

Model d'atenció a les urgències

Respostes adequades a les demandes d'atenció immediata





Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-No comercial-Sense obres derivades 3.0 de Creative Commons. Se'n permet la reproducció, distribució i comunicació pública sempre que se'n citi l'autor i no se'n faci un ús comercial.

La llicència completa es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>

© 2012 Generalitat de Catalunya

Departament de Salut
Trav. de les Corts, 131-159
Pavelló Ave Maria
08028 Barcelona
www.gencat.cat/salut
<http://canalsalut.gencat.cat/>

Edició: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

Coordinació editorial: Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris

Primera edició: Barcelona, maig de 2012

Índex

Introducció	4
1. Objectius estratègics	5
2. Elements definidors del model	5
2.1. Antecedents	5
2.3. Accés	9
2.4. Cartera de serveis	10
2.5. Relacions entre diferents dispositius i circuits	12
3. Adaptació territorial del model	13
3.1. Models organitzatius	13
3.2. Definició de l'organització de l'atenció immediata en cada territori	14
4. Instruments per al desplegament efectiu del model i ordenació dels dispositius en el territori	15
4.1. Pla de comunicació	15
4.2. Compartició d'informació clínica	16
4.3. Implicacions sobre el model de contractació i pagament.	17
4.4. Sistema de seguiment i avaluació per valorar la millora en l'adequació de l'atenció i la resposta dels diferents dispositius	17
5. Pla d'acció	18
Annex. Model andorrà de triatge (MAT)	19

Introducció

El Pla de salut de Catalunya 2011-2015 referma la voluntat de consolidar el procés de transformació de l'atenció urgent per tal de millorar la resolució al conjunt del sistema. Concretament, el projecte 3.1 "Transformar el model d'atenció a urgències per donar respostes més adequades a les demandes d'atenció immediata" inclou objectius per assolir en l'horitzó de l'any 2015 i accions per desenvolupar de forma immediata, reforçant qualitativament el procés de reordenació iniciat.

Les demandes d'atenció immediata abasten situacions de complexitat diferents (des d'emergències amb risc vital fins a consultes per problemes banals o que no necessiten una atenció urgent) i es produeixen amb intensitat variable en diferents moments. Aquesta diversificació de situacions requereix també respostes diferents, de manera que cal dissenyar mecanismes per classificar aquesta demanda i establir circuits que permetin dirigir-la al recurs més adient segons la necessitat assistencial de la persona afectada.

El present document descriu les característiques principals del model d'atenció a les urgències i parteix de l'exercici d'anàlisi i discussió d'un grup de treball amb participació de professionals, societats científiques i institucions implicades en l'atenció a les urgències. Els membres del grup de treball¹ i participants puntuals en diferents sessions han elaborat les bases del document i han fet les seves aportacions al llarg de tot el procés de discussió, les quals volen agrair explícitament els coordinadors del grup. Les propostes que s'inclouen en el document tenen diferent grau de consens i en cap cas impliquen l'acord total de cada membre del grup en la totalitat del document.

Els plantejaments de tot el document parteixen de la premissa que el model ha de ser únic, explicable amb elements comuns. El que pot ser variable és la seva aplicació i plasmació a les diferents realitats territorials.

¹ Han format part del grup de treball: Gilberto Alonso, Carles Benet, Pedro M. Cabrero, Montse Clèries, Josep Fusté, Gisela Galindo, Anna Garcia, Miquel González, Josep Jiménez, Fernando Marín, Manoli Noguero, Miquel Olivet, Xavier Pérez, Albert Planes, Neus Rams, Assumpta Ruiz, Miquel Sánchez, Elvira Torné, Mercè Vidal, Elisabeth Vives. També han participat en algunes sessions específiques de treball professionals relacionats amb l'organització de l'atenció a les urgències del Pallars, Osona i Barcelona Esquerra de l'Eixample. Han coordinat el grup: Josep Fusté (DGRPRS) i Josep Jiménez (CatSalut).

