.737
Excés del nombre d'urgències ateses respecte del nombre d'urgències previstes	8.631
Percentatge	11,65

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

Pel que fa a l'evolució de la demanda, s'observa que la pandèmia de la covid va impactar de manera significativa en l'activitat del Servei d'Urgències, amb una reducció notable durant l'any 2020. No obstant això, entre els anys 2021 i 2023 es van registrar signes clars de recuperació, i a partir del 2022, l'activitat ja es va situar a nivells similars als de 2019 (vegeu el gràfic 2).

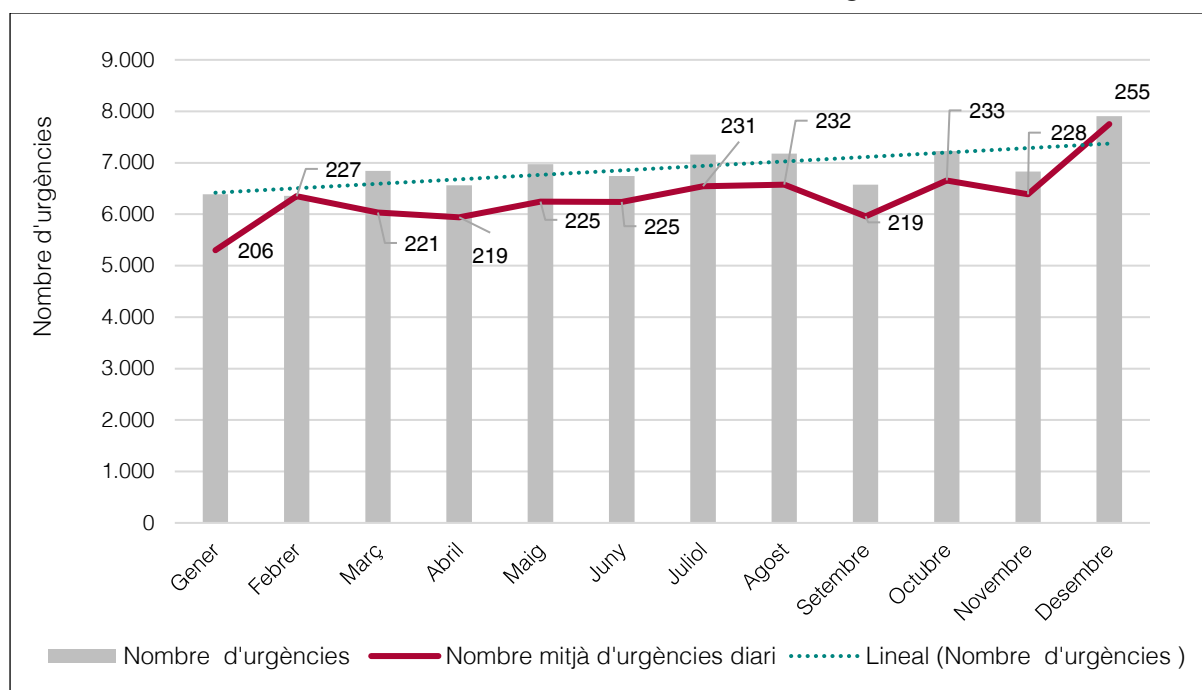
En aquest període, la població va créixer un 6,12% (2019-2023) i la taxa d'urgències per cada 1.000 habitants va augmentar un 1,21%.

Quadre 7. Urgències registrades per habitant. Evolució en el període 2019-2023

Girona	2019	2020	2021	2022	2023	Variació 2019-2023 (%)
Nombre d'urgències registrades	77.041	56.176	67.348	78.243	82.751	7,41
Nombre d'urgències Clàusula CatSalut-HUJT	65.970	65.970	65.970	67.603	74.106	12,33
Diferència: nombre d'urgències encarregades respecte del nombre d'urgències registrades	(11.071)	9.794	(1.378)	(10.640)	(8.645)	
Percentatge de diferència	(16,78)	14,85	(2,09)	(15,74)	(11,67)	
Població assegurada	850.699	861.753	870.481	883.512	902.801	6,12
Percentatge de variació de la població assegurada		1,30	1,01	1,50	2,18	
Taxa d'urgències / 1.000 habitants	90,56	65,19	77,37	88,56	91,66	1,21
Percentatge de variació taxa d'urgències / 1.000 habitants		(28,02)	18,69	14,46	3,50	

Font: Elaboració pròpia a partir de les memòries de la Gerència Territorial de Girona i del Registre central d'assegurats del CatSalut.

Pel que fa a l'evolució mensual de la demanda del Servei d'Urgències, l'any 2023 es van registrar un mínim de 6.355 urgències, el mes de febrer, i un màxim de 7.906, el mes de desembre. Paral·lelament, el nombre mitjà diari d'urgències va oscil·lar de les 206, al gener, fins a les 255, al desembre, amb una mitjana anual de 227 urgències.

Gràfic 4. Evolució mensual i diària de la demanda del Servei d'Urgències. Exercici 2023

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 el següent:

- La previsió de 74.106 urgències establerta a la clàusula d'activitat entre el CatSalut i l'HUJT per a l'any 2023 és un 11,65% inferior al nombre d'urgències registrades al CMBD-UR, que va ascendir a 82.737.
- Durant l'any 2023 l'activitat del Servei d'Urgències es va mantenir estable i superior a la registrada l'any 2019, període marcat per l'inici de la pandèmia de la covid i la davallada generalitzada en tots els serveis d'urgències.
- En la planificació de l'activitat del Servei d'Urgències cal considerar especialment el segment de població de 65 anys o més, que va representar el 26,35% de contactes l'any 2023. Són pacients amb necessitats específiques d'atenció que habitualment requereixen més recursos assistencials.

5.3.2. L'atenció es dona en el nivell assistencial més adequat en funció del grau d'urgència?

D'acord amb el PLANUC (eix 1), un dels grans reptes dels sistemes de salut és garantir que les persones siguin ateses en el dispositiu més adequat per resoldre el motiu de consulta, especialment en l'àmbit de l'atenció urgent i continuada. L'objectiu de l'autoritat sanitària a l'hora de promoure una millor adequació de la demanda als dispositius assistencials és optimitzar els recursos disponibles. Aquesta adequació comporta que el cost de l'atenció prestada s'ajusti al benefici obtingut en termes de salut, i que asseguri una òptima relació cost-efectivitat.

Per assolir aquest objectiu, tenint en compte que, en última instància, és el ciutadà qui decideix a quin dispositiu adreçar-se, les autoritats sanitàries han de facilitar informació actualitzada sobre els dispositius assistencials més propers i els seus temps d'espera. Així mateix, cal consensuar criteris clínics de derivació des dels serveis d'urgències hospitalàries cap a l'atenció primària per als casos sense risc vital.

D'entre els indicadors emprats habitualment, aquest informe utilitza el nombre d'urgències amb risc vital (nivells 1, 2 i 3 del Model andorrà 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 ser atesos en l'àmbit de l'atenció primària.

Tanmateix, cal matisar que aquest no és un indicador perfecte: no totes les urgències sense risc vital (nivells 4 i 5) poden ser gestionades adequadament en dispositius d'atenció primària.

ria, ja que en determinats casos la complexitat clínica requereix l'atenció hospitalària.¹⁸ Tenint en compte aquestes limitacions, la Sindicatura considera que l'indicador escollit és el que millor s'ajusta al concepte d'adequació.

Segons les dades disponibles, l'exercici 2023, el Servei d'Urgències de l'HUJT va registrar una proporció d'urgències sense risc vital (nivells 4 o 5 de triatge) d'un 41,31%, inferior al 59,49% observat en el conjunt de centres hospitalaris de Catalunya. Per contra, el percentatge de casos amb risc vital (nivells 1, 2 i 3) va ser del 57,66%, superior a la mitjana catalana, del 39,33%, especialment en el cas de les urgències amb risc vital potencial (nivell 3 de triatge).

Quadre 8. Urgències ateses per nivell de triatge del pacient. Exercici 2023

Nivell de triatge	HUJT		Global de Catalunya	
	Nombre de casos	Percentatge	Nombre de casos	Percentatge
Nivell 1 (risc vital immediat)	472	0,57	14.328	0,38
Nivell 2 (risc vital previsible)	9.864	11,92	211.106	5,55
Nivell 3 (risc vital potencial)	37.372	45,17	1.270.421	33,40
Nivell 4 (sense risc vital)	31.541	38,12	1.875.828	49,32
Nivell 5 (no urgent)	2.638	3,19	386.889	10,17
No registrat/erroni	850	1,03	44.764	1,18
Total	82.737	100,00	3.803.336	100,00

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

La Sindicatura ha calculat un indicador ajustat de les urgències amb risc vital registrades a l'HUJT, i la corresponent taxa no ajustada, seguint la metodologia establerta al MSIQ del CatSalut.¹⁹ El quadre 9 recull la taxa bruta (no ajustada) de casos urgents amb risc vital registrats a l'HUJT, obtinguda mitjançant aquesta metodologia.

L'exercici 2023, la taxa bruta d'urgències amb risc vital de l'HUJT va ser del 59,10%, molt superior a la del conjunt dels serveis d'urgències hospitalàries de Catalunya, que en el mateix període era del 40,19%.

18. Cal recordar que el Model andorrà de triatge classifica els pacients en funció del grau d'urgència i no pas de la gravetat. Les patologies prèvies i altres característiques individuals poden condicionar la gravetat dels contactes originats per causes no urgents. Per aquest motiu, un percentatge de casos no urgents pot acabar requerint ingrés hospitalari.

19. Per a més detall, vegeu l'annex metodològic 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.

Quadre 9. Taxa no ajustada de contactes urgents amb risc vital de l'Hospital Universitari Doctor Josep Trueta

Concepte	Exercici 2023	
	Nombre de casos	Percentatge
Urgències amb risc vital	47.495	59,10
Casos possibles	80.336	100,00

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

Per avaluar si la taxa d'urgències amb risc vital s'adequa al dispositiu d'urgències de l'HUJT s'ha calculat l'indicador ajustat que es mostra al quadre 10. Aquest indicador es defineix com el quocient entre el nombre d'urgències amb risc vital observades a l'hospital i el nombre d'urgències amb risc vital esperades segons un model estadístic d'ajust.

El model d'ajust s'ha estimat a partir de la informació del conjunt d'hospitals del CMBD-UR i té en compte factors que poden influir en 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'HUJT amb les dades del 2023 és superior a la unitat i estadísticament significatiu. Això indica que el nombre de casos amb risc vital atesos a l'HUJT va ser superior al que es podia esperar tenint en compte els factors d'ajust, i que, per tant, la demanda es considera adequada al dispositiu.

Quadre 10. Indicador ajustat d'urgències amb risc vital de l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. Exercici 2023

Concepte	Indicador ajustat	Interval de confiança al 95%
Urgències amb risc vital	1,32	1,3090 – 1,3229

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

Les urgències sense risc vital (nivells 4 i 5), que representen el 41,31% de les urgències ateses, podrien ser resoltes en dispositius d'atenció primària. Segons les enquestes de satisfacció dels usuaris dels serveis d'atenció hospitalària urgent recollides pel PLAENSA del CatSalut, el 50% dels usuaris de l'HUJT enquestats l'any 2023 van escollir aquest dispositiu per iniciativa pròpia, mentre que un 25,80% ho van fer per indicació dels dispositius d'atenció primària del territori.

En el conjunt de Catalunya, la xifra és més elevada: un 61,30% dels usuaris van acudir a urgències per iniciativa pròpia i només un 14,70% ho van fer per derivació des de l'atenció primària. En el cas dels usuaris de l'HUJT que van optar fer-ho per iniciativa pròpia, els motius principals al·legats van ser la percepció que el problema només es podia resoldre a urgències (59,60%) o perquè al CAP no els podien atendre (18,30%).

L'Hospital va desenvolupar el protocol de derivació inversa l'any 2016. Segons els representats del Servei d'Urgències, aquesta pràctica és poc freqüent, motiu pel qual la majoria d'urgències sense risc vital són ateses i resoltes en el mateix dispositiu. L'evolució registrada durant els exercicis 2023 i 2024 ha estat la següent:

Quadre 11. Evolució de la derivació inversa de l'Hospital Universitari Doctor Josep Trueta. Exercicis 2023 i 2024

Nivell de triatge	Any 2023	Percentatge variació 2023	Any 2024	Percentatge variació 2024	Variació 2023-2024
Nivell 2	2	0,17	1	0,07	100,00
Nivell 3	48	3,98	39	2,64	23,08
Nivell 4	987	81,84	1.266	85,66	(22,04)
Nivell 5	169	14,01	167	11,30	1,20
Sense triatge	0	0,00	5	0,34	(100,00)
Total derivació inversa	1.206	100,00	1.478	100,00	(18,40)

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del SAP.

Nota: L'Hospital està implementant un control informàtic per evitar les derivacions inverses en nivells 2 i 3 (vegeu l'apartat 5.4.1).

L'any 2024 hi ha hagut un increment del nombre de derivacions inverses respecte al 2023 del 18,40%. El nivell amb un augment més destacat és el nivell 4, amb un 22,04%. Aquest nivell, a més, és el que concentra el percentatge més elevat de derivacions inverses en ambdós anys: 81,84%, el 2023, i 85,66% el 2024. Malgrat aquest increment, el pes de la derivació inversa sobre el total d'urgències ateses continua sent reduït: 1,46% el 2023 (sobre 82.743 urgències ateses) i 1,74% el 2024 (sobre 84.841 urgències ateses).

