



## **ADDENDA 6. UNITAT GERIÀTRICA D'AGUTS TERRITORIAL (UGA)**

Barcelona, a la data de l'última signatura electrònica.

### **REUNITS**

D'una banda, el Dr. Adrià Comella Carnicé, major d'edat i amb [REDACTED] en la seva condició de Director gerent intervé en nom i representació de la **FUNDACIÓ DE GESTIÓ SANITÀRIA DE L'HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU** (en endavant FGSHSCSP) amb CIF G-59780494 i domicili al Carrer Sant Antoni Maria Claret, 167, 08025 de Barcelona, de conformitat amb les atribucions que li confereix l'escriptura d'apoderament atorgada davant el Notari de Barcelona, Sr. Joan Carles Ollé Favará el 2 de juliol de 2021, amb número de protocol 2.803.

D'altra banda, el Dr. Manuel Álvarez del Castillo, amb [REDACTED] en la seva condició de Director general intervé en nom i representació del **CONSORCI SANITARI INTEGRAL** entitat pública que gestiona el CENTRE D'ATENCIÓ INTEGRAL HOSPITAL DOS DE MAIG (en endavant CSI o HDM) amb CIF Q-5856254-G i domicili a l'Avinguda Josep Molins, 29-41, 08906 de l'Hospitalet de Llobregat, de conformitat amb les atribucions que li confereix l'escriptura d'apoderament atorgada davant el Notari de Martorell, Sr. Antonio-Víctor García-Galán San Miguel el 26 d'abril de 2024, amb número de protocol 744.

Ambdues parts es reconeixen mútuament la representació amb la que actuen així com la capacitat legal suficient per a obligar-se i atorgar aquesta Addenda, i en aquest sentit,

### **MANIFESTEN**

I.- Aquesta addenda està directament vinculada al conveni marc de col·laboració formalitzat per les parts amb efectes d'1 de gener de 2024; conveni al que ambdues parts es sotmeten expressament, donant-lo aquí per reproduït en la seva totalitat, i tenint-lo per vigent i aplicable a tots els efectes.

A l'empara de la clàusula segona del conveni marc, es procedeix per mitjà de la present addenda al desenvolupament de la col·laboració entre les Parts que es regirà per les següents:

### **CLÀUSULES**

**PRIMERA**.- Objecte, àmbit d'actuació i objectius de la col·laboració.



L'objecte d'aquesta addenda és l'ampliació i trasllat de 29 llits de la Unitat Geriàtrica d'Aguts (UGA) de l'Hospital de Sant Pau (HSP) a l'Hospital Dos de Maig (HDM) en concepte de dispositiu territorial de gestió compartida entre les dues entitats.

Per a fer possible aquesta gestió compartida es crea una Unitat Mancomunada de Geriatria integrada per personal dels Hospitals de la Santa Creu i Sant Pau i de l'Hospital Dos de Maig sota una única direcció clínica.

L'àmbit d'actuació de l'activitat de la Unitat Mancomunada de Geriatria es desenvoluparà en els camps assistencial, de docència i de recerca indistintament en els dos centres hospitalaris segons convingui.

L'objectiu de la col·laboració és millorar els recursos estructurals, materials i humans de la Unitat de Geriatria per tal de potenciar la integració assistencial del pacient fràgil complex i la coordinació entre nivells assistencials de l' AIS dreta, amb format de gestió compartida entre ambdós hospitals d'aguts (HSP-HDM). Aquesta coordinació permet millorar la gestió dels recursos existents, l'eficiència del sistema, la qualitat de l'atenció, la satisfacció dels usuaris i la formació del personal sanitari en una àrea que és de creixent necessitat en el nostre entorn.

La creació d'una UGA territorial AIS-Dreta unificada sota una mateixa direcció de la Unitat Mancomunada de Geriatria, és una primera fase en el reordenament de l'atenció geriàtrica en la zona d'influència de l'HSP/HDM.

### **SEGONA.- Durada.**

La vigència d'aquesta Addenda es troba vinculada a la del Conveni marc entre la FGSHSCSP i el CSI salvant pacte exprés i per escrit en contra. Per tant, estendrà els seus efectes des de l'1 de gener de 2024 i, exceptuant el cas que es resolgui anticipadament, serà vigent mentre ho sigui l'esmentat Conveni.

Per altra banda, qualsevol de les parts podrà denunciar la present addenda notificant-ho per escrit a l'altra part amb un mes d'antelació a la data en que es desitgi la seva finalització.

### **TERCERA.- Personal d'ambdues entitats vinculat a la col·laboració.**

Es troba vinculat a la col·laboració el personal mèdic de la FGSHSCSP i del CSI que desenvolupi la seva activitat a la UGA territorial, així com el personal de suport administratiu.

Qualsevol convocatòria serà consensuada per les dues Institucions, però se seguirà la normativa de la Institució contractant. En les convocatòries s'especificarà que la convocatòria és pel projecte de gestió compartida esmentat.

Dependència funcional: del Cap de la unitat mancomunada, que depèn orgànicament de la Direcció Mèdica de l'HSP i funcionalment també de la Direcció Mèdica de l'HDM en l'àmbit d'actuació del centre.

Dependència orgànica: del responsable directe de l'Hospital contractant:

- a l'H. Dos de Maig del Director Mèdic Adjunt, que depèn orgànicament del Director Mèdic de l'HDM.
- A H. Sant Pau del Cap de la Unitat de Geriatria, que depèn orgànicament de la Direcció del Servei de Medicina Interna d'HSP.

La direcció funcional de la UGA territorial correspondrà al Cap de la Unitat Mancomunada de Geriatria de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, que és l'actual Cap de Geriatria d'HSP.

#### **QUARTA.- Règim laboral del personal adscrit a la unitat mancomunada.**

Tot el personal disposarà d'un únic contracte laboral, que el vincularà amb el centre que l'hagi contractat del que dependrà orgànicament. El contracte farà referència a la unitat al que s'integrarà, a la dependència funcional del Cap de la Unitat Mancomunada i a la disponibilitat de prestar servei en ambdós centres segons les necessitats assistencials.

Els professionals estaran lligats a la normativa i convenis laborals propis dels seus respectius centres.

Als professionals implicats en el projecte a data d'inici se'ls explicitaran les noves condicions derivades de la creació de la unitat mancomunada, de forma verbal i escrita, tot i que no es considera necessària cap modificació contractual.

A data d'inici, es validaran nominalment els membres adscrits a la unitat mancomunada, que formalitzaran les passes necessàries d'acord als procediments de cada centre (identificació, accessos informàtics, etc), i el mateix es farà per a cada nova incorporació.

En relació al compliment de les obligacions fiscals i laborals assenyalar que sigui quina sigui la seu definida pel desenvolupament d'aquesta addenda, el personal mantindrà la vinculació laboral amb la seva institució d'origen. L'entitat a la qual pertany es mantindrà responsable de la gestió



i compliment dels deures laborals (incloent obligacions amb la Seguretat Social) fiscals i mercantils que li corresponguin.

Les persones d'una i altra entitat (interns, residents, empleats, professionals, etc.) que col·laborin en el desplegament d'aquesta addenda en centres que depenguin de l'altra entitat, respectaran l'autonomia jeràrquica i administrativa, l'estructura orgànica, la reglamentació interna i les normes i protocols d'aquesta, per tal de no entorpir el normal desenvolupament de les respectives tasques que es portin a terme.

La prestació de serveis conjunts s'efectuarà de conformitat amb la normativa vigent en matèria de prevenció de riscos laborals, amb especial submissió a la Llei 31/1995, de 8 de novembre de Prevenció de Riscos Laborals i al Reial Decret 171/2004, que desenvolupa l'article 24 de la Llei 31/1995 en matèria de coordinació d'activitats preventives. En aquest sentit les entitats que subscriuen aquest conveni de col·laboració estan obligades a complir, i s'obliguen a fer complir al seu respectiu personal, tota la normativa sobre prevenció de riscos laborals.

#### **CINQUENA.- Persones destinatàries i/o beneficiàries de la col·laboració.**

Persones que accedeixen a la cartera de serveis procedents, principalment, de l' AIS Barcelona dreta, la qual inclou tota aquella derivada de l'atenció hospitalària del pacient fràgil geriàtric i es distribueix segons la seva complexitat d'acord amb les directrius i planificació del Servei Català de la Salut.

Es contempla la creació de consultes en l'entorn de l'Equip de Suport Integral a la complexitat (ESIC-HDM) per a control post-alta.