1. Objectius estratègics

1. Millorar l'adequació de l'atenció urgent, de manera que, segons la gravetat, el nivell d'urgència i la complexitat, l'atenció es doni en el lloc on es pugui aconseguir de forma més eficient un millor resultat, en termes de salut, satisfacció i visió global del pacient i integral del procés.
2. Aconseguir una correcta articulació entre els diferents serveis implicats en la resposta a la demanda d'atenció immediata en cada territori, de manera que s'assoleixi el conjunt d'atenció integrada amb carteres de serveis complementàries i una ordenació eficient dels fluxos d'atenció, com també unes vies consolidades de relació entre els serveis.
3. Adequar el temps de resposta, de manera que les persones amb necessitat d'atenció urgent puguin ser ateses en un dispositiu de proximitat i el temps d'espera per rebre atenció sigui l'adient, sobretot en els casos en què la gravetat, el nivell d'urgència i/o el patiment fan que el temps sigui una variable crítica.
4. Afavorir la continuïtat assistencial i la longitudinalitat, de manera que els episodis d'atenció urgent no quedin aïllats de la resta del procés d'atenció i es puguin tenir en compte els antecedents significatius per a l'atenció en el moment que es realitza la demanda d'atenció immediata i el correcte seguiment posterior, si escau.

2. Elements definidors del model

2.1. Antecedents

En l'àmbit de l'atenció primària, l'Institut Català de la Salut, en el Decret 258/2007, de 27 de novembre, va definir el seu model organitzatiu de l'atenció continuada i d'urgències d'atenció primària. El model, anomenat "Atenció continuada i d'urgències de base territorial", es configura en una sèrie d'unitats territorials de prestació d'aquest servei identificades amb la denominació ACUT.

Cal ressaltar la creació de xarxes assistencials unificades d'abast territorial d'atenció a les urgències de baixa complexitat que inclouen sota una única direcció funcional tots els dispositius d'atenció immediata d'atenció primària i el primer nivell de servei d'urgències de l'hospital de referència.

Alguns exemples d'aquestes xarxes on participen dispositius d'atenció primària i el servei d'urgències de l'hospital de referència de l'ACUT podrien ser les que s'han implantat a Osona, integrant els dispositius d'atenció primària amb el servei d'urgències hospitalàries

(SUH) de l'Hospital General de Vic, o a l'Alt Empordà, on la integració s'ha fet amb l'Hospital de Figueres. Altres experiències d'integració o coordinació funcional ja consolidades que es poden destacar, entre d'altres, serien les portades a terme en l'entorn del Baix Llobregat Litoral amb l'Hospital de Viladecans i Moisès Broggi de Sant Joan Despí, del Vallès Occidental amb l'Hospital Parc Taulí o amb l'àrea de l'Esquerra de l'Eixample de Barcelona amb l'Hospital Clínic i els altres dos serveis d'urgències hospitalàries que operen en aquest entorn.

2.2. Esquema organitzatiu funcional

L'esquema organitzatiu proposat (taula 1) es basa en l'accessibilitat al sistema i la definició funcional de cada dispositiu, tenint en compte criteris de complexitat, cartera de serveis i estils de pràctica clínica. Per tant, són els aspectes funcionals, centrats en els pacients i les seves demandes, els que dominen l'organització del sistema i no els aspectes estructurals i de localització física de la provisió dels serveis.

La implantació d'una única modalitat de triatge d'urgències i emergències es considera una intervenció fonamental per millorar la qualitat de l'atenció a les urgències. L'aplicació del sistema de triatge implica que tots els pacients que arriben a un dispositiu específic d'atenció immediata han de ser valorats i classificats en un nivell. L'atenció als pacients es fa d'acord amb la prioritat que es deriva del nivell assignat, i no pas del temps d'espera o del moment d'arribada. A Catalunya s'ha proposat el sistema conegut com a "model andorrà de triatge" (MAT) que distribueix els pacients en cinc nivells un cop valorats (vegeu l'annex). Tot i saber que urgència no és igual a complexitat, com que no es disposa d'una eina que mesuri la complexitat i aquesta, freqüentment, coincideix amb urgència, s'utilitzen aquests dos termes com a sinònims.