L'efectiva aplicació de la derivació inversa al Servei d'Urgències està condicionada per diversos factors: la ubicació del CUAP, que dificulta l'accés des de l'hospital; limitacions en la cartera de serveis del CUAP, ja que no disposa de proves complementàries com pot ser analítica o radiologia (aquesta última, només disponible parcialment en dies laborables), i la implementació de la figura de la GID, a finals de desembre del 2024, en horari de 10 a 17 hores. Aquesta iniciativa permet la resolució de casos per part del personal d'infermeria.²⁰

Quant a l'adequació del nivell assistencial, la Sindicatura ha observat els aspectes següents:

- Hi ha una manca d'adequació en la demanda d'atenció urgent al dispositiu d'urgències de l'HUJT, en relació amb el grau d'urgència que presenten els pacients. Una part significativa dels casos atesos corresponen a situacions poc urgents, que no presenten risc vital i, per tant, podrien ser resoltes en dispositius de la xarxa d'atenció primària. Aquesta

20. Text modificat arran de l'al·legació presentada per l'ICS.

situació reflecteix un problema de sobrecobertura, ja que el servei absorbeix una demanda superior a la que li correspondria.

- El nombre de casos amb risc vital atesos a l'HUJT l'any 2023 ha estat superior al que seria esperable, segons el nivell del centre i el perfil dels pacients. Malgrat això, el dispositiu ha demostrat una capacitat adequada per absorbir aquesta demanda, i ha garantit l'atenció necessària en situacions de major gravetat.
- De l'anàlisi de les dades obtingudes per la Sindicatura a partir dels qüestionaris de les enquestes de satisfacció dels usuaris de l'atenció hospitalària urgent (PLAENSA) realitzades l'any 2023, es desprèn que la majoria d'usuaris enquestats va acudir al servei d'urgències hospitalàries per iniciativa pròpia, i no pas per derivació; que una part d'aquests usuaris ja havia fet ús del servei en ocasions anteriors i, que en cas d'acudir-hi per iniciativa pròpia, la motivació principal era la percepció que l'Hospital era l'únic lloc capaç de resoldre el seu problema de salut.
- El CUAP de referència de l'Hospital té tot de limitacions que afecten tant el seu funcionament com la coordinació amb altres dispositius assistencials. En concret, no disposa d'anàlisi seca i el servei de radiografia només està disponible en dies laborables i en horari parcial, fet que dificulta tant la derivació inversa des de l'Hospital, com la derivació des dels centres d'atenció primària al CUAP.
- A més, la dotació de personal propi és reduïda (11,85%), ja que la major part del servei es cobreix amb professionals de guàrdia dels equips d'atenció primària. Del total de 105 facultatius, 27 no disposen d'especialitat (25,71%), la qual cosa genera problemes de coordinació, diversitat en les pràctiques professionals i dificultats per garantir la continuïtat assistencial i la cobertura dels horaris d'atenció continuada, especialment per la dependència dels equips d'atenció primària.
- D'altra banda, els professionals del CUAP han manifestat que seria interessant dur a terme una reorganització dels punts d'atenció continuada urgent per part del CatSalut a la Regió Sanitària de Girona, que presenta un elevat grau de dispersió territorial.
- Diversos factors contribueixen a explicar la manca d'adequació de la demanda d'atenció al dispositiu d'urgències de l'Hospital:
 - El Protocol de derivació inversa formalitzat entre el Servei d'Urgències i el CUAP de referència compta amb algunes limitacions: l'accessibilitat difícil al dispositiu d'atenció primària urgent, la percepció ciutadana que l'atenció en un nivell superior garanteix una millor resposta, la manca d'un horari homogeni en els diferents dispositius d'atenció primària; l'existència de pacients de nivell 4 i 5 complexes que requereixen proves que el CUAP no pot realitzar, o el temps addicional que requereix indicar al pacient la possibilitat de derivació.

- Les dades mostren que el percentatge de derivació inversa dels anys 2023 i 2024 es manté per sota del 2%, respecte al total d'urgències ateses al dispositiu.
- La figura de la GID: la Sindicatura considera que la seva implementació, a finals de desembre de 2024, no és coherent amb el que es defineix a l'eix 1 del PLANUC. D'acord amb les recomanacions del grup PADEICS, el Servei d'Urgències ha situat aquesta nova figura dins l'eix 4 del PLANUC, com a part de les mesures de drenatge.

5.4. S'HAN DISSENYAT CIRCUITS DEL PROCÉS ASSISTENCIAL URGENT QUE PERMETIN UNA COORDINACIÓ ADEQUADA DELS RECURSOS?

5.4.1. S'han elaborat protocols que regulin el procés assistencial i se n'avalua la implementació?

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

L'any 2020 l'hospital va redactar i implementar el procés d'atenció urgent, en què es recullen els circuits assistencials del servei, i que s'ha revisat en diverses ocasions, la darrera va ser l'any 2022, per adaptar en cada moment els aspectes organitzatius, personals i estructurals. La següent revisió del document corresponia efectuar-la l'octubre del 2024, tanmateix, l'Hospital ha manifestat que encara l'està duent a terme i que els canvis més importants són la incorporació de la unitat d'hospitalització a domicili, el circuit de la GID i l'ús de GACELA per al registre a peu de llit de les cures infermeres.

La Sindicatura ha analitzat la formalització dels protocols més rellevants del procés assistencial de l'hospital per avaluar el grau de coordinació dels recursos i els resultats obtinguts:

Codis d'emergència

Les dades d'activitat relacionades amb els codis d'emergència de l'hospital corresponents a l'any 2023 posen de manifest que els codis amb més incidència han estat el codi ICTUS, el codi pacient politraumatitzat (PPT) i el codi IAM:

Quadre 12. Quadre del nombre de codis d'emergència

Codis	Total casos any 2023
Codi ICTUS	712
Codi PPT	696
Codi IAM	407
Altres	105
Total	1.920

Font: SAP.

Codi ICTUS

L'HUJT és un centre de referència d'ictus, el que significa que té els requisits dels centres primaris (capacitat de fer una valoració neurològica per un equip d'ictus presencial i d'ingressar els pacients en una unitat d'ictus) i, a més, pot oferir tractaments d'alta complexitat, com els tractaments endovasculars o neuroquirúrgics, de forma continuada.

Per al seguiment i avaluació del codi ictus, els hospitals de referència d'ictus han de notificar de forma obligatòria al Registre del Codi ictus de Catalunya (CICat) les dades relatives a totes les activacions del Codi ictus als centres del SISCAT. S'estableixen uns indicadors de qualitat de procediment i de resultats, que analitza el Pla director de malalties vasculars cerebrals, anualment.

La revisió del protocol del codi ictus referent a la seva avaluació ha posat de manifest els aspectes següents:

- El circuit intern que ha definit l'Hospital per al codi ictus té l'objectiu de millorar, d'una banda, el temps porta-agulla (temps fins a l'administració del tractament fibrinolític), amb l'objectiu que sigui de 30 minuts, aconseguint durant l'any 2023, i, d'altra banda, reduir el temps fins a l'ingrés a la unitat d'ictus, objectiu que no està inclòs en el quadre de comandament. L'Hospital ha manifestat que actualment el temps fins a l'ingrés a la unitat d'ictus no es monitoritza per dificultats tècniques i que els indicadors sobre els quals fan el seguiment són el temps porta-agulla i el temps porta-groin (temps fins a la punció en pacients que requereixen trombectomia), seguint les recomanacions del Pla director de malalties vasculars. L'Hospital té previst revisar el protocol i incorporar els indicadors definits en el Pla director i no incloure-hi l'indicador de temps fins a l'ingrés a la Unitat d'ictus.

- Les dades del registre del codi ictus s'alimenten d'un procés ictus previst dins de SAP, que prové del registre que efectua el servei de neurologia. L'Hospital ha manifestat que el trasllat de dades del registre de l'hospital al Registre del CatSalut no està automatitzat, i per aquest motiu, l'Hospital, juntament amb la resta dels hospitals de l'ICS, actualment no omplen les dades al registre CIGat. No obstant, l'hospital tramet les dades del procés ictus al CatSalut mitjançant un altre circuit automàtic.²¹

Codi PPT

L'HUJT és centre de referència provincial en l'atenció al pacient politraumatitzat (PPT) i està categoritzat com a Cat2b, que significa que ofereix atenció urgent, estabilització, ingrés i, si escau, derivació a un Centre d'Atenció al Trauma de nivell superior.

L'any 2012 el CatSalut va iniciar el Registre de pacients traumàtics greus (TraumCat) amb l'objectiu de recollir l'activitat realitzada des de l'atenció prehospitalària i hospitalària per poder fer el seguiment de l'atenció i resolució, i avaluar-ne el procés assistencial, a l'efecte de detectar possibles millores i proposar les mesures correctores corresponents.

La revisió del protocol que manté l'Hospital per a l'atenció al pacient politraumàtic adult referent a la seva avaluació ha posat de manifest els aspectes següents:

- El protocol indica que s'estableix un sistema d'avaluació i seguiment del procés assistencial dels pacients, mitjançant l'anàlisi periòdica de les dades registrades i els indicadors establerts, tot i que no especifica cap sistema d'indicadors per fer-ne l'avaluació, i el quadre de comandament només recull un seguiment quantitatiu del nombre de pacients atesos amb el codi PPT.
- L'Hospital ha manifestat a la Sindicatura que des de fa uns quants anys no introdueixen les dades al registre TraumCat perquè el registre no estava automatitzat. El CatSalut ha manifestat que el registre no està operatiu des de la pandèmia i que estan treballant per poder tenir un conjunt mínim de dades.

Codi IAM

L'HUJT és un centre de referència per a l'atenció a les persones amb infart agut de miocardi (IAM) amb elevació del segment ST –en cas d'obstrucció coronària greu–, per portar a terme el tractament d'angioplàstia primària.

21. Text modificat arran de l'al·legació presentada per l'ICS.

Tots els centres que portin a terme aquestes actuacions han de registrar i facilitar la informació relativa al codi infart d'acord amb les instruccions que estableixi el Departament de Salut, amb la finalitat de fer-ne un seguiment i una avaluació i detectar possibles millores i proposar mesures correctores.

La revisió del protocol que manté l'hospital per a l'atenció al codi IAM ha posat de manifest els aspectes següents quant a la seva avaluació:

- El protocol preveu l'indicador ECG - apertura artèria, que mesura el temps transcorregut entre la realització del primer electrocardiograma i el pas de guia durant el cateterisme coronari, el qual és l'indicador estàndard reconegut internacionalment per avaluar la qualitat assistencial en l'atenció a l'IAM amb elevació del segment ST. El límit de referència és de 120 minuts.

Les dades del Registre del codi IAM reflecteixen que l'any 2023 es van registrar 251 casos a l'HUJT, dels quals un 59,9% van rebre l'obertura arterial dins dels 120 minuts establerts com a objectiu. El percentatge global dels hospitals de referència a Catalunya és d'un 70,7%. L'Hospital fa una valoració positiva del resultat, considerant que l'àrea d'influència té una dispersió geogràfica important, fet que dificulta assolir aquests temps en comparació amb entorns urbans més propers a centres de referència, i ha manifestat que la majoria dels codis IAM són activats per dispositius diferents del servei d'urgències hospitalàries.

- La Sindicatura no té constància que l'Hospital avaluï els indicadors previstos al protocol sobre complicacions i mortalitat hospitalària relacionada amb el codi IAM.

Hospitalització a domicili

El model d'hospitalització a domicili es constitueix com una alternativa a l'hospitalització convencional i la seva funció principal se centra a evitar l'ingrés o reduir l'estada dels pacients al centre hospitalari. És un recurs hospitalari que ofereix al domicili del pacient tractament mèdic i d'infermeria en igual quantitat i qualitat que a l'Hospital, i tracta d'atendre processos aguts que requereixen ingrés. El CatSalut ha aprovat un Model organitzatiu d'hospitalització a domicili, alineat amb els objectius estratègics del PLANUC pel que fa a potenciar l'atenció domiciliària.

L'HUJT va iniciar l'hospitalització a domicili l'octubre de l'any 2023, a partir de l'aprovació d'un Pla funcional, amb una dotació de 20 llits virtuals, en què s'estableix que aquesta unitat depèn del Servei d'Urgències. La revisió del protocol i la seva avaluació ha posat de manifest els aspectes rellevants següents:

- El pla funcional d'hospitalització a domicili de l'Hospital preveu diversos indicadors d'avaluació, el seguiment dels quals el fa el Servei d'Urgències, excepte en el cas de 5 indicadors, per als quals ha manifestat que no en pot fer el seguiment perquè les dades que s'extreuen de SAP per l'avaluació no són fiables: indicador del percentatge de consultes a urgències durant l'episodi d'hospitalització a domicili, amb ingrés hospitalari posterior i sense; nombre de procediments realitzats durant l'hospitalització a domicili i tipologia, percentatge de resposta d'hospitalització a domicili en menys de 24/48 hores i nombre de transfusions realitzades.
- Les dades d'activitat de l'hospitalització a domicili posen de manifest que durant els mesos de l'any 2023 en què la unitat va estar operativa hi va haver 59 pacients en aquesta modalitat, 447 l'any 2024. En termes relatius, el total de pacients que van ingressar directament des del Servei d'Urgències a l'hospitalització a domicili, respecte al total d'altres domiciliàries, ha estat d'un 1,48%, l'any 2023, i d'un 1,62%, l'any 2024, i la taxa d'ocupació dels llits virtuals va passar d'un 45,0%, l'any 2023, a un 54,0%, l'any 2024. Les ràtios d'activitat estan alineades amb els índex d'activitat reals a Catalunya previstos en el PLANUC. No obstant, el model català estableix com a objectiu que les altes d'hospitalització a domicili provinents dels serveis d'urgències representin un 5,0% en relació amb el total d'altres hospitalàries.
- El model català preveu que, en horari nocturn, els professionals sanitaris de l'equip d'hospitalització a domicili haurien de visitar el pacient en cas de necessitat. No obstant, en aquest tram, l'Hospital dona atenció telefònica que assumeixen els professionals del Servei d'Urgències i, en cas d'emergència, el pacient es deriva al Servei d'Urgències en ambulància. En aquest sentit, l'Hospital manifesta que la incidència de trasllats de pacients a l'hospital durant la nit és baixa i que no tenen necessitat d'augmentar el temps de cobertura presencial dels metges de l'equip d'hospitalització a domicili.
- El pla funcional de la unitat estableix que és imprescindible que el pacient arribi al domicili abans de les 18h, per garantir la primera visita d'acollida a domicili per part d'infermeria el mateix dia. No obstant això, la Sindicatura ha constatat que en alguns casos puntuals el pacient ha marxat de l'Hospital cap al seu domicili després de les 18 h. D'acord amb la informació facilitada per l'Hospital, a la pràctica consideren que poden assumir les visites presencials fins a les 19.30 h i que en cas que el pacient hagi d'arribar més tard, si el pacient necessita la valoració a domicili el mateix dia i no es pot garantir la visita dins de l'horari de valoració de la infermera, es queda a l'hospital fins a l'endemà, per seguretat. Tot i això, aquestes circumstàncies no estan recollides en el protocol d'actuació.