#### **SISENA.- Finançament i despeses de funcionament.**

A cada centre li correspondrà fer-se càrrec de les despeses de funcionament, neteja, seguretat i manteniment de les instal·lacions i material necessaris per l'activitat a realitzar.

Cada centre facturarà l'activitat realitzada en les seves instal·lacions d'acord amb el concert establert amb el CatSalut. Això significa que si per a la resolució del pacient ingressat en aquesta unitat calen proves complementàries a centres externs o a HSP, serà HDM que se'n farà càrrec del cost, segons tarifes públiques.

Les condicions econòmiques de la UGA es troben regulades a l'Addenda 12 que regula les contraprestacions econòmiques derivades de la col·laboració.

#### **SETENA.- Normes de coordinació, execució i seguiment de l'activitat.**



L'Hospital Dos de Maig té un gestor responsable orgànic (Director Mèdic adjunt). Hi ha un coordinador de la UGA que pot ser qualsevol metge de la Unitat Mancomunada, amb funcions entre d'altres de gestionar els fluxos de pacients i l'activitat de la UGA, vetllar per la qualitat assistencial, així com de fer d'enllaç amb el Cap de la Unitat Mancomunada i amb la Direcció Mèdica de l'HDM.

Ha d'haver consens entre aquests professionals, així com l'acord de les dues Direccions Assistencial i Mèdica, en totes les decisions que afectin a la dinàmica, activitat i selecció del personal, tant en l'àmbit assistencial com laboral.

Les directrius del projecte o canvis rellevants en el model seran proposats pel Cap de la Unitat Mancomunada de forma consensuada amb el coordinador de la UGA i el responsable orgànic de l'H. Dos de Maig i hauran de ser validades per ambdues Direccions Assistencial i Mèdica.

El Cap de la Unitat Mancomunada, de forma coordinada amb la Direcció de l'HDM, ha de vetllar per a garantir la qualitat de l'assistència prestada i mantenir l'accessibilitat requerida pel Consorci Sanitari de Barcelona.

#### **VUITENA.- Comissió de seguiment.**

Per garantir el correcte desenvolupament de l'Addenda es crea una Comissió de seguiment formada, a data de signatura, per:

1. En representació de HDM:
  - a. Cap de la Unitat Mancomunada de Geriatria.
  - b. Coordinador/a de la UGA territorial.
  - c. Direcció mèdica o persona en qui delegui.
  - d. Direcció mèdica adjunta.
2. En representació de HSP:
  - a. Direcció del Procés d'Atenció Urgent.
  - b. Direcció del Servei d'Urgències.
  - c. Direcció Assistencial o persona en qui delegui.

Es valorarà si és necessari que la comissió inclogui, a demanda, els representants de Gestió de Pacients de les dues institucions.

#### **NOVENA.- Responsabilitat de les parts.**

Ambdues Parts, seran responsables de la coordinació, planificació i establiment dels objectius generals i específics del servei així com de l'avaluació periòdica del funcionament, necessitats de recursos, resultats i punts de millora del servei a través de la Comissió de Seguiment constituïda a tal efecte.



Pel què fa referència a la cobertura dels riscos generats per l'activitat vinculada al servei, les Parts tenen vigent una pòlissa de responsabilitat civil per a respondre de les eventuals reclamacions que es puguin produir, amb les condicions de cobertura establertes amb caràcter general pels centres del SISCAT.

**DESENA.- Sessions clíniques.**

Es realitzaran sessions clíniques conjuntes del personal d'ambdues entitats vinculat a la col·laboració, amb la finalitat de coordinar i fer el seguiment de l'activitat del servei i garantir un control continu de la qualitat de l'atenció sanitària.

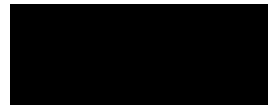
**ONZENA.- Protocols assistencials.**


Les activitats pròpies de la UGA territorial estaran recollides en els corresponents protocols d'actuació, que seran aplicables a ambdues entitats, salvant que en el propi protocol i de forma justificada s'identifiquin particularitats de cada dispositiu assistencial.

I, en prova de conformitat, les parts signen aquest document en el lloc i data indicats a l'encapçalament.



Dr. Manuel Álvarez del Castillo  
Director General  
Consorci Sanitari Integral  
Hospital Dos de Maig



Dr. Adrià Comella  
Director Gerent   
Fundació de Gestió Sanitària  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

## ANNEX 1

### **Pla funcional UGA territorial – AIS Dreta, Unitat Mancomunada de Geriatria de l’Hospital de la Santa Creu i Sant Pau i de l’Hospital Dos de Maig**

## **1 JUSTIFICACIÓ**

L’envelliment progressiu de la població és un fet incontestable del món occidental on les persones d’edat avançada són cada vegada més nombroses, tant en xifres absolutes com percentuals. Aquest fet és molt evident a Catalunya i Barcelona i, de manera particular, en la zona d’influència dels Hospitals de Sant Pau (HSP) i Dos de Maig (HDM), una de les més envellides de la ciutat.

L’envelliment, juntament amb la pluripatologia i fragilitat que se’n deriven, condueix a una alta demanda de recursos assistencials. Per fer front a la propensió que tenen les persones grans a patir efectes adversos, iatrogènia, eventual acarnissament terapèutic i necessitats augmentades de suport social o sociosanitari, s’han anat ideant i introduint al llarg dels anys dispositius especialitzats en els sistemes sanitaris. Entre ells les Unitats funcionals sociosanitàries (UFISS) i les Unitats geriàtriques d’aguts (UGA), dispositius ben provats i que han demostrat la seva eficàcia en diversos entorns.

Si tenim en compte que les persones grans tant sanes com les que tenen una malaltia aguda poden ser ateses habitualment pels serveis sanitaris tradicionals, aquests nous dispositius centren els esforços en els ancians d’alt risc, fràgils o directament ja geriàtrics, amb diversos objectius:

- Afegir al concepte biomèdic d’assistència tradicional les esferes funcional, mental i social.
- Treballar preventivament, orientats a minimitzar seqüeles, davallada funcional i dependència.
- Garantir el contínuum de cures adequades a cada moment del procés assistencial.
- Vetllar perquè cada persona sigui atesa en el nivell més adequat en cada moment, buscant la permanència en el seu entorn habitual mentre sigui possible.
- Graduar la intensitat de l’esforç diagnòstic i terapèutic.





La implementació en cada territori, no obstant, s'ha fet de manera no uniforme depenent de possibilitats materials, dedicació d'equips mèdics i d'infermeria, suport institucional i altres. En l'entorn de l'HSP/AIS-Dreta hi trobem dispositius fruit de diverses iniciatives:

- Unitat de Geriatria HSP: Hospitalització, hospital de dia, ortogeriatria, etc...
- Unitat Funcional Interdisciplinària Sociosanitària (UFIS) de l'HSP i HDM
- Dispositiu d'Atenció a la Fragilitat del Servei d'Urgències de l'HSP (DAFSU)
- Equip de Suport Integral a la Complexitat del pacient fràgil de l'AIS-Dreta ubicat a l'HDM (ESIC)

A més, aquests dispositius interaccionen estretament amb altres dispositius de les mateixes institucions:

- Servei d'Urgències Generals de l'HSP
- Centre d'Urgències d'Atenció Primària de l'HDM (CUAP-HDM)
- Hospitalització a Domicili de l'AIS-Dreta ubicat a l'HDM (HADO)

També amb dispositius dependents d'altres institucions ubicades al territori:

- Unitats de subaguts de l'AIS-Dreta
- Unitats de mitjana estada/convalescència de l'AIS-Dreta
- Unitats de llarga estada de l'AIS-Dreta
- Unitats de Psicogeriatria de l'AIS-Dreta
- Equips d'Atenció Domiciliària de l'AIS-Dreta (ATDOM)
- Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport de l'AIS-Dreta (PADES)
- Residències de l'AIS-Dreta

Sembla raonable organitzar aquests diversos dispositius, el personal associat i els circuits que s'estan fent servir, de manera que estiguin coordinats, pel que fa a les persones grans, de manera centralitzada i buscant un treball interdisciplinari, entès com la tasca duta a terme per distints professionals amb un objectiu comú, i que es comuniquin coneixent la feina de l'altre i l'evolució de tots els pacients.

Aquesta coordinació permetria millorar la gestió dels recursos existents, l'eficiència del sistema, la qualitat de l'atenció i reduir mortalitat i complicacions. Estem convençuts que també s'incrementaria la satisfacció dels usuaris i, a més,





permetria una millor formació del personal sanitari en una àrea que, tal com s'ha comentat, és de creixent necessitat en el nostre entorn.

