

Novembre 2023

Central de Resultats

Àmbit
d'atenció
hospitalària
Dades 2017-2022



L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) és una entitat de dret públic adscrita al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya que actua al servei de les polítiques públiques. L'AQuAS té la missió de generar coneixement rellevant mitjançant l'avaluació i l'anàlisi de dades per a la presa de decisions amb la finalitat de contribuir a la millora de la salut de la ciutadania i la sostenibilitat del sistema de salut de Catalunya. L'AQuAS és membre fundador de la International Network of Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA) i de la International School on Research Impact Assessment (ISRIA), és membre corporatiu de la Health Technology Assessment International (HTAi), del CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), de la Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS) i és Unitat Associada a INGENIO (CSIC-UPV). L'any 2019 AQuAS va ser reconeguda amb la medalla Josep Trueta al mèrit sanitari per part del Govern de la Generalitat de Catalunya.

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Àmbit d'atenció hospitalària. Dades 2017-2022 de la Central de Resultats. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2023.

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a:

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.
Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona
Tel.: 93 551 3888 | Fax: 93 551 7510 | <https://aquas.gencat.cat>

© 2023, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
Primera edició: Barcelona, novembre 2023
Correcció: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional.
La llicència es pot consultar al web [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Àmbit d'atenció hospitalària. Dades 2019-2022 de la Central de Resultats

Agraïments

Volem expressar el nostre agraïment a tots aquells professionals que han participat en els grups de treball, als proveïdors de dades i d'indicadors i a totes aquelles persones que han revisat o ens han ajudat en l'elaboració d'aquest informe.

Declaració de conflicte d'interès

Els autors declaren no tenir cap conflicte d'interès en relació amb aquest document.

Índex

Resum executiu	9
Introducció	17
Dades generals	20
Hospitalitzacions	20
Hospitalitzacions del SISCAT i hospitalitzacions del SISCAT finançades pel CatSalut	20
Temps d'estada	22
Estada de l'atenció hospitalària	22
Import del contracte CatSalut	23
Adequació	24
Atenció a urgències	24
Urgències de nivell MAT 1, 2 i 3 (major urgència)	24
Urgències ingressades	25
Urgències ingressades amb estada a urgències superior a 24 hores	26
Urgències que retornen abans de les 72 hores	26
Ingressos urgents (pressió d'urgències)	27
Hospitalitzacions a domicili	27
Ingressos en hospitalització a domicili	27
Atenció al part	28
Parts per cessària	28
Codi infart	29
Pacients en codi infart atesos en menys de 120 min (electrocardiograma/ECG-baló)	29
Temps electrocardiograma (ECG) - baló de pacients en codi infart	30
Codi ictus	31
Temps porta-agulla en trombòlisi intravenosa de pacients per ictus isquèmic	31
Efectivitat	32
Tractament substitutiu renal	32
Casos incidents en diàlisi amb diàlisi peritoneal	32
Casos incidents en diàlisi amb hemodiàlisi i amb un FAVI com a primer accés vascular	33
Casos en tractament substitutiu renal amb un trasplantament renal funcionant	33
Pacients VIH amb càrrega viral indetectable	33
Pacients VIH amb càrrega viral indetectable (antiretrovirals)	33
Artroplasties de revisió	33
Risc de revisió a 1 any en artroplasties primàries totals	33
Codi ictus	35
Supervivència a 3 mesos amb recuperació completa en trombòlisi intravenosa aïllada per ictus isquèmic	35

Mortalitat a 3 mesos en trombòlisi intravenosa aïllada per ictus isquèmic	35
Reingressos.....	35
Reingressos a 30 dies.....	35
Mortalitat.....	37
Mortalitat intrahospitalària	37
Mortalitat a 30 dies.....	38
Donació d'òrgans.....	40
Donació de viu en el trasplantament renal.....	42
Donants de cadàver vàlids.....	43
Donants vàlids de mort en assistència	43
Negatives familiars	44
Negatives familiars.....	44
Índex de donació d'òrgans.....	44
Índex d'òrgans trasplantats per donant vàlid	44
Seguretat.....	45
Profilaxi en cirurgia	45
Profilaxi adequada de cirurgia electiva	45
Infeccions de localització quirúrgica	45
Infecció de localització quirúrgica d'òrgan-espai –IOE-	45
Bacterièmies per catèter vascular	47
Caigudes hospitalàries	48
Caigudes en pacients hospitalitzats.....	48
Úlceres per pressió.....	49
Mortalitat.....	49
Mortalitat en grups relacionats pel diagnòstic (GRD) de baixa mortalitat	49
Mortalitat en pacients que han desenvolupat complicacions quirúrgiques	49
Eficiència.....	50
Despesa en medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA)	50
Despesa en MHDA (global i per pacient).....	50
Ús de fàrmacs biosimilars.....	52
Experiència de l'usuari	53
Índex de satisfacció	53
Satisfacció.....	53
Índex de fidelitat.....	54
Fidelitat.....	54
Satisfacció amb l'atenció rebuda	54
Temps a la llista d'espera	54
Disposició per escoltar-lo i fer-se càrrec.....	55
Sentir-se en bones mans	55
Tranquil·litat per descansar a la nit.....	55

El menjar a l'hospital	55
La comoditat de l'habitació.....	56
Sostenibilitat.....	57
Rendibilitat dels ingressos d'explotació	58
Rendibilitat dels ingressos d'explotació	58
Flux de caixa (<i>Cash flow</i>) o recursos generats d'explotació.....	58
Flux de caixa (<i>Cash flow</i>) o recursos generats d'explotació	58
Rendibilitat econòmica.....	59
Solvència	60
Liquiditat	60
Endeutament	61
Ingrés per Unitat de Mesura Estandarditzada (UME) assistencial	62
Ingrés per Unitat de Mesura Estandarditzada (UME) assistencial (sense MHDA)	62
Cost per Unitat de Mesura Estandarditzada (UME) assistencial	63
Cost per Unitat de Mesura Estandarditzada (UME) assistencial (sense MHDA).....	63
Productivitat del personal assistencial equivalent	63
Tecnologies de la informació i comunicació (TIC).....	65
Serveis de teleconsulta.....	65
Utilització de videoconsultes	65
Publicacions a la història clínica compartida de Catalunya (HC3)	66
Integració Plataforma iS3	66
Prescripcions de transport sanitari no urgent.....	66
Annexos	67
Annex 1. Relació dels indicadors analitzats	67

Índex de taules

Taula 1. Exhaustivitat de la informació enviada al RACat (maluc i genoll) segons any d'ingrés i tipus d'artroplàstia. Hospitals del SISCAT (2016-2020).....	34
Taula 2. Evolució del percentatge d'infecció de localització quirúrgica d'òrgan-espai (IOE) en la cirurgia electiva de còlon segons nivell de l'hospital del VINCat. Hospitals SISCAT (2017-2022)....	46
Taula 3. Evolució del percentatge d'infecció de localització quirúrgica d'òrgan-espai (IOE) en la cirurgia electiva de recte segons nivell de l'hospital del VINCat. Hospitals SISCAT (2017-2022)	46
Taula 4. Evolució del percentatge d'infecció de localització quirúrgica d'òrgan-espai (IOE) en la cirurgia electiva de pròtesi de genoll i maluc segons nivell de l'hospital del VINCat. Hospitals SISCAT (2017-2022)	47
Taula 5. Evolució de les bacterièmies per catèter vascular. Hospitals SISCAT (2017-2022).....	48
Taula 6. Indicadors de satisfacció i fidelitat de les persones usuàries dels serveis d'atenció hospitalària amb internament d'aguts. Hospitals SISCAT (2018-2022).....	56

Índex de figures

Figura 1. Evolució del nombre d'hospitalitzacions per tipus. Hospitals SISCAT (2017-2022)	21
Figura 2. Distribució del nombre d'hospitalitzacions segons nivell hospitalari. Hospitals SISCAT (2022)	22
Figura 3. Evolució de l'estada mitjana segons sexe. Hospitals SISCAT (2017-2022)	23
Figura 4. Distribució del percentatge d'urgències de nivell MAT 1, 2 i 3 segons el grup d'edat. Hospitals SISCAT (2022)	25
Figura 5. Evolució del percentatge d'ingressos en hospitalització a domicili. Hospitals SISCAT (2017-2022)	28
Figura 6. Gràfic de punts de les raons de valors observats vs. esperats (O/E) dels parts per cessària dels centres. Hospitals SISCAT (2016-2022)	29
Figura 7. Gràfic de barres del percentatge de pacients en codi infart atesos en menys de 120 min (electrocardiograma/ECG-baló) segons sexe. Hospitals SISCAT (2017-2022)	30
Figura 8. Evolució del percentatge de reingressos a 30 dies per patologies seleccionades. Hospitals SISCAT (2016-2022)	36
Figura 9. Gràfic de punts de les raons de valors esperats vs. esperats (O/E) de reingressos a 30 dies per patologies seleccionades segons el nivell hospitalari. Hospitals SISCAT (2016-2022)	37
Figura 10. Evolució del percentatge de mortalitat (no ajustada) a 30 dies per patologies seleccionades. Hospitals SISCAT (2016-2022)	39
Figura 11. Distribució del percentatge de mortalitat a 30 dies per patologies seleccionades segons el nivell de l'hospital. Hospitals SISCAT (2022)	40
Figura 12. Percentatge de donants cadàver (ME i MA) i donants vius a Catalunya, període 2000-2022.	42
Figura 13. Evolució del nombre de trasplantaments renals de donant viu. Catalunya, 2001-2022 ..	43
Figura 14. Evolució de la despesa en medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA). Hospitals SISCAT (2017-2022)	51
Figura 15. Despesa mitjana per pacient en medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA) segons nivell de l'hospital. Hospitals SISCAT (2022)	51
Figura 16. Evolució de la rendibilitat dels ingressos d'explotació, flux de caixa (<i>cash flow</i>) o recursos generats d'explotació i rendibilitat econòmica (en %). Hospitals SISCAT (2017-2021)	60
Figura 17. Evolució de la solvència, liquiditat i endeutament (en %). Hospitals SISCAT (2017-2022)	62

Resum executiu

La Central de Resultats, pel seu abast quant a àmbits assistencials contemplats, i pel seu recorregut en el temps (dades dels darrers 6-7 anys), és un instrument únic per poder captar les conseqüències de la pandèmia per la COVID-19 en el sistema de salut.

La pandèmia per la COVID-19 ha implicat un abans i un després en el sistema sanitari, i l'atenció hospitalària ha estat un dels àmbits en els quals ha suposat un gran desafiament amb un impacte en diverses àrees i resultats.

Després de les primeres onades de la pandèmia, els professionals de la salut han hagut d'afrontar un doble repte: continuar gestionant la pandèmia i restablir l'activitat habitual a partir d'un esforç ingent i sostingut en el temps. La inversió econòmica i la reorganització assistencial també han estat claus per recuperar l'activitat, especialment la més afectada com la cirurgia programada, les proves diagnòstiques o l'hospitalització a domicili.

L'activitat en el conjunt d'hospitals del SISCAT s'ha vist clarament afectada per la situació de pandèmia el 2020 amb una reducció de les hospitalitzacions fins a 793.662 (100.000 menys que el 2019) la qual s'ha anat recuperant el 2021 i 2022 (amb 925.898 altes). Aquesta davallada ha afectat especialment les hospitalitzacions quirúrgiques convencionals i les de cirurgia major ambulatoria de caràcter programat. Aquesta activitat també s'ha recuperat a nivell pre-pandèmic gràcies al gran creixement que ha sofert la cirurgia major ambulatoria (279.362 altes, un 27,3% més respecte a l'any 2020). Les hospitalitzacions domiciliàries també han anat creixent de forma constant i el 2022 es van realitzar el doble d'altes (12.800) amb relació al 2019 (6.145).

L'activitat d'urgències hospitalàries ha seguit un patró similar: durant les onades epidèmiques s'ha produït una disminució en l'activitat urgent hospitalària, en tots els grups d'edat, especialment l'any 2020, i una recuperació posterior fins a superar lleugerament els nivells pre-pandèmics: 3.503.173 contactes d'urgències durant el 2022.

El sistema s'ha mostrat resilient enfront de la pandèmia en els resultats d'efectivitat dels hospitals

Tant els reingressos a 30 dies com la mortalitat (fins a l'alta hospitalària i a 30 dies de l'alta) han tingut una disminució els darrers anys a pesar de la situació de pandèmia i l'envelliment progressiu de la població.

Els reingressos a 30 dies per un conjunt de patologies seleccionades, tot i mostrar un cert repunt el 2022 fins al 7,2%, ha experimentat una disminució progressiva des del 9,8% el 2016 al 6,6% el 2021, patró que també s'ha produït per cadascuna de les patologies de forma individual.

La mortalitat intrahospitalària per totes les patologies seleccionades s'ha reduït fins al 7,7% (8,4% el 2019, 9,2% el 2020 i 9,3% el 2021) i la mortalitat a 30 dies de l'ingrés hospitalari ha disminuït fins al 12,8% el 2022 (13,6% el 2019 i 14% el 2020 i 2021). També decreix per causes com la pneumònia, la fractura de fèmur i l'ictus.

No obstant això, l'evolució és diferent segons el centre hospitalari i s'identifiquen repetidament diversos centres al llarg dels anys analitzats amb clar potencial de millora en aquests indicadors.

Un altre bon resultat fruit d'un protocol d'actuació urgent que aglutina la coordinació assistencial a diferents nivells, no només hospitalari, i dels nous abordatges terapèutics fa referència a l'atenció a l'ictus isquèmic. En aquest cas, tant la supervivència amb recuperació completa com la mortalitat a 3 mesos han anat millorant els darrers anys gràcies a la millora del codi ictus; la seva activació per al trasllat ràpid del malalt i per tal d'agilitzar el temps que passa entre l'inici i el tractament (com la trombòlisi intravenosa) són claus.

La supervivència a 3 mesos amb recuperació completa en trombòlisi intravenosa aïllada per ictus isquèmic ha passat del 48,4% el 2017, al 54,9% el 2022.

La mortalitat a 3 mesos en trombòlisi intravenosa aïllada per ictus isquèmic era del 15,7% el 2017 i ha disminuït fins al 8% el 2022.

Com en el cas de l'ictus, serà necessari anar implementant indicadors similars de funcionalitat i també de resultats percebuts pels pacients en altres patologies i intervencions de l'àmbit hospitalari, especialment en aquelles que comportin una càrrega de malaltia rellevant, per tal de poder conèixer el valor d'aquestes actuacions.

Les donacions d'òrgans continuen batent rècords a Catalunya l'any 2022 amb 1.346 intervencions, gràcies als 357 donants morts, als 178 donants vius i a l'intercanvi d'òrgans amb altres organitzacions de trasplantament.

I d'aquest clar exemple d'altruisme en destaquen especialment les dones amb el doble de donacions que els homes en el cas del trasplantament renal de donant viu. També cal realçar el rol dels familiars dels potencials donants, ja que cada vegada són més favorables a fer les donacions.

El taló d'Aquil·les de l'àmbit hospitalari: l'atenció a urgències

D'ençà que l'any 2017 es reorganitzava l'atenció urgent per descongestionar els serveis d'urgències dels hospitals les coses no han canviat gaire.

El percentatge d'urgències ateses que acaben ingressades (10,7%) retorna a nivells prepandèmics després d'haver-se incrementat fins al 13,3% el 2020. Aquests valors baixos mostren la inadequació de moltes de les urgències; fet que també es pot veure en examinar el percentatge d'urgències qualificades en nivells 4 i 5 (les de menor urgència/gravetat) segons el MAT (Model Andorrà de Triatge), que se situa en el 61,2% l'any 2022.

Tampoc s'ha reduït el percentatge d'urgències ingressades amb estada a urgències superior a 24 hores que roman en el 19%. S'entreveu un lleuger descens de les urgències ateses als hospitals del SISCAT que retornen en menys de 72 hores i que se situen per sota del 6% el 2022. S'ha proposat que els percentatges acceptables són els menors d'1%, tot i que no hi ha consens.

Més del 70% dels ingressos hospitalaris provenen d'urgències. Això suposa un impacte considerable en el funcionament de l'hospital, ja que agreuja la disponibilitat de llits per a l'activitat programada.

La pandèmia ha tingut un clar impacte sobre les estratègies de seguretat del pacient

Les infeccions relacionades amb l'assistència sanitària (com les bacterièmies per catèter vascular o les infeccions de localització quirúrgica d'òrgan-espai en algunes cirurgies) van empitjorar durant la pandèmia, probablement, per l'impacte que aquesta va tenir sobre les estratègies de seguretat del pacient als hospitals.

L'increment en el nombre de pacients crítics que necessitaven un catèter venós central de llarga durada, la incorporació de nou personal (especialment a les unitats de crítics i semicrítics) que va haver de formar-se en les diferents mesures de prevenció d'infeccions (corba d'aprenentatge), la manca d'equipaments de protecció individual (EPI) i les dificultats en l'aplicació d'aquestes mesures en un entorn amb molta pressió assistencial, així com les dificultats per fer una asèpsia correcta i, fins i tot, la major utilització de guants en detriment del compliment de la higiene de mans poden haver estat les principals causes que expliquen la pujada d'aquestes infeccions.

La vigilància de les infeccions nosocomials, especialment les bacterièmies, és de gran rellevància perquè suposen una complicació potencialment molt greu que comporta un risc per a la vida del pacient, però també perquè es tracta una de les infeccions relacionades amb l'assistència sanitària més prevenibles.

La tornada progressiva a la normalitat durant el 2022, l'àmplia disseminació de la cultura de prevenció, especialment a les unitats de crítics però també a la resta d'unitats de l'hospital, i la recuperació dels programes de prevenció d'infeccions han suposat una millora en aquests indicadors que havien assolit una reducció molt significativa abans de la pandèmia. No obstant això, encara existeix un recorregut important per millorar aquests indicadors en determinats centres.

En canvi, la profilaxi adequada amb antibiòtics en cirurgia electiva de còlon i de recte per prevenir possibles infeccions postoperatories pràcticament no s'ha vist afectada per la situació de pandèmia i, de fet, ha anat millorant els darrers anys. Probablement, han jugat un paper cabdal la gran implantació de programes de control d'infecció als centres i perquè en tractar-se de cirurgia programada l'activitat s'ha vist reduïda durant la pandèmia.

Un altre dels esdeveniments adversos més freqüents en l'hospitalització amb una alta morbidimortalitat associada són les caigudes. Les taxes s'havien mantingut estables o decreixents durant l'última dècada, però la pandèmia va revertir aquesta tendència, amb dificultat per recuperar els nivells previs.

Les caigudes hospitalàries han augmentat amb la pandèmia per sobre de les recomanacions actuals (< 2 caigudes per 1.000 dies d'ingrés) però mostren una disminució fins a 1,88 el 2022.

L'augment de caigudes durant aquesta crisi sanitària es pot explicar, en part, per la restricció d'entrada d'acompanyants als centres i per altres factors com la ubicació dels malalts en llocs no prou adequats amb falta de baranes o altres elements de seguretat per la saturació que van patir durant la pandèmia.

La variabilitat de la pràctica clínica continua sent rellevant (i ha augmentat encara més durant la pandèmia)

En quasi tots els indicadors analitzats la variabilitat entre centres d'un mateix nivell hospitalari és alta o molt alta, i aquesta variabilitat s'ha fet més gran durant la pandèmia.

L'existència de variacions en la pràctica clínica afecta tots els àmbits analitzats per la Central de Resultats i és un clàssic en l'anàlisi d'aquests indicadors. En la mesura que anem ajustant i estandarditzant el càlcul dels indicadors per fer-los més comparables veurem si aquestes variacions persisteixen. Ara bé, quan s'ha fet aquest exercici, com és en el cas dels atles de variabilitat de la pràctica clínica, les variacions sistemàtiques entre territoris de residència dels pacients hi són presents. En són un clar exemple les variacions en artroplasties primàries de maluc i genoll, en cirurgia oncològica digestiva o en el tractament substitutiu renal.

En aquest darrer cas, i tal com també es constata en els indicadors de la central de resultats, hi ha una infrautilització de la diàlisi peritoneal a Catalunya tenint en compte les recomanacions internacionals i posicionaments de societats científiques, però també variacions territorials.

Hi ha una infrautilització de la diàlisi peritoneal a Catalunya tenint en compte les recomanacions actuals, així com variacions territorials que semblen estar molt lligades al desenvolupament de programes específics per part de determinats serveis de nefrologia dels hospitals.

El 2021 (darrer any amb dades disponibles) es van registrar 1.368 casos nous de tractament amb diàlisi de la malaltia renal crònica avançada a Catalunya, dels quals 202 (14,8%) corresponen a diàlisi peritoneal i 1.166 (85,2%) a hemodiàlisi.

Destaquen les variacions observades entre els centres en el percentatge de parts per cessària, així com l'increment gradual d'aquest tipus d'intervenció fins al 20% dels parts a Catalunya.

Catalunya es troba per sobre dels nivells recomanats per l'OMS de parts per cessària (15%) el que posa de manifest un problema potencial de qualitat de l'atenció sanitària. Com repetidament s'ha constatat, la variabilitat és molt àmplia entre centres, amb un rang que va del 12% al 34%, i un índex ajustat que pot arribar a ser de 2,4 vegades més cesàries que les que s'esperarien tenint en compte el perfil de les mares i la complexitat dels parts que s'hi atenen.