Els resultats d'una enquesta de satisfacció que l'Hospital ha realitzat als pacients i cuidadors en el moment de l'alta durant l'any 2024 denoten una valoració global de l'assistència rebuda al seu domicili d'un 9,81, i pràcticament tots opinen que han estat millor a casa

seva que a l'Hospital i que tornarien a ingressar a la Unitat d'Hospitalització a domicili, si fos necessari.

Derivació inversa

El protocol de derivació inversa estableix que una vegada s'ha realitzat la valoració inicial del pacient al punt de triatge dels serveis d'urgències hospitalàries, si correspon un nivell de prioritització de 4 o 5, segons el programa d'ajuda al triatge, i valorats els criteris d'exclusió, el professional infermer decideix sobre la possibilitat de fer derivació a primària perquè el pacient pugui sigui atès al CUAP Güell, dins les 24 hores del dia, tots els dies de l'any.

El professional infermer consulta els temps d'atenció i nombre de pacients al CUAP per mitjà de l'aplicació UrgaPAC des de la intranet de l'hospital, a fi d'objectivar que aquests són inferiors als de l'hospital, i ofereix a l'usuari la possibilitat de ser atès al CUAP-Güell, però és el pacient qui decideix si s'hi desplaça.

Els aspectes del protocol de derivació inversa referents a la seva avaluació han posat de manifest el següent:

- L'HUJT fa el seguiment dels indicadors previstos en el protocol referents a l'activitat de la derivació inversa, i també del retorn al Servei d'Urgències de derivacions inverses al CUAP en menys de 72 hores. D'altra banda, el protocol també estableix indicadors per avaluar les incidències, malgrat l'Hospital manifesta que no té cap registre per fer-ne el seguiment, i indicadors per avaluar les reclamacions, tot i que l'hospital no disposa de les reclamacions separades per analitzar les que poden derivar específicament d'aquest circuit.
- L'Hospital ha posat de manifest que l'eina UrgaPAC, que serveix per conèixer els temps d'espera al CUAP, no s'utilitza des de fa més d'1 any perquè no dona informació actualitzada i versemblant. Actualment, l'hospital no disposa de cap altra eina per poder consultar els temps d'espera al CUAP i l'Hospital informa que estan treballant amb un nou quadre de comandament en temps real per poder-ho monitoritzar.
- El protocol estableix propostes de millora del funcionament del mateix protocol, tot i que l'Hospital ha manifestat que no les ha assolit, la majoria de les quals són compartides pel CUAP Güell, segons ha constatat la Sindicatura.

Els aspectes de millora del protocol fan referència al fet que el pacient pugui fer la derivació inversa amb un informe d'alta d'infermeria en què hi hagi la informació mínima assistencial rebuda a l'Hospital en el triatge, com també a mantenir fora de les derivacions inverses els pacients pediàtrics i els nivells 3. Les dades d'activitat mostren que en algunes ocasions, pacients de nivell 3 han estat derivats al CUAP Güell, principalment perquè una vegada hi ha hagut una millora clínica significativa al SUH, han esdevingut

candidats a derivació inversa, però no s'ha revaluat el nivell de triatge. L'Hospital ha manifestat que estan treballant aquests aspectes per resoldre-ho.

D'altra banda, el protocol també preveu altres propostes de millora pendents de resoldre, com el fet que es pugui escollir durant l'horari diürn del cap de setmana la derivació inversa als PAC oberts de la zona, que s'implementi la tramitació de les derivacions inverses a través d'una plataforma integradora de serveis de salut entre proveïdors del SISCAT o que la informació recollida a triatge es bolqui a la història compartida del pacient.

Com a fets posteriors a l'any de la fiscalització, a finals de l'any 2024 ha entrat en funcionament la GID, seguint la línia estratègica dels hospitals de l'ICS, que té l'objectiu de resoldre els processos de baixa complexitat (nivells 4 i 5) per part dels professionals infermers al Servei d'Urgències, a partir de l'aplicació de plans de cures estandarditzats i protocols consensuats i harmonitzats. En aquest procés el professional infermer treballa en rol autònom en l'assistència al pacient i deriva el pacient a un metge adjunt d'urgències, si considera que hi ha motius clínics per fer-ho.

L'informe de resultats de la GID corresponent a l'any 2024 assenyala com a dificultat que els pacients amb motius de baixa complexitat que entren al servei coincideixen amb els pacients amb motius protocol·litzats amb la derivació inversa. Aquesta circumstància pot donar lloc que els processos de la GID al Servei d'Urgències no estiguin alineats amb el PLANUC, atès que l'objectiu que s'hi preveu és que el pacient sigui atès al dispositiu més adequat, que correspondria a l'atenció primària.

Finalment, en l'àmbit de la salut mental, l'Hospital ha formalitzat un protocol d'actuació davant de pacients psiquiàtrics a les àrees quirúrgiques i d'hospitalització, el qual no en té establert cap indicador d'avaluació. L'Hospital ha manifestat que caldria monitoritzar indicadors d'interconsultes telefòniques, presencials i el nombre de trasllats al Parc Hospitalari Martí i Julià.

5.4.2. 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, provocada per diversos factors: l'elevada pressió de la demanda, les característiques del procés assistencial dins del mateix servei d'urgències i les dificultats en el drenatge de pacients, entre d'altres.

Aquesta saturació genera efectes no desitjats, especialment per als pacients, que es tradueixen en retards en l'atenció, esperes en condicions deficientes o estades perllongades en espais inadequats. L'impacte és doble en la ciutadania, que percep una menor capacitat de resposta del sistema sanitari i en els professionals, que veuen compromès el seu benestar

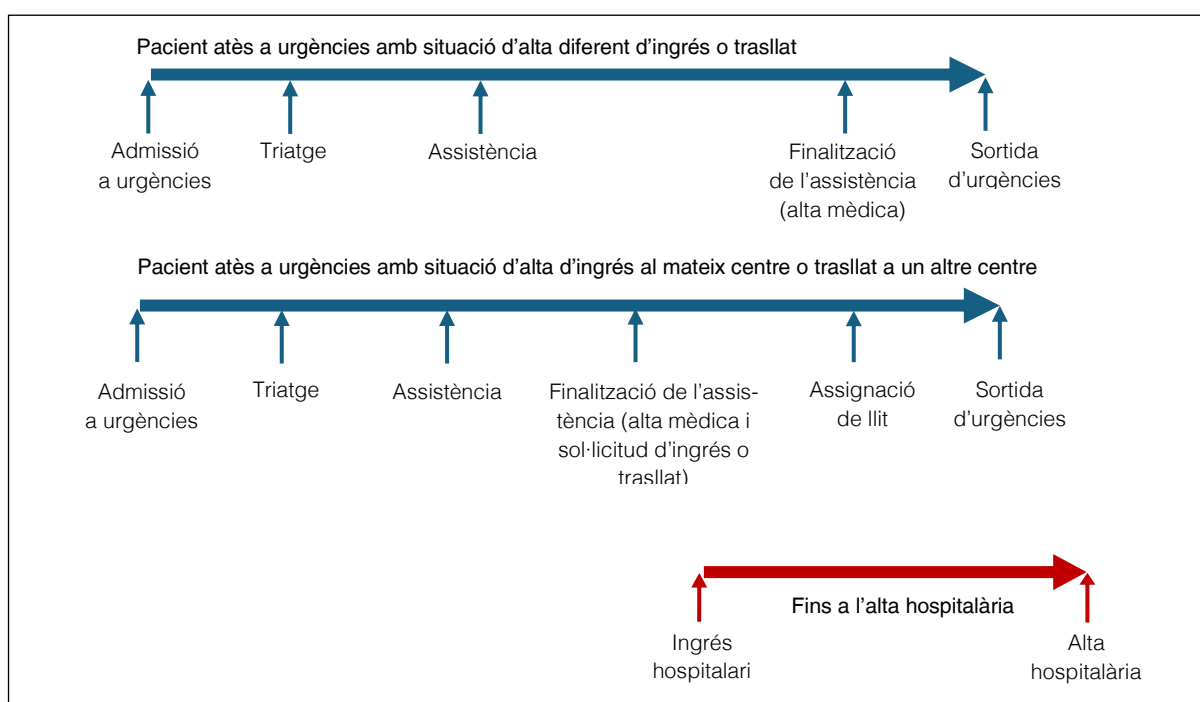
a causa de la intensitat de les càrregues de treball, fet que incrementa el risc de patir *burnout* o síndrome d'esgotament professional.²²

L'optimització del temps d'estada dels pacients al servei d'urgències, un cop admesos, depèn de l'agilitat del triatge i de l'inici ràpid de l'atenció sanitària subsegüent.

Quan s'han portat a terme tots els procediments diagnòstics i/o terapèutics necessaris, finalitza l'assistència al servei d'urgències. En aquest moment, 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 cal traslladar-lo a un altre centre sanitari. En els casos que requereixen continuïtat assistencial, el pacient resta en espera d'assignació de llit i trasllat a planta (ingrés al centre), o de transport sanitari (trasllat a un altre centre).

La figura 6 mostra el procés descrit en termes cronològics, tant en el cas d'alta amb ingrés o trasllat com en la resta de situacions en el moment de l'alta –per exemple, retorn al domicili o residència.

Figura 6. 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 2 activitats, urgència i hospitalització, s'encavalquin en el temps.

22. Daniels, J., Robinson, E., Jenkinson, E., et al. Perceived barriers and opportunities to improve working conditions and staff retention in emergency departments: a qualitative study. *A: Emergency Medicine Journal*. 2024. 41, pàg. 257-255.

Pel que fa a Catalunya, les dades publicades per l'AQuAS²³ posen de manifest una pressió assistencial d'urgències sobre l'hospitalització²⁴ que ha passat del 70,50%, l'any 2022, al 69,20%, l'any 2023. L'indicador mostra una disminució en la proporció d'ingressos urgents a partir del 2021, amb un petit increment el 2022, i presenta una variabilitat territorial baixa. D'acord amb la mateixa font, l'informe de l'any anterior assenyalava que els experts recomanaven mantenir aquesta pressió per sota del 60%.

A l'HUJT, l'índex d'ocupació de llits,²⁵ d'acord amb les dades facilitades per la Secretaria Tècnica, indiquen ha estat del 79,00%, l'any 2019; del 81,58%, el 2022, i del 80,82%, el 2023. Els models de revisió sistemàtica²⁶ estableixen que, per als hospitals grans, el rang òptim d'ocupació mitjana dels llits d'aguts se situa entre el 80% i el 85 %, ja que permet mantenir un flux assistencial adequat sense generar sobrecàrrega.

El drenatge de pacients al servei d'urgències es veu condicionat per factors que escapen del seu control directe, com ara la disponibilitat de llits al mateix hospital o la disponibilitat de transport sanitari en el temps requerit per al trasllat a un altre centre. Atès el volum relatiu d'ingressos al mateix hospital, la gestió de llits esdevé un element crucial per garantir un drenatge adequat dels pacients d'urgències. Aquesta gestió, al seu torn, està influïda tant per l'activitat programada del centre, com per la pressió derivada dels ingressos urgents. En aquest context, les alternatives a l'hospitalització convencional poden contribuir a mitigar la pressió sobre el servei d'urgències, fet que afavoreix un flux assistencial més eficient i redueix la saturació del sistema.

A partir de les dades del registre CMBD-UR i seguint la seqüència cronològica descrita a la figura 6, i les definicions i criteris metodològics establerts per la Sindicatura (vegeu l'annex 4), s'han analitzat els temps d'estada registrats dels pacients atesos a les urgències de l'Hospital durant l'any 2023. Els resultats obtinguts constitueixen indicadors temporals²⁷ que

23. OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA. *Àmbit d'atenció hospitalària. Dades 2017-2023 de la Central de Resultats*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, 2024.

24. Percentatge d'ingressos hospitalaris provinents del Servei d'Urgències.

25. L'índex d'ocupació de llits és un indicador que mostra quin percentatge dels llits disponibles han estat ocupats durant un període determinat. Per calcular-lo, se segueixen els passos següents:

Nombre de dies: Es compta el nombre total de dies inclosos en el període d'anàlisi.

Llits ocupats = temps ocupat / nombre. de dies

Llits utilitzables = (temps ocupat + temps lliure) / nombre. de dies

Ocupació enfront de disponibilitat = Llits ocupats / Llits utilitzables

Índex d'ocupació = (ocupació enfront de disponibilitat) × 100.