La proposta de creació d'una UGA territorial AIS-Dreta unificada sota una mateixa direcció, és una primera fase en el reordenament de l'atenció geriàtrica en la zona d'influència de l'HSP/HDM.

## 2 OBJECTIUS

El trasllat de la unitat d'hospitalització geriàtrica d'aguts (UGA) de 18 llits de l'Hospital de Sant Pau (HSP) a la nova planta d'hospitalització de 29 llits de l'Hospital Dos de Maig (HDM) és el primer pas per a aconseguir els següents objectius:

- 1.- Potenciar i consolidar l'actual UGA, donant-li un sentit territorial AIS-Dreta i dotant-la d'11 llits més i dels recursos necessaris per prestar una millor atenció integral del pacient hospitalitzat geriàtric agut.
- 2.- Millorar la integració assistencial del pacient fràgil complex de l' AIS dreta i amb una gestió compartida entre ambdós hospitals (HSP-HDM).
- 3.- Potenciar la coordinació de tots els nivells assistencials i dispositius implicats en l'atenció del pacient fràgil complex a l' AIS-Dreta:



### 3 ÀMBIT TERRITORIAL D'ACTUACIÓ

#### 3.1 AIS Barcelona Dreta

El 2013 es va aprovar el Decret 10/2013, de delimitació de les regions sanitàries i dels sectors sanitaris del Servei Català de la salut. El CSB s'estructura en 10 sectors sanitaris que corresponen als 10 districtes municipals, i en 4 àrees integrals de salut (AIS), des del punt de vista de la gestió, l'AIS Barcelona Dreta és una d'elles.

L'AIS Barcelona Dreta és un àmbit territorial delimitat a partir dels fluxos entre l'atenció especialitzada i l'atenció primària, i reflecteix el comportament dels ciutadans en la utilització dels serveis sanitaris.

En el marc de l'AIS Barcelona Dreta, les 24 entitats proveïdores que presten serveis sanitaris en aquest territori constitueixen un espai conjunt de coordinació i gestió compartida.

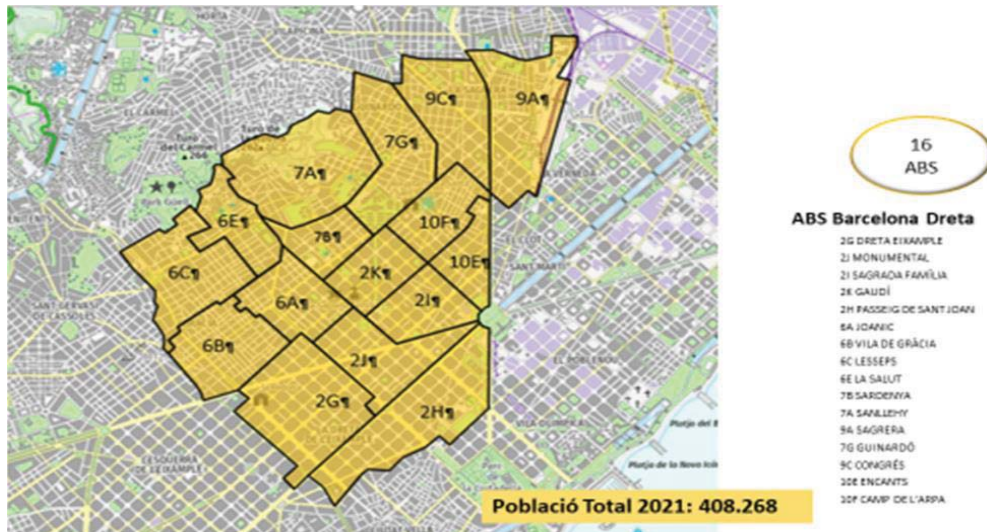
La missió comuna de les entitats proveïdores que configuren l'AIS és oferir una atenció integral de salut a la població, mitjançant la coordinació efectiva de les entitats de salut i els seus professionals amb criteris de qualitat, eficiència i sostenibilitat.

#### 3.2 Territori

L'AIS Barcelona Dreta ocupa un territori a la zona mitjana de Barcelona, amb 16 ABS, 5 districtes municipals (Eixample, Gràcia, Horta-Guinardó, Sant Andreu i Sant Martí) i 13 barris. (La Salut, Vila de Gràcia, El Camp d'en Grassot i Gràcia Nova, Can Baró, El Baix Guinardó, El Guinardó, El Congrés i els Indians, Navas, La Sagrera, El Camp de l'Arpa del Clot, La Sagrada Família, El Fort Pienc i La Dreta de l'Eixample). La superfície és de 101,35 km<sup>2</sup> i la població a 2021 és de 408.268 que suposa un 24,6% de la total de Barcelona.



### Àmbit territorial segons ABS de Barcelona Dreta



Font: Web Salut Integral. Consorci Sanitari de Barcelona AIS Dreta. Sistema Integral d'informació de Salut, RCA 2021. CatSalut.

### 3.3 Població de referència

La població major de 65 anys, a l' AIS Dreta, representa el 22,7% de la població de l'àrea integral sanitària, de les quals el 60,7% són dones i el 39,3% són homes (vegeu gràfic 1). En el gràfic 2 s'observa el percentatge de població per sexe de l' AIS.

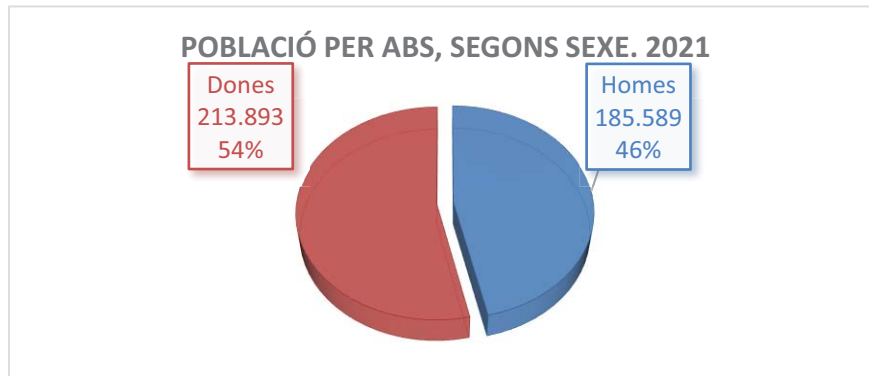
Gràfic 1. Població AIS Dreta per edat i sexe segons RCA 2021



Font: Sistema Integral d'informació de Salut, RCA 2021. CatSalut.



Gràfic 2. Població total AIS Dreta per sexe segons RCA 2021



Font: Sistema Integral d'Informació de Salut, RCA 2021. CatSalut.

En la Taula 1 es mostra la població assignada a cadascuna de les ABS per diferents franges d'edat a l'AIS Dreta.

Taula 1. Població per ABS grup d'edat

Àrea Bàsica de Salut	TOTALS						Total població per ABS
	0 - 14 anys	15 - 44 anys	45 - 64 anys	65 - 74 anys	75 - 84 anys	85 o més anys	
BARCELONA 2-G	2.534	8.086	5.838	2.309	1.637	1.276	21.680
BARCELONA 2-H	2.763	10.644	7.023	2.841	1.765	1.217	26.253
BARCELONA 2-I	2.084	8.250	5.594	2.249	1.460	1.071	20.708
BARCELONA 2-J	2.968	11.543	7.384	2.682	1.894	1.206	27.677
BARCELONA 2-K	2.543	10.276	7.025	2.810	1.904	1.243	25.801
BARCELONA 6-A	3.351	12.392	8.037	3.233	2.182	1.300	30.495
BARCELONA 6-B	3.006	12.078	6.867	2.079	1.480	1.067	26.577
BARCELONA 6-C	2.466	8.516	5.449	2.134	1.598	1.181	21.344
BARCELONA 7-A	2.592	8.071	6.110	2.224	1.725	987	21.709
BARCELONA 7-B	2.070	7.166	5.342	2.084	1.531	1.084	19.277
BARCELONA 9-A	4.072	12.831	9.519	4.465	2.484	1.223	34.594
BARCELONA 9-C	4.101	12.367	10.192	3.445	2.791	1.775	34.671
BARCELONA 10-E	1.844	6.650	4.633	2.049	1.334	701	17.211
BARCELONA 10-F	2.587	9.356	6.686	2.713	1.846	1.061	24.249
BARCELONA 7-G	3.876	12.253	9.169	3.420	2.474	1.428	32.620
BARCELONA 6-E	2.670	8.694	5.991	2.899	1.998	1.150	23.402
<b>Total Barcelona Dreta</b>	<b>45.527</b>	<b>159.173</b>	<b>110.859</b>	<b>43.636</b>	<b>30.103</b>	<b>18.970</b>	<b>408.268</b>

Font: Sistema Integral d'informació de Salut, RCA 2021. CatSalut.