Caldria superar la classificació de les urgències segons el tipus d'atenció –primària o hospitalària– i parlar més aviat de xarxa i de punts d'atenció, de manera que l'atenció immediata es presti en el lloc més idoni pel nivell de complexitat.

El ciutadà hauria de conèixer de forma clara el lloc on està situat el seu equip d'atenció primària (EAP) i el dispositiu d'urgències territorial més proper. Hauria de disposar igualment dels seus telèfons, així com del telèfon 061/112.

L'EAP, al llarg del seu horari de funcionament, ha d'assumir la demanda d'atenció immediata de la població. Aquest horari pot tenir variacions territorials. En tot cas, l'horari de funcionament és sempre complementat pel dispositiu d'urgències territorial: entre tots dos s'assegura atenció a les urgències les 24 hores del dia. Els EAP i el dispositius d'urgències

territorials s'han de coordinar territorialment i han d'atendre els pacients amb un mateix estil de pràctica clínica, propi de l'atenció primària de salut.

Els dispositius d'urgències territorials aprofiten, en general, els locals d'alguns CAP (aquell que per accessibilitat geogràfica es cregui més adient segons la zona) i/o d'alguns hospitals. En alguns territoris, poden estar dotats d'un més alt nivell de resolució (serien el que actualment s'anomenen CUAP, és a dir, centre d'urgències d'atenció primària).

L'accés a l'atenció complexa haurà de tendir a ser per derivació des d'un altre dispositiu (EAP, dispositiu d'urgències territorial, Sanitat Respon o SEM).

Si el sistema funciona bé, a l'atenció complexa li arribaran sols els nivells més complexos de l'escala MAT. Per tant, no caldria preveure la derivació des de l'atenció complexa i sí la revisió periòdica de l'adequació de qui atén.

Per assegurar-ne el bon funcionament, els dispositius d'alta complexitat haurien de deixar de ser el lloc habitual d'ingrés de la majoria de pacients. Aquest fet suposa una reorganització important dels hospitals.

Taula 1. Esquema d'organització funcional del sistema d'atenció immediata

	DISPOSITIU	FUNCIONS	TIPUS D'ATENCIÓ	LOCALITZACIÓ	HORARI
ACCÉS LLIURE DE LA POBLACIÓ	EAP	Resoldre consultes telefòniques. Atendre i resoldre nivells d'urgències de baixa complexitat. ² Atendre i derivar a atenció complexa nivells d'urgències d'alta complexitat. ³	Telefònica Presencial Domiciliària	CAP (+ consultoris)	Horari definit al territori
	DISPOSITIU D'URGÈNCIES TERRITORIAL	Resoldre consultes telefòniques. Atendre i resoldre nivells d'urgències de baixa complexitat. Derivar l'atenció a l'EAP corresponent (en horari de funcionament del CAP). Atendre i derivar a atenció complexa nivells d'urgències d'alta complexitat.	Telefònica Presencial Domiciliària	CAP Hospital	24 hores
	CENTRAL DE TRUCADES (061-112)	Resoldre consultes telefòniques. Derivar l'atenció als dispositius més adequats. Comunicar al territori demandes d'atenció a domicili Gestionar recursos d'emergències directament.	Telefònica	Centre de trucades	24 hores
ACCÉS DERIVAT	D'ATENCIÓ COMPLEXA	Atendre i resoldre (o derivar a un altre hospital) nivells d'urgències d'alta complexitat. Atendre demandes immediates derivades per 061, EAP-dispositiu d'urgències territorial. Inclou l'atenció a les emergències derivades pel SEM i codis específics (IAM, ictus, politrauma).	Presencial	Hospital Unitat mòbil ⁴	24 hores

² Habitualment corresponen als nivells 4 i 5 del MAT i part del 3.

³ Habitualment corresponen als nivells 1 i 2 del MAT i part del 3.

⁴ Unitats mòbils que presten la primera assistència a les emergències.

2.3. Accés

L'accés del ciutadà pot ser presencial o telefònic. L'accés telefònic s'ha de vehiculitzar a través del 061 o del telèfon del centre que atén habitualment el ciutadà (durant l'horari de funcionament del centre).