26. Ravaghi, H., Alidoost, S., Mannion, R., Bélorgeot, V. D. Models and methods for determining the optimal number of beds in hospitals and regions: a systematic scoping review. A: *BioMed Central*. 2020.

27. 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.

.../...

posen de manifest diverses particularitats rellevants en la coordinació i la continuïtat assistencial, com també en el procés de drenatge al Servei d'Urgències.

S'han definit cinc indicadors principals:

- (A) Temps fins al triatge: interval entre l'admissió del pacient a urgències i la realització del triatge.
- (B) Temps fins a l'inici d'assistència: interval entre l'admissió a urgències i l'inici de l'atenció urgent.
- (C) Temps fins a la decisió clínica: interval entre l'admissió i la finalització de l'assistència, entesa com l'alta del pacient o sol·licitud d'ingrés o trasllat.
- (D) Temps total d'estada: interval entre l'admissió i la sortida física del pacient del dispositiu d'urgències.
- (E) Temps de drenatge: diferència entre el temps total d'estada (D) i el temps fins a la decisió clínica (C). Aquest indicador reflecteix la dificultat en el procés de drenatge de pacients (retards en trasllats, ingressos o altes efectives).

Per a la presentació dels valors dels indicadors, els contactes urgents s'han classificat segons diversos criteris: nivell de triatge (vegeu el quadre 13), situació del pacient a l'alta (vegeu el quadre 14), tipus de recurs de derivació a l'alta en els casos traslladats (vegeu el quadre 15) i tipus de transport utilitzat en els casos amb destí domicili (vegeu el quadre 16).

Quadre 13. Indicadors de temps de l'Hospital Doctor Josep Trueta segons el nivell de triatge. Exercici 2023

Nivell de triatge	Indicadors - Mediana (minuts)					
	Temps fins al triatge (A)	Temps fins a l'inici d'assistència (B)	Temps fins a la decisió (C)	Temps total d'estada (D)	Diferència entre (D) i (C)	Variació percentual
Nivell 1	4	10	104	107	3	2,90
Nivell 2	7	21	309	364	55	17,80
Nivell 3	9	41	296	318	22	7,40
Nivell 4	8	39	126	128	2	1,60
Nivell 5	8	31	112	125	13	11,60
Global	8	36	195	211	16	8,20

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

- (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, 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 5.1.3).

Quadre 14. Indicadors de temps de l'Hospital Doctor Josep Trueta segons la situació del pacient a l'alta. Exercici 2023

Situació a l'alta	Indicadors - Mediana (minuts)					
	Temps fins al triatge (A)	Temps fins a l'inici d'assistència (B)	Temps fins a la decisió (C)	Temps total d'estada (D)	Diferència entre (D) i (C)	Variació percentual
Domicili	8	38	182	185	3	1,60
Derivació posttriatge	10	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Derivació postassistència	9	39	508	550	42	8,30
Ingrés convencional	7	25	230	359	129	56,10
Ingrés semicrítics	9	30	224	225	1	0,40
Hospitalització a domicili	11	53	1.199	1.373	174	14,50
Residència	10	38	650	767	117	18,00
Alta voluntària	10	56	n/a	n/a	n/a	n/a
Alta administrativa	9	14	n/a	n/a	n/a	n/a
Evasió	10	109	n/a	n/a	n/a	n/a
Èxitus	6	22	n/a	n/a	n/a	n/a
Ingrés UCI	16	39	182	182	0	0,00
Global	8	36	195	211	16	8,20

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

Quadre 15. Indicadors de temps de l'Hospital Doctor Josep Trueta segons derivació a l'alta. Exercici 2023

Tipus de recurs - derivació	Indicadors - Mediana (minuts)					
	Temps fins al triatge (A)	Temps fins a l'inici d'assistència (B)	Temps fins a la decisió (C)	Temps total d'estada (D)	Diferència entre (D) i (C)	Variació percentual
Urgències Atenció primària	10	n/a	n/a	n/a	-	-
Ingrés en un hospital d'aguts	9	39	503	540	37	7,40
Ingrés en un sociosanitari	10	40	630	701	71	11,30
Salut mental	10,5	36	464	519	55	11,90
Sense derivació	8	36	188	203	15	8,00
Global	8	36	195	211	16	8,20

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

Quadre 16. Indicadors de temps de l'Hospital Doctor Josep Trueta per tipus de transport amb alta a domicili. Exercici 2023

Tipus de transport	Indicadors - Mediana (minuts)					
	Temps fins al triatge (A)	Temps fins a l'inici d'assistència (B)	Temps fins a la decisió (C)	Temps total d'estada (D)	Diferència entre (D) i (C)	Variació percentual
Domicili pel seu compte	-	-	178	178	0	0,00
Domicili en ambulància	-	-	525	681	156	29,70

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

Cal destacar que els valors de temps descrits poden ser interpretats com a indicadors d'eficiència tant del procés assistencial com del drenatge de pacients. Tanmateix, en determinats casos poden tenir efectes sobre la salut del pacients, aspecte que s'analitza a l'apartat 5.5.1 d'aquest informe.

Els fets que es presenten a continuació corresponen a les observacions en relació amb el procés assistencial i el drenatge dels pacients al Servei d'Urgències:

- L'anàlisi de les dades registrades al CMBD-UR i dels indicadors temporals elaborats per la Sindicatura, corresponents a l'any 2023, posa de manifest diversos aspectes rellevants vinculats al procés assistencial del Servei d'Urgències.
- **Temps fins al triatge:** mesura la capacitat per realitzar una primera avaluació del pacient que acudeix als serveis d'urgències.

L'any 2023 el temps mitjà²⁸ de triatge a l'HUJT va ser de 8 minuts, amb una variabilitat reduïda respecte al nivell de triatge assignat. Cal remarcar, tanmateix, que el major temps fins al triatge es va registrar en el nivell 3 (amb risc vital) (vegeu el quadre 13).

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

L'any 2023, el temps mitjà fins a l'inici de l'assistència va ser de 36 minuts. La diferència entre l'indicador (B) i l'indicador (A) permet identificar de manera immediata el temps d'espera entre el triatge (determinació del grau d'urgència) i l'inici efectiu de l'atenció urgent. S'ha observat, però, una distribució poc coherent en relació amb el nivell de triatge: els pacients amb un nivell de triatge 1 (risc vital imminent) presentaven un temps que no era versemblant i els pacients amb nivell de triatge 3 (amb risc vital)

28. S'ha calculat el temps mitjà 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'ha considerat el temps mitjà, i no el mitjà, s'indica al text.

concentraven un temps superior al dels pacients de nivell 4 i 5 (sense risc vital). El motiu podria estar relacionat amb el fet que el registre de temps no es desava fins que el professional obria la història clínica del pacient.

És rellevant assenyalar l'elevat temps fins a l'inici d'assistència observat en els casos amb situació d'alta d'evasió i d'alta voluntària, amb una mediana de 109 minuts i 56 minuts, respectivament.

La informació recollida en el CMBD-UR no permet determinar si aquests pacients d'aquests casos van arribar a iniciar efectivament l'assistència. Tanmateix, el fet que consti registrada l'hora d'inici d'assistència indica que el professional va obrir la història clínica. Donada la demora amb què aquest registre es desa, es pot inferir que l'abandó del pacient podria estar relacionat amb l'excessiu temps d'espera per ser atès.

En conclusió, les incidències en la notificació per part de l'HUJT afecten la fiabilitat dels indicadors de temps fins a l'inici d'assistència, de manera que la Sindicatura no pot i garantir-ne una interpretació vàlida.

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

L'any 2023, el valor medià d'aquest indicador va ser de 195 minuts. Els valors més elevats corresponen als pacients amb risc vital, fet que reflecteix la major complexitat i gravetat d'aquests pacients. En el cas de l'HUJT, destaquen especialment els contactes derivats a un altre centre, amb un temps de 508 minuts; els pacients que han de retornar a la seva residència social, amb 650 minuts i els casos que finalitzen en hospitalització a domicili, amb un temps de 1.199 minuts, tot i que el volum de pacients en aquesta situació 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 servei, com la disponibilitat de llits de l'hospital o d'altres centres, o la disponibilitat de transport.

L'any 2023, el temps medià d'estada dels pacients als serveis d'urgències de l'HUJT va ser de 211 minuts. Els temps medians de permanència van ser especialment dilatats en determinats casos: pacients amb ingrés al mateix centre (359 minuts), pacients derivats a residència (767 minuts) i aquells que havien de ser derivats a un altre centre (550 minuts). En tots aquests supòsits, les medianes superaven o igualaven els 519 minuts, independentment del destí on haguessin de ser traslladats (vegeu el quadre 14). Tenint en compte els temps registrats fins a la decisió, sembla que hi havia dificultats en el drenatge de pacients.

Tot i que a escala global no s'observen problemes significatius de drenatge –ja que la majoria de pacients reben l'alta a domicili, amb una sortida pràcticament immediata–, sí que s'evidencien incidències en determinades tipologies d'alta:

- Pacients amb ingrés convencional al mateix centre: diferència entre el temps mitjà total i el temps mitjà fins a la decisió, de 129 minuts, que representa un increment d'un 56,1% en el temps de permanència.
- Pacients derivats a altres centres: diferència de 42 minuts, equivalent a un 8,3% d'augment en el temps de permanència.
- Pacients derivats a residència: diferència de 117 minuts, que suposa un 18,0% d'increment en el temps de permanència, tot i la seva incidència menor pel volum relatiu de casos.

A més, cal destacar el temps mitjà d'estada dels pacients amb alta a domicili mitjançant ambulància, que l'any 2023 va ser de 681 minuts, fet que posa de manifest les dificultats en el procés de drenatge de pacients.

- Els pacients amb indicació d'ingrés que són al Servei d'Urgències han de poder accedir a dispositius assistencials adequats. Per aquest motiu, és essencial disposar d'unitats estructurals o funcionals que actuïn com a alternatives segures i eficaces a l'hospitalització convencional, com ara unitats de curta estada, unitats de subaguts (atenció intermèdia), hospitals de dia o serveis d'hospitalització a domicili.
- Per als pacients que inicialment no requereixen ingrés hospitalari però que han de romandre temporalment al Servei d'Urgències, és igualment rellevant comptar amb unitats d'observació d'urgències (UOU) ben dotades i operativament eficients.

La UOU de l'Hospital s'utilitza ocasionalment com a unitat de preingrés o d'ingrés temporal, quan no hi ha disponibilitat de llits a les unitats de semicrítics o al servei de destí corresponent. Tanmateix, aquesta unitat presenta una dotació insuficient de recursos humans, especialment pel que fa al personal d'infermeria fet que pot comprometre la qualitat assistencial i la seguretat clínica.

- Pel que fa als altres dispositius, l'Hospital no disposa d'una Unitat de curta estada (per manca d'espai al centre) ni de drenatge a llits de subaguts. Abans de la pandèmia es disposava de llits de subaguts a l'Hospital Santa Caterina, als quals actualment no es té accés. Aquest tema ha estat comunicat a la direcció i gerència del centre i al CatSalut.
- Durant el període 2023-2025, l'HUJT ha implementat diverses mesures per millorar el drenatge del Servei d'Urgències, si bé persisteixen limitacions estructurals i de coordinació amb altres dispositius assistencials. Entre les iniciatives més destacades cal assenyalar l'obertura del clúster passadís, la creació d'una àrea de preingrés a l'Hospital de Dia Polivalent i la posada en marxa de la unitat d'hospitalització a domicili, operativa des de finals del 2023.

- Malgrat els avenços assolits, encara no s'ha establert un circuit de derivació directa des del Servei d'Urgències cap a l'atenció intermèdia o les places de convallescència, fet que dificulta la descongestió del servei. Igualment, es constaten problemes en el funcionament del circuit amb el CUAP Güell, condicionades tant per la seva ubicació com per altres factors organitzatius, així com una cobertura limitada: el servei només disposa de psiquiatre consultor en horari de matí els dies laborables, mentre que en altre horari es cobreix amb guàrdia no presencial des de l'Hospital Santa Caterina.
- La implantació del projecte de la GID ha contribuït a agilitzar l'atenció i a millorar el flux de pacients. També és rellevant l'existència de circuits de derivació amb hospitals de referència (Vall d'Hebron, Germans Trias i Pujol i l'IAS), que reforcen la coordinació assistencial i amplien les opcions de resposta.

5.4.3. Es dona una resposta adequada a les situacions de necessitat social i de vulnerabilitat?

L'acció 21 de l'eix 6 del PLANUC impulsa la detecció i l'abordatge de les necessitats socials des dels serveis d'urgències, amb la integració del treball social i la coordinació del Departament de Drets Socials, en el marc del Pla d'Intervenció Individualitzat Compartit (PIAISS).

Actualment, en el marc del PIAISS, d'atenció sociosanitària integrada, el model d'atenció social incorpora la presència del treballador social en el procés assistencial urgent. Tot i disposar d'un protocol específic i d'una coordinació formal amb la Unitat de Continuitat Assistencial, la disponibilitat horària restringida i la manca de participació en el canvi de guàrdia mèdica redueixen la capacitat de detecció i intervenció en situacions de vulnerabilitat o risc social.