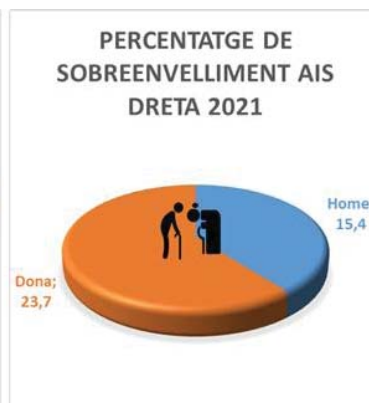
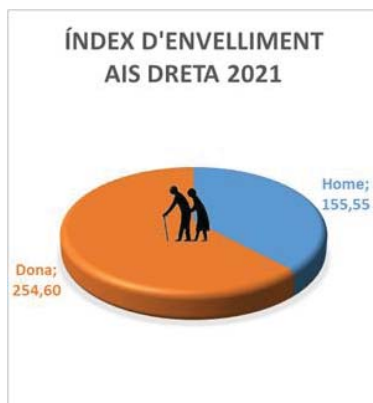


Les característiques de la població pel que fa a l'envelliment i sobreenvelliment l'ABS dreta té un índex superior a la mitjana de Barcelona i de Catalunya (2021) (vegeu taula 2).

**Taula 2. Índex d'envelliment, percentatge de sobreenvelliment i índex de dependència global per ABS a l'ABS Dreta**

Àrea Bàsica de Salut Residència Assegurat	Índex d'envelliment			Percentatge de sobreenvelliment			Índex dependència global		
	Total	Home	Dona	Total	Home	Dona	Total	Home	Dona
BARCELONA 2-G	206,08	144,56	277,34	24,4	15,5	29,9	57,8	52,2	62,8
BARCELONA 2-H	210,75	165,61	258,61	20,9	15,6	24,5	50,3	45,7	54,8
BARCELONA 2-I	229,37	174,88	285,23	22,4	16,8	25,9	51,2	45,4	56,4
BARCELONA 2-J	194,81	148,91	242,93	20,9	15,7	24,2	47,8	43,6	51,6
BARCELONA 2-K	234,25	175,28	298,20	20,9	16,6	23,6	50,6	45,6	55,2
BARCELONA 6-A	200,39	153,65	249,91	19,4	15,3	22,0	51,0	47,4	54,2
BARCELONA 6-B	153,89	113,39	196,32	23,1	15,5	27,7	41,8	38,5	44,6
BARCELONA 6-C	199,23	137,60	267,72	24,0	16,0	28,7	54,6	49,4	59,1
BARCELONA 7-A	190,43	149,66	231,91	20,0	16,0	22,6	55,1	49,0	61,0
BARCELONA 7-B	227,00	166,54	294,38	23,1	17,7	26,4	56,0	49,8	61,7
BARCELONA 9-A	200,69	163,24	241,76	15,0	12,0	17,2	56,8	54,1	59,3
BARCELONA 9-C	195,34	148,48	245,10	22,2	17,7	25,0	55,3	50,2	60,1
BARCELONA 10-E	221,48	177,84	264,55	17,2	13,1	19,8	54,0	47,3	60,5
BARCELONA 10-F	217,24	174,09	261,65	18,9	15,1	21,4	52,8	48,2	57,1
BARCELONA 7-G	188,91	150,87	227,25	19,5	15,5	22,2	54,3	49,9	58,2
BARCELONA 6-E	226,48	165,99	290,52	19,0	14,2	21,9	61,4	53,5	68,9
<b>Barcelona Dreta</b>	<b>203,64</b>	<b>155,55</b>	<b>254,60</b>	<b>20,5</b>	<b>15,4</b>	<b>23,7</b>	<b>52,9</b>	<b>48,1</b>	<b>57</b>
<b>Barcelona ciutat</b>	<b>176,24</b>	<b>138,22</b>	<b>216,40</b>	<b>19,4</b>	<b>15,1</b>	<b>22,3</b>	<b>52,3</b>	<b>47,4</b>	<b>57,1</b>
<b>Catalunya</b>	<b>130,56</b>	<b>108,95</b>	<b>153,48</b>	<b>16,9</b>	<b>13,1</b>	<b>19,8</b>	<b>53,7</b>	<b>50,0</b>	<b>57,5</b>

Font: Sistema Integral d'Informació de Salut, RCA 2021. CatSalut.

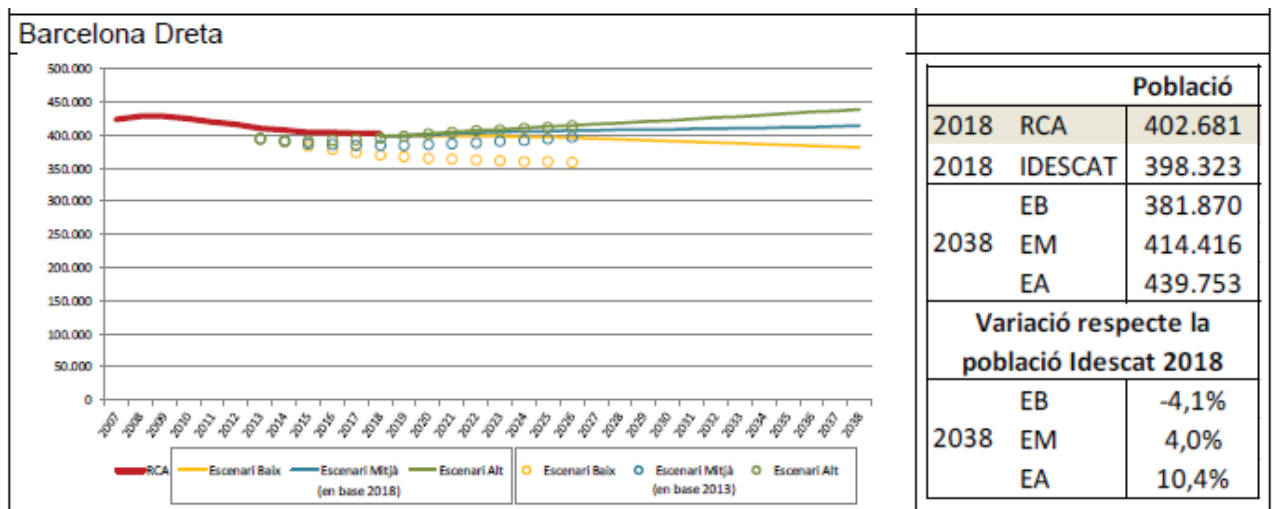




### 3.4 Projecció de la població

A partir de l'anàlisi publicada pel Departament de Salut i sobre la base de les projeccions de població de l'Idescat, en el document "**Projeccions de població per la planificació sanitària 2018-2038**" la projecció de la població de l'AGA Barcelona Dreta, Regió sanitària Barcelona ciutat **pel període 2018-2038** es preveu que el creixement sigui: escenari baix -4,1%, escenari mitjà 4,0% i escenari alt 10,4%. Tenint en compte l'evolució dels darrers anys i per sistemàtica en informes de serveis d'urgències, considerem l'escenari mitjà i l'alt. Amb la població actual de l'AGA, l'escenari mitjà preveu un increment del 4,0%, fins a 414.416 persones. L'escenari alt preveu un creixement de la població del 10,4%, fins a 439.753 persones. (vegeu gràfic 3)

**Gràfic 3. Projecció de població de l'AGA Barcelona Dreta 2018-2038.**



Font: Departament de Salut, 2020.