Les desigualtats per raó de sexe també persisteixen

Aquests són les situacions més destacades de desigualtat que s'han identificat el 2022:

- Sense tenir en compte les hospitalitzacions obstètriques (majoritàriament per parts), els homes presenten un major nombre d'hospitalitzacions en global, i en quasi tots els grups d'edat excepte en 30-44 anys i en 85 o més anys, on hi ha més dones ingressades.
- Les dones tendeixen a tenir menors estades mitjanes hospitalàries que els homes, però cal tenir en compte que són sense ajustar pel perfil del pacient i que s'inclouen les hospitalitzacions per causes obstètriques (majoritàriament parts) en dones d'edat fèrtil, que solen ser de curta durada.
- Les urgències de major gravetat són sempre quelcom menors en dones que en homes
- Tot i una millora en els últims anys, les dones assoleixen percentatges menors en el codi infart atès en menys de 120 min (entre l'electrocardiograma i l'angioplàstia primària): 67% vs. 72%.

- El percentatge de donant viu en el trasplantament renal en les dones dobla el dels homes (27,2% vs. 12,3%, respectivament, el 2022), situació similar als anys previs.

A pesar de tot el que ha passat els usuaris fan una molt bona valoració de l'atenció hospitalària

La satisfacció dels usuaris amb el servei d'atenció hospitalària amb internament d'aguts és de 8,3 sobre 10 l'any 2022. La fidelitat ha esdevingut del 88%, és a dir, quasi 9 de cada 10 entrevistats diu que tornaria al mateix centre si ho necessités. Aquestes xifres són molt similars a les obtingudes el 2021 i el 2018.

A pesar de la situació de pandèmia, la satisfacció dels usuaris amb l'atenció hospitalària amb ingrés s'ha mantingut molt alta i la majoria dels enquestats tornaria al mateix centre si ho necessités.

Aquesta bona valoració contrasta amb la baixada de satisfacció global en altres entorns sanitaris com l'atenció primària.

L'avaluació dels resultats de la reordenació de l'atenció hospitalària per atendre l'alta complexitat necessita millorar

L'establiment de reordenacions dels processos d'atenció d'alta complexitat o terciarisme, és a dir, d'aquells processos o intervencions que es produeixen en els hospitals de major nivell o complexitat, busquen garantir la qualitat tècnica i obtenir uns millors resultats clínics i econòmics (eficiència), normalment assegurant la realització d'un volum mínim de casos en els centres (concentració de l'activitat). Amb això es pretén que l'organització assistencial es basi en una xarxa assistencial integrada per unitats expertes establertes en centres hospitalaris de referència que interaccionen amb els centres hospitalaris propers als pacients i l'atenció primària.

Aquest és el cas de la reordenació de la cirurgia oncològica d'alta especialització o la reordenació en cirurgia ortopèdica i traumatologia dels procediments de recanvis/revisions del 2015, que, entre d'altres, ha portat a terme el CatSalut per concentrar allà on es pugui reunir tota l'experiència necessària de forma cost-efectiva i se'n puguin avaluar els resultats sistemàticament.

El càlcul del risc de revisió de les artroplasties de maluc i genoll ens permet monitorar justament el resultat de la reordenació en aquests procediments. Ara bé, en el 80% dels centres no s'ha pogut calcular aquest indicador per no tenir prou exhaustivitat en la informació aportada al Registre d'Artroplasties de Catalunya, el que dificulta enormement l'avaluació d'aquests canvis organitzatius d'una forma sistemàtica i continuada.

És necessari disposar de fonts d'informació adequades, així com enfortir-les amb mecanismes que assegurin la seva exhaustivitat i qualitat a fi de poder avaluar els resultats de les reordenacions assistencials.

Una de les mesures preses arran de la pandèmia de la COVID-19 per aconseguir més eficiència dels recursos assistencials disponibles i més equitat d'accés als recursos de qualsevol ciutadà ha estat l'ordenació dels centres hospitalaris en cinc clústers, formats per nou eixos sanitaris. Es tracta d'una organització amb visió territorial, basada en les aliances estratègiques i la pràctica col·laborativa amb la resta del sistema, i especialment amb l'atenció primària, per tal de garantir l'accés a l'alta complexitat amb qualitat. Caldrà establir els mecanismes adequats per poder avaluar també l'impacte d'aquesta reorganització assistencial.

La situació economicofinancera excepcional dels centres i les entitats proveïdores gràcies al finançament durant la pandèmia

Les dades procedents dels indicadors de la Central de Balanços del 2021, darrer any disponible, mostren un impacte econòmic positiu, conseqüència d'una situació d'excepcionalitat per la pandèmia i per recuperar l'activitat ordinària que no es va dur a terme durant el 2020.

El CatSalut va aprovar nous programes econòmics i va donar continuïtat a d'altres impulsats el 2020 que oferien compensacions i incentius a les entitats proveïdores, com els programes per a la compensació del major cost de l'activitat i per la recuperació de l'activitat diagnòstica i el control de malalties. Es va desplegar el programa d'atenció domiciliària i s'incrementà l'estructura de malalts crítics i l'activitat dels laboratoris. També es van obrir nous dispositius externs per fer front a la pandèmia i com a mesura per l'esponjament de malalts COVID amb un baix grau de complexitat, però que requerien hospitalització, entre d'altres.

Això es tradueix en un creixement de l'activitat, recuperant-se i superant-se les xifres pre-pandèmiques, però també de la despesa (import del contracte) que ha crescut quasi un 30% en relació amb el 2018.

El 60% de la despesa del Servei Català de Salut (CatSalut) és en atenció especialitzada (principalment hospitalària).

La partida pressupostària que més ha crescut (en termes percentuals) per a línies assistencials en els pressupostos del CatSalut és la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria MHDA, que augmenta un 7,6% respecte al 2021.

Amb relació al 2017 aquesta partida ha augmentat un 47% en l'àmbit global i un 3% en la despesa per pacient.

Tot i que l'activitat (altes) dels hospitals comarcals i de referència ha anat creixent en els darrers anys és esperable que aquests vagin guanyant més pes relatiu en relació amb l'activitat dels hospitals de major complexitat, que encara suposen un 45%, sempre assegurant els bons resultats, l'eficiència i la bona qualitat de l'atenció.

Els hospitals comarcals i de referència suposen un 55% de les altes i és esperable que vagin guanyant més pes amb relació als hospitals de referència d'alta resolució i d'alta tecnologia que suposen el 45%.

Cal aconseguir més resolubilitat i millor accessibilitat, sobre la base de la proximitat territorial i el treball en xarxa i multidisciplinari, treure el millor profit de les tecnologies de la informació i comunicació (TIC), així com potenciar models més eficients alternatius a l'hospitalització convencional, tot potenciant l'atenció domiciliària i avançant cap a la nova atenció intermèdia.

L'aplicació de les TIC en els hospitals d'aguts segueix una evolució constant que s'ha adaptat a la situació de pandèmia. Cada any més centres incorporen solucions TIC i implementen noves tecnologies per a la millora de l'atenció presencial o no presencial.

Introducció

Salut llança de nou la Central de Resultats amb els indicadors assistencials dels centres i altres del sistema de salut de Catalunya.

La Central de Resultats és un instrument promogut pel Departament de Salut i el CatSalut que desenvolupa l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya per mesurar, avaluar i difondre els resultats assolits en l'àmbit de l'assistència sanitària per part dels diferents agents integrants del Sistema Sanitari de Catalunya (SISCAT). Té un doble objectiu: i) de fomentar i permetre als professionals i gestors dels serveis sanitaris la comparació i el monitoratge de la qualitat i l'eficiència per a la millora contínua de l'assistència per tal de contribuir a millorar la salut de la població, i ii) retre comptes a la ciutadania. Aquests són els dos objectius principals de la Central de Resultats, presents des de l'inici del projecte.

La Central de Resultats del sistema de salut de Catalunya d'enguany permet, mitjançant un portal web, fer consultes interactives i anàlisis dinàmiques i comparatives amb taules i gràfiques de tots els indicadors dels proveïdors sanitaris de Catalunya dels següents àmbits assistencials: atenció hospitalària, atenció primària, atenció intermèdia (centres sociosanitaris), salut mental i addiccions, salut pública i emergències mèdiques.

La Central de Resultats és, també, un projecte dinàmic que s'orienta a la presa de decisions i que esdevé un "mapa de resultats" del sistema sanitari, en permetre la consulta i la comparació evolutiva dels indicadors al llarg dels darrers anys. Actualment, es poden consultar les dades dels anys 2017 a 2022, de forma que es dona continuïtat a les dades ja publicades anteriorment. La informació s'anirà actualitzant de manera periòdica amb la incorporació de les dades de períodes posteriors, la introducció de millores tecnològiques i noves eines de visualització, així com amb la publicació d'informes i infografies que permetran una millor comprensió i interpretació dels indicadors.

Així mateix, la Central de Resultats posa a disposició dels usuaris les dades publicades a través del portal de dades obertes de la Generalitat de Catalunya (https://governobert.gencat.cat/ca/dades_obertes/inici/) per tal de permetre la seva reutilització com a font d'informació per a cada un dels indicadors que s'hi presenten.

Amb aquest bagatge i abast, la Central de Resultats es pot considerar avui dia un projecte madur i renovat que continua sent un instrument de referència en el nostre sistema sanitari. Destaquen els següents elements:

- Visualització dinàmica i interactiva de les dades.
- Més de 250 indicadors de 6 àmbits assistencials (58 indicadors específics de l'àmbit de l'atenció hospitalària).
- Indicadors principals amb informació complementària (numeradors o denominadors, nivell socioeconòmic, comparació pre-COVID en alguns indicadors).

- Anàlisi per sexe, grup d'edat, nivell socioeconòmic, tipus de centre (titularitat, recurs assistencial, nivell de complexitat) entre d'altres.
- Anàlisi territorial per Regió Sanitària i Àrea de Gestió Assistencial -AGA- (àrea d'influència o referència d'un hospital) i anàlisi per centre d'atenció amb doble òptica de visualització: centrada en la residència del pacient i en el centre o recurs d'atenció.
- Visió evolutiva dels darrers anys que compren el període de pandèmia per la COVID-19, element clau per interpretar alguns dels resultats dels indicadors.
- Representació de la variabilitat territorial en el mapa de Catalunya.
- Incorporació de fitxes amb un resum de resultats i la seva interpretació (pels indicadors més rellevants).
- Informes globals per cada àmbit.
- Dades obertes al portal de la Generalitat.

En el decurs d'aquest any, s'ha continuat treballant de costat amb els professionals i les societats científiques, els proveïdors i la mateixa administració, per tal de donar una base científica més sòlida, aproximar més el projecte a la pràctica i gestió assistencial, i a les necessitats de la planificació estratègica i operativa del sistema sanitari, així com augmentar-ne la difusió.

Però encara queden alguns reptes al davant com la incorporació dels pacients i la ciutadania de forma activa en el projecte, així com compartir i discutir els resultats a la mida dels interessos dels territoris, tot comparant els resultats dels centres assistencials i promovent l'extensió de les iniciatives amb millors resultats.

D'altra banda, cal revisar els indicadors que publica la Central de Resultats, incloure'n de nous d'acord amb les noves necessitats del sistema i les possibilitats de noves fonts d'informació, estandarditzar i ajustar al màxim els indicadors quan sigui pertinent per assegurar la comparabilitat dels resultats, o incorporar noves eines analítiques que ens ajudin a comprendre millor les variacions territorials en la pràctica clínica.

Es coneix que els resultats poden estar influenciats tant per les característiques de les persones (sociodemogràfiques i clíniques), l'atenció rebuda i el procés assistencial com per aspectes més estructurals (factors organitzatius i institucionals que afecten el context en què es presta l'atenció; inclou aspectes com instal·lacions, equipament, personal i estructura organitzativa). Tenir en compte en l'anàlisi tots aquests aspectes serà tot un repte.

És necessari revisar i incloure nous indicadors segons les noves necessitats del sistema i les possibilitats de noves fonts d'informació.

També cal avançar cap a l'anàlisi de processos assistencials que interrelacionen diversos àmbits d'atenció i, en definitiva, enfortir els productes cap a l'avaluació de la qualitat de l'atenció. Tot això s'ha de portar a terme de manera col·laborativa amb els diferents actors d'interès.

Cal fer menció a la pandèmia per la COVID-19 (declarada emergència de salut pública internacional entre gener de 2020 i maig de 2023), la qual ha tingut un impacte sense precedents a tot el món i, també, al nostre sistema. Les diverses onades han tingut dinàmiques diferents en funció de la capacitat del sistema sanitari, de les restriccions implantades, l'estat immunològic de la població i de les variants del virus circulants. Després del sotrac inicial, els professionals de la salut han hagut d'afrontar un doble repte: continuar gestionant la pandèmia i restablir l'activitat habitual a partir d'un esforç ingent i sostingut en el temps. El sistema s'ha adaptat, transformat i reforçat en molts aspectes incrementant la capacitat de resposta assistencial per fer front a les necessitats, consolidant els fluxos i la coordinació entre entitats; s'ha transformat el model d'atenció i donat més capacitat i recursos en tots els àmbits amb noves infraestructures, la incorporació de nous perfils i rols professionals i un desenvolupament digital accelerat.

Però les conseqüències d'aquesta pandèmia han estat i poden ser notables, més enllà de les repercussions immediates en ingressos i morts per la COVID-19 o els efectes a altres pacients per l'ocupació dels llits d'hospital i de cures intensives. També cal tenir en compte els potencials impactes sobre els pacients que necessiten un seguiment crònic que es va veure interromput, els efectes socials i en la salut mental o les repercussions de l'aturada en la realització d'activitats preventives.

La Central de Resultats, pel seu abast quant a àmbits assistencials contemplats i pel seu recorregut en el temps (dades dels darrers anys), és un instrument únic per poder captar les conseqüències de la pandèmia i com s'ha comportat el sistema de salut.

És amb l'objectiu de millorar els resultats de l'atenció sanitària a la ciutadania que tots els professionals relacionats amb aquest projecte treballen cada dia.

Dades generals

La pandèmia per la COVID-19 ha implicat un abans i un després en el sistema sanitari, i l'atenció hospitalària ha estat un dels àmbits en els quals ha suposat un gran desafiament amb un impacte en diverses àrees i resultats.

Hospitalitzacions

Hospitalitzacions del SISCAT i hospitalitzacions del SISCAT finançades pel CatSalut

El 2022 s'han produït 925.898 altes hospitalàries (891.491 finançades pel CatSalut), fet que representa 19.641 altes més respecte del 2019, un increment del 2,3%.

L'activitat en el conjunt d'hospitals del SISCAT presenta una tendència ascendent des del 2020 on es va produir una frenada fins a 793.662 altes (unes 100.000 hospitalitzacions menys que el 2019) per la parada de l'activitat habitual a causa de la pandèmia. El 2022 s'han produït 925.898 altes hospitalàries, el que representa 19.641 altes més respecte al 2019 (2,3% més) i 44.229 altes més respecte al 2021 (un 5% més), equivalent a una mitjana de 121 altes més al dia.

La davallada d'hospitalitzacions per la pandèmia ha afectat especialment les hospitalitzacions quirúrgiques i les de cirurgia major ambulatoria, tot i que s'han recuperat i superat les xifres pre-pandèmiques.

Aquesta davallada per la pandèmia ha afectat especialment les hospitalitzacions quirúrgiques i les de cirurgia major ambulatoria (CMA) programades, que van ser les activitats que es van cancel·lar durant les primeres onades de la crisi. No obstant això, aquesta activitat s'ha recuperat a nivell pre-pandèmic pel que fa a la cirurgia convencional o l'ha superat en el cas de la CMA (279.362 altes, un 27,3% més respecte del 2020). Es manté la tendència molt comuna en els països desenvolupats de creixement constant de la CMA com a forma més eficient de proveir intervencions quirúrgiques. El percentatge de CMA respecte al total d'hospitalitzacions quirúrgiques ha crescut del 52% el 2017 al 63% el 2022.

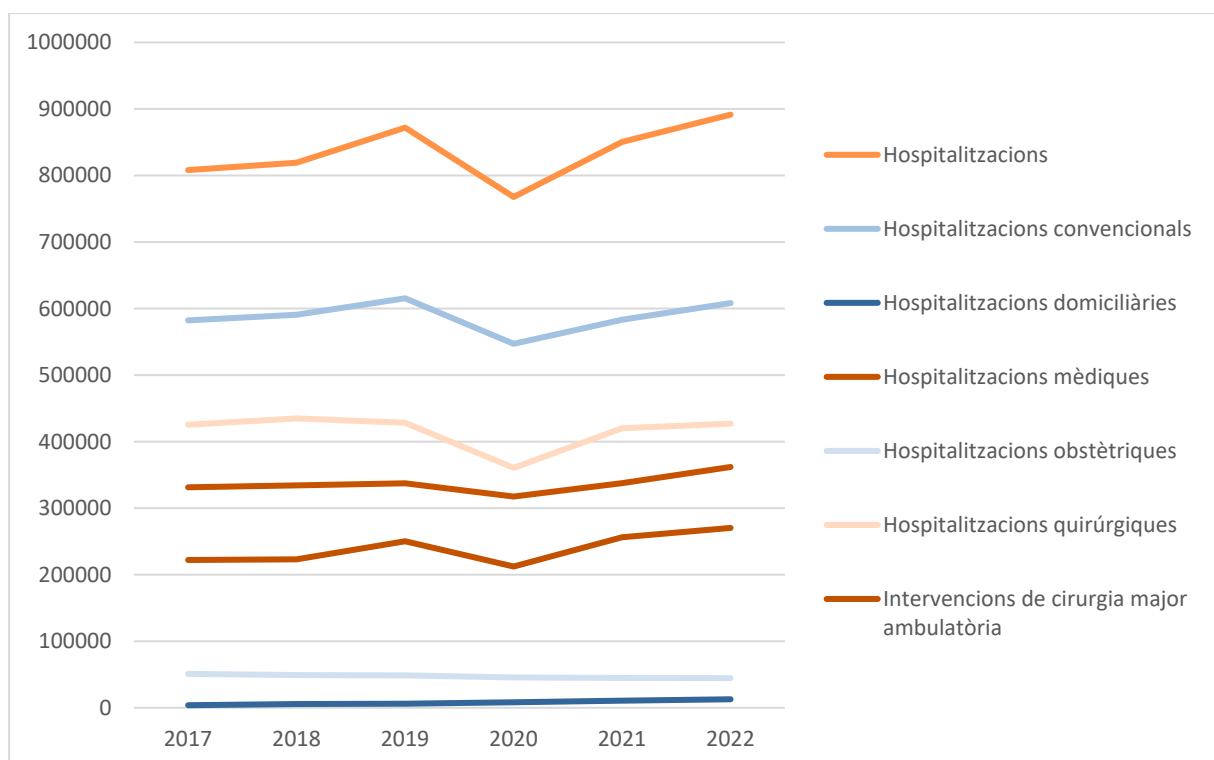
Les intervencions per cirurgia major ambulatoria també han augmentat un 5% respecte al 2021.

El fet que la CMA i les hospitalitzacions quirúrgiques no siguin vasos completament comunicants podria explicar-se per l'envelliment poblacional i la complexitat de la patologia i dels procediments.

Les hospitalitzacions obstètriques, en canvi, mostren al llarg de tot el període una disminució any rere any, amb un total de 46.327 altes el 2022. Patró contrari al de les hospitalitzacions domiciliàries que han anat creixent de forma constant amb un increment de més del 50% des del 2020 i actualment el doble de les que s'havien realitzat el 2019 (6.145) (figura 1).

Les hospitalitzacions domiciliàries han anat creixent de forma constant amb un increment de més del 50% des del 2020

Figura 1. Evolució del nombre d'hospitalitzacions per tipus. Hospitals SISCAT (2017-2022)



Pel que fa a les hospitalitzacions segons gènere, s'observa en dones un major nombre d'hospitalitzacions en general i, específicament, d'hospitalitzacions quirúrgiques (incloses les de CMA), amb major nombre d'hospitalitzacions mèdiques en homes.