L'eix 5 del PLANUC s'ha concretat en diverses actuacions per reforçar l'atenció a pacients vulnerables als dispositius d'urgències: l'acció 18 estableix que els pacients crònics complexos (PCC), amb malalties cròniques avançades (MACA) o síndromes geriàtriques, han de ser atesos en entorns que minimitzin els riscos associats a l'atenció urgent, potenciant l'atenció primària, l'hospitalització a domicili i els dispositius d'atenció intermèdia, així com la creació d'unitats de fragilitat a urgències, i l'acció 20, que preveu millorar l'atenció als pacients amb trastorns mentals i addiccions mitjançant el reforç de l'atenció domiciliària, la consultoria especialitzada i la garantia d'interconsulta psiquiàtrica les 24 hores, amb l'aplicació de protocols de risc suïcida quan sigui necessari.

En coherència amb aquestes accions, l'HUJT ha adoptat diverses mesures per reforçar l'atenció als pacients en situació de vulnerabilitat, entre les quals destaca la posada en funcionament de la unitat d'hospitalització a domicili, l'octubre de 2023. Tanmateix, encara no s'han desplegat circuits específics per a l'atenció intermèdia des del dispositiu d'urgències, fet que limita la capacitat de drenatge i la continuïtat assistencial.

Pel que fa a l'atenció als pacients amb trastorns mentals, l'hospital disposa d'un protocol intern d'actuació davant pacients psiquiàtrics a l'àrea d'urgències, i del protocol d'assistència al pacient agitat. No obstant això, la manca d'un servei propi de psiquiatria i la dependència de la figura del psiquiatre consultor en horari restringit, amb suport telefònic fora d'aquest període, poden dificultar una resposta immediata i integral.

De l'anàlisi de la resposta de l'HUJT a les necessitats socials i de vulnerabilitat dels pacients atesos a les urgències hospitalàries es posen de manifest la conclusions següents:

- Es constata un compromís amb la millora de l'atenció als col·lectius vulnerables. Tanmateix, és necessari reforçar la coordinació amb els serveis de salut mental i amb els dispositius d'atenció intermèdia per garantir una resposta més àmplia, contínua i adaptada a les necessitats socials i sanitàries dels pacients. A més, la disponibilitat actual de llits és insuficient per a l'ingrés de pacients amb condició de subaguts, la qual cosa limita la capacitat de resposta assistencial.
- D'acord amb la informació del quadre de comandament, l'any 2023 la Unitat de Treball Social va intervenir en 23 consultes a pacients del Servei d'Urgències, la qual cosa representa només el 0,03% del total d'episodis atesos. Aquesta baixa proporció indica que un nombre reduït de pacients va requerir la intervenció del treballador social en l'àmbit de les urgències.
- No s'han habilitat espais adaptats a les necessitats de pacients amb problemes de salut mental, addicions o condicions de fragilitat. Aquests espais haurien de garantir criteris de seguretat, confort sensorial i prevenció de caigudes, i reduir l'ansietat i l'estrès, amb l'objectiu de millorar la qualitat global de l'atenció.
- L'HUJT no disposa de geriatre (tot i que es té previst poder incorporar-ne un) ni de mediadors interculturals, figures considerades necessàries, no només per les funcions de traducció, sinó també per millorar el tracte i l'acompanyament de pacients procedents de realitats culturals diverses. Igualment, es considera necessària la figura d'un psicòleg que pugui donar suport als pacients en situació d'agitació a l'àrea d'Urgències.
- Segons la memòria de la cap del Servei d'Urgències dels anys 2023 i 2024, s'han implementat diverses mesures per reforçar l'atenció als pacients fràgils i amb problemàtica social. Entre aquestes, destaca la creació d'un grup de treball de pacient fràgil, amb l'objectiu d'optimitzar la seva detecció i adaptar l'assistència urgent per garantir un millor drenatge dels serveis.
- A partir de setembre de 2025 s'ha iniciat un estudi pilot per avaluar la fragilitat dels pacients majors de 75 anys, mitjançant l'eina 3D/3D+ desenvolupada pel grup de treball GERIURG de la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències. Aquesta iniciativa permetrà identificar de manera sistemàtica els pacients amb major risc, ajustar l'atenció segons les seves necessitats i planificar amb més eficàcia els recursos del servei d'urgències.

5.5. QUINS HAN ESTAT ELS RESULTATS OBTINGUTS EN RELACIÓ AMB ELS SERVEIS D'ATENCIÓ URGENT PRESTATS?

5.5.1. Hi ha marge de millora amb relació a la qualitat assistencial i del servei?

En aquest apartat es focalitza l'atenció en aspectes relatius als resultats del dispositiu d'urgències de l'HUJT pel que fa a 2 dimensions: el marge de millora en els guanys en salut i la qualitat assistencial i del servei.

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 dels efectes adversos sobre la salut i de la mortalitat dels pacients, com també sobre el benestar del personal del servei.²⁹ Un estudi recent, tanmateix, conclou que una demora superior a 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.³⁰ Els autors d'aquest estudi estimen que per cada 82 pacients l'ingrés dels quals es produeix entre les 6 i les 8 hores des de la seva admissió a urgències, es produeix una defunció addicional.

L'any 2023 les demores que es van donar entre els pacients atesos a urgències a l'Hospital amb indicació d'ingrés hospitalari (vegeu el quadre 14) haurien pogut impactar en un nombre de morts addicionals.

Qualitat assistencial i del servei

D'acord amb la metodologia establerta per al càlcul dels indicadors de qualitat de l'atenció urgent, el MSIQ del CatSalut incorporava fins al 2020 un apartat específic dedicat a les urgències, on es presentava una bateria d'indicadors ajustats que permetien avaluar la qualitat de l'atenció urgent hospitalària. Tanmateix, des d'aquell any, aquests indicadors han deixat de calcular-se.

29. Vegeu, per exemple, Pearce, S., Marchand, T., Shannon, T., *et al.* Emergency department crowding: an overview of reviews describing measures causes, and harms. A: *Internal and Emergency Medicine*. 2023. 18 (4), pàg. 1137-1158.

30. Jones, S., Moulton, C., Swift, S., *et al.* Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30-day mortality. A: *Emergency Medicine Journal*. 2022. 39 (3), pàg. 168-173.

Davant d'aquesta absència, la Sindicatura ha elaborat 4 indicadors propis vinculats a la qualitat assistencial i al servei d'urgències hospitalàries de l'HUJT, a partir de les dades del CMBD-UR. Aquests indicadors fan referència a:

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

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

Els indicadors ajustats s'interpreten en el sentit que un valor inferior a la unitat suggereix una millor qualitat assistencial, ja que indica que el nombre d'esdeveniments adversos ha estat inferior al que seria previsible segons les característiques del centre i dels pacients atesos. Per contra, un valor superior a la unitat pot indicar marge de millora en els circuits d'atenció, ja sigui per reduir la mortalitat, les readmissions o els abandonaments. La significació estadística de cada indicador es determina a partir del seu interval de confiança, i s'analitza individualment en cada subapartat.

Pel que fa al nombre de defuncions registrades al servei d'urgències,³¹ s'observa que la taxa bruta de mortalitat que hi va haver a l'HUJT l'any 2023 (0,20%) va ser bastant superior a la del conjunt de Catalunya en el mateix període (0,12%).

Quadre 17. Taxa no ajustada de mortalitat a urgències. Exercici 2023

Concepte	Hospital Doctor Josep Trueta	Catalunya
Defuncions	152	4.261
Casos possibles	76.970	3.487.024
Percentatge	0,20	0,12

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

31. 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 excessiva al servei d'urgències de l'Hospital, ja que determinades característiques associades al centre poden afectar la mortalitat prevista. És per això que 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.

El quadre 18 mostra l'indicador ajustat corresponent a l'any 2023 de 0,88 per a l'HUJT. Tot i que l'indicador és inferior a la unitat, l'interval de confiança (0,7360 – 1,0265) inclou el valor 1, per la qual cosa no és estadísticament significatiu. Això impedeix afirmar amb certesa que la mortalitat observada sigui inferior a la prevista. Tanmateix, el resultat interpretat amb prudència, pot ser útil com a element de seguiment i anàlisi interna, especialment si es consolida en exercicis posteriors o es compara amb altres dispositius similars.

Quadre 18. Indicador ajustat de mortalitat a urgències. Exercici 2023

Concepte	Indicador ajustat	Interval de confiança al 95%
Mortalitat a urgències	0,88	0,7360 – 1,0265

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 SUH abans de 72 hores de la finalització del primer episodi urgent, donat que el retorn d'un pacient en un període tan curt de temps pot ser indicatiu d'una atenció o prescripció inicials deficitàries.

El quadre 19 mostra el nombre de readmissions en un interval de temps inferior a 72 hores que hi van haver entre els contactes del servei d'urgències de l'HUJT l'any 2023. El percentatge en relació amb el nombre de casos susceptibles d'haver generat readmissions va ser del 7,32%, superior al del conjunt de Catalunya (6,64%).

Quadre 19. Taxa no ajustada de readmissions inferiors a 72 hores, any 2023

Concepte	Hospital Doctor Josep Trueta	Catalunya
Readmissions en menys de 72 hores	3.759	155.288
Casos possibles	51.341	2.339.522
Percentatge	7,32	6,64

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

El quadre 20 mostra el corresponent indicador ajustat per a l'HUJT l'any 2023, de 1,07, amb un interval de confiança (1,0357 – 1,0992), que no inclou la unitat, fet que el fa estadísticament significatiu. Aquest resultat suggereix un excés de readmissions respecte al que seria previsible.

Tanmateix, cal tenir en compte 2 limitacions importants:

- Qualitat del registre: s'han detectat anomalies en els temps entre episodis, amb valors negatius o molt curts, que poden distorsionar els resultats.³²
- Capacitat predictiva limitada del model (corba ROC)³³: capacitat feble per discriminar correctament els casos amb risc de retorn.

Per tant, tot i que l'indicador és estadísticament significatiu, la seva interpretació ha de ser prudent. Es recomana revisar els processos de registre i considerar la millora del model predictiu per garantir una avaluació més robusta del Servei d'Urgències.

Quadre 20. Readmissions en menys de 72 hores, indicador ajustat. Exercici 2023

Concepte	Indicador ajustat	Interval de confiança al 95%
Readmissions en menys de 72 hores	1,07	1,0357 – 1,0992

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

Adicionalment, 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'HUJT presenta una taxa de readmissions a urgències en menys de 72 hores i que acaben ingressant (18,60%) superior a la del conjunt de Catalunya (15,54%). Per poder verificar si aquesta taxa revela possibles marges de millora en la qualitat assistencial a l'HUJT cal calcular el corresponent indicador ajustat.

Quadre 21. Readmissions en menys de 72 hores, amb ingrés. Exercici 2023

Concepte	Hospital Doctor Josep Trueta	Catalunya
Readmissions en menys de 72 hores amb ingrés	699	24.129
Casos possibles	3.759	155.288
Percentatge	18,60	15,54

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

32. Aquest problema s'ha intentat minimitzar limitant l'anàlisi als contactes amb una diferència de temps de retorn no inferior a 1 hora.

33. La corba ROC (*Receiver Operating Characteristic*) és una eina estadística que s'utilitza per avaluar la capacitat predictiva d'un model. En aquest cas, el model intenta predir si un pacient tornarà a urgències en menys de 72 hores.

- L'àrea sota la corba ROC (AUC) és un valor entre 0 i 1:
 - 0,5 → el model no té capacitat predictiva (equivalent a l'atzar)
 - 1,0 → el model prediu perfectament
 - > 0,7 → es considera acceptable o bona capacitat predictiva
 - < 0,7 → el model té una capacitat predictiva baixa

Per tant, si el model té una AUC inferior a 0,7, vol dir que no és gaire fiable per predir correctament qui tornarà a urgències. Això limita la confiança que es pot tenir en l'indicador ajustat.

L'indicador ajustat obtingut és de 1,01, amb un interval de confiança (0,9405 – 1,0696) que inclou la unitat, per la qual cosa no és estadísticament significatiu (vegeu el quadre 22). El nombre de readmissions observades no difereix de manera rellevant del que s'esperaria. Tot i compartir les limitacions de l'indicador de readmissions abans de 72 hores, aquest en millora la capacitat predictiva (corba ROC)³³. Malgrat això, cal seguir treballant per millorar la qualitat del registre i l'eficiència en la identificació clínica dels casos.

Quadre 22. Readmissions en menys de 72 hores, amb ingrés, indicador ajustat, any 2023

Concepte	Indicador ajustat	Interval de confiança al 95%
Readmissions en menys de 72 hores amb ingrés	1,01	0,9405 – 1,0696

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 d'Urgències sense finalitzar el procés assistencial. Aquesta situació fa referència a les situacions registrades al CMBD-UR com a alta voluntària (el pacient indica que abandona el Servei d'Urgències), alta administrativa (el pacient abandona el Servei d'Urgències sense indicar-ho) o evasió (el pacient abandona el Servei d'Urgències sense estar autoritzat a fer-ho).

En el quadre 23 es mostra el nombre d'urgències no finalitzades a l'HUJT, l'exercici 2023. S'observa que la taxa registrada (5,08%) és superior a la mitjana catalana (4,76%).

Quadre 23. Taxa no ajustada d'urgències no finalitzades. Exercici 2023

Concepte	Hospital Doctor Josep Trueta	Catalunya
Urgències no finalitzades	4.190	177.348
Casos possibles	82.512	3.722.309
Percentatge	5,08	4,76

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

L'indicador ajustat d'urgències no finalitzades és d'1,31, amb un interval de confiança (1,2691 – 1,3415), que no inclou la unitat, fet que el fa estadísticament significatiu (vegeu el quadre 24). Per tant, es pot afirmar que l'abandonament registrat al Servei d'Urgències de l'HUJT 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. Aquest resultat pot reflectir:

- Problemes en la resolució clínica dels casos a urgències.
- Derivacions incompletes o pendents, que no queden registrades com a finalitzades.