### 3.5 Estat de Salut

**Taula 3. Taula d'indicadors de prevalences per EAP, AIS Dreta i Barcelona ciutat 2019**

Àrea Bàsica de Salut	IQP00: potencialment evitables			IQP20: Patologies cròniques		
	Taxa bruta per 100.000 Hab. (>19 anys)	Edat mitjana dels ingressos	índex estandarditzat	Taxa bruta per 100.000 Hab. (>19 anys)	Edat mitjana dels ingressos	índex estandarditzat
BARCELONA 2-G	1.201,00	81,00	1,27	750,90	80,20	1,25
BARCELONA 2-H	1.020,10	80,40	1,23	64,60	81,20	1,24
BARCELONA 2-I	1.285,70	79,70	1,15	948,00	81,10	1,28
BARCELONA 2-J	1.043,00	76,60	1,32	713,40	77,60	1,42
BARCELONA 2-K	1.233,00	79,60	1,14	829,60	80,50	1,17
BARCELONA 6-A	1.081,40	77,60	1,06	711,80	77,90	1,06
BARCELONA 6-B	893,00	77,20	0,98	632,70	78,40	1,07
BARCELONA 6-C	1.382,30	80,10	1,59	944,90	80,60	1,72
BARCELONA 7-A	1.513,00	77,20	1,37	1.110,50	78,10	1,52
BARCELONA 7-B	1.402,90	78,90	1,21	1.004,30	78,60	1,31
BARCELONA 9-A	1.288,30	76,50	1,29	862,40	77,70	1,30
BARCELONA 9-C	1.393,90	78,00	1,17	974,60	79,00	1,25
BARCELONA 10-E	1.175,50	79,30	1,12	863,80	79,50	1,24
BARCELONA 10-F	1.406,50	77,40	1,31	937,70	78,10	1,32
BARCELONA 7-G	1.482,20	78,20	1,33	1.023,80	79,00	1,43
BARCELONA 6-E	1.068,00	77,20	1,20	717,90	78,70	1,27
<b>Barcelona Dreta</b>	<b>1.241,30</b>	<b>78,30</b>	<b>1,23</b>	<b>851,60</b>	<b>79,10</b>	<b>1,29</b>
<b>RS Barcelona ciutat</b>	<b>1.190,00</b>	<b>75,00</b>	<b>1,15</b>	<b>800,60</b>	<b>78,30</b>	<b>1,17</b>

Font: Sistema Integral d'Informació de Salut, MSIQ. CatSalut

A la taula en l'ítem IQP00 sintetitza el conjunt d'indicadors d'hospitalitzacions potencialment evitables analitzades per la bateria d'hospitalitzacions per MPOC, per hipertensió, per ICC, per deshidratació, per pneumònia bacteriana, per infeccions del tracte urinari, per angina de pit, per asma i per complicacions de la diabetis; l'ítem IQP20 sintetitza el conjunt d'indicadors d'hospitalitzacions potencialment evitables per les patologies cròniques MPOC, hipertensió, per ICC, angina de pit, asma i complicacions de la diabetis.

La taula 4, ens indica més detalladament les dades de les prevalences de MPOC, ICC i DM incontrolada, que són les malalties cròniques que tenen les prevalences més altes molt per sobre de Barcelona.

**Taula 4. Taula d'indicadors de prevalences MPOC, ICC i DM incontrolada per EAP, AIS Dreta, Barcelona ciutat 2019**

Àrea Bàsica de Salut	IQP05: MPOC (emfisema i bronquitis)			IQP08: ICC (Insuficiència Cardíaca Congestiva)			IQP14:DM INCONTROLADA*		
	Taxa bruta per 100.000 Hab. (>19 anys)	Edat mitjana dels ingressos	índex estandarditzat	Taxa bruta per 100.000 Hab. (>19 anys)	Edat mitjana dels ingressos	índex estandarditzat	Taxa bruta per 100.000 Hab. (>19 anys)	Edat mitjana dels ingressos	índex estandarditzat
BARCELONA 2-G	287,10	77,00	1,47	336,80	86,10	1,07	11,00	84,00	1,21
BARCELONA 2-H	210,40	78,80	1,18	352,20	85,80	1,35	11,40	72,20	1,42
BARCELONA 2-I	351,90	79,80	1,44	482,50	85,10	1,29	17,00	71,30	1,57
BARCELONA 2-J	251,50	75,10	1,46	349,10	82,20	1,42	17,30	72,00	2,22
BARCELONA 2-K	314,50	77,30	1,32	433,00	84,40	1,22	22,80	77,50	2,16
BARCELONA 6-A	295,30	75,40	1,29	297,20	83,60	0,90	11,70	84,80	1,17
BARCELONA 6-B	205,60	73,30	1,05	338,00	83,20	1,15	13,70	75,20	1,50
BARCELONA 6-C	367,30	74,70	2,05	445,80	86,80	1,57	22,40	78,60	2,63
BARCELONA 7-A	435,90	75,30	1,73	516,40	82,40	1,45	16,70	83,00	1,55
BARCELONA 7-B	343,00	76,30	1,34	497,50	82,80	1,28	18,50	74,30	1,65
BARCELONA 9-A	359,60	75,70	1,50	391,00	82,40	1,27	7,00	70,50	0,71
BARCELONA 9-C	367,80	75,10	1,44	479,50	83,90	1,27	8,60	79,00	0,85
BARCELONA 10-E	322,10	75,80	1,33	401,00	84,80	1,20	17,10	79,80	1,66
BARCELONA 10-F	313,40	74,00	1,28	495,60	84,10	1,44	9,70	69,20	0,93
BARCELONA 7-G	420,80	75,70	1,71	473,40	84,30	1,36	15,00	73,00	1,43
BARCELONA 6-E	286,60	76,30	1,50	322,20	83,40	1,13	12,70	84,80	1,48
<b>Barcelona Dreta</b>	<b>321,40</b>	<b>75,90</b>	<b>1,44</b>	<b>411,10</b>	<b>84,00</b>	<b>1,27</b>	<b>14,10</b>	<b>76,80</b>	<b>1,45</b>
RS Barcelona ciutat	292,90	75,40	1,23	390,10	82,90	1,21	12,60	74,90	1,31

Font: Sistema Integral d'Informació de Salut, MSIQ. Àrea Sanitària. CatSalut

**Taula 5. Taula d'indicadors de reingressos als hospitals, AIS Dreta, Barcelona ciutat i Catalunya 2019**

Àrea Bàsica de Salut	IRRC20: reingressos per patologia crònica			IRRC16: reingressos per fractura de coll de fèmur		
	% brut de reingressos	Edat mitjana dels ingressos	Derivats a sociosanitari	% brut de reingressos	Edat mitjana dels ingressos	Derivats a sociosanitari
Hostipal Sant Pau	12,88	76,88	18,05	5,28	84,74	55,76
Hospital Dos de Maig	11,86	82,59	5,00	0,00	81,54	46,15
<b>Barcelona Dreta</b>	<b>12,97</b>	<b>78,54</b>	<b>14,89</b>	<b>5,10</b>	<b>84,82</b>	<b>54,00</b>
<b>RS Barcelona ciutat</b>	<b>11,30</b>	<b>76,85</b>	<b>9,30</b>	<b>4,56</b>	<b>83,84</b>	<b>47,77</b>
<b>Catalunya</b>	<b>11,27</b>	<b>75,47</b>	<b>9,03</b>	<b>3,60</b>	<b>82,70</b>	<b>44,99</b>

Font: Sistema Integral d'Informació de Salut, MSIQ. Àrea Sanitària. CatSalut

La població que hi ha atès l'Hospital Dos de Maig l'any 2019 en referència a hospitalització i CMA pertany majoritàriament a l' AIS Dreta (88%) mentre que la resta de població prové dels altres llocs (12,2%) com s'observa en la taula 6.

**Taula 6. Fluxos de pacients A l'Hospital Dos de Maig**

Fluxos de pacients								
Activitat d'hospitalització convencional i CMA								
Assegurats tractats a H. Dos de Maig								
	Any 2019		Any 2018		Any 2017		Any 2016	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Barcelona Dreta</b>	7.058	87,8	6.606	86,5	5.886	82,1	5.426	81,7
<b>Barcelona Litoral Mar</b>	274	3,4	256	3,4	318	4,4	466	7
<b>Barcelona Nord</b>	225	2,8	233	3	333	4,6	214	3,2
<b>Barcelona Esquerra</b>	116	1,4	111	1,5	95	1,3	101	1,5
<b>Altres AGA</b>	322	4,0	389	5,1	493	6,9	405	6,1
<b>Catalunya AGA desconeguda</b>	13	0,2	7	0,1	16	0,2	9	0,1
<b>Espanya</b>	17	0,2	23	0,3	24	0,3	15	0,2
<b>Estranger</b>	16	0,2	8	0,1	2	0	4	0,1
<b>Total</b>	8.041	100	7.633	100	7.167	100	6.640	100

Font: Sistema Integral d'Informació de Salut, MSIQ. Àrea Sanitària. CatSalut

## 4 MODEL DE GESTIÓ

### 4.1 Unitat Mancomunada de Geriatria

Fins ara la unitat geriàtrica d'aguts està ubicada a l'Hospital de Sant Pau i forma part de la cartera de serveis de la Unitat de Geriatria d'HSP que depen del servei de Medicina Interna d'HSP.

La nova unitat geriàtrica territorial, que està ubicada a l'Hospital Dos de Maig, va adreçada a pacients fràgils amb malaltia mèdica aguda o crònica aguditzada de l' AIS Dreta amb previsió d'una atenció de semicrítics a HDM i derivació a UCI d'HSP, si calgués.