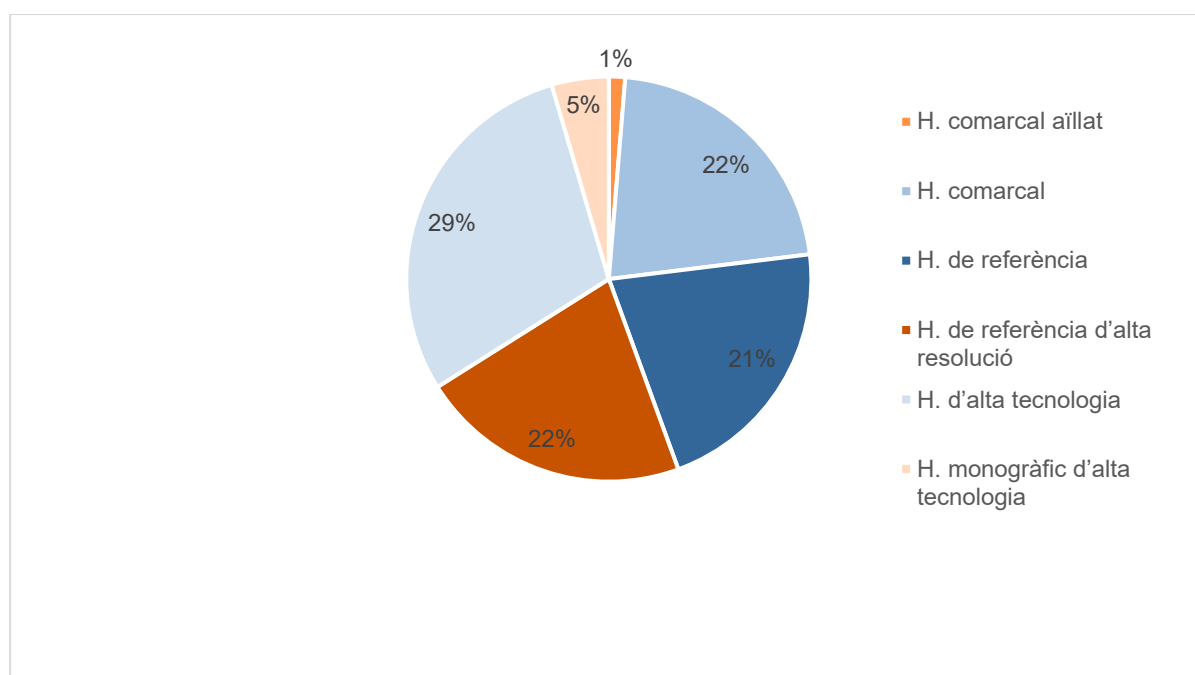
Sense tenir en compte les hospitalitzacions obstètriques (majoritàriament per parts), els homes presenten un major nombre d'hospitalitzacions en global, i en quasi tots els grups d'edat excepte en 30-44 anys i en 85 o més anys on hi ha més dones ingressades.

Els hospitals comarcals i de referència suposen un 55% de les altes i els hospitals de referència d'alta resolució i d'alta tecnologia el 45% (figura 2). El pes dels hospitals de menor nivell ha anat creixent en els darrers anys (el 2016 era de menys del 50%) en detriment dels

de major nivell en línia d'allò que seria esperable: un pes superior dels primers en relació amb els segons. Això s'explica pel fet que la població està molt concentrada en l'àrea metropolitana de Barcelona i voltants i en les grans capitals, cosa que fa que els hospitals de nivell més alt no només atenguin pacients o realitzin procediments més complexos sinó que també actuïn d'hospital bàsic per la seva àrea d'influència.

Els hospitals comarcals i de referència suposen un 55% de les altes i els hospitals de referència d'alta resolució i d'alta tecnologia el 45%.

Figura 2. Distribució del nombre d'hospitalitzacions segons nivell hospitalari. Hospitals SISCAT (2022)



Temps d'estada

Estada de l'atenció hospitalària

En aquest indicador només es comptabilitzen les altes d'hospitalització convencional (sense incloure la cirurgia major ambulatoria) i no està ajustada o estandarditzada i, per tant, no té en compte factors específics del pacient que poden influir en la durada de l'estada, per això no es considera una mesura estrictament d'eficiència sinó de la complexitat atesa (com més complexes són les intervencions o l'atenció és esperable que l'estada sigui més llarga).

En comparar les dades d'estades mitjanes per als diferents hospitals s'ha de tenir ben en compte tant la complexitat de la patologia atesa, poc relacionada amb el nivell hospitalari, com la disponibilitat d'altres recursos assistencials, dispositius de subaguts i de convalsència, en el territori on s'ubica l'hospital, perquè està clar que condiciona la facilitat per derivar pacients i, per tant, l'estada hospitalària. Es tracta d'adequar l'atenció sanitària, la seva intensitat i especialització tècnica al nivell òptim per a les necessitats del pacient.

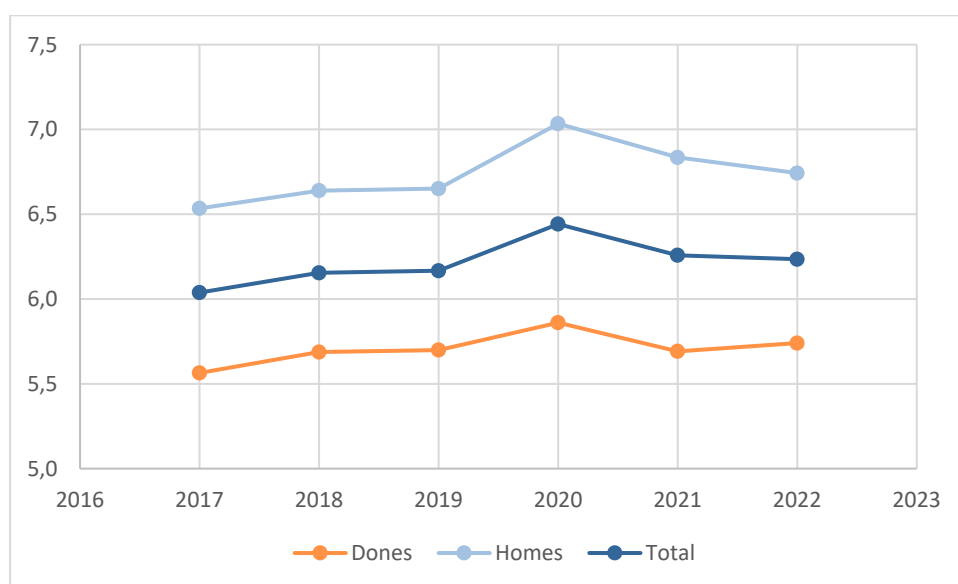
Cada dia de més que el pacient passa innecessàriament a l'hospital, no només està exposat a un risc, sinó que també suposa un cost d'oportunitat per a un recurs que podria utilitzar-se de manera més eficient.

L'estada mitjana va augmentar fins a 6,4 dies el 2020 per tornar a baixar a 6,2 dies el 2022, igual com ho era el 2019. Els homes tendeixen a tenir majors estades mitjanes que les dones.

L'estada mitjana havia anat augmentant lleugerament des del 2017 (6,0 dies), el 2019 (6,2 dies), però amb l'arribada de la pandèmia aquesta es va situar en 6,4 dies el 2020. A partir del 2021 s'observa una certa tendència a la seva reducció (figura 3).

Els homes tendeixen a tenir majors estades mitjanes que les dones, d'un dia de diferència en l'àmbit global, que pot explicar-se per les hospitalitzacions per causes obstètriques (majoritàriament els parts) en dones d'edat fèrtil, que solen ser de curta durada. L'estada mitjana també incrementa a mesura que el nivell hospitalari és més alt (major complexitat).

Figura 3. Evolució de l'estada mitjana segons sexe. Hospitals SISCAT (2017-2022)



Import del contracte CatSalut

L'import del contracte del CatSalut en euros i pel 2022 ha estat 5.682.459.246. Aquesta xifra ha significat un increment del 22,5% (1.042.431.978 €) respecte del 2019

L'import del contracte del CatSalut en euros i pel 2022 ha estat 5.682.459.246 (sense incloure la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria –MHDA-). Aquesta xifra ha significat un increment del 22,5% (1.042.431.978 €) respecte del 2019 i ha superat l'import del 2020 (4.986.122.399 €), el més elevat fins aleshores.

Adequació

Per adequació dels serveis sanitaris s'ha d'entendre l'atenció correcta, realitzada pel proveïdor idoni, en el pacient apropiat, en el lloc i moment adients i que resulta en una qualitat d'atenció sanitària òptima. L'atenció correcta suposa necessàriament també la “despesa correcta”

A l'hora de buscar maximitzar l'efectivitat/seguretat i minimitzar el cost, no ens ha d'estranyar que l'adequació de l'atenció prengui una rellevància més gran en la cerca de la sostenibilitat dels sistemes sanitaris i quan estudis de diversa mena mostren sovint una atenció sanitària de qualitat subòptima. Els indicadors d'adequació que es presenten responen a la conceptualització realitzada. En aquest sentit, la comparativa entre hospitals que són similars o amb els ajustaments necessaris segons complexitat, ha de promoure la identificació d'aspectes que requereixen una major anàlisi o d'aspectes contextuais, assenyalar àrees de millora i l'examen de les millors pràctiques, és a dir, aprendre d'aquells que assoleixen els millors resultats, en termes d'efectivitat i eficiència, revisar estructures i processos i reduir la variabilitat.

Atenció a urgències

L'activitat d'urgències hospitalàries ha seguit un patró similar al de les hospitalitzacions: durant les onades epidèmiques es produeix una disminució en l'activitat urgent hospitalària, en tots els grups d'edat, especialment l'any 2020 i una recuperació posterior fins a superar lleugerament els nivells pre-pandèmics: 3.503.173 contactes d'urgències durant el 2022 (com si la meitat de la població de Catalunya hagués anat a urgències 1 vegada al llarg de l'any). Les urgències hospitalàries durant les diferents onades s'han distribuït d'una manera semblant en tot el territori, les regions sanitàries i els àmbits territorials, tant des de la perspectiva d'ubicació dels centres, com des de la de residència del pacient.^a

Urgències de nivell MAT 1, 2 i 3 (major urgència)

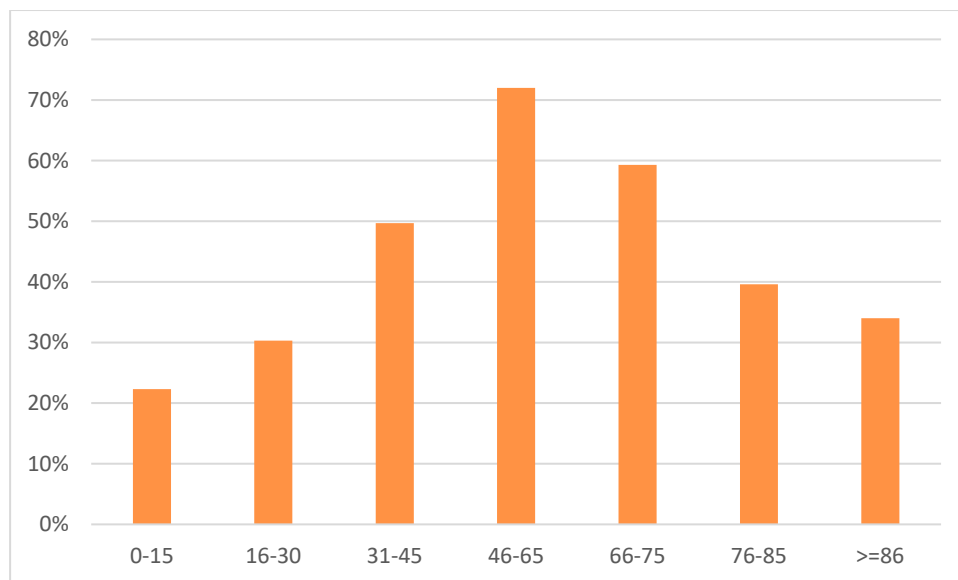
El Model Andorrà de Triatge (MAT) assigna als pacients atesos 5 nivells d'urgència/gravetat. El percentatge d'urgències qualificades en nivells 1, 2 i 3 (les de major urgència/gravetat) segons el MAT se situa en el 38,8% l'any 2022, similar al dels anys 2020 i 2021, i lleugerament per sobre dels anys previs a la pandèmia (al voltant del 37%). Aquests percentatges són sempre quelcom superiors en homes que en dones (39,6% vs. 38,1% respectivament l'any 2022) i augmenten amb l'edat fins al grup dels 46-65 anys (72%) per

^a Informe breu núm. 46 Impacte de la Covid-19 a les urgències. Catalunya 2020. Barcelona. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2022. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/7194>

tornar a disminuir fins al 34% en els majors de 85 anys (figura 4). El rang de variació entre hospitals és important.

Les urgències de major urgència/gravetat són sempre quelcom superiors en homes que en dones i augmenten amb l'edat fins al grup dels 45-65 anys per tornar a disminuir fins als majors de 85 anys.

Figura 4. Distribució del percentatge d'urgències de nivell MAT 1, 2 i 3 segons el grup d'edat. Hospitals SISCAT (2022)



Urgències ingressades

El percentatge d'urgències ateses que acaben ingressades (10,7%) retorna a nivells pre pandèmics després d'haver incrementat fins al 13,3% el 2020.

El percentatge d'urgències ateses que acaben ingressades és del 10,7% el 2022, retornant a nivells pre pandèmics on havia augmentat fins al 13,3%.

Aquests valors baixos mostren la inadequació de moltes de les urgències, fet que també es pot veure en examinar el percentatge d'urgències qualificades en nivells 4 i 5 (les de menor gravetat) segons el MAT, que se situa en el 61,2% l'any 2022.

La majoria de les persones ateses als serveis d'urgències hospitalàries tornen al seu domicili o residència assistida. L'any 2019 aquesta situació va representar el 82,1% de les urgències, els ingressos hospitalaris el 10,2%, les derivacions postassistència el 2,0% i les defuncions el 0,1%. Aquestes xifres per al 2020 van ser del 79,4%, el 13,2%, el 2,5% i el 0,1%, respectivament. Els pacients amb COVID-19 o sospita ingressaven més, tenien més derivacions postassistencials i es morien més que els que no en tenien.^b

^b Informe breu núm. 46 Impacte de la Covid-19 a les urgències. Catalunya 2020. Barcelona. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2022. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/7194>

Urgències ingressades amb estada a urgències superior a 24 hores

L'any 2017 es reorganitzava l'atenció urgent per descongestionar els serveis d'urgències dels hospitals. El Pla Nacional d'Urgències (PLANUC) concretava tres accions per optimitzar el drenatge com a punt clau en el procés d'atenció a les urgències. Així, preveia, entre d'altres, planificar anualment les necessitats estructurals, segons la pressió de les urgències, millorar la distribució i gestió de les altes i, finalment, acordar un temps màxim d'estada al servei d'urgències hospitalàries inferior a les 24 hores per a aquells pacients que ingressen. En aquest sentit, es va posar com a objectiu aconseguir, en 4 anys, que tots els pacients tinguessin una estada inferior a les 24 hores.^c

El percentatge d'urgències ingressades amb estada a urgències superior a 24 hores no s'ha reduït pràcticament en els darrers anys a pesar de la reorganització de l'atenció urgent del 2017 i roman en el 19% el 2022.

Tal com mostren les xifres aquest pla no va tenir cap efecte sobre el percentatge d'urgències ingressades amb estada a urgències superior a 24 hores que es va mantenir al voltant del 19% fins al 2019. En els anys posteriors, i probablement per efecte de la pandèmia (hi havia més disponibilitat de llits en cancel·lar bona part de l'activitat programada), aquest percentatge va disminuir fins al 16%, però el 2022 ha tornat a les xifres pre-pandèmiques i d'abans del PLANUC.

Urgències que retornen abans de les 72 hores

Lleuger descens de les urgències ateses als hospitals del SISCAT que retornen en menys de 72 hores i que se situen per sota del 6% el 2022.

El percentatge de retorn a urgències abans de les 72 h és un indicador de qualitat i seguretat, i tot i que hi ha hagut un lleuger descens es troba en el límit superior de la normalitat de les xifres reportades internacionalment (5,8% el 2022). S'ha proposat que els percentatges acceptables són els menors d'1%, tot i que no hi ha consens. Estudis internacionals de diversos països reporten percentatges de mitjana al voltant d'entre el 0,5 i el 5%.

Cal tenir en compte que si existeixen barreres en l'accés a l'atenció primària (AP) pel seguiment de la causa d'atenció a urgències, l'augment del percentatge de retorns a urgències podria estar apuntant erròniament a un problema de qualitat de l'atenció hospitalària i emascarant una limitació d'accés a l'AP. Per tot això, aquest indicador ha de ser interpretat conjuntament amb d'altres relacionats amb l'accessibilitat a l'AP.

^c <https://govern.cat/salaprensa/notes-premsa/300130/salut-presenta-full-ruta-millorar-urgencies-propers-anys>

Ingressos urgents (pressió d'urgències)

Més del 70% dels ingressos hospitalaris provenen d'urgències. Això suposa un impacte considerable en el funcionament de l'hospital, ja que agreuja la disponibilitat de llits per a l'activitat programada.

La pressió d'urgències, el percentatge d'ingressos hospitalaris provinents del servei d'urgències, se situa el 2022 en el 70,5% dels ingressos, quan els experts assenyalen que hauria de ser inferior al 60%. El fet que més de 2/3 dels ingressos hospitalaris continuïn venint d'urgències suposa un impacte considerable en el funcionament de l'hospital, ja que agreuja la disponibilitat de llits per a l'activitat programada, molt directament relacionada amb les llistes d'espera de procediments quirúrgics.

Es pot dir que no s'ha modificat substancialment en els darrers anys, fins i tot ha empitjorat després de la pandèmia, com en el cas de les urgències ingressades, ja que són indicadors clarament relacionats. Tot això només fa que traduir que les urgències continuen sent una important porta d'entrada, més en els períodes d'epidèmia gripal, la qual cosa condiona de manera estacional altres prioritats (llistes d'espera).

Hospitalitzacions a domicili

Ingressos en hospitalització a domicili

L'hospitalització domiciliària és una alternativa assistencial que respon a un model organitzatiu capaç de dispensar als pacients un conjunt d'atencions i cures mèdiques i d'infermeria de rang hospitalari, tant en qualitat com en quantitat, al seu domicili, quan aquests ja no necessiten tota la infraestructura hospitalària, però encara necessiten vigilància activa i assistència complexa. Se sol parlar de dues modalitats principals d'hospitalització domiciliària: 1) la que inclou pacients que han passat uns dies d'estabilització en una sala d'hospitalització convencional i que s'anomena d'"alta precoç" (*early discharge from hospital schemes*) i 2) quan l'ingrés com a hospitalització domiciliària es realitza directament des d'urgències dels hospitals, i fins i tot des de l'àrea de salut (atenció primària), sense l'existència d'una etapa prèvia d'hospitalització convencional, el que es coneix com a "evitació de l'ingrés" (*admission avoidance schemes*).

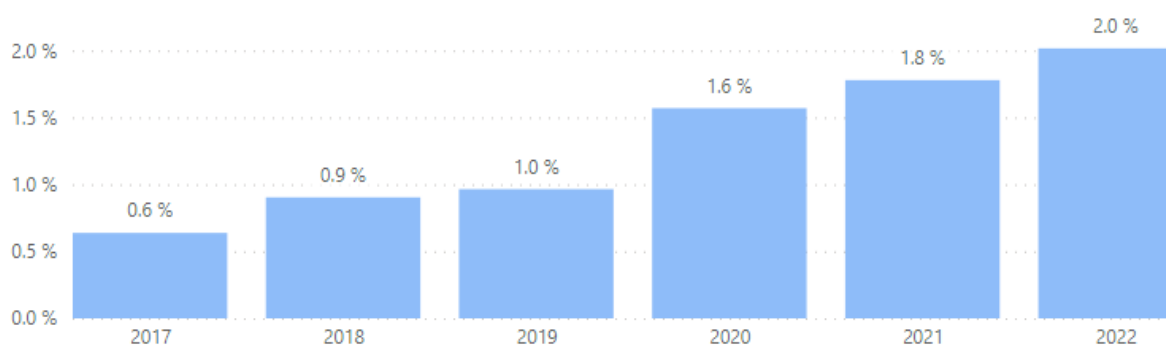
L'hospitalització a domicili ha anat creixent de forma sostinguda fins al 2%, especialment durant i després de la pandèmia, probablement per haver-se afavorit aquesta modalitat en què el risc d'infecció nosocomial disminueix dràsticament.

En el seu càlcul, el denominador que s'utilitza és el global d'hospitalitzacions (convencionals o per cirurgia major ambulatoria) i en el nostre context és un indicador que ha anat creixent de forma sostinguda, especialment durant i després de la pandèmia, probablement per

haver-se afavorit aquesta modalitat en què el risc d'infecció nosocomial disminueix dràsticament (figura 5).

Figura 5. Evolució del percentatge d'ingressos en hospitalització a domicili. Hospitals SISCAT (2017-2022)

Evolució del % d'ingressos en hospitalització a domicili



Des de l'any 2017 s'han sumat 11 centres al nombre d'hospitals que proveeixen aquests serveis, passant de 23 durant l'any 2017 (3.872 hospitalitzacions) a 34 l'any 2022 (12.801 hospitalitzacions). El percentatge obtingut per a les hospitalitzacions domiciliàries ha estat del 2% l'any 2022, el que suposa un creixement del 70% des del 2017 en termes relatius.