- Deficiències en el registre o en la traçabilitat dels episodis, especialment si no s'ha documentat adequadament el tancament del procés assistencial.

Quadre 24. Urgències no finalitzades, indicador ajustat. Exercici 2023

Concepte	Indicador ajustat	Interval de confiança al 95%
Urgències no finalitzades	1,31	1,2691 – 1,3415

Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD-UR.

L'anàlisi del marge de millora amb relació a la qualitat assistencial i del servei ha posat de manifest, aquestes observacions:

- El MSIQ compta amb indicadors que informen sobre el procés de drenatge dels pacients i la qualitat i l'adequació assistencial del servei d'atenció als dispositius d'urgències, tot i que no han estat calculats pel CatSalut des de l'any 2020. La font de les dades és el CMBD-UR, amb les febleses que aquest registre ha posat de manifest quant a la qualitat de les dades notificades.
- L'indicador ajustat de mortalitat al Servei d'Urgències l'any 2023 és inferior a la unitat, cosa que podria suggerir una mortalitat lleugerament inferior a l'esperada. Tanmateix, la diferència no és estadísticament significativa; si bé el resultat podria indicar un nivell de mortalitat acceptable, no es pot afirmar amb certesa que la mortalitat observada sigui inferior a la prevista. Aquest indicador, si es consolida en exercicis posteriors o es compara positivament amb altres dispositius similars, pot esdevenir un senyal tant de la qualitat assistencial com dels guanys en salut.
- Pel que fa a la dimensió marge de millora en la qualitat assistencial i del servei, l'indicador ajustat de readmissions en menys de 72 hores suggereix un excés de readmissions respecte al que seria previsible, i el resultat és estadísticament significatiu. No obstant això, cal considerar 2 limitacions rellevants: d'una banda, anomalies en el registre temporal dels episodis, que poden distorsionar els resultats, i, de l'altra, una capacitat predictiva limitada del model emprat. Es recomana revisar els processos de registre i considerar la millora del model predictiu per garantir una avaluació més robusta del Servei d'Urgències.
- L'indicador ajustat de readmissions amb ingrés en menys de 72 hores no mostra una diferència estadísticament significativa respecte al valor esperat. Tot i compartir les limitacions del registre de dades, el model predictiu mostra una capacitat acceptable. Malgrat això, cal seguir treballant per millorar la qualitat del registre i l'eficiència en la identificació clínica dels casos.
- L'indicador ajustat d'urgències no finalitzades per a l'HUJT l'exercici 2023 és d'1,31, valor estadísticament significatiu. Aquest resultat indica que el nombre d'abandonaments

registrats al servei d'urgències va ser superior al que seria esperable segons el model d'ajust. Aquesta situació pot estar relacionada amb problemes en la resolució clínica, derivacions incompletes o deficiències en el registre, especialment pel que fa al tancament adequat dels episodis assistencials.

5.5.2. Quin és el grau de satisfacció de l'usuari per l'atenció rebuda?

El dret dels usuaris dels serveis de salut a expressar l'opinió sobre el sistema sanitari i a presentar reclamacions, suggeriments i agraïments, i a rebre resposta en temps i forma adequats, està reconegut per la Llei 14/1986, del 25 d'abril, general de sanitat, i la Carta de drets i deures dels ciutadans amb relació a la salut i l'atenció sanitària.

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 queixes i suggeriments.

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

Per atendre els esmentats drets, l'HUJT comptava amb un Procediment d'acollida, comunicació i informació a pacients i familiars al Servei d'Urgències generals d'adults, aprovat el juliol de 2020, i amb un Procediment per a la gestió de les reclamacions, suggeriments i agraïments, del novembre de 2023, a més d'un Registre propi de queixes i reclamacions del centre, gestionat per la Unitat d'Atenció a la Ciutadania de l'Hospital.

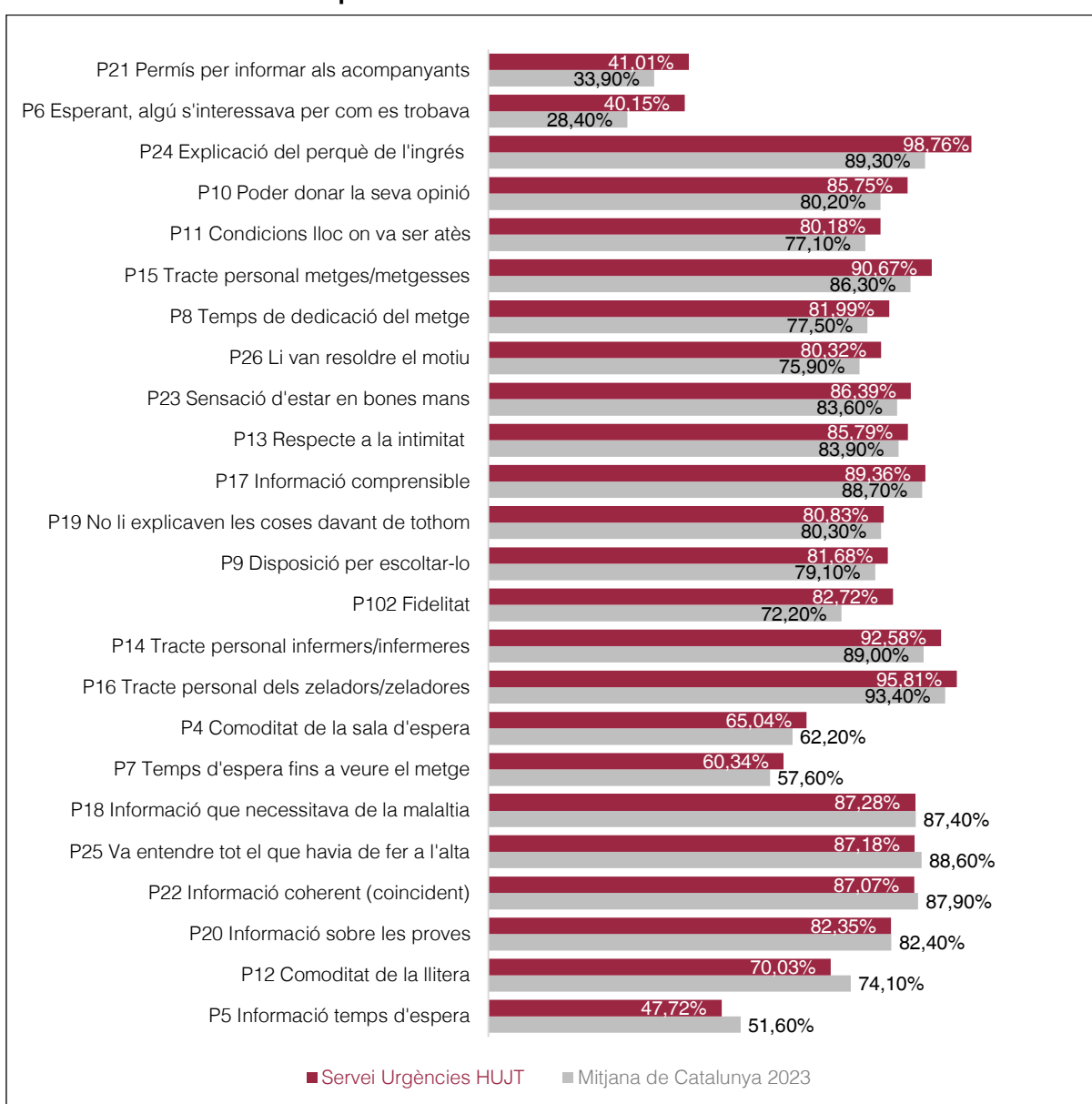
Així mateix, disposa d'un sistema d'avaluació i millora contínua de la satisfacció dels usuaris (PLAENSA), regulat des del 2020, i d'una Comissió d'Humanització creada el 2019. Aquesta Comissió, dins el seu Pla d'humanització, inclou accions per valorar l'atenció centrada en el pacient, com l'avaluació de les enquestes PLAENSA 2023 sobre l'acollida, la comunicació i la informació als pacients i familiars, també en l'àmbit de les urgències.

L'any 2023, el nombre de reclamacions per assistència hospitalària presentades a l'HUJT va ser de 766. El motiu d'aquestes reclamacions és principalment l'organització i els tràmits (56,53%), molt per davant de l'assistència rebuda (26,76%), o la informació (19,01%). En el

primer grup s'inclouen 74 reclamacions presentades a l'HUJT en relació amb l'atenció urgent prestada l'any 2023, la gran majoria d'elles per demora en l'atenció a urgències.

Els resultats de les enquestes PLAENSA de l'any 2023 realitzades als usuaris dels serveis d'atenció hospitalària urgent de l'HUJT obtenen una valoració global de 7,7, sobre 10 de mitjana, lleugerament superiors al resultat del conjunt de Catalunya (7,1). En 6 de les preguntes de satisfacció l'HUJT obté pitjors resultats que en el conjunt de Catalunya, mentre que en 18 d'elles obté millors resultats:

Gràfic 5. Enquestes PLAENSA, de comparació entre els resultats de Catalunya i de l'Hospital Universitari Doctor Josep Trueta. Exercici 2023



Font: Elaboració pròpia a partir de les enquestes PLAENSA 2023.

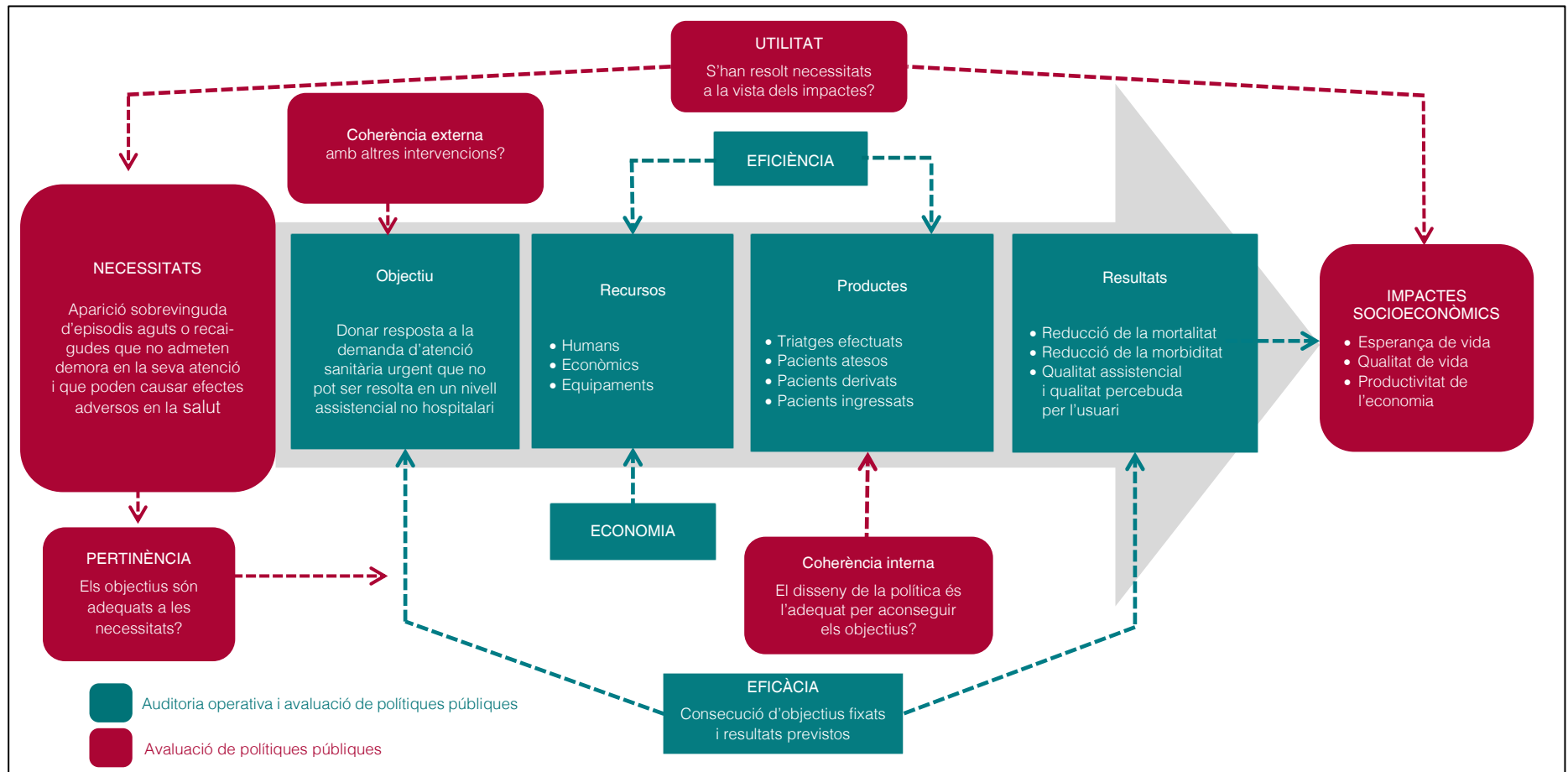
De l'anàlisi efectuada es fan les observacions següents:

- La instrucció del CatSalut sobre la gestió de reclamacions i suggeriments no s'ha actualitzat des de 2004. Les reclamacions se centralitzen en un registre comú mitjançant trasllats periòdics dels centres, fet que pot generar errors, demores o pèrdues de dades. A més, no es fa cap anàlisi anual ni hi ha una base de dades o circuit comú per a tots els centres assistencials.
- L'any 2023 en el Registre central de reclamacions del CatSalut hi consten 766 expedients corresponents a tots els serveis de l'Hospital. El motiu d'aquestes reclamacions és principalment l'organització i els tràmits (56,53%), molt per davant de l'assistència rebuda (26,76%), o la informació (19,01%). Els 766 expedients han donat lloc a 107 motius de reclamació, dels quals 75 expedients són en relació amb l'atenció urgent prestada l'any 2023, la majoria per demora excessiva per llista d'espera per atenció a urgències. La resta de motius, com ara el desacord en el resultat de l'assistència, la manca d'informació, o la manca de confiança en el tractament no són codis exclusius del Servei d'Urgències, atès que el CatSalut no identifica el servei hospitalari que origina la reclamació.
- Els ítems que fan referència a la comoditat de la llitera, la informació sobre les proves, els temps d'espera, la informació coherent, la informació sobre la malaltia i si el pacient va entendre tot el que havia de fer un cop donat l'alta, són els únics valorats pels usuaris de l'HUJT per sota de la valoració obtinguda per al conjunt de Catalunya, mentre que en 18 d'ells, l'HUJT obté millors resultats.
- L'any 2019 l'HUJT va crear una Comissió d'humanització, inclosa en el Pla d'humanització, des d'on s'impulsen accions concretes per millorar l'atenció centrada en la persona. L'avaluació de les enquestes PLAENSA 2023 ha estat clau per orientar les actuacions del 2024, i s'ha reforçat el compromís institucional amb una assistència més empàtica, personalitzada i respectuosa amb les necessitats emocionals dels usuaris.