Per facilitar l'accés i per garantir que cada demanda rebi atenció en el dispositiu més adient hi ha d'haver una porta d'entrada clara i coneguda on es pugui adreçar la ciutadania. Durant l'horari ordinari el ciutadà s'ha d'adreçar preferentment al seu centre d'atenció primària on l'EAP haurà de donar resposta a la seva demanda d'atenció immediata, d'acord amb la seva cartera de serveis. En el cas d'una demanda d'atenció immediata que no pugui ser atesa per l'EAP, fonamentalment quan es produeix fora de l'horari ordinari, el ciutadà es podrà adreçar al dispositiu d'urgències territorial. Així doncs, els EAP i els dispositius d'urgències territorials constitueixen la porta d'entrada on ha d'adreçar-se preferentment la població per a les demandes d'atenció immediata. La relació d'aquests dispositius d'accés directe ha d'estar actualitzada i publicada en el web del Servei Català de la Salut.

L'adopció del sistema de triatge únic compartit ha de permetre una regulació dels fluxos de la demanda en funció del nivell d'urgència i de la complexitat que s'estableixin. Un sistema de triatge homogeni té l'avantatge d'una classificació única dels malalts. El sistema de triatge estructurat que es proposa és el del model andorrà de triatge i serà d'aplicació en aquells dispositius dedicats específicament a l'atenció immediata.

L'accés als EAP hauria de tendir a tenir un horari homogeni, amb possibles variacions segons les especificitats d'alguns territoris, però en qualsevol cas ha de ser clar i conegut. Fora d'aquest horari, el primer punt d'atenció hauria de ser per via telefònica (061-112) o un dispositiu d'urgències territorial.

El telèfon hauria de fer la tasca de gestió de la demanda urgent, ja sigui oferint informació sanitària i orientació, així com realitzant consultoria sanitària. Hauria de disposar d'informació sobre el temps d'espera dels centres per poder orientar els usuaris.

Finalment, per accedir als nivells de resolució d'alta complexitat s'hauria de produir una derivació d'un primer nivell d'atenció: EAP, dispositiu d'urgències territorial, Sanitat Respon o atenció d'emergències a través del SEM.

2.4. Cartera de serveis

S'ha d'oferir a tots els ciutadans en conjunt la mateixa cartera de serveis. En tots els territoris (com a orientació, sectors sanitaris) ha d'haver-hi atenció immediata de lliure accés: telefònica (061) i presencial/domiciliària (CAP/dispositiu d'urgències territorial) i s'ha d'assegurar el trasllat en un temps raonable a l'atenció complexa.

La cartera de serveis dels diferents dispositius que intervenen en la resposta a la demanda d'atenció immediata és la següent:

- **Equip d'atenció primària:** durant el seu horari de funcionament, l'EAP assegura l'accés telefònic local i la resposta a les demandes d'atenció immediata.

Cartera de serveis que ofereix:

- Resol consultes telefòniques.
 - Atén i resol (en el centre o a domicili) les demandes d'atenció immediata no complexes que en el model MAT corresponen habitualment a la majoria dels nivells d'urgències 4 i 5, i part del 3.
 - Atén (en el centre o a domicili) i deriva les urgències que requereixen un nivell de resolució superior (nivells 1-2, i part del 3, de la MAT).
 - Assegura la continuïtat de l'atenció al ciutadà un cop ha requerit atenció urgent en qualsevol dispositiu.
- **Dispositiu d'urgències territorial:** situat en els locals d'alguns CAP i/o hospitals o en centres específics, complementen la resposta a les demandes d'atenció immediata dels EAP durant tot el dia. L'atenció s'ha de donar segons criteris de valoració i actuació diagnòstica i terapèutica propis de l'atenció primària i el maneig del pacient correspon, també, a l'estil de pràctica clínica de l'atenció primària de salut.

En alguns àmbits geogràfics, alguns dispositius d'urgències territorials poden atendre casos de complexitat més elevada, tot i no estar situats en locals d'hospitals. Aquesta atenció de complexitat més elevada es pot donar fins i tot en l'horari habitual dels EAP, però sense substituir l'atenció que els correspon a aquests per capacitat de resolució.