Atenció al part

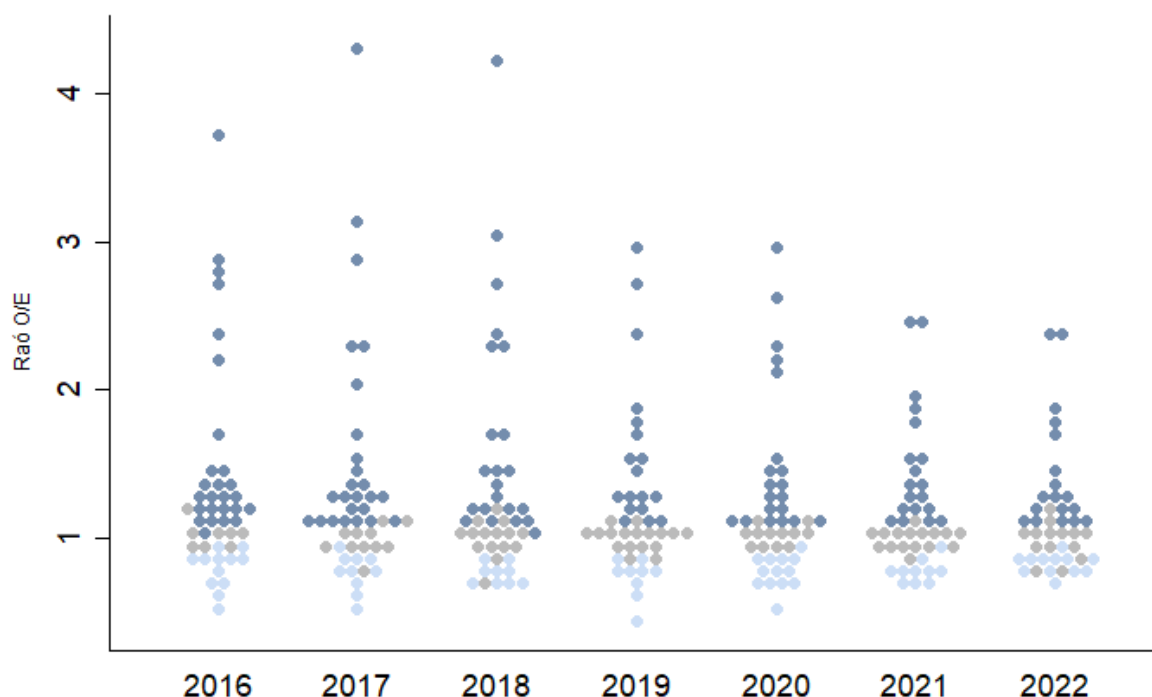
Parts per cessària

El percentatge de parts per cessària és un indicador de qualitat de l'atenció sanitària perinatal. Tant la seva infrautilització com el seu excés poden implicar pitjors resultats en salut maternoinfantil. Catalunya es troba per sobre dels nivells recomanats per l'OMS. La variabilitat entre centres és molt elevada.

El part per cessària és el procediment més freqüent entre els practicats amb hospitalització a Catalunya (passa el mateix a la majoria dels països desenvolupats). Des de fa anys hi ha una preocupació creixent per l'increment de cesàries. Valors superiors als recomanats per organismes de salut internacionals, com l'OMS i les organitzacions de professionals, posen de manifest un problema potencial de qualitat de l'atenció sanitària. L'OMS recomana que els parts per cessària no superin el 15% del total i a Catalunya el percentatge de parts per cessària ha anat augmentant progressivament en els darrers anys d'un 18% l'any 2016 a un 20% el 2022. Com repetidament s'ha constatat, la variabilitat és molt àmplia entre centres, amb un rang que va del 12% al 34% l'any 2022, tot i haver disminuït els darrers anys.

També s'ha calculat un índex ajustat de cesàries que permet tenir en compte la complexitat dels parts que s'atenen (figura 6). Això fa que els hospitals siguin més comparables. Tot i això, els hospitals amb percentatges de cesàries més elevats encapçalen també la llista de valors més alts en l'indicador ajustat, observant-se fins a 2,4 vegades més parts per cessària del que s'esperaria (si aquests centres es comportessin com la mitjana de Catalunya tenint en compte el perfil de la pacient i la complexitat del part).

Figura 6. Gràfic de punts de les raons de valors observats vs. esperats (O/E) dels parts per cessària dels centres. Hospitals SISCAT (2016-2022)



Punts en blau fosc: valor observat superior a l'esperat amb una diferència estadísticament significativa

Punts en blau clar: valor observat inferior a l'esperat amb una diferència estadísticament significativa

Punts en gris: valor observat igual al valor esperat o diferència que no assoleix significació estadística

Codi infart

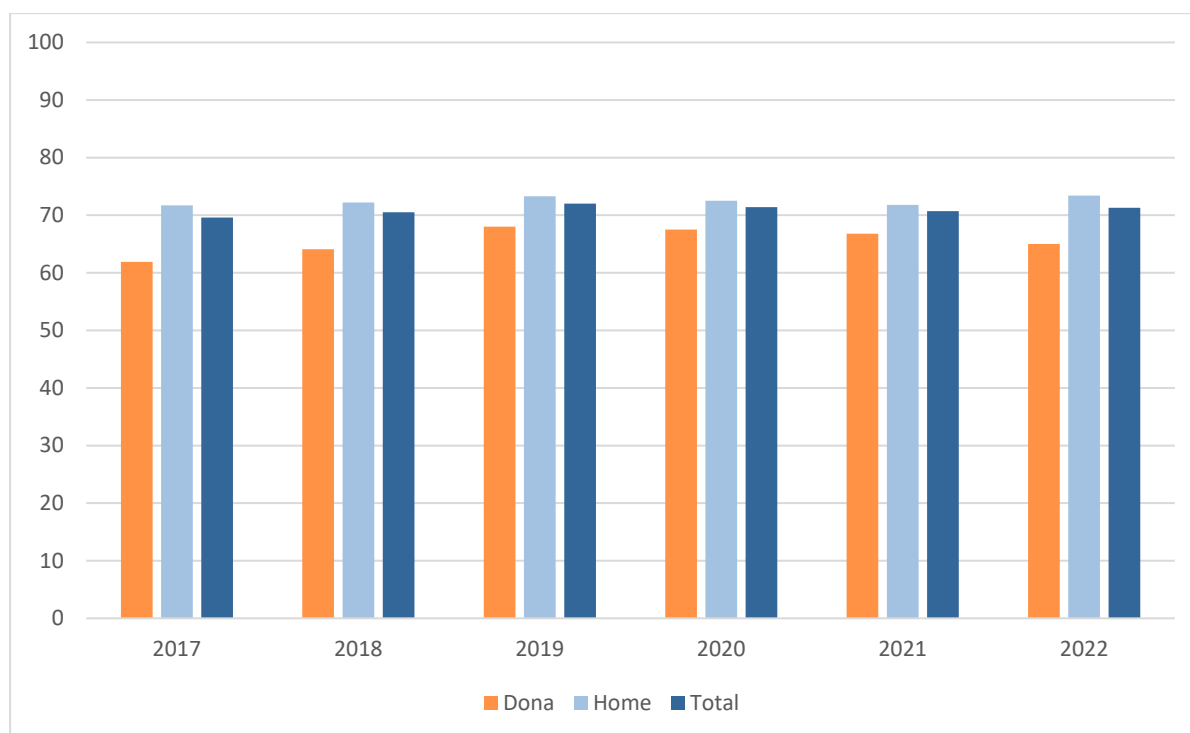
Pacients en codi infart atesos en menys de 120 min (electrocardiograma/ECG-baló)

El percentatge de pacients amb codi infart atesos en menys de 120 min (angioplàstia primària o baló en menys de 120 minuts a partir del moment de la realització de l'electrocardiograma -ECG-), és a dir, que han estat atesos en un temps òptim és un indicador clau per mesurar la qualitat de l'atenció a l'infart agut de miocardi perquè el lapse entre el seu inici i la intervenció de reperfusió és fonamental.

Tot i una millora en els últims anys, les dones assoleixen percentatges menors en el codi infart atès en menys de 120 min (ECG-baló): 65% vs. 73,4%. També els territoris més allunyats dels centres de referència tenen pitjors resultats.

En el cas de l'infart de miocardi, el percentatge de pacients atesos en menys de 120 minuts entre la realització de l'electrocardiograma i la inserció del catèter d'angioplàstia primària s'ha situat el 2022 en el 71,3%, percentatge molt similar al dels anys previs. Per dones, aquest percentatge és del 65% i per homes del 73,4%, tot i que aquesta diferència s'ha anat reduint al llarg dels anys (figura 7). També els territoris més allunyats dels centres de referència tenen pitjors resultats.

Figura 7. Gràfic de barres del percentatge de pacients en codi infart atesos en menys de 120 min (electrocardiograma/ECG-baló) segons sexe. Hospitals SISCAT (2017-2022)



El Codi infart (Codi IAM) és un protocol d'actuació urgent que s'activa des del moment que una persona presenta símptomes d'un possible infart i entra en contacte amb el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM). Igual que el Codi ictus, s'organitzen a partir de la xarxa d'hospitals comarcals, d'hospitals de referència i del SEM, en àmbits o àrees, cadascuna de les quals té definida una xarxa pròpia amb fluxos de derivació específics per al trasllat ràpid, per tal d'agilitzar el temps que passa entre l'inici de l'infart o l'ictus i el tractament hospitalari més adequat.

Temps electrocardiograma (ECG) - baló de pacients en codi infart

La mediana de temps entre la realització de l'ECG i el baló d'angioplàstia ha estat de 91 minuts. És ben coneguda la relació entre la duració de la isquèmia i el grau de lesió permanent miocardiàcia, el que es relaciona estretament i subsegüentment amb la capacitat

funcional cardíaca, els esdeveniments adversos i la mortalitat. D'aquí la importància del restabliment al més ràpidament possible del flux sanguini coronari en el lloc més adient que la xarxa territorial del Codi Infart estableix.

Destaca en aquest indicador la gran variabilitat entre centres (dins d'un mateix nivell hospitalari) amb diferències que poden arribar als 15 minuts en la mediana, variabilitat que ha augmentat amb la pandèmia i fins al 2022 (coeficients de variació superiors al 30%).

El menor percentatge de dones ateses en menys de 120 minuts (ECG-baló) en comparació als homes que es veia abans també queda reflectit en aquest indicador on la mediana en dones és de 98 minuts mentre que en homes és de 90 minuts.

Codi ictus

Temps porta-agulla en trombòlisi intravenosa de pacients per ictus isquèmic

En els esdeveniments isquèmics cerebrals, el lapse entre el seu inici i la intervenció de reperfusió és fonamental. La mediana de temps porta-agulla en trombòlisi intravenosa ha estat de 31 minuts el 2022.

Es referia anteriorment, quant a l'adequació, la variable temps com a indicador, en certes intervencions, del període òptim per a la seva realització. És el cas dels esdeveniments isquèmics on el lapse entre el seu inici i la intervenció de reperfusió és fonamental. Són indicadors que també recull el Codi Ictus. En aquest cas, la mediana de temps porta-agulla en trombòlisi intravenosa per ictus isquèmic ha estat de 31 minuts el 2022, temps que s'ha anat reduint progressivament des del 2017 que fou de 38 minuts i s'havia mantingut en 33 minuts del 2018 al 2021.

Efectivitat

La mortalitat a 30 dies de l'ingrés hospitalari per patologies seleccionades ha disminuït fins al 12,8% el 2022, incloent-hi la fractura de fèmur, l'infart agut de miocardi i l'ictus, però la insuficiència cardíaca mostra un increment progressiu.

Nou rècord de trasplantaments d'òrgans a Catalunya l'any 2022 gràcies a la donació d'òrgans, un clar exemple d'altruisme i equitat.

Tractament substitutiu renal

Casos incidents en diàlisi amb diàlisi peritoneal

El 2021 (darrer any amb dades disponibles) es registren 1.368 casos nous de tractament amb diàlisi de la malaltia renal crònica avançada a Catalunya, dels quals 202 (14,8%) corresponen a diàlisi peritoneal i 1.166 (85,2%) a hemodiàlisi. Aquests percentatges pràcticament no s'han modificat des del 2019.

Hi ha una infrautilització de la diàlisi peritoneal a Catalunya tenint en compte les recomanacions internacionals i posicionaments de societats científiques.

En el període 2010 a 2012 la diàlisi peritoneal també representava el 13% dels nous tractaments substitutius renals quan en el període 2002 a 2005 era el 8% dels nous tractaments. Comparativament, però, hi ha una infrautilització de la diàlisi peritoneal a Catalunya tenint en compte les recomanacions internacionals i posicionaments de societats científiques.^d

També s'observa variabilitat territorial, que igual que en altres països, sembla estar molt lligada al desenvolupament de programes específics per part de serveis de nefrologia. L'hospital que presenta una major incidència de diàlisi peritoneal és el Josep Trueta de Girona.

El desenvolupament d'eines d'ajuda per a la presa de decisions compartides —malalt, familiars i metge responsable— per tal de triar entre diàlisi peritoneal, hemodiàlisi i la possibilitat d'un trasplantament renal de donant viu anticipat amb informació objectiva,

^d Tractament substitutiu renal. Evolució 2002-2012. Atles de variacions del SISCAT, número 4. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015. https://aguas.gencat.cat/web/.content/minisite/aguas/fem/RWD/atles/atles_variacions/renal/atles_tractament_substitutiu_renal_2015.pdf

reglada, comprensible i detallada sobre els diferents tipus de tractament, esdevé un element fonamental per a una elecció informada i raonada per part del pacient.^e

Casos incidents en diàlisi amb hemodiàlisi i amb un FAVI com a primer accés vascular

El percentatge de malalts que inicien l'hemodiàlisi el 2021 amb una fístula arteriovenosa interna (FAVI) continua disminuint i se situa en el 35,5%, xifra més alta en homes que en dones.

Dels diferents tipus d'accessos vasculars per fer l'hemodiàlisi, la FAVI és un dels mètodes preferibles quan és possible, ja que redueix el risc d'infeccions i complicacions a llarg termini.

Casos en tractament substitutiu renal amb un trasplantament renal funcionant

En els darrers anys s'observa un estancament del percentatge de casos amb un trasplantament renal funcionant que se situa entorn del 60%. Destaca per sobre la regió sanitària de Barcelona Ciutat amb un 69,3%, seguit de l'àmbit Metropolità Sud amb un 58,1%, mentre que Terres de l'Ebre se situa en un 46,6%. El percentatge és similar en homes i en dones.

Pacients VIH amb càrrega viral indetectable

Pacients VIH amb càrrega viral indetectable (antiretrovirals)

El percentatge de primers tractaments amb fàrmacs antiretrovirals pel VIH de pacients naïf que aconseguixen una càrrega viral (CV) indetectable després d'un temps suficient és de quasi el 94% el 2022. Aquest percentatge ha anat augmentant discretament al llarg dels darrers anys.

Artroplasties de revisió

Risc de revisió a 1 any en artroplasties primàries totals

Com en anys previs el Registre d'Artroplasties de Catalunya ha analitzat el risc de revisió a 1 any de les artroplasties primàries totals de maluc i genoll que es van realitzar per artrosi, considerant com a revisió de l'implant qualsevol motiu de revisió (incloent-hi la infecció). Per garantir la qualitat dels resultats, s'ha calculat l'indicador només per aquells centres que han enviat de forma prou exhaustiva les seves dades al Registre d'Artroplasties de Catalunya – RACat- (és a dir, han assolit de forma conjunta $\geq 80\%$ d'exhaustivitat en els procediments de

^e <https://decisionscopartides.gencat.cat/ca/decidir-sobre/malaltia-renal-cronica-avancada/index.html>

primària i de revisió, prenent com a estàndard de referència el CMBD-HA). Tenint en compte que les revisions s'assignen al centre que va fer l'artroplàstia primària, l'indicador tampoc no es mostra per als centres que, tot i arribar al llindar d'exhaustivitat establert, haurien derivat pacients per tal de ser intervinguts de revisió a centres de referència amb una exhaustivitat per sota dels mínims requerits.

Els resultats de l'anàlisi d'aquests indicadors pel darrer any amb dades consolidades (2020) mostren un risc de revisió global d'1,8% per genoll i d'1,7% per maluc. Per la majoria dels centres el risc de revisió en artroplàstia primària total de genoll és inferior al 2% i en el cas de maluc la majoria se situen per sota del 2,5%. Cal destacar, però, que en alguns centres les taxes de revisió són superiors al 2,5%, resultat per sobre d'allò que altres registres d'artroplasties internacionals han mostrat per aquest tipus d'intervencions.

La majoria dels centres en els quals és possible calcular el risc de revisió a 1 any de les artroplasties primàries de maluc i genoll aquest se situa per sota del 2,5%, resultat comparable al d'altres registres internacionals.

Quant als motius de revisió en maluc, les complicacions mecàniques se situen al voltant del 44% en maluc, mentre que la infecció se situa sobre el 50%.

Quant als motius de revisió en genoll, les complicacions mecàniques se situen al voltant del 41% en genoll, mentre que la infecció se situa sobre el 55%.

També és rellevant el nombre de centres que no arriben al llindar d'exhaustivitat establert i per als quals no s'ha pogut calcular els seus resultats (el 80% dels hospitals participants en el RACat) (taula 1).

Taula 1. Exhaustivitat de la informació enviada al RACat (maluc i genoll) segons any d'ingrés i tipus d'artroplàstia. Hospitals del SISCAT (2016-2020)^f

	Primàries		Revisions	
	n	%	n	%
2016	14.936	90,11	1.998	77,23
2017	16.051	85,42	1.955	76,94
2018	12.531	74,17	1.367	56,30
2019	12.736	71,79	1.405	57,91
2020	9.759	79,67	1.079	62,35
Total	66.013	80,23	7.804	66,15

Informació actualitzada a octubre de 2023

^f Martínez O, Espallargues M. Reordenació de la cirurgia ortopèdica i traumatologia d'alta especialització a Catalunya: Segon informe 2016-2020. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2023.

En el 80% dels centres que realitzen artroplasties primàries de maluc i genoll no s'ha pogut calcular el risc de revisió a 1 any per no tenir prou exhaustivitat en la informació enviada al Registre d'Artroplasties de Catalunya.

En relació amb l'exhaustivitat i el biaix que representa no disposar del 100% dels procediments d'artroplasties, especialment els de revisió, s'espera que aquest fet pugui infraestimar la taxa de revisió en cas que es produeixi.

Codi ictus

En l'ictus isquèmic, tant la supervivència amb recuperació completa com la mortalitat a 3 mesos han anat millorant els darrers anys gràcies al codi ictus i als nous abordatges terapèutics com la trombòlisi intravenosa.

Supervivència a 3 mesos amb recuperació completa en trombòlisi intravenosa aïllada per ictus isquèmic

La supervivència a 3 mesos amb recuperació funcional completa en trombòlisi intravenosa aïllada per ictus isquèmic ha anat millorant els darrers anys: era del 48,4% el 2017 i el 2022 és del 54,9%. Tanmateix, la variabilitat entre hospitals és molt alta.

Mortalitat a 3 mesos en trombòlisi intravenosa aïllada per ictus isquèmic

La mortalitat a 3 mesos en trombòlisi intravenosa aïllada per ictus isquèmic també ha anat millorant al llarg dels anys i el 2022 és del 8% mentre que el 2017 era de 15,7%, per la qual cosa s'ha reduït a la meitat. Tanmateix, la variabilitat entre hospitals encara és més alta que en el cas anterior.

Reingressos

Reingressos a 30 dies

Els reingressos a 30 dies per un conjunt de patologies seleccionades a Catalunya està experimentant un repunt el 2022 després d'una disminució progressiva els darrers anys.

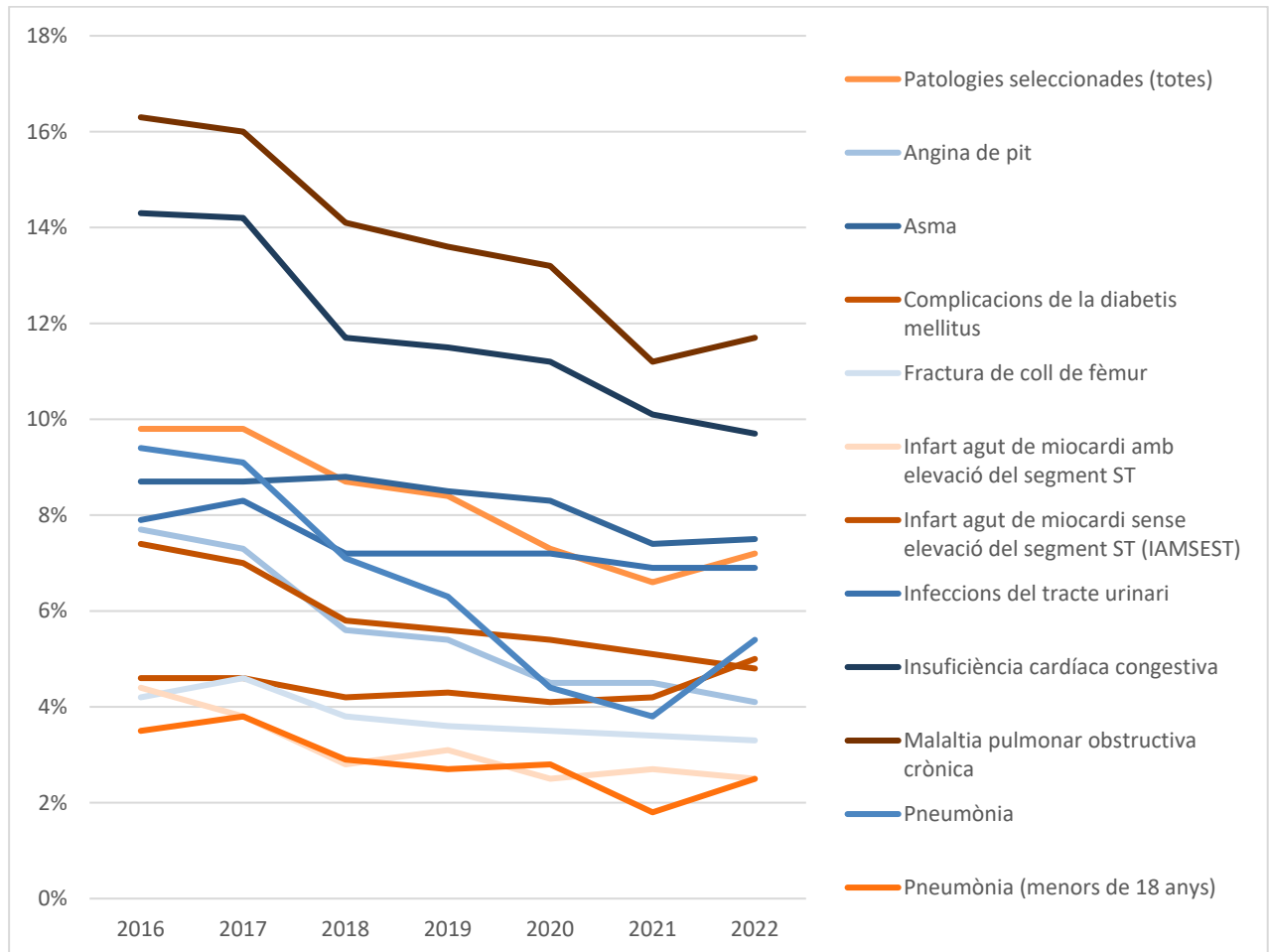
Les xifres de reingrés per al conjunt de patologies seleccionades han disminuït progressivament al llarg dels darrers anys, des del 9,8% el 2016 fins al 6,6% el 2021, però hi ha un lleuger repunt fins al 7,2% el 2022.