6. ANNEXOS

6.1. ANNEX 1. TEORIA DEL CANVI

Gràfic 6. 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. El dispositiu s'insereix en un marc de planificació avaluable, participatiu i coherent amb les prioritats estratègiques del govern?	1.1. L'atenció sanitària urgent al territori s'ha planificat a partir de la identificació de les necessitats de la població, i de manera consistent amb els eixos estratègics del Pla nacional d'urgències de Catalunya?	- PLANUC - Pla estratègic Hospital Doctor Josep Trueta - Pla de Salut 2021-2025 - Pla estratègic territorial COUE - Directrius i Protocols centrals - Memòries d'Activitat Hospital i Gerència Territorial
	1.2. S'han previst i implementat mecanismes de participació dels actors rellevants en la planificació de l'atenció urgent?	- Llei 19/2014, de transparència, obligacions en matèria de grups d'interès - Marc de la participació ciutadana en salut (Departament de Salut 2018) - Pla de salut 2021-2025
	1.3. S'han dissenyat i implementat mecanismes d'avaluació de l'atenció urgent basats en sistemes d'informació fiables?	- PLANUC - Manual codificació del CMBD-UR - Instruccions CatSalut
	1.4. S'han tingut en compte els objectius de desenvolupament sostenible, i les seves fites, en la planificació de l'atenció urgent?	- Agenda 2030 per al desenvolupament sostenible - Pla nacional per a la implementació de l'Agenda 2030 - Programa pressupostari 412, Atenció especialitzada de salut
2. Els recursos de què disposa el dispositiu són adequats i suficients?	2.1. La dotació de recursos humans i l'organització del dispositiu són adequats per atendre la demanda assistencial del centre?	- PLANUC (acció 27) - Llei 44/2003, del 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries - Articles 12 i 13 Llei 55/2003, de l'Estatut marc del personal estatutari dels serveis de salut - Retribucions variables DPO Hospital Doctor Jose Trueta - Guies SEMES (ràtios de professionals) - Normativa estatal que regula la nova especialitat de facultatiu d'urgències (Reial decret llei 610/2024) - Contracte de gestió ICS 2023 - Plantilla i organigrama HUJT - Protocol procés atenció urgent HUJT

Objectius	Subobjectius	Criteris d'auditoria
	2.2. El finançament assignat cobreix els costos de l'atenció urgent al dispositiu?	- Articles 39 i 40 del Decret 118/2014, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut - Clàusula d'activitat CatSalut-ICS-H. Doctor Josep Trueta 2023 - Sistema de costos de l'ICS - Estudis de costos dels serveis d'urgències
3. L'activitat assistencial que finança el CatSalut al dispositiu és suficient i es realitza en el nivell assistencial més adequat?	3.1. La demanda d'atenció al dispositiu i la seva evolució és coherent amb l'activitat prevista pel CatSalut?	- PLANUC - Llei 8/2007 de l'ICS, article 14 - Clàusula d'activitat CatSalut-ICS-H. Doctor Josep Trueta 2023 - CMBD-UR 2023
	3.2. L'atenció es dona en el nivell assistencial més adequat en funció del grau d'urgència?	- PLANUC (eixos 2 i 4) - Protocols i procediments aprovats per a la continuïtat assistencial. - CMBD-UR - Decret 118/2014, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut.
4. S'han dissenyat circuits del procés assistencial urgent que permetin una coordinació adequada dels recursos?	4.1. S'han elaborat protocols que regulin el procés assistencial i se n'avalua la implementació?	- PLANUC - Instruccions del CatSalut - Protocols i procediments del servei d'urgències - Accions de millora dels procediments
	4.2. Hi ha una bona coordinació dels recursos durant el procés assistencial i s'optimitza el temps i el procés de drenatge dels pacients?	- Protocols i procediments interns del procés assistencial d'urgències - PLANUC - Manual CMBD-UR - Dades CMBD-UR 2023 - Instrucció 14/2014, CatSalut, sobre temps mitjà d'espera - Dades obtingudes de SAP Assistencial HUJT - Dades de trasllats TSNU any 2023, SEM
	4.3. Es dona una resposta adequada a les situacions de necessitat social i de vulnerabilitat?	- PLANUC - Protocols específics per a determinades situacions - Consultes a la unitat de Treball Social - Riscos socials detectats i comunicats a la Direcció

Objectius	Subobjectius	Criteris d'auditoria
5. Quins han estat els resultats obtinguts en relació amb els serveis d'atenció urgent prestats?	5.1. Hi ha marge de millora amb relació a la qualitat assistencial i del servei?	- PLANUC - Mòdul d'urgències al MSIQ, CatSalut
	5.2. Quin és el grau de satisfacció de l'usuari per l'atenció rebuda?	- Protocols i procediments interns de l'HUJT en relació amb la gestió d'informació al servei d'urgències - Instrucció 3/2004 de reclamacions i suggeriments - PLANUC - Enquestes PLAENSA - Registre de suggeriments, queixes i reclamacions CatSalut - Registre de queixes i reclamacions HUJT - Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària

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 hospitalari, a un recurs d'urgències d'atenció primària, o des del moment en què és atès pel SEM, fins que abandona el dispositiu d'urgències.
- **Derivació inversa:** quan el pacient és donat d'alta després del triatge sense haver estat atès, perquè no presenta cap tipus de risc vital i es fa una derivació inversa adreçant-lo a un dispositiu d'urgències de menor capacitat resolutiva.
- **Drenatge:** temps entre la decisió assistencial i la sortida del servei.
- **SISCAT:** creat l'any 2000. Inclou totes les xarxes assistencials en un sol sistema: internament, comunitari, transport sanitari i altres serveis sanitaris. Una part de les entitats estan participades pel Departament de Salut o el CatSalut, per empreses públiques (entitats de dret públic sotmeses a l'ordenament jurídic privat i societats mercantils), consorcis i fundacions. Compta amb més de 200 centres d'internament (per a l'atenció aguda, l'atenció sociosanitària i l'atenció d'internament de salut mental), més de 1.400 centres per a l'atenció primària i comunitària com els CAP i consultoris locals en els indrets més petits, centres d'urgències d'atenció primària (CUAP), centres ambulatoris de salut mental d'adults i infants i juvenils, i centres per a l'atenció a les drogodependències i addiccions, i altres recursos com hospitals de dia, serveis de rehabilitació comunitària, entre altres.
- **Sobrecobertura:** en l'àmbit de l'avaluació de polítiques públiques, situació en què un determinat programa o intervenció pública arriba a segments de població no previstos inicialment, i als quals no s'adreça.
- **Triage:** sistema que permet prioritzar i ordenar l'atenció amb criteris de seguretat clínica. A Catalunya s'utilitza l'anomenat Model Andorrà de Triage, 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 a 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 al càlcul dels indicadors utilitzats en aquest treball de fiscalització. El tractament i l'anàlisi de les dades s'han realitzat mitjançant el programa R.³⁴

A) Indicadors de temps

Per al càlcul dels indicadors de temps s'han emprat fonamentalment les dades procedents del CMBD-UR corresponent a l'any 2023. Aquesta informació s'ha completat, quan ha estat necessari, amb dades procedents dels sistemes d'informació propis de l'Hospital Doctor Josep Trueta, ja que per a determinats camps la informació de la primera font no era prou acurada.

Els indicadors de temps i també els respectius criteris d'inclusió de casos estan basats en els indicadors definits en el MSIQ del CatSalut, en els indicadors emprats per l'NHS anglès³⁵ i en els indicadors proposats en l'informe oficial sobre la transformació de l'atenció urgent a l'NHS,³⁶ però no són necessàriament coincidents amb cap d'ells. La interpretació que es fa d'aquests indicadors, tanmateix, és pròpia de la Sindicatura de Comptes.

Definició i interpretació dels indicadors

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

Aquest indicador s'interpreta com la capacitat per 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 2023, excepte els següents:

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

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

35. *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>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B) Taxes brutes i indicadors ajustats

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

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

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

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

La font de dades que s'ha utilitzat per al càlcul dels diferents indicadors ha estat el CMBD-UR de l'any 2023. Cal tenir present que, tant per al càlcul de les taxes brutes com per al càlcul dels corresponents indicadors ajustats, s'han exclòs de l'anàlisi aquells contactes dels 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: sexe, edat, estrat de morbiditat, nivell hospitalari i classe de patologia diagnosticada.

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

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

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

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

Indicador ajustat de mortalitat a urgències: 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: sexe, edat, estrat de morbiditat, nivell hospitalari, nivell de triatge i 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 parada cardiorespiratòria irreversible.
- Contactes amb derivació posterior al triatge.
- Contactes que abandonen el servei d'urgències abans de ser atesos.

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

Indicador ajustat de readmissions a urgències en menys de 72 hores: 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: sexe, edat, estrat de morbiditat, nivell hospitalari, possible risc vital de la urgència i 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 del pacient. S'han exclòs de l'anàlisi els contactes següents:

- Contactes que arriben amb parada cardiorespiratòria irreversible.
- Contactes obstètrics i contactes per accidents.
- Contactes en què no consta el número d'identificació de l'assegurat (NIA).³⁷

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

Indicador ajustat de readmissions a urgències en menys de 72 hores i que requereixen ingrés hospitalari: relació (ràtio) entre el nombre observat d'urgències readmeses en un servei d'urgències en un temps inferior a 72 hores, i en què el pacient és ingressat, 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: sexe, edat, estrat de morbiditat, nivell hospitalari, possible risc vital de la urgència i classe de patologia diagnosticada.

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

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

Indicador ajustat d'urgències no finalitzades: 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: sexe, edat, estrat de morbiditat, nivell hospitalari, nivell de triatge i 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 parada cardiorespiratòria irreversible.

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

7. TRÀMIT D'AL·LEGACIONS

D'acord amb la normativa vigent, el projecte d'informe de fiscalització va ser tramès a l'Institut Català de la Salut, a l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta i al Servei Català de la Salut (CatSalut) el 16 de gener de 2026, per complir el tràmit d'al·legacions.

7.1. AL·LEGACIONS REBUDES

L'escrit d'al·legacions presentat i signat pel gerent Servei Català de la Salut no s'ha inclòs en l'informe, atès que s'ha enviat fora del termini establert en l'article 38 del Reglament de règim interior de la Sindicatura.

L'escrit d'al·legacions presentat i signat pel Sr. Josep M Pomar Reynés, director gerent de l'Institut Català de la Salut, a la Sindicatura de Comptes es reproduïx 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 per l'Institut Català de la Salut



CONCLUSIONS

9. - La dotació del Servei d'Urgències presenta una composició de plantilla inestable, amb una elevada proporció de personal no fix (69,5%), principalment interins i eventuais. Aquesta situació dificulta la continuïtat assistencial i condiona la cobertura de baixes, permisos i jubilacions.

Al 2023 l'ICS, va iniciar un procés d'estabilització de plantilla, que es va resoldre a finals del 2024, i va donar estabilitat a tots aquest professionals que en aquell moment tenien contractacions interines i eventuais.

13. - D'acord amb les conclusions del control financer de la Intervenció Adjunta, l'aliança estratègica entre l'ICS i l'IAS presenta deficiències en la documentació que acredita la facturació entre les parts, i en el compliment de la normativa d'incompatibilitats. L'acord de gestió compartida vigent no compleix els principis de transparència i de retiment de comptes, no garanteix el control efectiu per part de l'ICS quant a les transaccions econòmiques entre les parts i no compleix l'obligació de publicitat de les retri-bucions derivades de les compatibilitats autoritzades. Tampoc ha respectat els principi-pis d'igualtat, mèrit, capacitat, publicitat i objectivitat en la selecció del personal direc-tiu i de comandament, contravenint així el que estableix la disposició addicional vuitena de la Llei 3/2015, de l'11 de març, de mesures fiscals i financeres, i els principis bàsics del text refós de la Llei de l'Estatut bàsic de l'empleat públic

Respecte a aquesta conclusió 13 de l'informe d'auditoria, res mes a dir, com al·legació única que el servei d'urgències de l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta no forma part ni de l'objecte ni de la finalitat de cap aliança estratègica o projecte de gestió compartida que hagi subscrit l'ICS-H. Trueta amb l'IAS ni cap altre empresa pública del sector sanitari, ni com a servei mèdic troncal ni com a no troncal i, en conseqüència, es troba fora del contingut objectiu de l'informe auditor.