Cartera de serveis que ofereix:

- Atén i resol (en el centre o a domicili) les demandes d'atenció immediata no complexes que en el model MAT corresponen habitualment a la majoria dels nivells d'urgències 4 i 5, i part del 3. Dins de l'horari de funcionament de

- l'EAP, deriva l'atenció immediata a l'EAP corresponent segons el seu nivell de resolució.
 - Atén (en el centre o a domicili) i deriva a atenció complexa les urgències que requereixen un nivell de resolució superior (nivells 1-2, i part del 3, de la MAT).
 - Atén i resol consultes derivades des de Sanitat Respon/SEM.
- **Sanitat Respon/SEM** assegura l'accés telefònic (061/112) ininterromput des de qualsevol lloc del territori per orientar la resposta a la demanda d'atenció immediata i gestionar les emergències.

Cartera de serveis que ofereix:

- Atén i, si es pot, resol consultes telefòniques.
 - Quan no es poden resoldre telefònicament orienta la demanda cap al dispositiu més adequat.
 - Transmet la petició de demanda d'atenció immediata a domicili, segons els protocols establerts, al dispositiu d'urgències territorial corresponent o a l'EAP si és en horari ordinari.
 - Activa, mobilitza i gestiona els recursos d'atenció a les emergències i de transport sanitari urgent.
- **Dispositiu d'alta complexitat:** en el servei d'urgències d'hospitals, i clarament diferenciat del dispositiu d'urgències territorial si està ubicat en el mateix hospital, dona resposta a l'atenció urgent complexa. El ciutadà hi hauria d'arribar sempre derivat per un altre dispositiu presencial, telefònic o de transport urgent. Està obert tot el dia.

Cartera de serveis que ofereix:

- Atén i resol les demandes d'atenció immediata que se li han derivat (en general, de nivells 1-2, i part del 3, de la MAT).
- Si cal, deriva aquests pacients a centres de més alta complexitat que comptin amb un grau superior d'especialització i/o tecnologia. Caldrà planificar en escala de regió sanitària i, si escau, del conjunt de Catalunya la coordinació i complementarietat de l'atenció urgent d'alta especialització i de casos poc freqüents, per tal de garantir la màxima qualitat i optimitzar els recursos disponibles.

2.5. Relacions entre diferents dispositius i circuits

Caldrà diferenciar en els hospitals les activitats que puguin realitzar, si escau, com a dispositius d'urgències territorials de les que realitzen com a dispositius d'alta complexitat en l'atenció urgent. En el primer cas, amb un estil de pràctica clínica de l'àmbit de l'atenció primària coordinat amb la resta de dispositius d'urgències de la zona. En el segon cas, amb accés per derivació a partir d'un contacte previ presencial, telefònic o en línia amb una altre dispositiu.

Els recursos hospitalaris dedicats a atendre casos complexos només haurien d'atendre aquest tipus de casos, i potenciar un sistema de derivació qualificada (casos derivats d'altres dispositius o traslladats pel SEM).

La derivació inversa cap als dispositius adients, bàsicament la derivació cap a l'EAP dels casos que acudeixen a un dispositiu d'urgències territorial en horari ordinari i que poden ser resolts en aquest servei, pot ser educativa transitòriament i un important element de gestió del canvi. Al final de la implantació del model cal esperar que se n'hagi minimitzat la necessitat en consolidar-se una ordenació correcta dels fluxos.

El metge o metgessa d'atenció primària ha de poder disposar de l'analítica i la imatge radiològica sense necessitat que intervingui un altre professional. No s'hauria de derivar a l'hospital simplement per la manca d'analítica o imatge radiològica.

Cal millorar la coordinació entre la central de trucades i els professionals que realitzen atenció immediata en el territori, valorant nous protocols consensuats d'actuació davant les demandes dels ciutadans i estudiant noves fórmules de decisió sobre l'atenció a domicili en casos de baixa complexitat.

Entre els dispositius d'alta complexitat hi ha d'haver una clara coordinació i ordenació de fluxos (per exemple, codis d'emergència, compartició de guàrdies...), especialment quan es requereixi un elevat grau d'especialització i/o tecnologia, a fi de garantir la qualitat de l'atenció segons la complexitat de cada cas i optimitzar els recursos disponibles.