S'ha de tenir en compte que dins d'aquest concepte, "patologies seleccionades", s'inclouen diverses malalties com són l'MPOC, les pneumònies en nens i grans, l'asma, l'ICC, l'angina

de pit i l'infart (amb/sense elevació del segment ST), la infecció del tracte urinari, les complicacions de la diabetis mellitus i la fractura de coll de fèmur.

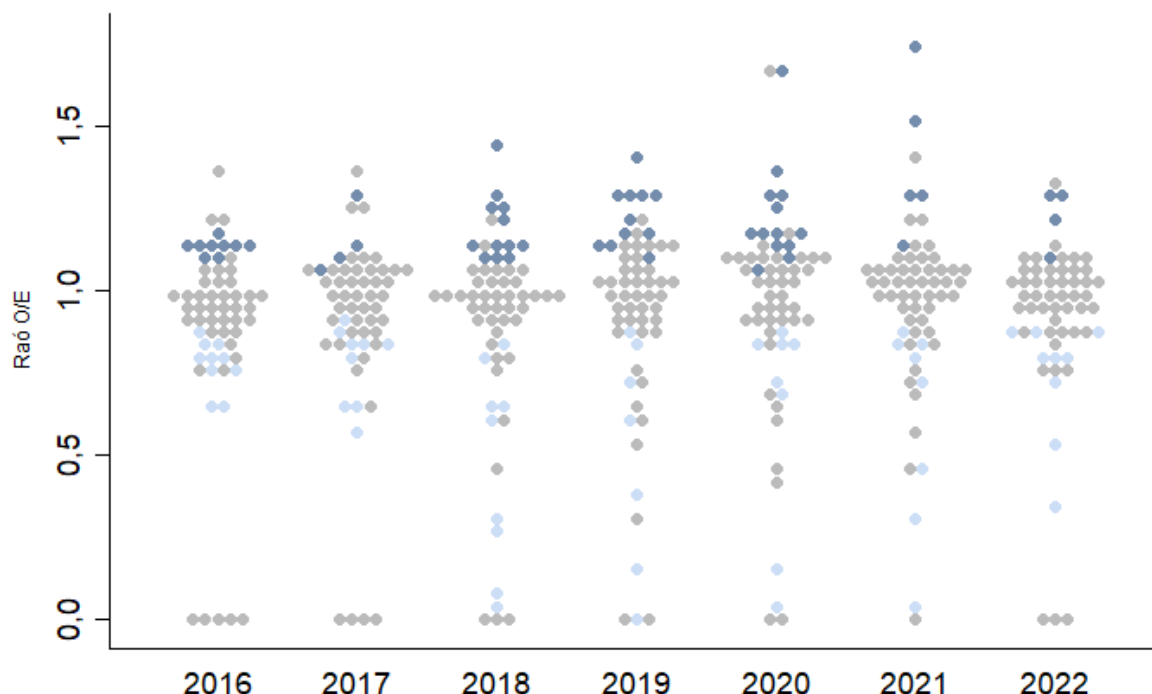
Aquest patró de disminució progressiva també s'observa per cadascuna de les patologies de forma individual excepte en el cas del reingrés per complicacions de la diabetis mellitus que mostra un repunt més pronunciat l'any 2022, fins al 5%, i supera la xifra del 2016 (4,6%) (figura 8). Es coneix que aquests reingressos són freqüents, costosos i, sovint, evitables.

Figura 8. Evolució del percentatge de reingressos a 30 dies per patologies seleccionades. Hospitals SISCAT (2016-2022)



També s'ha calculat un índex ajustat de reingressos (O/E) que permet tenir en compte la complexitat dels pacients que s'atenen de forma que els hospitals són més comparables (figura 9). Tot i això, els hospitals amb percentatges de reingressos més elevats encapçalen també la llista de valors més alts en l'indicador ajustat. Val a dir, però, que la major part dels proveïdors mostren uns resultats millors o sense diferències significatives respecte a la mitjana de Catalunya. Amb tot, hi ha proveïdors que els anys previs presentaven valors més elevats respecte a la mitjana i enguany continuen amb la mateixa tendència. També es comprova que existeix una variabilitat important en aquest indicador entre centres que pertanyen al mateix nivell d'hospital.

Figura 9. Gràfic de punts de les raons de valors observats vs. esperats (O/E) de reingressos a 30 dies per patologies seleccionades segons el nivell hospitalari. Hospitals SISCAT (2016-2022)



Punts en blau fosc: valor observat superior a l'esperat amb una diferència estadísticament significativa

Punts en blau clar: valor observat inferior a l'esperat amb una diferència estadísticament significativa

Punts en gris: valor observat igual al valor esperat o diferència que no assoleix significació estadística

Mortalitat

Mortalitat intrahospitalària

La mortalitat intrahospitalària és un indicador que permet avaluar el risc de morir en el decurs de l'ingrés hospitalari per un conjunt de patologies seleccionades (infart agut de miocardi amb elevació del segment ST -amb i sense trasllats-, infart agut de miocardi sense elevació del segment ST, insuficiència cardíaca congestiva, accident vascular cerebral (ictus), hemorràgia gastrointestinal, fractura de coll de fèmur i pneumònia). En aquestes patologies s'ha demostrat que la mortalitat varia entre els diferents hospitals, tal com mostren les dades, i hi ha evidència que una alta mortalitat pot estar associada amb una pitjor qualitat de l'assistència rebuda.

La mortalitat intrahospitalària per totes les patologies seleccionades a Catalunya s'ha reduït fins al 7,7% el 2022, però mostra variabilitat i una evolució diferent segons el centre hospitalari.

El 2022 la mortalitat durant l'ingrés hospitalari fou del 7,7% pel conjunt de patologies seleccionades, quasi dos punts percentuals menys que els anys anteriors on l'impacte de la pandèmia pot explicar en gran part l'increment fins a més del 9%.

L'indicador ajustat (O/E) oscil·là entre 0 i 3 indicant que hi ha algun hospital que té fins al triple de mortalitat d'allò que s'esperaria (en comparació a la mitjana de Catalunya) tenint en compte el perfil del pacient atès. Cal tenir en compte, però, que alguns dels hospitals són centres monogràfics, per exemple hospitals per a pacients oncològics, grup que té una mortalitat més alta que la resta de població hospitalària.

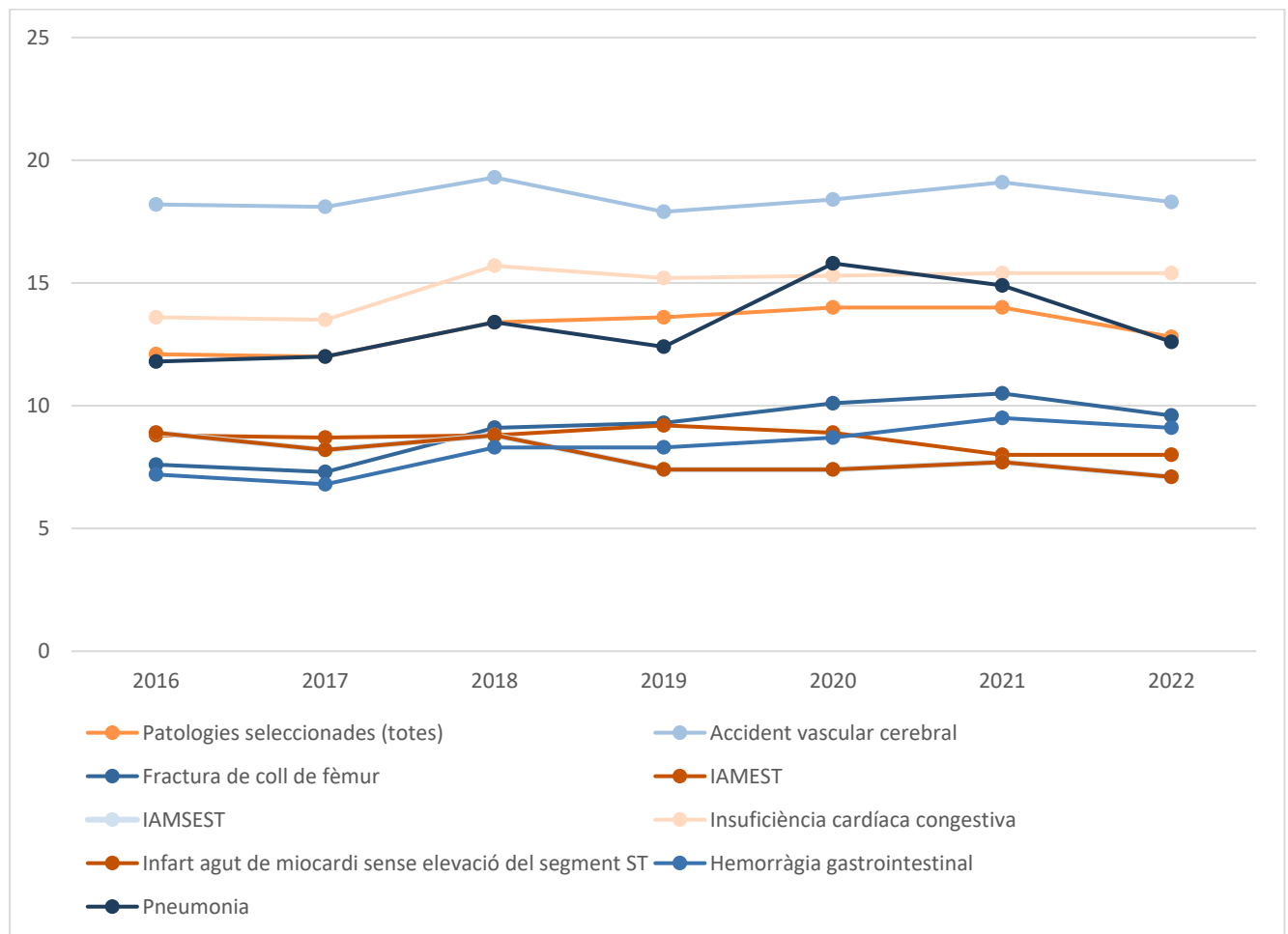
El percentatge de mortalitat evoluciona de manera diferent per cada centre, però destaca que la majoria dels centres que tenen percentatges més baixos han tingut una tendència descendent durant els últims anys. Contràriament, la majoria dels que tenen percentatges més alts han tingut una tendència ascendent de la mortalitat intrahospitalària. Aquest patró es reproduïx per cadascuna de les patologies analitzades en l'àmbit individual.

Mortalitat a 30 dies

La mortalitat hospitalària a 30 dies de l'ingrés hospitalari es presenta per al mateix conjunt de patologies seleccionades (infart agut de miocardi amb elevació del segment ST -amb i sense trasllats-, infart agut de miocardi sense elevació del segment ST, insuficiència cardíaca congestiva, accident vascular cerebral (ictus), hemorràgia gastrointestinal, fractura de coll de fèmur i pneumònia) i per aquestes mateixes causes de forma específica.

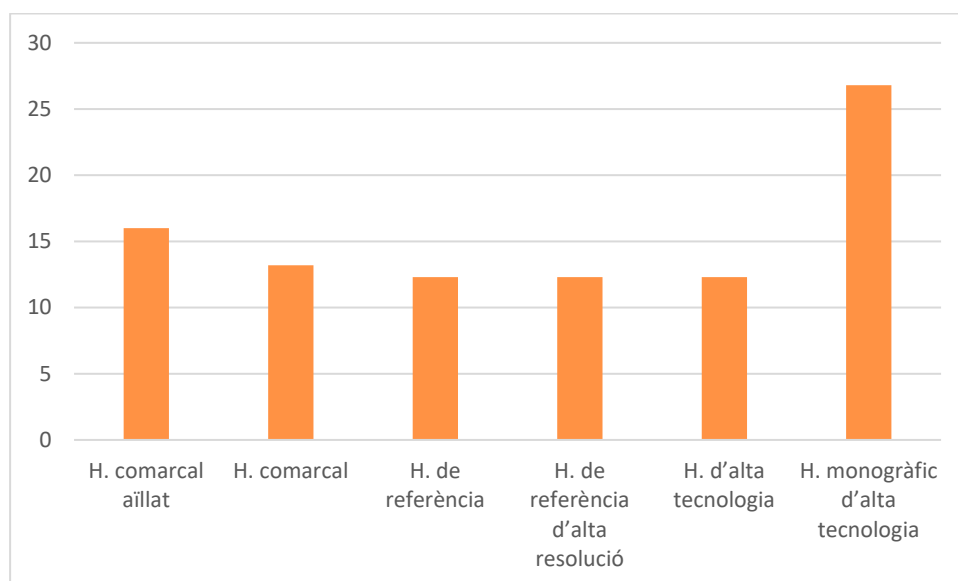
La mortalitat a 30 dies de l'ingrés hospitalari per patologies seleccionades a Catalunya ha disminuït fins al 12,8% el 2022. També disminueix per causes com pneumònia, fractura de coll de fèmur i ictus.

El 2022, a Catalunya la mortalitat (no ajustada) a 30 dies de l'ingrés hospitalari pel conjunt de patologies seleccionades va ser del 12,8%, observant-se una petita reducció respecte als anys inicials de la pandèmia tot i que el 2016-17 s'havia situat en el 12%. Per a patologies específiques, s'observa un patró similar de reducció de la mortalitat el 2022 excepte en el cas de la insuficiència cardíaca congestiva, l'hemorràgia gastrointestinal i la fractura de fèmur que ha anat augmentant discretament al llarg de la sèrie temporal analitzada (figura 10).

Figura 10. Evolució del percentatge de mortalitat (no ajustada) a 30 dies per patologies seleccionades. Hospitals SISCAT (2016-2022)

IAMEST: infart agut de miocardi amb elevació del segment ST; IAMSEST: infart agut de miocardi sense elevació del segment ST

L'indicador ajustat (O/E) oscil·là entre 0,2 i 2,8, però com s'ha comentat, cal tenir en compte que alguns dels centres són de caràcter monogràfic per a pacients oncològics i, a la inversa, d'altres són centres de baixa complexitat o alta activitat ambulatoria on no s'atenen processos amb alt risc de mortalitat.

Figura 11. Distribució del percentatge de mortalitat a 30 dies per patologies seleccionades segons el nivell de l'hospital. Hospitals SISCAT (2022)

La mortalitat al cap de 30 dies pot ser significativament diferent de la mortalitat hospitalària, per la qual cosa cal analitzar aquest indicador juntament amb els reingressos, les estades mitjanes i la ràtio de trasllats, alhora que tenir present que aquesta mortalitat es pot veure influïda per la qualitat de l'assistència del centre que rep el malalt o per la mortalitat no relacionada amb la patologia d'ingrés.

S'identifiquen repetidament diversos centres al llarg dels anys analitzats amb clar potencial de millora d'aquests indicadors (reingressos i mortalitat).

Donació d'òrgans

La donació d'òrgans, sigui per mort encefàlica o per assistòlia, constitueix un clar exemple d'altruisme i equitat.

És conegut el paper capdavanter que Catalunya ha tingut i té en la donació i trasplantament d'òrgans. Ha de ser considerat com un dels èxits que el sistema sanitari ha incentivat, organitzativament parlant, molt bé, però que, no s'ha d'oblidar, es fonamenta en valors com l'equitat i la solidaritat. La donació d'òrgans, sigui per mort encefàlica o per assistòlia, constitueix un clar exemple d'altruisme i equitat, ja que com passa amb tota la resta del sistema, la distribució dels òrgans (receptor) es realitza segons necessitats amb independència de qualsevol altre factor social o econòmic. Al donant viu, sigui de ronyó o de fetge, li suposa, a més, assumir un risc personal, menor en el cas del ronyó i superior en el fetge, per tal de beneficiar una altra persona. Res d'això podria ser així si no hi hagués al darrere uns professionals altament preparats i especialitzats per a una tasca com aquesta que implica tot el sistema sanitari i activa diferents equips distribuïts geogràficament.

L'OCATT, l'Organització Catalana de Trasplantament, planifica, ordena i coordina les activitats de donació i trasplantament d'òrgans i teixit entre els centres autoritzats per a la seva extracció i el seu trasplantament a Catalunya, però també entre Catalunya i altres oficines d'intercanvi d'òrgans, com l'ONT espanyola o organitzacions europees.

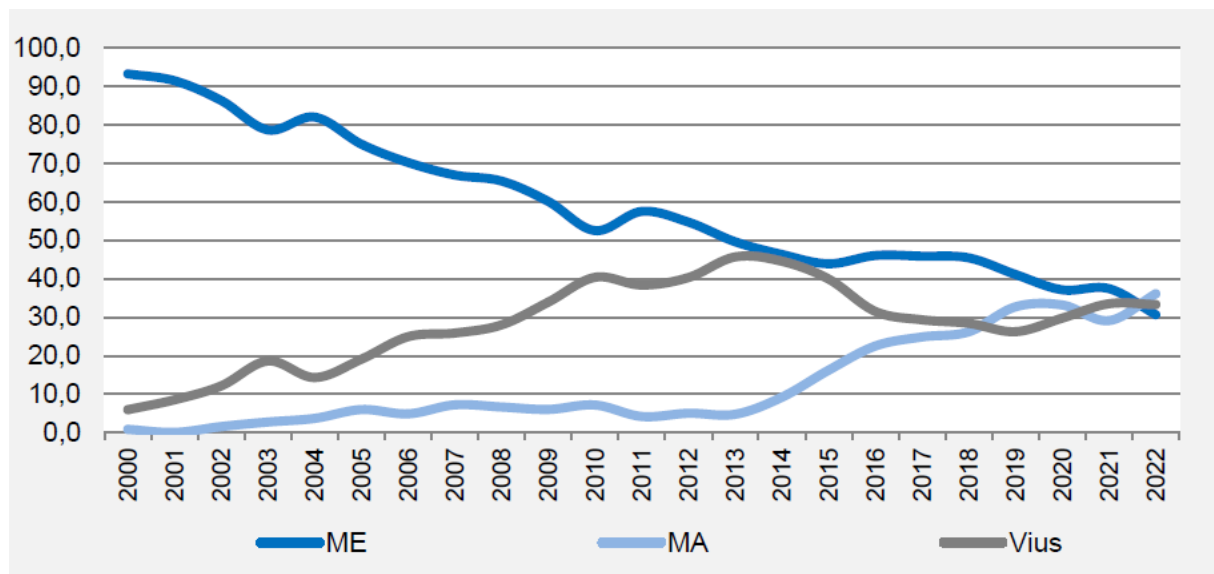
Catalunya té una extensa xarxa de centres autoritzats per a l'extracció d'òrgans (23) repartits per quasi tot el territori (menys a la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran), però situats majoritàriament a l'àrea metropolitana de Barcelona. Aquí, a més, es disposa de centres trasplantadors d'òrgans que són hospitals de referència per a altres centres de Catalunya però, també, i segons el tipus de programa de trasplantament, per a altres comunitats autònomes. Així, a Catalunya es practiquen tota classe de trasplantaments d'òrgans en els vuit hospitals trasplantadors (tots situats a l'àrea metropolitana de Barcelona) que tenen autoritzats actualment 22 programes de trasplantament (sis dels quals per a trasplantament infantil). A més, Catalunya disposa d'una xarxa de 200 centres implicats en l'obtenció o en el trasplantament de teixits i tres bancs: dos tissulars (un multitissular i un monogràfic de còrnies) i un de sang de cordó umbilical.⁹

Nou rècord de trasplantaments d'òrgans a Catalunya l'any 2022 amb 1.346 intervencions, gràcies als 357 donants de mort encefàlica i mort en assistència, als 178 donants vius i a l'intercanvi d'òrgans amb altres organitzacions de trasplantament.

Gràcies als 357 donants que van donar els seus òrgans després de la mort l'any 2022 a Catalunya, als 178 donants vius i als programes de donació i trasplantament de la resta de l'Estat, es van poder fer 1.346 trasplantaments d'òrgans, que representa un augment del 27% (de 1.063 a 1.346) assolint la millor xifra de la història de pacients trasplantats a Catalunya.

Només després d'una mort encefàlica, aturada irreversible de les funcions cerebrals, o d'una mort en assistència, aturada de les funcions cardiorespiratòries, es pot mantenir el cos artificialment des del moment de la mort fins al de l'extracció de l'òrgan o òrgans.