Es preten desenvolupar una aliança territorial consistent en un model de gestió compartida entre els dos centres hospitalaris i crear una Unitat mancomunada de Geriatria, integrada per personal dels Hospitals de la Santa Creu i Sant Pau i de l'Hospital Dos de Maig sota una única direcció clínica.

#### 4.2 [Àmbit d'actuació](#)

L'activitat de la unitat mancomunada es desenvolupa en els camps assistencial, de docència i de recerca indistintament en els dos centres hospitalaris segons convingui.

#### 4.3 [Objectiu](#)

Coordinar i homogeneïtzar l'assistència del pacient fràgil en l'àmbit de la patologia geriàtrica del territori AIS Dreta de Barcelona.

#### 4.4 [Pautes a seguir](#)

- **Direcció única:**  
El responsable funcional de la nova unitat mancomunada correspon al Cap de la Unitat de Geriatria de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
- **Sobre els pacients de l'àrea de referència**  
Les finalitats del servei mancomunat en relació amb l'atenció als pacients de l'àrea de referència són les següents :
  - Cercar mesures de millora conjunta de la qualitat i la seguretat de l'assistència.
  - Evitar desplaçaments innecessaris.
  - Promocionar accions que millorin l'accessibilitat dels usuaris i pacients als centres i alhora, disminueixin el temps d'espera.

- Disminuir la variabilitat de l'atenció a partir de la unificació de criteris sobre la base de la millor evidència científica i el consens entre els professionals.

- **Sobre la relació amb els Equips d'Atenció Primària.**

La relació inicial amb els diferents EAP manté la distribució territorial establerta pel Consorci Sanitari de Barcelona des de l'1 d'octubre de 2013 en el sí de la Reforma de l'Atenció Especialitzada de l' AIS Dreta de Barcelona.

Aquesta distribució territorial no ha de ser un obstacle per poder establir fluxos preferencials en determinats processos patològics que permetin millorar la qualitat de l'assistència, al mateix temps que garanteixen l'equitat de l'atenció ciutadana.

En qualsevol cas, i llevat dels recursos que es puguin considerar específics per a l'alta complexitat, cada hospital ha de dotar-se dels recursos suficients i necessaris per a garantir l'accessibilitat i l'atenció a la població assignada.

- **Sobre els professionals**

Respecte dels professionals que formen part del servei mancomunat, els objectius de l'aliança estratègica entre ambdues institucions són els següents :

- Ampliar les àrees de capacitació i millorar l'expertesa diagnòstica i terapèutica dels professionals (facultatius i residents)
- Facilitar-los l'accés a equipaments de nova tecnologia per poder afrontar els nous reptes de la sanitat.
- Tenir horitzons comuns i coordinats respecte la formació interna i externa dels metges del servei mancomunat.
- Afavorir la presentació conjunta de comunicacions i publicacions
- Treballar estretament amb els professionals d'Atenció Primària per a un millor diagnòstic i seguiment dels pacients de l'àrea, mitjançant fórmules de coordinació i suport eficients i segures.

Per a l'assoliment d'aquests objectius es facilita la mobilitat dels facultatius i residents implicats entre els dos centres, sempre que sigui possible i no s'obstaculitzi l'activitat, sense que aquesta prestació de serveis en diferent centre faci perdre la vinculació dels afectats amb el seu centre d'origen.



- **Protocols assistencials**  
S'elaboren protocols d'actuació per patologies consensuats entre els professionals dels dos centres.
- **Sessions clíniques conjuntes**  
Es realitzen sessions clíniques conjuntes per a la presentació de casos i unificació de criteris, segons protocols. Aquestes sessions es fan periòdicament, segons calendari.

## 5 CARTERA DE SERVEIS

Inclou tota aquella derivada de l'atenció a l'activitat de Patologia geriàtrica i es distribueix segons la seva complexitat d'acord amb les directrius i planificació del Servei Català de la Salut.

Es contempla la creació de consultes i/o mòduls d'exploracions especialitzades en qualsevol dels dos centres i amb la participació de personal d'ambdós centres.

- Unitat de geriatria d'aguts (UGA):
  - Unitat d'alta intensitat terapèutica amb possibilitat de transfusions, drogues vasoactives, etc.
  - Planificació a l'alta ben dissenyada i implementada.
  - Requeriment de cures infermeres de més alta complexitat.
  - Requeriment d'oferta diagnòstica àmplia.
  - Servei de Rehabilitació / fisioteràpia / logopèdia / teràpia ocupacional.
  - Nutricionista.
  - Conciliació terapèutica amb suport de farmacèutic.
  - UFISS / Treball social.
- Atenció de demències. Diagnòstic, trastorns de conducta (en els pacients ingressats que ho requereixin, de forma complementària a la EAIA).
- Atenció pal·liativa. suport, ajust, control de símptomes (en els pacients ingressats que ho requereixin, de forma complementària als serveis de cures paliatives).
- Atenció urgent. VGI exprés per ajudar en la classificació de pacients (en els pacients ingressats que ho requereixin, també de forma complementària als



serveis de d'Urgències o altres dispositius específics d'avaluació geriàtrica integral).

La Unitat de geriatria d'aguts compta també amb els serveis de suport:

- Servei d'Hospitalització a Domicili (HADO): Permet l'atenció limitada en el temps, amb estades curtes, amb planificació alta a curt termini, altament coordinada amb AP, fins i tot amb un model cures en les transicions (ang: transitional care) amb model d'atenció compartida amb AP. No ha de ser un substitut de l'atenció domiciliària convencional.
- Equip de suport Integral a la complexitat (ESIC): Dispositiu ambulatori per donar suport a l'AP de l' AIS Dreta així com assistència programada i urgent de caràcter multidisciplinar, d'alta resolució integral i integradora.
- Hospital de dia de geriatria: amb capacitat de resposta i atenció a petició d'AP, evitant pas per urgències. Administració de tractaments específics a aquests pacients crònics.
- Unitat funcional sòciosanitària (UFISS).
- Unitat de suport a Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia (COT). Orto geriatria

A més compta amb un conjunt d'actuacions per a la coordinació territorial com:

- Sessions territorials per valorar el pacient crònic complex (PCC) i la malaltia crònica avançada (MACA).
- Sessions amb la xarxa d'infermeria clínica. Valoracions de les propostes de pacients PCC/MACA
- Coordinació amb la gestió de casos del territori
- Coordinació amb l'atenció intermèdia del territori
- Participació en comitès
- Formació: sessions territorials (mensuals)



## 6 DOTACIÓ DE RECURSOS:

### 6.1 Estructura:

UGA de nova construcció al tercer pis de HDM amb 29 llits, que substitueix l'existent a l'HSP. És una UGA territorial amb direcció funcional única i gestió de recursos compartida (Annex 2).

-Sala monogràfica, no compartida amb altres serveis.

-Sala adaptada a les necessitats específiques i canviants dels pacients geriàtrics:

- Terra segur: pla, no lliscant, que faci poc soroll amb les petjades, amb baranes i passamans a les parets.
- Habitacions dobles i algunes individuals per aïllaments i procés d'agonia
- Bona il·luminació, si es pot amb llum natural, per evitar deliri
- Mobiliari adaptat: llits molt graduables en alçada, cadires i butaques còmodes, rellotges grans, calendaris...
- Dispositius d'alarma de moviment nocturn connectat al control d'infermeria de pacients enllitats per minimitzar subjeccions i caigudes
- Lavabos adaptats, amb elevadors del WC, passamans, dutxa adaptada
- Sala comú
- Gimnàs per a la recuperació funcional ubicat a la sala de RHB del segon pis
- Rellotges de paret i calendaris de mida gran

### 6.2 Recursos Humans

-Facultatius (Geriatres / Internistes perfil geriatria): 4

Es garanteix la cobertura dels 29 llits de la Unitat amb:

- Matins laborables: 3 facultatius
- Tardes laborables: 1 facultatiu
- Matins de festius i caps de setmana: 1 facultatiu.
- Tardes de festius i caps de setmana: es farà càrrec l'actual equip de guàrdies internes de l'HDM (DAMI).

- Nits de tots els dies de l'any: es farà càrrec l'actual equip de guàrdies internes de l'HDM (DAMI).

Es fan les cobertures necessàries per assegurar l'atenció en períodes de vacances, permisos, lliurances, malalties i altres.

També donen suport i es formen en els altres dispositius de la UGA sempre que es requereixi, per la qual cosa s'establirà una rotació de facultatius de la Unitat de Geriatria pels diferents àmbits d'activitat dels dos centres.