Cal establir vies de derivació programada preferent efectives entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada, de manera que s'eviti haver d'utilitzar les urgències com a via d'accés a l'atenció especialitzada.

Els serveis centrals (bàsicament d'imatge i laboratori) de què disposa el territori han de donar suport a tots els dispositius que actuen en l'atenció immediata.

El sistema de salut ha de garantir que les persones tinguin accés a la medicació d'urgència prescrita pels professionals que l'atenguin. Cal buscar en cada territori la necessària coordinació entre els dispositius d'urgències territorials i les estructures de dispensació de medicaments per tal de fer efectiu aquest principi.

3. Adaptació territorial del model

3.1. Models organitzatius

L'aplicació del model s'ha d'adaptar a la realitat de cada territori, tenint en compte la combinació necessària de criteris d'accessibilitat (proximitat i temps de resposta), qualitat i eficiència (relacionada fonamentalment amb el volum d'activitat). Això farà que l'organització dels dispositius assistencials pugui tenir configuracions diferents segons els territoris, però en conjunt s'ha de garantir una cartera de serveis i uns resultats equitatius.

En territoris d'alta densitat de població pot ser adequat el desplegament de dispositius específics d'atenció a les urgències en l'àmbit comunitari amb més capacitat de resolució, com per exemple els actuals CUAP, dins la xarxa d'urgències territorial. La posada en marxa d'aquests serveis requereix un volum mínim de demanda i l'actuació integrada amb la resta de dispositius assistencials del seu entorn. Aquests dispositius poden assumir una part de la demanda que en altres llocs es derivaria als dispositius d'atenció a les urgències complexes i evitar així la saturació d'aquests centres de nivell de resolució més alt.

En territoris de densitat de població mitjana i una configuració territorial de tipus comarcal (àrees funcionals articulades per nuclis de capitalitat i relacions d'atracció, amb distàncies que no condicionen de forma extrema la mobilitat quotidiana de la població), és adequat concentrar en un nombre reduït de dispositius d'urgències territorials l'atenció fora de l'horari ordinari dels CAP, tenint en compte el volum d'activitat i la capacitat d'atenció en un temps que no condicioni la qualitat assistencial.

En el context de cada territori s'han de generar les relacions necessàries de coordinació entre els dispositius, pel que fa a la recepció, classificació i atenció de la demanda. La coordinació és especialment important entre els diversos dispositius que poden atendre la demanda de baixa complexitat en diferents horaris d'atenció, com també amb Sanitat Respon i el SEM quan hi hagi telèfons de referència per a la coordinació i activació de recursos en el mateix territori.

En territoris de baixa densitat de població i assentaments dispersos, la variable de l'aïllament té un pes determinant i es poden establir dispositius d'urgències territorials amb un menor volum d'activitat però necessaris per garantir un temps de resposta adequat o l'atenció mitjançant serveis localitzables.

La concreció de dispositius i l'abast geogràfic de cada territori s'haurà de fer sota la premissa que cal donar cobertura al conjunt de la cartera de serveis i que la ciutadania ha de tenir accés als dispositius més adequats segons la complexitat de cada cas en un temps de desplaçament que no condicioni la qualitat de resposta, tot tenint en compte els recursos existents, la seva activitat i el context de l'organització territorial del sistema de salut (ABS, sectors sanitaris i regions sanitàries). Tenint en compte aquests criteris, cada regió sanitària ha de concretar els àmbits territorials més adequats per al desplegament efectiu del model d'acord amb la seva realitat territorial.

3.2. Definició de l'organització de l'atenció immediata en cada territori

L'organització de l'atenció urgent s'ha de definir en cada àmbit territorial, on es troben els diversos recursos i equips assistencials que donen una atenció de proximitat a la població i s'estan desenvolupant estructures de coordinació que han de facilitar l'articulació entre els serveis, avançant cap a un model d'atenció integrada.