⁹ Activitat de donació i trasplantament d'òrgans a Catalunya. Any 2022. Volum 20. Registre de donació i trasplantament de Catalunya 2022. Organització Catalana de Trasplantaments. Barcelona, 2021.
https://trasplantaments.gencat.cat/web/.content/minisite/trasplantament/registres_activitat/registre_de_donacio_i_trasplantament/arxius/Informe-DTx-2022.pdf

Figura 12. Percentatge de donants cadàver (ME i MA) i donants vius a Catalunya, període 2000-2022.

ME: mort encefàlica; MA: mort en assistència

Font: Activitat de donació i trasplantament d'òrgans a Catalunya. Any 2022. Volum 20. Registre de donació i trasplantament de Catalunya 2022. Organització Catalana de Trasplantaments. Barcelona, 2021.

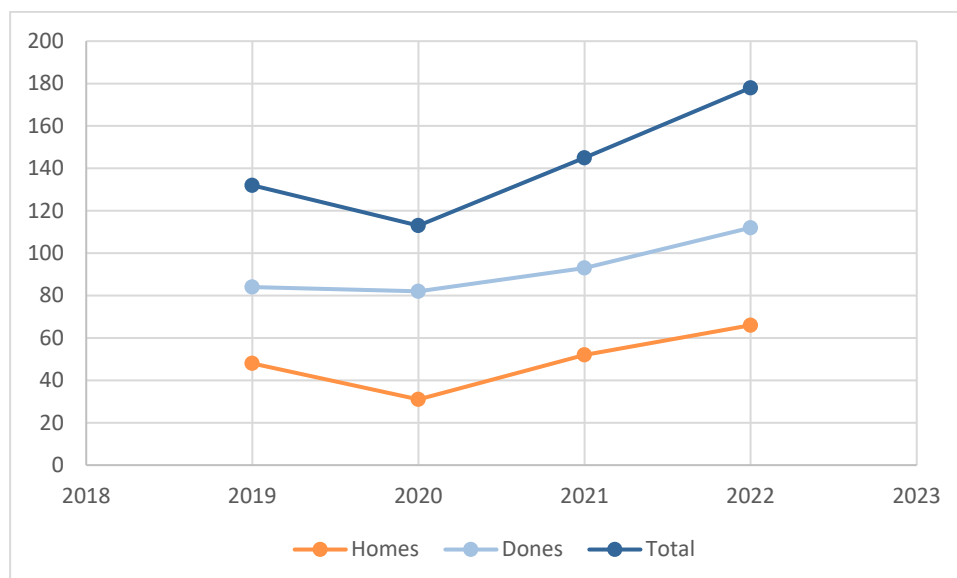
La figura 12 mostra com ha evolucionat el percentatge dels donants cadàver (ME i MA) i donants vius en el període 2000-2022. S'observa com el nombre de donants vius ha anat creixent de forma continuada fins al 2014; any a partir del qual la tendència s'inverteix i passa a decreix. Al mateix temps, creix de manera destacada la donació en MA, gràcies a la posada en marxa de la donació controlada (MA tipus III) l'any 2013. Aquest any 2022, s'ha aconseguit el nombre màxim de donants en MA (n=193), superant, per primera vegada, la donació en ME.

Donació de viu en el trasplantament renal

Hi ha circumstàncies en què es pot obtenir un òrgan (un ronyó) o una part d'un òrgan regenerable (part del fetge), a partir d'un donant viu sempre que això no representi posar en risc la vida del donant. En el trasplantament del donant viu hi ha unes consideracions ètiques que no es poden oblidar.

El percentatge de donant viu en el trasplantament renal en les dones dobla el dels homes (27,2% vs. 12,3%, respectivament, el 2022), situació similar als anys previs.

El nombre de donants vius renals va augmentar un 22,7% el 2022 respecte al 2021 (de 145 a 178). El percentatge de donant viu en el trasplantament renal en les dones dobla el dels homes (27,2% vs. 12,3%, respectivament, el 2022), situació similar als anys previs (figura 13).

Figura 13. Evolució del nombre de trasplantaments renals de donant viu. Catalunya, 2001-2022

Donants de cadàver vàlids

Es va observar un augment del 24% de la donació cadàver a Catalunya (de 288 el 2021 a 357 el 2022 de donants vàlids). Dels 357 donants cadàver vàlids, 12 van ser donants pediàtrics (menys de 18 anys).

El trasplantament pediàtric constitueix una terapèutica amb clares indicacions i amb bons resultats. Lamentablement, l'escassetat d'òrgans continua sent el principal obstacle en l'activitat de trasplantament infantil, a la qual se sumen les limitacions quirúrgiques derivades de la freqüent discordança de mida i pes entre donants i receptors.

El percentatge de donants vàlids sobre els donants potencials s'ha tornat a situar per sobre del 60% el 2022, quan havia caigut fins a 10 punts percentuals el 2021.

Donants vàlids de mort en assistència

El nombre de donants en mort en assistència (per aturada de les funcions cardiorespiratòries) va augmentar un 53,2% el 2022 respecte al 2021 (de 126 a 193), el que representa quasi la meitat dels donants de cadàver vàlids (54,1%). Aquest percentatge és sempre més alt en homes que en dones (57,4% vs. 47,5%) i es pot explicar per les causes de mort diferencials entre ambdós.

El nombre de donants en mort encefàlica (aturada irreversible de les funcions cerebrals) es va mantenir (de 162 a 164).^h

^h Activitat de donació i trasplantament d'òrgans a Catalunya. Any 2022. Volum 20. Registre de donació i trasplantament de Catalunya 2022. Organització Catalana de Trasplantaments. Barcelona, 2021.
https://trasplantaments.gencat.cat/web/.content/minisite/trasplantament/registres_activitat/registre_de_donacio_i_trasplantament/arxius/Informe-DTx-2022.pdf

Negatives familiars

Negatives familiars

El percentatge de negatives familiars s'obté a partir del nombre de negatives expressades per les famílies dels possibles donants detectats de mort encefàlica o en asistòlia i respecte del total d'entrevistes familiars realitzades. Constitueix un indicador del procés de donació i trasplantament en donar una idea de la sensibilitat i coneixement de les famílies sobre la donació d'òrgans i, d'altra banda, del paper del coordinador hospitalari de trasplantaments per explicar, aconsellar, demanar i, potser, revertir una primera opinió desfavorable, per tal d'aconseguir la donació dels òrgans del familiar.

El percentatge de negatives familiars a la donació ha disminuït del 23,1% el 2021 al 17,6% el 2022.

El 2022 aquest percentatge de negatives familiars se situa en el 17,6%, havent disminuït a posicions similars a les del 2019 i 2020, després de la pujada fins al 23,1% el 2021. En anys previs s'havia situat fins i tot per sota del 15%.

El percentatge de negatives familiars és més alt quan la persona difunta és una dona (20%) que quan és un home (16,3%).

L'any 2022, el motiu més important de rebuig a la donació ha estat la negativa de la família sense motiu aparent (63%), seguida de la negativa prèvia del possible donant (17%). Altres causes menys freqüents expressades per la família són motius religiosos, dubtes o problemes sanitaris o altres motius familiars sense especificar.

Índex de donació d'òrgans

Índex d'òrgans trasplantats per donant vàlid

El nombre d'òrgans trasplantats per donant vàlid se situa en 2,7. Aquesta xifra no ha variat pràcticament en els darrers anys i és molt similar entre homes i dones.

La distribució del tipus d'òrgans trasplantats és com segueix: 597 de ronyons, 156 de fetge, 40 de cor, 155 de pulmons i 20 de pàncrees (968 en total).

Seguretat

La seguretat ha estat una qüestió capdavantera pels planificadors, finançadors i proveïdors de l'atenció sanitària, ja que la seva manca o deficiència suposa conseqüències luctuoses i de morbiditat afegida, amb el seu conseqüent cost.

Profilaxi en cirurgia

Profilaxi adequada de cirurgia electiva

Durant el 2022, s'ha fet un seguiment de la profilaxi antibiòtica en 2.188 procediments electius de cirurgia de còlon en 43 centres i 818 de cirurgia de recte en 28 centres. Globalment, el percentatge de profilaxi adequada en cirurgia de còlon ha estat del 84,3% i del 83,6% en la cirurgia de recte.

L'adequació de la profilaxi en cirurgia electiva de còlon i recte ha anat augmentant els darrers anys probablement per la major implantació de programes de control d'infecció als centres.

Durant els darrers anys la profilaxi adequada en cirurgia de còlon i recte ha anat augmentat, probablement per la major implantació de programes de control d'infecció als centres, i és més elevada en els centres de més nivell/lits amb més possibilitats per fer auditories de la prescripció antibiòtica.

No obstant això, la pandèmia sembla haver tingut un efecte negatiu en el cas de la profilaxi adequada de cirurgia de còlon. Alguns estudis apunten un major impacte de l'adequació de la profilaxi quirúrgica per tota mena de procediments durant el 2020, efecte que s'atenueja posteriorment. Tot i això, encara hi ha pocs estudis que analitzin aquesta qüestió. Caldrà monitorar les xifres per als anys subsegüents.

Infeccions de localització quirúrgica

Infecció de localització quirúrgica d'òrgan-espai –IOE–

El percentatge global d'IOE en cirurgia electiva de còlon se situa el 2022 en el 5,4%, força estable des del 2017.

Durant el 2022 es va fer un seguiment de 2.918 procediments quirúrgics en cirurgia de còlon en 39 hospitals de Catalunya. El percentatge (%) d'IOE és del 5,4% i aquest ha oscil·lat poc els darrers 5 anys (taula 2).

Taula 2. Evolució del percentatge d'infecció de localització quirúrgica d'òrgan-espai (IOE) en la cirurgia electiva de còlon segons nivell de l'hospital del VINCat. Hospitals SISCAT (2017-2022)

Nivell de l'hospital	2017	2018	2019	2020	2021	2022
3 (< 200 llits)	3,4	5,3	4,3	4,9	3,6	4,6
2 (200-500 llits)	4,1	3,2	4,1	4,7	5,1	6
1 (> 500 llits)	6,7	7,5	5,2	4,9	4,4	5,5
Total	4,7	5,2	4,5	4,8	4,4	5,4

El % global d'IOE en cirurgia electiva de recte se situa el 2022 en el 7,9%, amb una disminució notable respecte al 2021 (10,5%).

Pel que fa a la cirurgia electiva de recte, durant el 2022 s'ha fet un seguiment de 1.014 procediments quirúrgics en 26 hospitals de Catalunya. El % d'IOE és de 7,9%, amb una disminució notable respecte a 2021 (10,5%) (taula 3).

Taula 3. Evolució del percentatge d'infecció de localització quirúrgica d'òrgan-espai (IOE) en la cirurgia electiva de recte segons nivell de l'hospital del VINCat. Hospitals SISCAT (2017-2022)

Nivell de l'hospital	2017	2018	2019	2020	2021	2022
3 (< 200 llits)	5,6	8,2	6,1	5,2	10,4	4,5
2 (200-500 llits)	8,8	7,7	7,2	8,2	10,8	8,2
1 (> 500 llits)	8,9	11,9	7,1	8,5	10,2	8,4
Total	8,4	9,8	7	8	10,5	7,9

Els percentatges actuals d'IOE en cirurgia electiva de còlon i recte estan dins dels estàndards de les xifres reportades per altres programes de vigilància europeus i molt per sota dels percentatges previs a la implantació del paquet de mesures de prevenció del 2014, però es detecta una àmplia variabilitat en el % d'IOE dins del mateix grup de complexitat hospitalària.

El percentatge global d'IOE en cirurgia de pròtesi de genoll i maluc se situa el 2022 en 0,9% i 1,5%, respectivament, dins dels límits dels valors acceptables d'infecció.

Durant el 2022 també s'ha fet un seguiment de 8.672 pròtesis primàries de genoll i 5.381 pròtesis primàries de maluc implantades en 48 i 45 hospitals de Catalunya. El percentatge d'IOE és del 0,9% i 1,5%, respectivament. Es recomana que les taxes d'IOE en aquests procediments de cirurgia neta haurien de ser inferiors a 1,5% (taula 4).

Taula 4. Evolució del percentatge d'infecció de localització quirúrgica d'òrgan-espai (IOE) en la cirurgia electiva de pròtesi de genoll i maluc segons nivell de l'hospital del VINCat. Hospitals SISCAT (2017-2022)

Nivell de l'hospital	Articulació	2017	2018	2019	2020	2021	2022
3 (< 200 llits)	Genoll	0,8	0,8	0,8	0,5	0,5	0,8
	Maluc	1	0,8	1,1	0,8	0,9	1,2
2 (200-500 llits)	Genoll	0,9	1,1	0,8	0,8	1,2	1,1
	Maluc	0,7	1,7	1,3	1,7	1,6	1,7
1 (> 500 llits)	Genoll	1,9	2,3	1,2	1,2	1,1	0,8
	Maluc	2,1	2,4	1,5	1,6	1,4	1,7
Total	Genoll	1,1	1,3	0,9	0,8	0,9	0,9
	Maluc	1,2	1,6	1,3	1,3	1,3	1,5

Bacterièmies per catèter vascular

Les taxes de bacterièmies per catèter venós global que havien augmentat durant els anys de pandèmia han disminuït durant el 2022.

Durant el 2022 s'han detectat 591 episodis de bacterièmia de catèter venós a Catalunya, que representa una taxa d'incidència de 0,22 episodis per cada 1.000 dies d'estada hospitalària.

Aquest indicador inclou de forma agrupada el nombre d'episodis de bacterièmies relacionades amb la infecció de catèter venós central (CVC), CVC d'inserció perifèrica (CVC-IP) i catèter venós perifèric (CVP) en relació amb el nombre total de dies d'estada hospitalària (o estades hospitalàries) durant el temps d'estudi (per 1.000 dies d'estada).

Les taxes de bacterièmia per infecció de catèter venós central s'han incrementat durant la pandèmia en deixar-se d'aplicar de forma sistemàtica les mesures de prevenció, especialment en malalts crítics. La recuperació progressiva de la normalitat durant el 2022 ha ocasionat una normalització de la situació.

Durant el 2022, a Catalunya es van detectar 246 episodis de bacterièmia relacionada amb el CVC. La taxa d'incidència va ser de 0,10 episodis per cada 1.000 dies d'estada hospitalària.

La pandèmia per SARS-CoV-2, centrada especialment durant els anys 2020-2021, va comportar un empitjorament notable de les taxes de bacterièmia per infecció de catèter venós. Això va ser degut a l'increment en el nombre de pacients crítics que necessitaven un CVC de llarga durada, la incorporació de nou personal (especialment a les unitats de crítics i semicrítics) que van haver de formar-se en les diferents estratègies de seguretat del pacient (corba d'aprenentatge), la manca d'equipaments de protecció individual (EPI), així com les

dificultats per fer una asèpsia correcta i, fins i tot, la major utilització de guants en detriment del compliment de la higiene de mans.

Globalment, les bacterièmies per catèter venós central associades a la nutrició parenteral són més elevades en centres de menor complexitat.

Durant el 2022, a Catalunya, es van detectar 112 episodis de bacterièmia relacionada amb el CVC utilitzat per l'administració de nutrició parenteral (NP). La taxa d'incidència de bacterièmia per CVC-NP va ser d'1,16 episodis per 1.000 dies de NP. En el 2021 va ser d'1,58 episodis i el 2020 d'1,80 episodis per 1.000 dies de NP, mentre que el 2019 taxa era d'1,24 episodis per 1.000 dies de NP (taula 5).

L'increment de les taxes per tipus de bacterièmies a mesura que disminueix la complexitat del centre suggereix l'existència d'un maneig inadequat d'aquest tipus de catèters en centres amb menor nombre de llits i complexitat.

Taula 5. Evolució de les bacterièmies per catèter vascular. Hospitals SISCAT (2017-2022)

Indicador	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Bacterièmies per catèter venós global	0,20	0,20	0,18	0,28	0,26	0,22
Bacterièmies per catèter venós central	0,11	0,09	0,07	0,16	0,13	0,10
Bacterièmies per catèter venós central associades a la nutrició parenteral	1,63	1,79	1,24	1,80	1,58	1,16

Caigudes hospitalàries

Caigudes en pacients hospitalitzats

Les caigudes són una de les principals causes d'esdeveniment durant l'hospitalització, amb alta morbimortalitat associada. Aquestes han augmentat amb la pandèmia per sobre de les recomanacions actuals, però mostren una millora el 2022.

La taxa de caigudes intrahospitalàries és un indicador de seguretat assistencial àmpliament utilitzat. Les caigudes són una de les principals causes d'esdeveniment advers durant l'hospitalització. Són una font de morbimortalitat, seqüeles funcionals i allargament de l'estada hospitalària. El risc augmenta amb l'edat. Es considera que totes les caigudes en pacients hospitalitzats són potencialment evitables, per la qual cosa no identificar els pacients amb risc de caiguda per poder prendre les mesures preventives oportunes dona lloc a situacions greument lesives per al pacient i per a la comunitat. Una dada de qualitat assistencial és obtenir, gràcies a les polítiques implantades en els diferents centres, menys de 2 caigudes per cada 1.000 dies d'estada o ingrés. En l'àmbit global de Catalunya, es reporten unes taxes d'1,88 caigudes per 1.000 dies d'ingrés en 2022.

Els canvis de l'indicador al llarg del temps estan en consonància amb el que s'ha mostrat a la literatura. Les taxes s'havien mantingut estables o decreixents durant l'última dècada, però la pandèmia va revertir aquesta tendència, amb dificultat per recuperar els nivells previs. L'augment de caigudes durant la pandèmia pot ser degut a la restricció d'entrada d'acompanyants i per altres factors com la ubicació dels malalts en llocs no prou adequats amb falta de baranes o altres elements de seguretat per la saturació que van patir durant la pandèmia.

Úlceres per pressió

El percentatge d'úlceres per pressió presenta un valor del 0,04%, exactament el mateix que l'any 2021, però aquest ha suposat una millora respecte de l'any 2020 que havia empitjorat lleugerament. La variabilitat entre hospitals del mateix nivell de complexitat és molt alta en tots els nivells.

Mortalitat

Mortalitat en grups relacionats pel diagnòstic (GRD) de baixa mortalitat

La mortalitat per GRD de baixa mortalitat se situa el 2022 en el 0,09%, molt similar a la d'abans de la pandèmia.

La majoria dels centres que tenen percentatges més elevats també tenen les raons entre casos observats i esperats més elevades de forma estadísticament significativa.

Mortalitat en pacients que han desenvolupat complicacions quirúrgiques

La mortalitat dels pacients que han desenvolupat complicacions quirúrgiques ha estat el 2022 del 31,2%, molt similar a la dels anys previs. Aquestes complicacions s'han de considerar com a esdeveniments adversos de l'assistència. La tendència a l'alça d'aquestes dades posa de manifest que hi ha àrees de millora en les quals poder intervenir.

Eficiència

Gran creixement de la despesa en medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA) que en relació amb 2017 ha augmentat un 47% globalment i un 3% en la despesa per pacient.

Despesa en medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA)

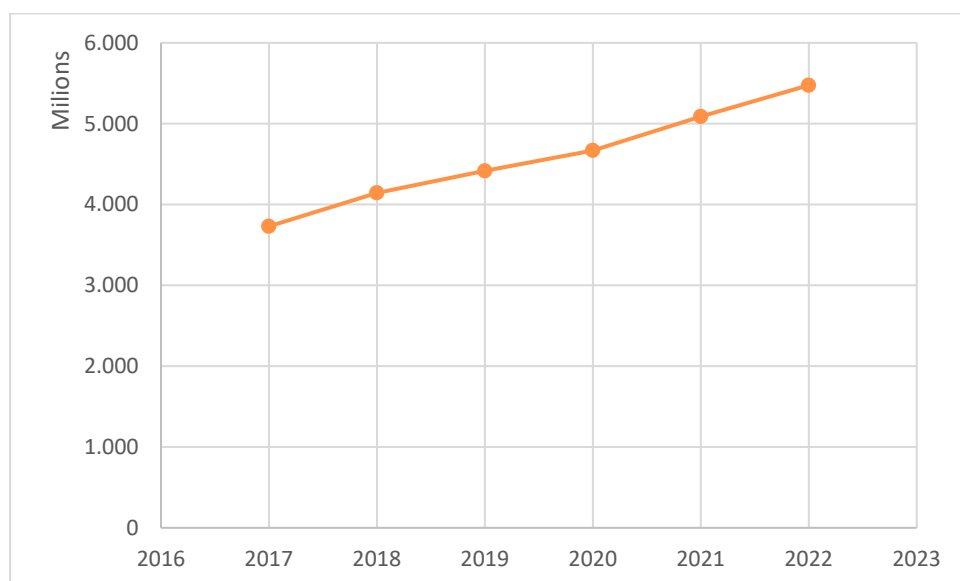
Despesa en MHDA (global i per pacient)

L'elevat cost en MHDA obliga a millorar el coneixement sobre aquest tipus de medicació per a garantir el seu bon ús.

En els darrers anys, l'activitat dels serveis de farmàcia d'hospital s'han reorientat cap al subministrament de medicaments hospitalaris de dispensació ambulatoria coneguts com a MHDA. Això vol dir més dedicació a certs pacients i una necessitat de millorar el coneixement sobre els fàrmacs utilitzats per garantir una conservació correcta i un bon ús, sobretot, pel cost elevat que representen.