Es valora la participació de metges internistes del servei d'Urgències de HSP en aquest dispositiu, tot preservant la composició i dotació de l'equip de facultatius de la UGA. Això facilitaria la implicació dels metges de la principal font de pacients de la UGA, afavorint l'agilitat del circuit de derivació de pacients.

Els facultatius són contractats per l'HDM i depenen funcionalment del Cap de la Unitat de Geriatria territorial.

-Metge Rehabilitador: 0.5 contractat per HDM.

-Farmacèutic: 1 del Servei de Farmàcia de l'HDM.

-Infermeria: 3 en horari de matí i tarda (rati 10 pac/inf) i 2 al torn nit, contractats per l'HDM.

-Auxiliars: 3 en horari de matí i tarda (rati 10 pac/TCAI) i 2 al torn nit, contractats per l'HDM.

-Administrativa: 1 amb el mateix horari que els administratius de les altres unitats d'hospitalització de l'HDM. Contractats per l'HDM.

-Fisioterapeuta: 1 mati i 1/2 tarda. Contractats per HDM.

-Terapeuta ocupacional: es valorarà incorporar-lo des de l'atenció primària.

-Nutricionista/Logopeda (estudis disfàgia): 0.5 contractat per l'HDM.

-Treball Social: 0.5 treballador social contractat per HDM.

-Equip de UFISS: metges de la UGA i infermeria contractada per l'HDM.

-Portalliteres: 1 en horari de mati i tarda i un suport per la nit. Contractats per l'HDM.

-Neteja: 1 mati i 1 tarda. Contractats per HDM.

Tots els facultatius de la Unitat de Geriatria mancomunada han de tenir accés a la història clínica dels SAP dels dos centres.

### 6.3 Material i equipaments:

A continuació es detalla el material i equipaments amb què compta la UGA, a part dels que ja disposa una unitat d'hospitalització convencional:

DESCRIPCIÓ	UNITATS
BÀSCULA AMB TALLIMETRE	1
BÀSCULA SENSE TALLIMETRE (PLANA)	2
BUTACA	29
CADIRA PLEGABLE ACOMPANYANT	31
CADIRA RODES	4
CADIRA AMB RODES "DON PEDRO"	2
CAMINADOR	6
CAMINADOR AMB SUPORT BOMBONA O2	3
CARRO DE CURES	3
CARRO RCP	1
DEFIBRILADOR LIFEPAK 20	1
ECG Page Wryter TC30 philps + CARRO	1
GRUA BIPEDESTACIÓ	1
GRUA PASIVA	1
LLITERA DE TRASLLAT	2
MACERADORA	1
MAMPARA SEPARACIO LLIT	12
SPO2 PORTÀTIL	6
TENSIÒMETRE C/SPO2 Y T <sup>a</sup> AMB CARRO (TIPO CRITIKON)	2
TERMÒMETRE ÒTIC	5
TRÀNSFER	2
TRITURADORA PASTILLES ELÈCTRIC	3
MATALAÇ ANTIESCARES	29
ECÒGRAF PORTÀTIL	1



## 7 FUNCIONAMENT I CIRCUITS:

L'origen dels pacients que ingressen en aquesta unitat és bàsica i preferentment des d'urgències de Sant Pau. També poden ingressar eventualment del CUAP HDM, Hospital de dia de Geriatria, ESIC, DAFSU i trasllats de sales d'hospitalització.

Tot ingrés ha de comptar amb el vistiplau de la direcció funcional de la UGA per garantir que els pacients que més se'n poden beneficiar siguin els que realment hi ingressen.

Els ingressos a la UGA es fan majoritàriament en l'horari de presència ordinària dels metges de la UGA: tots els matins de la setmana de 8 a 15h i les tardes dels dies laborables fins a les 20h. Fora d'aquest horari, la responsabilitat de la decisió i assistència dels ingressos a la UGA és del metge de guàrdies internes de Medicina (DAMI).

### 7.1 Circuits:

El circuit d'ingrés és a través d'admissions de l'HSP coordinadament amb el de l'HDM en els mateixos horaris que qualsevol altra sala de Sant Pau.

Basant-nos en la adequació de 5 perfils segons la intensificació del esforç terapèutic (adjuntem quadre orientatiu), hi ha circuits basats en la estabilitat del pacient i la adequació de l'esforç diagnòstic-terapèutic per tal d'evitar o minimitzar trasllats.

En el cas dels pacients que requereixen tractament endovenós perllongat i ús de midline/PIC, es pot col·locar a HDM.

Els circuits de derivació d'Urgències d'HSP a la UGA i de la UGA a UCI d'HSP són els que ja estan en funcionament per als pacients que derivem actualment d'Urgències HSP a les unitats d'Hospitalització convencional i per als pacients que s'ha de derivar d'aquestes unitats a la UCI de HSP quan ho precisen.

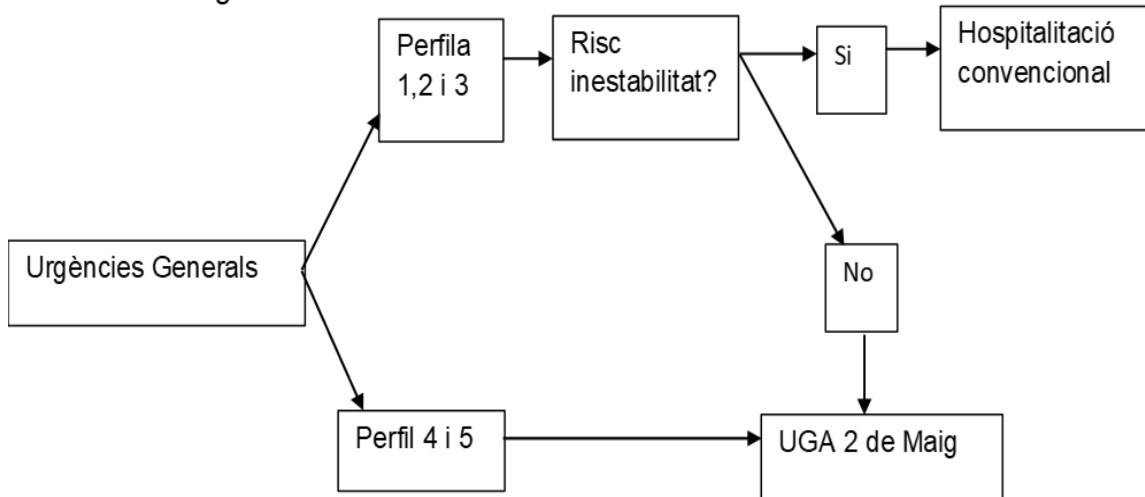


**Tabla 1**  
Herramienta propuesta para la adecuación de la intensidad terapéutica

	Perfil I	Perfil II	Perfil III	Perfil IV	Perfil V
Candidato a trasplante					
SVA y ventilación mecánica invasiva					
Iniciar depuración extrarrenal					
Fármacos vasopresores (1)					
Ventilación mecánica no invasiva					
Ingreso medicina intensiva					
Pruebas invasivas (2)					
Canalización vías centrales					
Posibilidad de traslado a unidad de agudos (3)					
Alimentación Parenteral					
Transfusiones / Medicación ev					
Pruebas no invasivas (4)					
Alimentación oral / enteral					
Transfusiones sintomáticas					
Tratamiento médico oral/sc/inhalador.					
Cuidados de confort/síntomas					
1. Noradrenalina, Dopamina, Dobutamina.					
2. Endoscopias, bronoscopias, punción biopsia					
3. Si ingresado a Hospital Cuidados o Atención Intermedia					
4. Utilización de la vía venosa/ Diagnóstico x Imagen /laboratorio convencional / RDT paliativa					
SVA: Soporte Vital Avanzado. Incluye desfibrilación y uso de dispositivos invasivos. RDT: Radioterapia					

**Herramienta propuesta para la Adecuación de la Intensidad Terapéutica.**

Circuits Urgències - UGA



## 7.2 Criteris d'ingrés:

Pacients que requereix ingrés per a diagnòstic o tractament i que compleixen alguna de les següents característiques:

- Pacients amb pluripatologia, que ja hagin estat altres cops ingressats a la UGA
- Que tinguin deteriorament funcional agut o risc de patir-lo
- En general, qualsevol síndrome geriàtrica (immobilitat, inestabilitat-caigudes, incontinències, deteriorament cognitiu...)

El perfil que ingressa més freqüentment es:

- Descompensacions de malalties cròniques
- Davallada funcional aguda
- Quadre confusional agut o deliri

Altres processos com infeccions, estudis d'anèmia, síndromes tòxiques, etc., també poden ser criteri d'ingrés sempre que es donin en pacients fràgils i amb risc de davallada funcional.