Per a l'aplicació del model a cada territori cal establir una sèrie d'acords entre les entitats proveïdores implicades en l'atenció immediata, sota la direcció del CatSalut. Els acords abasten fonamentalment l'atenció primària, l'atenció hospitalària i el SEM. Es proposa que cada territori disposi d'un Pla funcional territorial d'ordenació de l'atenció immediata on es plasmin els objectius compartits, es recullin els compromisos dels dispositius implicats i es concretin les vies de relació entre aquests.

El contingut del pla funcional territorial han de fer referència a objectius compartits sobre resultats, a l'organització del procés d'atenció i als recursos aportats per cada entitat. Així doncs, els elements principals que han d'integrar el pla funcional territorial són els següents:

Sobre organització i processos:

- Coordinació de l'atenció immediata territorial.
- Sistema de classificació de la demanda (triatge).
- Punts d'atenció presencials, cartera de serveis i horaris.

- Vies d'atenció telefònica i de gestió de la demanda.
- Sistema de transport urgent.
- Criteris de derivació.
- Ordenació de fluxos per atenció d'alta complexitat i emergències.
- Suport diagnòstic i d'assessorament especialitzat.
- Pla de comunicació.
- Sistema de seguiment i avaluació.
- Activitats de formació, docència i recerca.

Sobre recursos:

- Professionals implicats.
- Infraestructures i equipaments.
- Sistema d'informació: compartició i interoperabilitat.

Sobre resultats:

- Evolució de la freqüentació segons els nivells de complexitat.
- Temps de resposta per a urgències i emergències d'alta complexitat.
- Disminució de les urgències de baixa complexitat en dispositius d'alta complexitat.
- Satisfacció de la població.

4. Instruments per al desplegament efectiu del model i ordenació dels dispositius en el territori

4.1. Pla de comunicació

Les actuacions dirigides a millorar coneixements, actituds i hàbits dels usuaris han demostrat ser eficaces sobretot si són continuades. L'experiència de la divulgació del Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC) n'és un bon exemple. En cada campanya del PIUC s'han editat i distribuït fullets i material divulgatiu i, en els moments que s'ha requerit, s'han realitzat comunicats setmanals amb informació sobre la incidència dels casos de grip estacional i el nivell de saturació dels centres hospitalaris.

Aquestes actuacions permeten reduir la demanda inadequada i millorar la utilització dels recursos disponibles. La difusió del pla de comunicació és una intervenció transversal que contribueix a l'assoliment de molts dels resultats esperats i dels objectius específics del sistema d'atenció d'urgències.

La divulgació del sistema d'atenció d'urgències ha contribuït a generar expectatives realistes al conjunt de la població. Cal millorar la informació sobre el que cal esperar dels serveis en termes de drets i deures dels ciutadans i quins són els compromisos que adquireix l'Administració sanitària. Cal explicar que la derivació del ciutadà perquè sigui atès en el dispositiu més adequat i la utilització correcta dels recursos assistencials donarà una millor resposta a les seves necessitats.

El missatge a la població ha de ser únic. L'accés als EAP hauria de tendir a tenir un horari clar i conegut en tots els casos. Fora d'aquest horari, el primer punt d'atenció hauria de ser per via telefònica (061-112) o un dispositiu d'urgències territorial.

Per informar la ciutadania és important la publicació en línia de la *Guia de centres*, amb la relació de tots els centres de salut i els hospitals de la xarxa pública i el seu horari d'atenció que haurà d'estar disponible al web del Servei Català de la Salut. També, es disposa de la consulta interactiva dels centres de salut amb atenció continuada a través del web Canal Salut.

4.2. Compartició d'informació clínica

Cal garantir que el professional assistencial disposi de la informació sanitària del pacient que ha d'atendre. Per tant, és fonamental implantar els procediments de treball que permetin al professional d'urgències accedir a la informació de les estacions clíniques on hi ha aquesta informació. També, cal garantir l'accés del metge o metgessa de capçalera a la informació dels processos d'urgència del malalt.