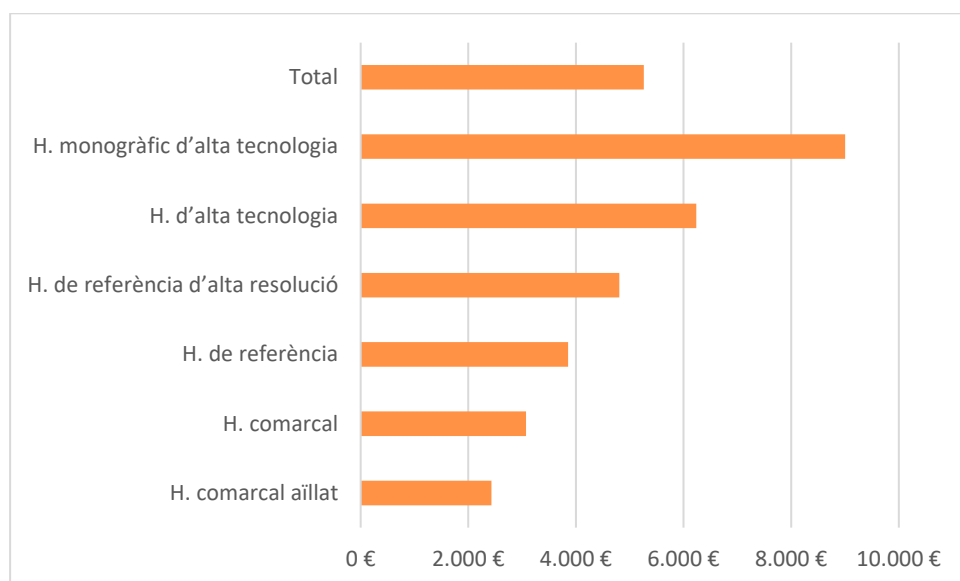
Molts d'aquests medicaments han aparegut al mercat farmacèutic en els darrers anys i, per tant, els podem considerar novetats terapèutiques, molts són medicaments biotecnològics i cal tenir molta cura a l'hora de dispensar-los, fer-ne la conservació i administrar-los. L'única forma de millorar el coneixement sobre medicació MHDA és estimulando la formació en aquests fàrmacs.

Com s'ha publicat en altres mitjans, la partida pressupostària que més ha crescut per a línies assistencials en els pressupostos del Servei Català de Salut (CatSalut) és la de MHDA, que augmenta un 7,6% respecte al 2021 en l'àmbit global, però, en canvi, la despesa per pacient es redueix un 2,3%. Si mirem més retrospectivament, es confirma el gran creixement que suposa aquesta partida pressupostària, que en relació amb 2017 ha augmentat un 47% globalment i un 3% en la despesa per pacient (figura 14).

Figura 14. Evolució de la despesa en medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA). Hospitals SISCAT (2017-2022)

Destaca la regió sanitària de l'Alt Pirineu i Aran per mostrar un increment en l'àmbit global del 77% respecte al 2017, i Lleida per tenir un augment de despesa per pacient de quasi el 12%, situant-se com la regió que té una despesa més alta per pacient (5.535 €).

La despesa mitjana per pacient varia molt en funció del nivell hospitalari, movent-se entre 9.002 € en els hospitals monogràfics d'alta tecnologia i els 2.431 € en els centres comarcals aïllats (figura 15).

Figura 15. Despesa mitjana per pacient en medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA) segons nivell de l'hospital. Hospitals SISCAT (2022)

Ús de fàrmacs biosimilars

La biotecnologia ha fet possible el desenvolupament de tractaments per a diverses malalties, com la diabetis mellitus, l'esclerosi múltiple, alguns càncers, l'artritis reumatoide o les malalties autoimmunitàries.

Els primers medicaments obtinguts per biotecnologia (medicaments biològics) es van comercialitzar a la dècada dels 80 i, per tant, ja han caducat les patents de molts d'ells, mentre que les d'altres ho faran en la pròxima dècada. Això vol dir que ja no està prohibit copiar-los i que altres fabricants poden comercialitzar medicaments semblants si demostren a les autoritats sanitàries que són el mateix producte.

Aquest fet ha donat lloc a l'aparició dels medicaments biosimilars, que previsiblement augmentaran molt en els anys vinents.

Aquest indicador mostra el percentatge de pacients hospitalitzats a qui se'ls ha administrat un fàrmac biosimilar respecte a tots els pacients amb fàrmac (biosimilar i original). A continuació es llisten els àmbits, l'objectiu determinat per a cadascun d'ells (entre parèntesis) i el valor de l'indicador aconseguit el 2022:

- Reumatologia: promoure l'ús de biosimilars d'etanercept, rituximab, infliximab i adalimumab ($\geq 95\%$) – 98,1%
- Digestologia: promoure l'ús de biosimilars d'infliximab i adalimumab ($\geq 95\%$) – 98,3%
- Dermatologia amb hidradenitis: promoure l'ús de biosimilars d'etanercept, infliximab i adalimumab ($\geq 95\%$) – 99,1%
- Immunosupressors selectius (Global ISS) ($\geq 40\%$) – 44,3%
- Oncologia: promoure l'ús de biosimilars de bevacizumab (totes les indicacions) ($\geq 90\%$) – 99%
- Oncologia: promoure l'ús de biosimilars de trastuzumab (c. Mama i Gàstric) ($\geq 85\%$) – 88,6%
- Hematologia: promoure l'ús de biosimilars de rituximab (totes les indicacions) ($\geq 85\%$) – 89,6%

En tots els àmbits analitzats s'ha aconseguit superar l'objectiu fixat pel 2022 sobre el percentatge de pacients hospitalitzats a qui se'ls ha administrat un fàrmac biosimilar respecte a tots els pacients amb fàrmac (biosimilar i original).

Experiència de l'usuari

La satisfacció dels usuaris amb el servei d'atenció hospitalària amb internament d'aguts és de 8,3 sobre 10 l'any 2022 i la fidelitat ha esdevingut del 88%, xifres molt similars a les de l'any 2021 i el 2018.

Índex de satisfacció

Satisfacció

La setena edició de l'estudi de percepció, experiència i satisfacció amb el servei d'atenció hospitalària amb internament d'aguts dut a terme el 2022 per la Unitat d'Experiència del Pacient del CatSalut ha mostrat que les persones que han utilitzat aquest servei durant l'any 2022 valoren la satisfacció amb l'atenció rebuda amb un 8,32 sobre 10 de mitjana; resultat que ha variat molt poc respecte a la darrera edició del 2021 i l'anterior a la pandèmia del 2018.

Els estudis de satisfacció dels assegurats del CatSalut (PLAENSA) empren una metodologia comuna i validada per tal d'aproximar-se de forma rigorosa al coneixement de l'opinió manifestada pels assegurats.

Aquest estudi compta amb 4.238 casos, procedents del Conjunt Mínim de Base de Dades d'atenció hospitalària. L'estudi, dut a terme durant l'any 2022, s'ha realitzat mitjançant una metodologia diferent de la de les onades anteriors, administrant els qüestionaris via formulari web, on l'usuari era convidat a participar mitjançant SMS, la qual cosa garantia que només els pacients que havien rebut l'SMS podien accedir a l'enquesta.ⁱ

Només contesten l'enquesta els usuaris majors de 15 anys que han utilitzat els serveis, en aquesta darrera edició entre el maig i el setembre de 2022. Els nivells de satisfacció es mouen en valors alts, tot i que és difícil trobar valors superiors a 8,5. Els valors inferiors a 7 es consideren negatius. Les dues darreres edicions de l'enquesta presenten nivells de satisfacció global a Catalunya per sobre del 8,5 i cap centre té valors inferiors a 7.^j

ⁱ Pla d'Enquestes de Percepció, Experiència i Satisfacció d'usuaris del Servei Català de la Salut. Àrea de Ciutadania, Innovació i Usuari. Gerència de Gestió Ciutadana. Unitat Experiència del Pacient. Servei Català de la Salut. 2022.

https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/10486/plaensa_atencio_hospitalaria_internament_aguts_2022_resultats_globals_catalunya.pdf?sequence=1&isAllowed=y

^j Pla d'Enquestes de Percepció, Experiència i Satisfacció d'usuaris del Servei Català de la Salut. Àrea de Ciutadania, Innovació i Usuari. Gerència de Gestió Ciutadana. Unitat Experiència del Pacient. Servei Català de la Salut. 2021.

https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/8180/plaensa_atencio_hospitalaria_internament_aguts_2021_resultats_globals_catalunya.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Índex de fidelitat

Fidelitat

Pel que fa a l'índex de fidelitat, de les persones que s'han entrevistat el 2022, un 88,60% ha respost que "Sí" a la pregunta: "Si pogués triar, tornaria a venir aquest hospital?". És a dir, quasi 9 de cada 10 entrevistats diu que tornaria al mateix centre si ho necessités. La mitjana de fidelitat presenta valors molt similars als del 2021 i 2018.

Satisfacció amb l'atenció rebuda

A l'enquesta del 2022, 14 dels 20 ítems del qüestionari relacionats amb el procés d'atenció en el servei reben valoracions per sobre el 90%, situant-se en l'àrea d'excel·lència.

Les preguntes amb una major freqüència de respostes positives (que inclou les categories de resposta més positiva, resposta positiva i resposta neutra d'una escala ordinal de 5 categories) es troben dins dels àmbits d'informació i tracte: Ajudar a controlar o millorar el dolor, Tracte personal de les infermeres i Explicacions quan va marxar de l'hospital. Aquestes preguntes mostren, pels anys 2020 i 2021, més del 95% de les respostes positives.

Els ítems relacionats amb l'espai on han sigut atesos els usuaris mostren una baixada més accentuada que la resta en relació amb l'estudi de l'any 2021. D'altra banda, s'observa un augment de les puntuacions obtingudes en els ítems relacionats amb el consentiment informat tant abans de la realització de les proves com de les operacions.^k

Les preguntes amb una major freqüència de respostes positives es troben dins dels àmbits d'informació i tracte.

Els ítems relacionats amb l'espai on han sigut atesos els usuaris mostren una baixada més accentuada que la resta amb relació a l'estudi de l'any 2021.

Temps a la llista d'espera

La pregunta "P2. Com valora el temps que va estar a la llista d'espera fins al seu ingrés?" va rebre un 68,9 de respostes positives el 2022, una valoració inferior a la del 2021 que s'havia situat en 75,3%.

^k Pla d'Enquestes de Percepció, Experiència i Satisfacció d'usuaris del Servei Català de la Salut. Àrea de Ciutadania, Innovació i Usuari. Gerència de Gestió Ciutadana. Unitat Experiència del Pacient. Servei Català de la Salut. 2022.
https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/10486/plaensa_atencio_hospitalaria_internament_aguts_2022_resultats_globals_catalunya.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Destaquen les diferències que s'observen en la valoració del temps a la llista d'espera, amb puntuacions que varien entre el 43% i el 84%. Hi ha 37 hospitals que no arriben al 75% de puntuació situant-se en àrea de millora.

Disposició per escoltar-lo i fer-se càrrec

La pregunta "P16. Quina disposició tenien els professionals que el van atendre per escoltar-lo i fer-se càrrec del que a vostè li preocupava de la seva salut?" va rebre un 91,2% de respostes positives el 2022, una valoració molt similar a la del 2021 i el 2018.

Les valoracions positives per cadascun dels centres es mouen entre el 82,3% i el 98,0%, amb 39 centres amb valoracions positives iguals o superiors al 90%.

Sentir-se en bones mans

La sensació d'estar en bones mans durant tot el procés és un dels aspectes més ben valorats en l'atenció en tots els hospitals de Catalunya.

La pregunta "P18. Va tenir la sensació d'estar en bones mans?" va rebre un 95,1% de respostes positives el 2022, lleugerament millor a la xifra del 2021 i la del 2018 (93,8%). Trenta-tres centres presenten el 95% o més de valoracions positives.

Tranquil·litat per descansar a la nit

Pel que fa a Catalunya, uns dels aspectes que mostren diferències negatives de caràcter significatiu en relació amb l'any 2018 són aquells relacionats amb l'entorn, com ara la "P5. Què li va semblar la tranquil·litat que hi havia per descansar i dormir a la nit?" que ha disminuït les respostes positives de 86,0% el 2018 al 79,2% el 2021.

En general, la valoració que fan els usuaris dels aspectes no assistencials relacionats amb el confort mostren una variabilitat elevada entre hospitals. Els centres obtenen puntuacions sobre la tranquil·litat per descansar que van del 65% al 93%. Cap centre arriba al 95% de les respostes positives i 3 estan per sobre del 90%.

El menjar a l'hospital

La pregunta "P7. De vegades els problemes de salut fan que no es pugui menjar de tot i cal fer algun tipus de dieta, tenint en compte això, què li va semblar el menjar de l'hospital?" és la menys ben valorada de l'enquesta el 2022 i el 2021 amb un 64,7% i 66,8% de respostes positives, respectivament.

Els centres obtenen puntuacions sobre el menjar a l'hospital que van del 47,0% al 85,8%.

La comoditat de l'habitació

Pel que fa a la comoditat de l'habitació, pregunta "P4. Valori en general la comoditat de l'habitació", l'any 2022 el 80,2% de les valoracions la qualificaven de perfecta, molt bona o bona (resposta positiva), aspecte que mostra diferències negatives de caràcter significatiu amb relació a l'any 2021 (88,0%).

Taula 6. Indicadors de satisfacció i fidelitat de les persones usuàries dels serveis d'atenció hospitalària amb internament d'aguts. Hospitals SISCAT (2018-2022)

Indicador	2018	2022	Variació 2022-2018
Índex de satisfacció	8,5	8,3	-0,2
Índex de fidelitat (%)	88,5	88,0	-0,5
Temps a la llista d'espera*	78,6	68,9	-9,7
Disposició per escoltar-lo i fer-se càrrec*	91,2	91,2	0,0
Sentir-se en bones mans*	93,8	95,1	1,3
Tranquil·litat per descansar a la nit*	81,5	79,2	-2,3
El menjar a l'hospital*	64,3	64,7	0,4
La comoditat de l'habitació*	82,8	80,2	-2,6

* Respostes positives (que inclou les categories de resposta més positiva, resposta positiva i resposta neutra d'una escala ordinal de 5 categories)

Sostenibilitat

Les dades procedents dels indicadors de la Central de Balanços del 2021, darrer any disponible, mostren un impacte econòmic positiu, conseqüència d'una situació de finançament excepcional per la pandèmia i per recuperar l'activitat ordinària que no es va dur a terme durant el 2020.

Els indicadors relatius a la rendibilitat dels ingressos i rendibilitat econòmica mostren valors positius el 2021. La solvència, l'endeutament i la liquiditat també milloren.

Les dades procedents dels indicadors de la Central de Balanços del 2021, darrer any disponible, mostren un impacte econòmic positiu, conseqüència d'una situació d'excepcionalitat per la pandèmia i per recuperar l'activitat ordinària que no es va dur a terme durant el 2020.

El CatSalut va aprovar nous programes econòmics i va donar continuïtat a d'altres impulsats el 2020 que oferien compensacions i incentius a les entitats proveïdores com els programes per a la compensació del major cost de l'activitat i per la recuperació de l'activitat diagnòstica i el control de malalties. Es va desplegar el programa d'atenció domiciliària i s'incrementà l'estructura de malalts crítics i l'activitat dels laboratoris. També es van obrir nous dispositius externs per fer front a la pandèmia i com a mesura per l'esponjament de malalts COVID amb un baix grau de complexitat, però que requerien hospitalització, entre d'altres.

A l'exercici 2021 el conjunt de les entitats proveïdores concertades per l'atenció hospitalària presenten un resultat positiu, mantenint la situació d'excepcionalitat de l'any anterior. Aquest fet és degut al resultat d'explotació, que es manté en els nivells de l'any anterior. El creixement dels ingressos per sobre de les despeses, derivat de la necessitat de donar cobertura a la pandèmia, a més de fer front a les despeses que aquesta ha provocat, ha permès realitzar inversions i generar recursos que tindran el seu efecte en els pròxims anys.

La Central de Balanços és un instrument tècnic que permet conèixer l'evolució en el temps de la informació econòmica i financera dels hospitals i centres del SISCAT, útil per a millorar la gestió i l'eficiència dels centres i, de forma agregada, per a la planificació i la compra de serveis sanitaris. Aquí es mostren 9 indicadors.¹

¹ Per tal de tenir informació més completa, recomanem al lector dirigir-se a la web del projecte: <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/informacio-economica/central-balancos/index.html>

Rendibilitat dels ingressos d'explotació

Rendibilitat dels ingressos d'explotació

Els indicadors de la Central de Balanços dels hospitals del SISCAT relatius a la rendibilitat dels ingressos i rendibilitat econòmica mostren una clara millora el 2021, amb valors que continuen sent positius.

Com més gran és el valor de la rendibilitat dels ingressos, millor és la situació del centre sanitari. Tot i que en el sistema sanitari no es persegueix l'obtenció de lucre, és convenient obtenir un resultat mínim positiu que permeti la continuïtat de l'activitat. Quan es presenten dèficits d'explotació anuals de forma reiterada, s'arriba a una situació de descapitalització de l'entitat que cal corregir per assegurar-ne la continuïtat. En aquests casos cal analitzar, per una banda, la possibilitat de millorar l'eficiència reduint les despeses d'explotació – optimitzant la gestió dels recursos humans i minvant els costos associats als serveis externs – i, de l'altra, augmentar els ingressos d'explotació –aconseguint fer més activitat i generant més ingressos accessoris o traient més rendiment dels actius– per situar-se, finalment, en una tendència d'evolució cap a l'equilibri econòmic.

Els indicadors de la Central de Balanços dels hospitals del SISCAT relatius a la rendibilitat dels ingressos i rendibilitat econòmica mostren una millora els anys 2020 i 2021, amb valors positius al voltant del 5% després de l'empitjorament que es va produir els anys previs. La rendibilitat dels ingressos mostra una gran variabilitat entre hospitals, però el 2021 només n'hi ha 1 amb rendibilitat negativa i 19 que superen el 5%.

Flux de caixa (*Cash flow*) o recursos generats d'explotació

Flux de caixa (*Cash flow*) o recursos generats d'explotació

Amb l'objectiu de mantenir les infraestructures dels centres sanitaris en correcte estat de funcionament per continuar l'activitat, cal que el *cash flow* (flux de caixa o recursos generats) generat sigui, com a mínim, igual a la dotació per amortització.

Quan el *cash flow* no és suficient per compensar la depreciació dels immobilitzats i reservar uns recursos per renovar i mantenir les inversions, calen altres vies de finançament de les inversions.

La disposició de les instal·lacions o els equipaments sanitaris (propietat, lloguer o arrendament financer) afecta la capacitat de comparació entre les entitats. A l'hora d'analitzar els resultats d'aquest indicador per centres, cal tenir en compte aquells que es troben en procés de canvi i adaptació de les seves estructures a la demanda de serveis de la població.

L'indicador dels recursos generats mostra valors positius i es manté en més del 6% igual que el 2020.

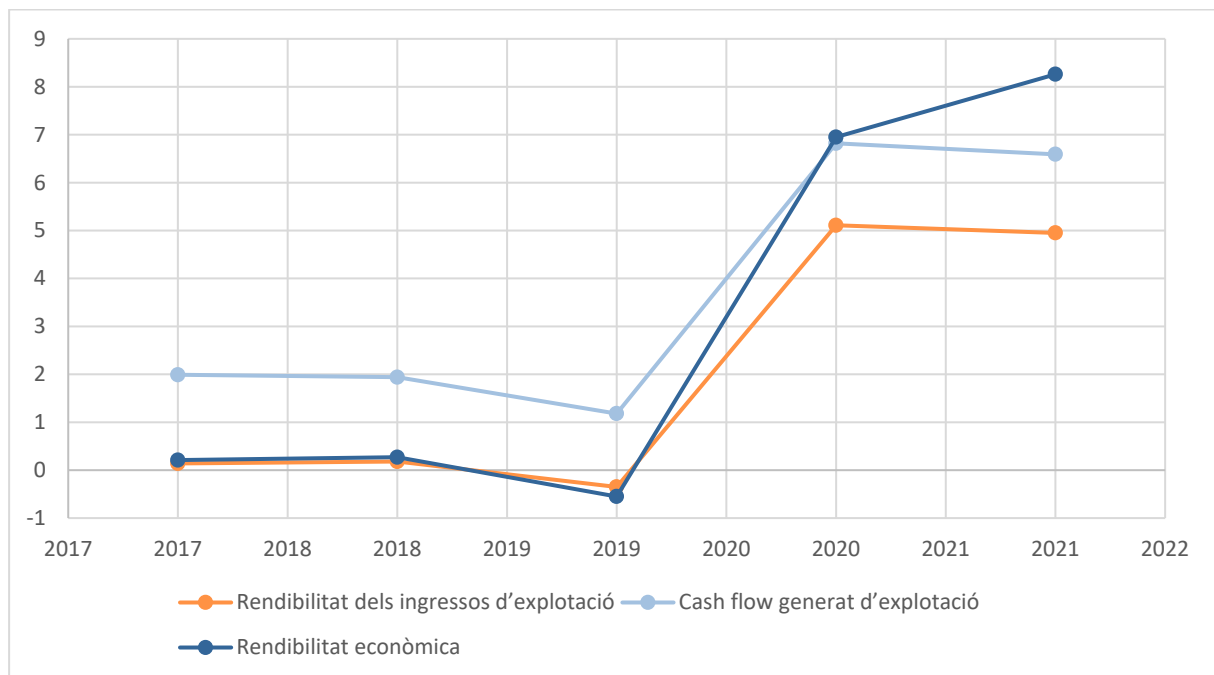
L'indicador dels recursos generats mostra valors positius el 2021 i es manté en més del 6% igual que el 2020. Respecte del *cash-flow* generat, tots els centres menys un presenten valors positius el 2021 (31 per sobre del 5%). En anys previs al 2020 el *cash flow* generat no fou suficient per fer front a la necessitat d'inversions generades per l'envelliment dels equipaments. El fet de mantenir al llarg dels anys de la crisi econòmica nivells d'inversió per sota de la depreciació de l'immobilitzat, accentuà una situació d'alts nivells d'obsolescència de les infraestructures i equipament dels centres. L'any 2020 aquesta tendència s'ha començat a revertir.