Talment i malgrat això, el sol fet d'aparèixer referenciat mereix al·legar al respecte, que en virtut i compliment del Conveni Marc d'Aliança Estratègica entre l'Institut Català de la Salut (ICS) - Gerència Territorial Girona – i l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS), de data 22 de febrer de 2023, així com dels seus convenis addicionals de desenvolupament, ambdues institucions públiques, l'Institut d'Assistència Sanitària (CIF. Q6750003C), ubicat al carrer Dr. Castany s/n del Parc Hospitalari Martí i Julià, 17190, Salt, (Girona) i l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta (CIF. Q5855029D), depenent de l'ICS, ubicat a l'Avinguda de França s/n, 17007, Girona, varen configurar una estructura unificada i simplificada amb l'objectiu de compartir serveis assistencials i professionals, per necessitat d'optimització de recursos, per racionalitat assistencial, per economies d'escala, per adequació de l'expertesa al volum assistencial, per raons científiques i per raons d'equitat i territorialització. I, en conseqüència, en compliment estricte de la normativa d'aplicació, que es reproduirà in fine, referent a les aliances estratègiques i projectes de gestió compartida, el personal sa-

nitari de l'ICS i de l'IAS, mantenint en tot cas la seva vinculació amb la seva organització, podien prestar serveis conjunts en dos o més centres, serveis i establiments sanitaris, d'ambdues institucions, inserint-se en l'estructura funcional prevista en el conveni de col·laboració referenciat, autoritzant, situar al capdavant de l'estructura de comandament a personal aliè de l'altra institució.

Aquesta col·laboració busca optimitzar els recursos disponibles, enfortir l'atenció integral a la ciutadania i promoure el treball conjunt entre els equips tècnics i professionals d'ambdós centres hospitalaris, sense que afecti als serveis d'urgències propis de cada institució.

Aquest Conveni Marc, plenament vigent, preveu, entre altres, establir un marc estable de relació entre ambdues entitats i determinar les condicions en les què es regirà aquesta col·laboració, principalment destinada a definir, establir i instrumentar el projecte de direcció estratègica i gestió compartida per a la planificació, coordinació, control i desplegament de l'estructura directiva, serveis centrals i de l'activitat assistencial de les diverses especialitats mèdiques dels diferents centres i serveis d'ambdues institucions, ja sigui en l'àmbit de l'atenció primària i/o de l'especialitzada hospitalària, excloent les urgències.

Tanmateix, no hi ha conflictes d'interès econòmic i permet potenciar les sinergies entre ambdues entitats i assolir el màxim aprofitament dels seus serveis assistencials, per tal d'optimitzar els recursos existents, facilitar la transmissió de coneixements i potenciar la millora professional, amb la finalitat de proporcionar una assistència el més acurada possible als ciutadans de la regió sanitària de Girona sota els criteris d'economia, rendibilitat i productivitat en la gestió de les respectives especialitats mèdiques.

Igualment, el personal afectat per l'acord de col·laboració, inclòs el directiu i de comandament, manté en tot moment el règim jurídic-laboral que li correspon, en atenció a la vinculació orgànica amb l'ICS o amb l'IAS, respectivament, sens perjudici de la vinculació funcional al projecte comú de suport, mutu i recíproc, de gestió interinstitucional d'ambdues entitats signants i en conseqüència, únicament perceben la retribució, com a tal, del vicle retributiu propi orgànicament, malgrat assumir altres competències funcionals i, en cap cas, perceben altre retribució de caràcter fix i/o periòdic distint la seva retribució inherent que s'ajusta plenament als límits retributius previstos a la normativa vigent per a cada entitat pública.

Aprofundint en la vinculació orgànica del personal compartit a cadascuna de les institucions d'origen conveniades fer especial esment que el compliment de la normativa d'incompatibilitats correspon exclusivament a cada institució respecte al seu propi personal vinculat laboralment o estatuàriament, en funció de l'ens, publicitant cadascuna d'elles la seva normativa retributiva pròpia, per separat, al tenir convenis col·lectius diferenciats, amb retribucions diferenciades, i personalitats jurídiques independents. Es tracta de que els caps dels serveis mèdics afectats i respectius d'una i altre institució, segons el cas, assumeixin les funcions jeràrquiques dels serveis compartits sense cap retribució addicional ni convocatòria de selecció conjunta que li sigui afecta els principis d'igualtat, mèrit, capacitat, publicitat i objectivitat.

I, igualment, respecte al rendiment de comptes compartits que son aprovats per la comissió de seguiment de l'estructura conjunta prevista en l'Acord Marc de funcionament, de la que formen part els respectius consells d'administració de les entitats públiques respectives, les quals vetllen per l'objectivitat i el no detriment dels fons propis de les institucions d'origen.

Per acabar, especificar la normativa d'aplicació que ha permès configurar plenament la gestió compartida, en particular:

La Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut que estableix en el seu article 2 g) com un dels principis que la informen, la col·laboració entre els serveis sanitaris públics i privats en la prestació del servei als usuaris del Sistema Nacional de Salut i en el seu article 9, reitera aquest principi al disposar que les prestacions sanitàries d'aquest sistema es faciliten en centres i serveis propis o concertats.

El punt 8.2 del II Acord de la Mesa Sectorial de Negociació de Sanitat sobre condicions de treball del personal estatutari de l'Institut Català de la Salut (DOGC 4788 de 28.12.2006), que contempla la cobertura de l'atenció assistencial entre diferents centres sanitaris i que amb la finalitat de fomentar la coordinació i col·laboració entre aquests diferents centres, serveis i establiments sanitaris, es poden establir aliances estratègiques o projectes de gestió compartida.

L'article 8.2 de la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries que disposa que els professionals podran prestar serveis conjunts en dos o més centres, mantenint-se la seva vinculació en un de sol, quan s'estableixin aliances estratègiques o projectes de gestió compartida entre diferents establiments sanitaris. L'article 13.2 de la Llei 8/2007, de 30 de juliol, de l'Institut Català de la Salut que impulsa l'execució d'aquests projectes estratègics o de gestió compartida, i facilita que els professionals que integren l'ICS puguin prestar serveis conjunts en dos o més centres, serveis i establiments propis o aliens.

L'article 42 del Decret 13/2009, de 3 de febrer, que aprova els Estatuts de l'Institut Català de la Salut que desenvolupa l'esmentat article 13.2 de la Llei 8/2007 i disposa que amb la finalitat de fomentar els mecanismes de coordinació i de col·laboració entre diferents centres, serveis i establiments sanitaris, quan es mantinguin aliances estratègiques o projectes de gestió compartides entre aquestes unitats sanitàries, el personal sanitari de l'Institut Català de la Salut, mantenint en tot cas la seva vinculació amb aquesta organització, prestarà serveis conjunts en dos o més centres, serveis i establiments sanitaris, inserint-se en l'estructura funcional prevista en el conveni de col·laboració corresponent; autoritzant, tanmateix, situar al capdavant de l'estructura de comandament a personal aliè a l'Institut Català de la Salut.

La Disposició Addicional Novena de la Llei 5/2012, de 20 de març, ratificada per l'article 141 de la Llei 2/2014, del 27 de gener, de mesures fiscals, administratives, financeres i del sector públic de la Generalitat de Catalunya, sobre reassignació funcional de determinats empleats públics i la Llei 3/2015, de l'11 de març, de mesures fiscals, financeres i administratives (DOGC 6830, de 13 de març) en la seva Disposició Addi-

cional Vuitena que també regula les aliances estratègiques i projectes de gestió compartida i estableix que els professionals (no ho limita només als sanitaris com feia la LOPS) poden realitzar prestacions conjuntes, fent referència al personal directiu i de comandament al que permet exercir de forma compatible aquestes activitats.

L'article 64 de la Llei 3/2015, que modifica l'apartat 5 de l'article 20 de la Llei 8/2007, de l'Institut Català de la Salut, que disposa que, si la gestió d'aliances estratègiques o de projectes de gestió compartida ho exigeix, les entitats que en formen part podran contractar directius vinculats al projecte en conjunt tot respectant, en tot cas, la normativa sobre incompatibilitats aplicable.

21.- El protocol del codi ictus estableix com a objectius millorar el temps porta-agulla –que l'HUJT aconsegueix–, i reduir el temps fins a l'ingrés a la unitat d'ictus –que l'HUJT no monitoritza per dificultats tècniques. En lloc d'aquest segon indicador, en fa el seguiment d'un altre proposat en el Pla director de malalties vasculars, malgrat que no consta recollit al protocol.

D'altra banda, amb relació al seguiment i avaluació del codi ictus en l'àmbit de Catalunya, l'HUJT ha tramès les dades al Registre del Codi ictus de Catalunya (CICat). No obstant això, des del mes de desembre de l'any 2024 l'Hospital ja no fa aquesta trama, atès que les dades del procés ictus de SAP no es traslladen de forma automàtica al CICat.

Des de neurologia ens confirmen que fins l'any passat, existia un altre registre de Cat-Salut, anomenat CICA_T, que, a l'igual que el codi politrauma, s'havia de passar paral·lelament. No sabem si les dades que disposa aquesta auditoria del registre Codi ICTUS de Catalunya provenen d'aquest registre, perquè al 2023 sí que es feia. Des de desembre de 2024, tots els serveis de neurologia dels Hospitals ICS passen automàticament les dades del registre de procés ICTUS de SAP al registre de CatSalut, per no doblar feina. Per tant, no es passen al registre CICat però sí que arriben a CatSalut.

30.- Tot i que l'HUJT ha mostrat un compromís amb la millora de l'atenció a pacients en situació de vulnerabilitat social, encara presenta algunes limitacions. La manca d'un protocol generalitzat per identificar aquestes situacions, juntament amb una cobertura limitada en l'atenció als trastorns mentals, dificulta una resposta immediata i integral per part del centre. Aquesta realitat impacta especialment en les persones amb menys coneixement sobre l'ús adequat dels recursos.

També s'observen mancances en determinats perfils professionals com ara geriatria, mediació intercultural i psicologia per a suport terapèutic, fet que redueix la capacitat d'intervenció integral. A més, l'absència d'espais adaptats per a pacients amb necessitats especials (fragilitat, salut mental, addiccions) impacta negativament en la qualitat assistencial i en la capacitat del sistema per garantir una atenció inclusiva

Tenim cobertura 24 hores/365 dies del psicòleg de SEM.

RECOMANACIONS

6.- L'ICS hauria de prioritzar la resolució de les recomanacions de l'auditoria externa, pel que fa a la certificació de l'ENS.

Cal fer constar que l'ICS ja disposa des de finals de l'any 2025 d'una certificació bàsica conforme a l'Esquema Nacional de Seguretat (ENS) de l'aplicatiu assistencial SAP ARGOS per part de l'Agència de Ciberseguretat de Catalunya.

RESULTATS DE LA FISCALITZACIÓ

5.3.2.- L'atenció es dona en el nivell assistencial més adequat en funció del grau d'urgència?

L'efectiva aplicació de la derivació inversa al Servei d'Urgències està condicionada per diversos factors: la ubicació del CUAP, que dificulta l'accés des de l'hospital; limitacions en la cartera de serveis del CUAP, ja que no disposa de proves complementàries com pot ser analítica o radiologia (aquesta última, només disponible parcialment en dies laborables), i la implementació de la figura de la gestió infermera de la demanda (GID), a finals de desembre del 2024, en horari de 10 a 17 hores. Aquesta iniciativa permet la resolució de casos per part del personal d'infermeria, i, en aquest horari, ja no s'aplica la derivació inversa.

En horari de GID, si consulta un pacient amb criteris de derivació inversa, aquesta es realitza de la manera habitual. L'objectiu de la GID no és evitar la derivació, sinó oferir una opció de gestió de la baixa complexitat en aquells casos en què el pacient no accepta la derivació o no compleix els criteris establerts.

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

Temps total a urgències.

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

- Pel que fa als altres dispositius, l'Hospital no disposa d'una Unitat de curta estada (per manca d'espai al centre) ni de drenatge a llits de subaguts. Abans de la pandèmia es disposava de llits de subaguts a l'Hospital Santa Caterina, als quals actualment no es té accés. Aquest tema ha estat comunicat a la direcció i gerència del centre i al CatSalut

Actualment disposem de la capacitat d'ingressar a 5 pacients de la nostra zona a la unitat de subaguts de l'Hospital Sta. Caterina.

5.4.3.- Es dona una resposta adequada a les situacions de necessitat social i de vulnerabilitat?

- D'acord amb la informació del quadre de comandament, l'any 2023 la Unitat de Treball Social va intervenir en 23 consultes a pacients del Servei d'Urgències, la qual cosa representa només el 0,03% del total d'episodis atesos. Aquesta baixa proporció indica que un nombre reduït de pacients va requerir la intervenció del treballador social en l'àmbit de les urgències.

Durant el 2023 no es diferenciaven les interconsultes de treball social de les de la Unitat de Continuitat Assistencial. A partir de l'any 2024, tenim un registre diferenciat que ens permet comptabilitzar el nombre d'interconsultes a Treball Social.

Josep M Pomar Reynés
Director gerent

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 rebudes s'han modificat o introduït aclariments en els apartats 5.3.2 i 5.4.1 de l'informe. Aquests canvis han motivat també un aclariment al text de la Conclusió 21 del projecte d'informe.

La resta del text del projecte d'informe no s'ha alterat perquè s'entén que les al·legacions presentades són explicacions que confirmen la situació descrita inicialment, 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 24 de febrer del 2026, 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, Anna Tarrach Colls, 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 4/2026, Institut Català de la Salut: Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona; auditoria operativa amb enfocament avaluador.

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

La secretària general

Vist i plau,

El síndic major