Un instrument és la història clínica compartida de Catalunya (HCCC), que té per objectiu permetre l'ús compartit de la informació disponible sobre els pacients i entre els centres assistencials de Catalunya, i facilitar la feina dels professionals sanitaris per tal de millorar l'atenció de la salut dels ciutadans. La HCCC permet a qualsevol professional accedir a tota la informació rellevant disponible dels seus pacients, independentment del seu nivell assistencial o la seva ubicació geogràfica, i promou la continuïtat de l'atenció sanitària integrant tota la informació, evitant errors i la repetició d'exploracions i/o procediments.

4.3. Implicacions sobre el model de contractació i pagament

En la contractació i pagament de l'activitat d'urgències conviuen dos sistemes: el model d'assignació territorial de recursos de base poblacional i la contraprestació per unitat de serveis i per procés.

El model d'assignació territorial de recursos de base poblacional es concreta en una atribució de recursos financers als territoris d'acord amb uns criteris correctors que es troben actualment en fase de definició (estructura poblacional, morbiditat, dispersió, immigració, renda, doble cobertura, etc.). El futur sistema de finançament territorial de base poblacional corregida haurà de promoure la integració de serveis i preveure incentius dirigits a propiciar-ne la gestió coordinada i la continuïtat assistencial a partir de les aliances establertes entre les diferents entitats proveïdores en el marc dels objectius d'accessibilitat i resolució (que s'haurien de concretar en instruments com el Pacte d'accessibilitat i resolució) i de la compra i la contractació de serveis.

4.4. Sistema de seguiment i avaluació per valorar la millora en l'adequació de l'atenció i la resposta dels diferents dispositius

L'objectiu general és l'orientació de la gestió als resultats, amb la delimitació dels indicadors d'accessibilitat, nivell i capacitat de resolució per establir els criteris per a la compra i la contractació de serveis amb cada proveïdor del CatSalut.

L'objectiu general s'ha de fonamentar en premisses de transparència, equitat i eficiència. Els seus continguts han de respondre a les característiques clau de la provisió dels serveis següents:

- Accessibilitat: entesa no solament des de la perspectiva temporal (temps de demora), sinó també com l'absència de barreres inadequades per a la utilització dels serveis (geogràfiques, físiques, socioeconòmiques, etc.).
- Capacitat de resolució eficient dels problemes i les demandes, posant l'atenció al lloc i als professionals més adequats, i promovent el retorn dels pacients als professionals de referència de l'atenció primària.
- Qualitat: avaluada en termes de resultats de salut, satisfacció i seguretat.

Cal tenir en compte que s'ha arribat a la fase final del desenvolupament dels registres del conjunt mínim bàsic de dades dels serveis d'urgències (CMBD-SU) i del d'atenció primària (CMBD-AP), i que es podrà comptar amb aquestes eines per obtenir informació útil per a l'avaluació i seguiment de l'activitat d'atenció immediata.

5. Pla d'acció

Finalment, i de forma esquemàtica, es detallen les fases que s'identifiquen per a la definició de l'organització de l'atenció urgent en cada territori:

1. Anàlisi de la situació actual de l'atenció urgent en el territori.
2. Identificació de la cartera de serveis de la provisió en el territori i assignació als diferents dispositius.
3. Elaboració del pla funcional territorial d'ordenació de l'atenció immediata, sobre la base de criteris d'accessibilitat, qualitat i eficiència.
4. Aprovació del pla funcional territorial per part dels òrgans de cooperació entre entitats proveïdores i de direcció en el territori.
5. Implantació i seguiment del pla funcional territorial.
6. Accions comunicatives adreçades a la població, als professionals i al conjunt de la xarxa assistencial.

Annex. Model andorrà de triatge (MAT)

El model andorrà de triatge (MAT) assigna els pacients, un cop valorats, en 5 nivells d'urgències. Aquests nivells són:

Nivell 1: situacions que requereixen ressuscitació amb risc vital immediat (atenció immediata).

Nivell 2: situacions molt urgents, de risc vital previsible.

Nivell 3: situacions d'urgència, de potencial risc vital.

Nivell 4: situacions de menor urgència, potencialment complexes, però sense risc vital.

Nivell 5: situacions no urgents, que permeten una demora en l'atenció, poden ser programades sense risc per al pacient.