Rendibilitat econòmica

Valors més elevats de rendibilitat econòmica indiquen un rendiment superior dels actius de què es disposa. El rendiment s'explica pel marge que s'obté de les vendes i la rotació de l'actiu. Amb l'objectiu d'augmentar el rendiment, cal augmentar el preu de venda dels productes que ofereix el centre sanitari o reduir costos per tal d'aconseguir que el marge s'incrementi. I, d'altra banda, es pot ser més eficient amb una millor gestió dels actius que permeti augmentar la producció amb els mateixos actius.

El rendiment també es pot comparar amb el cost mitjà del finançament del centre sanitari; cal que la rendibilitat econòmica superi el cost del deute, amb la qual cosa el resultat del centre és suficient per atendre el cost de finançament.

El resultat d'explotació respecte a l'actiu o l'estructura econòmica de què es disposa és de -8,26% el 2021. La rendibilitat econòmica presenta una recuperació significativa des del 2020 (6,95%), però també mostra una gran variabilitat entre hospitals, des d'un centre que té un valor negatiu (-27%) fins valors que superen el 30%.

Figura 16. Evolució de la rendibilitat dels ingressos d'explotació, flux de caixa (cash flow) o recursos generats d'explotació i rendibilitat econòmica (en %). Hospitals SISCAT (2017-2021)

Solvència

La solvència mesura la capacitat per afrontar els pagaments o els deutes que té una entitat; expressa la garantia de l'entitat davant dels seus creditors en un hipotètic cas de liquidació. Aquesta ràtio ha de ser superior a 100, expressada en percentatge; en cas contrari indicaria una situació de fallida tècnica, ja que no es podrien satisfer tots els deutes. Quan es desitja millorar la situació de solvència dels centres s'han de prendre mesures com ara ampliar el capital o els fons propis, vendre actius immobilitzats per generar liquiditat o capitalitzar deutes. No s'han tingut en compte els centres hospitalaris de l'Institut Català de la Salut (ICS) a fi de no desvirtuar la capacitat de comparació amb la resta de centres sanitaris del SISCAT, ja que els centres de l'ICS no disposen d'endeutament propi amb les entitats financeres.

L'any 2021, el percentatge de l'actiu en relació amb els deutes amb tercers ha estat de 156,5, la qual cosa vol dir que el sector, en conjunt, és solvent. Divuit centres es troben per sota del valor agregat (156,5) i 29 centres per sobre d'aquest valor.

Liquiditat

La liquiditat expressa la capacitat per afrontar els pagaments o deutes que té una entitat a curt termini. El valor d'aquesta ràtio, en percentatge, ha de ser superior a 100 i en cas contrari pot ser un símptoma d'actius líquids insuficients per assegurar els pagaments d'abans d'un any. Per a un correcte diagnòstic de la liquiditat és convenient avaluar també la ràtio de disponibilitat i la de tresoreria, juntament amb un pressupost de tresoreria i d'un estat de fluxos de tresoreria que informi dels pagaments i cobraments que ha tingut l'entitat en un període determinat, distingint entre activitats d'explotació, activitats d'inversió i

activitats de finançament. Quan es desitja millorar la situació de liquiditat dels centres s'han de prendre mesures com ara ampliar el capital o els fons propis, vendre actius immobilitzats per generar liquiditat o convertir deutes de curt termini a llarg termini.

No s'han tingut en compte els centres hospitalaris de l'Institut Català de la Salut (ICS) a fi de no desvirtuar la comparabilitat de la resta de centres sanitaris del SISCAT, ja que els centres de l'ICS actualment no disposen d'endeutament propi amb les entitats financeres.

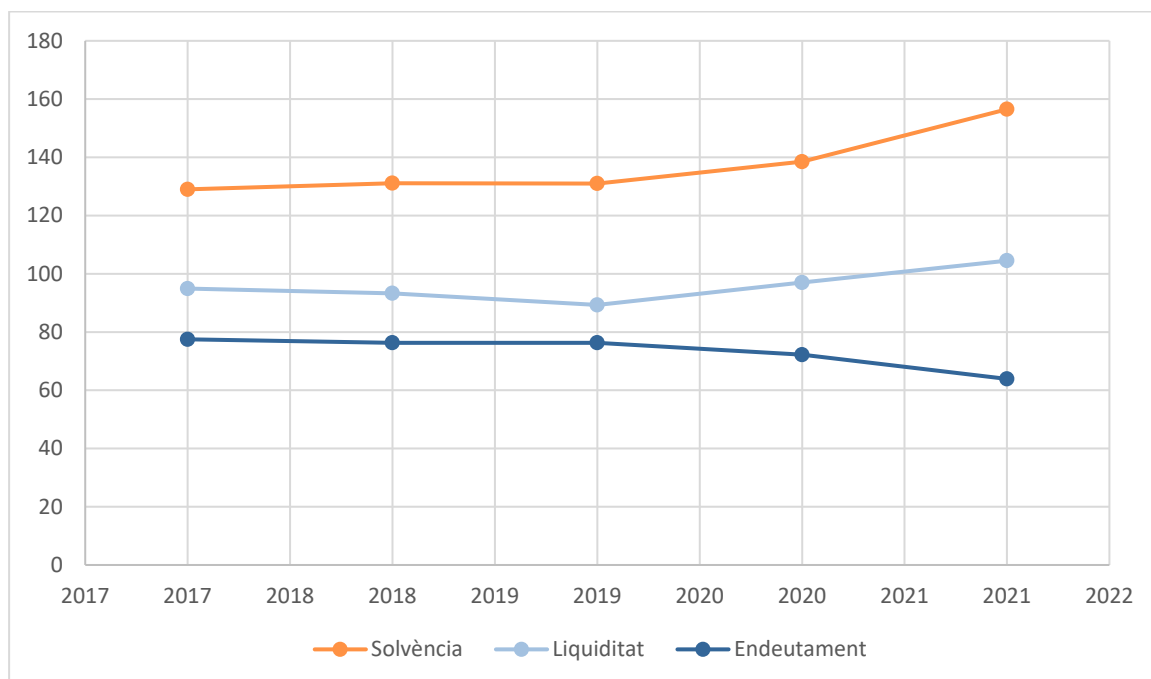
L'any 2021, els hospitals del SISCAT, sense els hospitals de l'ICS, han presentat un percentatge de l'actiu corrent amb relació al passiu corrent de 104,5%, després de situar-se diversos anys per sota de 100%. Trenta centres es troben per sobre del 100% i 23 per sota.

Endeutament

Mesura el grau d'endeutament de l'estructura financera que té una entitat. Si el volum de deute és excessiu, està perdent autonomia financera davant de tercers (manquen recursos propis i sobren deutes). El valor òptim teòric se situa en el 60%; per als hospitals del SISCAT és difícil establir quin hauria de ser aquest valor, però es podria acceptar al voltant d'un 70%. Si el valor d'aquesta ràtio és superior a 100%, significa que hi ha una descapitalització i una situació de fallida tècnica.

És convenient avaluar la qualitat del deute, és a dir, quina part d'aquest deute correspon a curt termini i quina a llarg termini. L'endeutament a llarg termini ha de servir per finançar inversions. L'endeutament a curt termini dels centres amb entitats financeres s'utilitza principalment per fer front a desajustos de tresoreria a curt termini. No s'han tingut en compte els centres hospitalaris de l'Institut Català de la Salut (ICS) a fi de no desvirtuar la comparabilitat de la resta de centres sanitaris del SISCAT, ja que els centres de l'ICS actualment no disposen d'endeutament propi amb les entitats financeres.

El percentatge dels deutes amb relació al patrimoni net i al passiu ha estat de 63,9% el 2021, uns 10 punts percentuals per sota dels anys previs. La majoria dels centres estan per sota del 100%, però hi ha 2 centres que superen el 100% per poc i 1 centre amb un 200%.

Figura 17. Evolució de la solvència, liquiditat i endeutament (en %). Hospitals SISCAT (2017-2022)

Ingrés per Unitat de Mesura Estandarditzada (UME) assistencial

Ingrés per Unitat de Mesura Estandarditzada (UME) assistencial (sense MHDA)

L'ingrés per UME^m assistencial té com a objectiu mesurar els recursos que s'obtenen per generar una unitat de producció. Com més gran és aquesta ràtio, més recursos s'obtenen per unitat produïda; però cal comparar-la amb els costos per unitat per tal de treure conclusions sobre l'eficiència dels centres. Quan els ingressos per unitat produïda no són suficients per cobrir els costos, cal buscar els recursos necessaris per equilibrar la situació econòmica del centre per tal que els resultats negatius acumulats no comportin una descapitalització o una situació que posi en perill la continuïtat del centre. L'evolució dels centres per esdevenir organitzacions sanitàries amb una prestació de serveis assistencial integral obliga a buscar nous paràmetres que permetin relacionar els ingressos i els recursos d'una forma més global.

^m La UME és un indicador homogeni que integra l'activitat global d'un hospital, assignant pesos relatius als diferents productes d'acord amb un paràmetre bàsic de mesura que és l'alta d'hospitalització modulada per complexitat, amb una intensitat relativa de recursos (IRR) igual a 1 –IRR: índex que reflecteix la complexitat de l'activitat-. Informe econòmicofinancer de l'atenció hospitalària i especialitzada 2021. Anàlisi agregada. Central de Balanços. https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix_catsalut/informacio-economica/central-balanços/2021/Informe-2021-agregat-atencio-hospitalaria-especialitzada.pdf

L'any 2021, els hospitals del SISCAT presentaven un valor dels ingressos per la prestació de serveis d'atenció especialitzada per UME de 2.909 euros (sense incloure la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria –MHDA-).

El comportament d'aquest indicador per centres mostra una variabilitat important. El valor més baix dels centres és de 2.208 euros i el més alt de 3.732 euros.

Cost per Unitat de Mesura Estandarditzada (UME) assistencial

Cost per Unitat de Mesura Estandarditzada (UME) assistencial (sense MHDA)

L'any 2021, els hospitals del SISCAT presentaven un cost de la prestació de serveis d'atenció especialitzada per UME de 2.955 € euros (sense incloure la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria –MHDA-), una mica més elevat que el valor de l'ingrés per UME (46 € euros per sobre). Aquest diferencial no comporta dèficit si es generen altres ingressos d'explotació (ingressos accessoris, subvencions d'explotació o de capital traspassades al resultat, etc.) que equilibren el marge.

L'augment dels últims anys s'explica per la situació d'emergència sanitària generada per la pandèmia de la COVID-19. Per una banda, els problemes globals d'aprovisionament en determinats béns i primeres matèries, que han afectat les cadenes globals de producció i subministraments, i l'augment del preu de l'energia, han encarat els processos assistencials. Per altra banda, la incorporació en les dinàmiques de treball de protocols de seguretat i instruccions rebudes de fonts oficials pel funcionament intern, diferents de les habituals, han comportat un alentiment d'aquests.

El comportament d'aquest indicador per centres també mostra una variabilitat important. El valor més baix dels centres és de 2.345 € euros i el més alt de 3.847 € euros.

Productivitat del personal assistencial equivalent

Es tracta de la relació entre la producció de serveis assistencials d'un hospital mesurada en Unitats de Mesura Estandarditzada (UME) i els recursos humans emprats en realitzar l'activitat.

L'any 2021 aquesta xifra és del 34,9, recuperant valors pre-pandèmics atès que havia baixat fins a 32,3 l'any 2020.

Cal tenir en compte que la situació d'excepcionalitat generada per la pandèmia ha comportat una reducció de l'activitat ordinària i un augment de l'activitat COVID-19 amb una organització del treball diferent de l'habitual. La incorporació en les dinàmiques de treball de protocols de seguretat i instruccions rebudes de fonts oficials pel funcionament intern,

diferents de les habituals, ha comportat un alentiment dels processos assistencials afectant la productivitat.

Malgrat això, els indicadors de productivitat presenten una millora el 2021 degut, entre d'altres, a la implicació dels professionals que han realitzat hores complementàries per poder donar resposta a la pressió assistencial i al dèficit de professionals.

Tecnologies de la informació i comunicació (TIC)

L'aplicació de les TIC en els hospitals d'aguts segueix una evolució constant que s'ha adaptat a la situació de pandèmia. Cada any més centres incorporen solucions TIC i implementen noves tecnologies per a la millora de l'atenció presencial o no presencial.

L'aplicació de les TIC en els hospitals d'aguts segueix una evolució constant. Cada any més centres incorporen solucions TIC i implementen noves tecnologies per a la millora de l'atenció presencial o no presencial. La situació de pandèmia ha promogut l'ús d'algunes solucions d'atenció no presencial de forma temporal.

Fenòmens com la hiperconnectivitat, les xarxes socials, l'analítica, el treball col·laboratiu en línia, la Internet de les coses, el núvol, la intel·ligència artificial i la robòtica, o la genòmica, poden representar conjuntament una revolució en l'epidemiologia i la salut pública, la planificació i gestió dels sistemes sanitaris, i la mateixa pràctica de les professions sanitàries.

L'aplicació de les TIC contribueix a transformar l'organització sanitària i permet avançar cap a decisions i serveis de salut basats en la disponibilitat d'informació precisa i de qualitat.

Serveis de teleconsulta

Utilització de videoconsultes

El volum de videoconsultes realitzades en centres hospitalaris, on pacient i professional han establert connexió, ha caigut dràsticament el 2022 fins a 10.863 i s'ha situat a menys de la meitat de les realitzades l'any 2021 (25.118), any en què més se n'han realitzat afavorides per la situació de pandèmia.

El volum de videoconsultes realitzades en centres hospitalaris, on pacient i professional han establert connexió, ha caigut dràsticament després de la pandèmia.

Les regions sanitàries on més se'n realitzen són Barcelona Metropolità Nord i Barcelona Ciutat que acumulen més de 2/3 d'aquestes consultes que són realitzades majoritàriament en alguns dels seus centres: Hospital Germans Trias i Pujol, Hospital de Sabadell, Hospital del Mar-Hospital de l'Esperança, Hospital de Sant Pau i Hospital Vall d'Hebron.

Publicacions a la història clínica compartida de Catalunya (HC3)

Durant aquest darrer any s'han publicat a la història clínica compartida un 3% més de documents que el 2021, i s'ha arribat a un total de 49.079.607 publicacions. L'any 2020 s'havia arribat a la xifra de 52.735.938 publicacions.

Integració Plataforma iS3

Prescripcions de transport sanitari no urgent

El projecte iS3 és una de les peces que conformen la Plataforma Digital de Salut (PDS), que interconnecta tots els agents del sistema sanitari català (ciutadans, proveïdors i professionals) respectant la diversitat de sistemes d'informació existents.

iS3 és una plataforma tecnològica d'interoperabilitat per a la gestió dels processos assistencials mitjançant la integració entre els diferents sistemes d'informació dels proveïdors de salut i serveis socials. La finalitat d'aquest model comú de comunicació és millorar l'assistència, la qualitat de vida de la ciutadania i la planificació dels recursos, especialment en l'àmbit de la cronicitat o de les pluripatologies.

La plataforma central iS3 canalitza la informació necessària per gestionar i monitorar els fluxos de treball dels proveïdors de salut, incloent-hi les derivacions, les cites prèvies, la consulta de dades i el procés de laboratori. Aquest any s'analitzen les prescripcions de transport sanitari no urgent fetes des del centre d'atenció hospitalària cap al Servei d'Emergències Mèdiques (SEM). La prescripció pot ser per un únic viatge o per viatges múltiples.

El volum de prescripcions de transport sanitari no urgent a través de la plataforma iS3 d'integració de serveis de salut ha crescut de forma rellevant any rere any des del 2018 arribant a més de 81.000 el 2022.

Annexos

Annex 1. Relació dels indicadors analitzats

Dimensió	Agrupació	Indicador
Dades generals	Hospitalitzacions	Hospitalitzacions del SISCAT
		Hospitalitzacions del SISCAT finançades pel CatSalut
	Temps d'estada	Estada de l'atenció hospitalària
	Import del contracte CatSalut	Import del contracte CatSalut
Adequació	Atenció a urgències	Urgències de nivell MAT 1, 2 i 3
		Urgències ingressades
		Urgències ingressades amb estada a urgències superior a 24 hores
		Urgències que retornen abans de les 72 hores
		Ingressos urgents (pressió d'urgències)
	Hospitalitzacions a domicili	Ingressos en hospitalització a domicili
	Atenció al part	Parts per cessària
	Codi infart. Temps d'actuació	Temps electrocardiograma (ECG)-baló de pacients en codi infart
	Codi infart	Pacients en codi infart atesos en menys de 120 min (electrocardiograma/ECG-baló)
	Codi ictus	Temps porta-agulla en trombòlisi intravenosa de pacients per ictus isquèmic
Efectivitat	Tractament substitutiu renal	Casos incidents en diàlisi amb diàlisi peritoneal
		Casos incidents en diàlisi amb hemodiàlisi i amb un FAVI com a primer accés vascular
		Casos en tractament substitutiu renal amb un trasplantament renal funcionant
	Pacients VIH amb càrrega viral indetectable	Pacients VIH amb càrrega viral indetectable (antiretrovirals)
	Artroplasties de revisió	Risc de revisió a 1 any en artroplasties primàries
	Codi ictus	Supervivència a 3 mesos amb recuperació completa en trombòlisi intravenosa aïllada per ictus isquèmic
		Mortalitat a 3 mesos en trombòlisi intravenosa aïllada per ictus isquèmic
	Reingressos	Reingressos a 30 dies

Dimensió	Agrupació	Indicador
	Mortalitat	Mortalitat hospitalària
		Mortalitat a 30 dies
	Donació d'òrgans	Donació de viu en el trasplantament renal
		Donants de cadàver vàlids
		Donants vàlids de mort en assistència
	Negatives familiars	Negatives familiars
	Índex de donació d'òrgans	Índex d'òrgans trasplantats per donant vàlid
Seguretat	Profilaxi en cirurgia	Profilaxi adequada de cirurgia electiva
	Infeccions de localització quirúrgica	Infecció de localització quirúrgica d'òrgan-espai
	Bacterièmies per catèter vascular	Bacterièmia per catèter vascular
	Caigudes hospitalàries	Caigudes en pacients hospitalitzats
	Úlceres per pressió	Úlceres per pressió
	Mortalitat	Mortalitat en grups relacionats pel diagnòstic (GRD) de baixa mortalitat
		Mortalitat en pacients que han desenvolupat complicacions quirúrgiques
Eficiència	Despesa en medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA)	Despesa en MHDA (global i per pacient)
	Ús de fàrmacs biosimilars	Ús de fàrmacs biosimilars
Experiència de l'usuari	Índex de satisfacció	Satisfacció
	Índex de fidelitat	Fidelitat
	Satisfacció amb l'atenció rebuda	Temps a la llista d'espera
		Disposició per escoltar-lo i fer-se càrrec
		Sentir-se en bones mans
		Tranquil·litat per descansar a la nit
		El menjar a l'hospital
		La comoditat de l'habitació
Sostenibilitat	Rendibilitat dels ingressos d'explotació	Rendibilitat dels ingressos d'explotació
	Cash flow generat d'explotació	Flux de caixa (<i>Cash flow</i>) o recursos generats d'explotació
	Rendibilitat econòmica	Rendibilitat econòmica
	Solvència	Solvència
	Liquiditat	Liquiditat

Dimensió	Agrupació	Indicador
	Endeutament	Endeutament
	Ingrés per UME assistencial	Ingrés per Unitat de Mesura Estandarditzada (UME) assistencial (sense MHDA)
	Cost per UME assistencial	Cost per Unitat de Mesura Estandarditzada (UME) assistencial (sense MHDA)
	Productivitat del personal assistencial equivalent	Productivitat del personal assistencial equivalent
Tecnologies de la informació i comunicació (TIC)	Serveis de teleconsulta	Utilització de videoconsultes
	Publicacions a la història clínica compartida de Catalunya (HC3)	Publicacions a la història clínica compartida de Catalunya (HC3)
	Integració Plataforma iS3	Prescripcions de transport sanitari no urgent

Salut/  Agència de Qualitat i Avaluació
Sanitàries de Catalunya

<https://aguas.gencat.cat>



[@AQuAScat](https://twitter.com/AQuAScat)



[aquas-salut](https://www.linkedin.com/company/aquas-salut)



[@aquasgencatsalut](https://www.youtube.com/@aquasgencatsalut)