El principal indicador de que un pacient és candidat d'ingrés a la UGA és aquell pacient que la seva malaltia comuna es presenta amb una sd. geriàtrica.



### 7.3 Criteris d'exclusió:

Els pacients que ingressen a la UGA no poden tenir criteris o necessitat previsible de:

-Ingrés a UCI (circuit de derivació establert per a les altres unitats 'hospitalització).

-Àmbit Psiquiàtric: pacients amb dubtes o certesa de trastorn psicòtic o malaltia psiquiàtrica coneguda descompensada, pacients amb risc de fuga o d'agressivitat.

-Cirurgia o altres instrumentalitzacions complexes urgents (endoscòpia digestiva o pulmonar, angiologia, etc.). Tot i així, si apareix la necessitat de cirurgia o exploracions complementàries durant l'ingrés, aquestes es podran resoldre al mateix centre HDM si són del seu nivell.

-Pacients amb insuficiència respiratòria severa o processos cardio-respiratoris que per comorbiditat i/o edat es prevegi la necessitat immediata o precoç de ventilació no invasiva o UCI.

-Pacients en tractament actiu d'oncologia (si no està en tractament perquè està pendent de diagnòstic i té una altra patologia, sí que es podrà ingressar a HDM)

-Pacients que es prevegi la necessitat de nutrició parenteral personalitzada (sí que poden ingressar els que precisin nutrició parenteral estàndard com els pacients amb pancreatitis)

-Pacients amb traqueotomies complexes.

-Pacients amb alta dependència (perfil 5) prioritzar PADES, CSS, residència o domicili. Només poden ingressar aquests pacients amb perfil 5 en casos excepcionals en què es valori que la UGA pot aportar-li algun valor.

En definitiva, els pacients d'alta intensitat terapèutica sí que poden ingressar-hi excepte els pacients amb perfils 1, 2 i 3 amb inestabilitat clínica que pugui predir una escalada diagnòstica o terapèutica.





#### 7.4 Funcionament de la Unitat:

Tots els professionals han de mostrar la identificació molt visible, identificar-se i intentar que els pacients sàpiguen els noms del personal.

Un cop el pacient ingressa es fa una Valoració Geriàtrica Integral (VGI) que inclou: Barthel, Lawton, Pfeiffer, i valoració Psico-social.

Avaluació diària per part d'infermeria de la capacitat funcional, estat cognitiu amb valoració del delírium amb escala 4AT.

L'equip mèdic farà una revisió diària dels tractaments i dels procediments a seguir.

Els facultatius de la UGA poden desenvolupar la seva tasca en qualsevol dels dos centres i per tant, han de tenir accés al SAP dels dos centres i també per accés remot.

El pla de cures ha d'estar centrat en el pacient.

Estan protocol·litzades l'atenció de les grans síndromes geriàtriques:

- Disfàgia i Nutrició
- Cures de la pell i nafres per pressió
- Delirium*
- Caigudes
- Incontinències
- Restrenyiment
- Insomni

Hi ha una reunió diària interdisciplinària liderada pel metge i la infermera responsables, amb assistència de treball social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, farmacèutic, etc., per a posar en comú l'estratègia d'atenció de cada pacient.

Des de el primer moment de l'ingrés s'aborda l'estimació de la durada de l'ingrés i planificar l'alta per part de tots els professionals.

Des de el primer moment es decideix la intensitat terapèutica, decisió que es pot modificar segons les circumstàncies (veure article annex 3).

Es procura minimitzar els procediments amb efectes adversos demostrats: sondes vesicals, vies innecessàries, subjeccions mecàniques o farmacològiques.

Com que es tracta d'una UGA d'àmbit territorial, quan hi ha necessitats de recursos de convallescència i llarga estada, es munten circuits amb els centres o hospitals d'atenció intermitja per poder enviar a pacients des de la UGA de forma directa sense necessitat de fer consulta a la UFISS. Un sistema similar al que es fa servir ara a Urgències amb els subaguts, o a la Unitat d'Ortogeriatría. Per a què això funcioni bé, es fonamental una bona relació amb els centres basada en la correcta informació i confiança mútua que afavoreixi el win-win i que simplifiqui els tràmits.

Molts dels pacients que ingressen a la UGA son pacients amb perfil psico-social complex o molt complex. En aquest cas, necessitaran de l'expertesa de la UFISS per trobar el recurs òptim.

Exploracions complementaries: la majoria es poden fer a l'HDM.

Seguiment: es fa un seguiment directiu dels indicadors que es defineixin per a control de l'activitat de la Unitat.

Es monitoritzen indicadors de quantitat, qualitat, de resultats i d'adequació en la selecció de pacients candidats a UGA que s'acordin.

Es constitueix una Comissió de Seguiment amb la participació de la Direcció dels dos centres.

## 8 ASPECTES ESPECÍFICS DE LA UGA

### 8.1 Derivació de pacients des d'Urgències HSP

- **Circuit i flux de pacients:** Els pacients que ingressen a la UGA provenen majoritàriament de les urgències de HSP.

El metge de la UGA informa a l'administratiu d'HSP al finalitzar el torn de la tarda dels llits que resten lliures. Aquests llits queden bloquejats per al circuit ràpid del dia següent de 8-9h.

També informa de la previsió d'alta per l'endemà. Aquestes altes les confirmen els metges de la UGA a primera hora del matí següent per facilitar el trasllat abans de les 10h (es prioritzen aquestes altes a primera hora per disposar del llit quan arriben els pacients).

El comitè de gestió de llits es coordina amb la UGA per valorar possibles candidats d'ingrés de pacients del CUAP-HDM o d'altres orígens.

- **Trasllat ambulàncies:** seguim el circuit estàndard, per tant es fan els trasllats abans de les 9 del matí que no hi ha tanta demora. L'increment de trasllats que condiona la UGA a HDM no es considera rellevant ja que es concentraran a primera hora del matí que és quan no hi ha col·lapse.
- **SEM:** donats els recursos estructurals i de RRHH dels serveis d'Urgències dels dos centres i l'adaptació de circuits àgils per al trasllat de pacients entre els dos centres, no sembla necessari plantejar canvis en els fluxos ni criteris de derivació del SEM.

## 8.2 Farmàcia:

Els equips de Farmàcia de l'HDM i de l'HSP mantenen una relació habitualment molt fluida.

S'ha incorporat un farmacèutic especialitzat en Geriatria a l'HDM.

El farmacèutic fa la validació diària de la medicació dels pacients ingressats a l'UGA i la conciliació a l'ingrés i a l'alta del Pla terapèutic ajustant-se a les necessitats i fragilitat del pacient. Aquest pla terapèutic s'inclou a l'informe d'alta.

Consultes Hematòleg-Oncòleg HSP: Pacients en tractament actiu d'oncologia no s'ingressen a HDM. Les consultes que es generen es fan telefònicament.

Tractament EPO (anèmies): A H.Dia de l'HDM també es fan tractaments EPO ambulatoris per MHDA. Per tant, s'ha de considerar de cara al pressupost de MHDA del 2022.

Nutrició parenteral: A l'HDM es pauta nutrició parenteral estàndard excepte si el pacient necessita una nutrició parenteral personalitzada (elaborada ad doc). Aquests casos específics no ingressen a l'HDM.

Disfàgia: Els espessants per la disfàgia es poden pautar a l'alta seguint el mateix circuit que a hospitalització.

Nutrició enteral: Els suplementes que es necessiten a l'alta es poden pautar seguint el mateix circuit que a hospitalització.

Tractament Magnesi oral: Es decideix fer servir Magnesi NM. Tractament utilitzat a HSP molt efectiu i barat.

Tractament Urea: S'utilitza Urea NM.

RNM urgent: HDM té disponibilitat de dilluns a diumenge de 8 a 22 hs. Inclou informes (IDI).

Rotació de facultatius i residents: El conveni ha de contemplar la possibilitat de mobilitat dels professionals, tant de l'HSP com de l'HDM, així com l'acreditació com a dispositiu docent associat de l'HDM per a les especialitats dels residents que hagin de fer la seva formació a la UGA territorial.

Rotacions Estudiants: el conveni també ha de contemplar la rotació dels estudiants de medicina de l'HSP (UAB) i els de l'HDM (UB) per la UGA, així com els estudiants de Farmàcia que fan pràctiques tutelades pel servei de Farmàcia de l'HDM. S'haurà d'incloure al conveni amb la UAB a l'HDM com a centre col·laborador.

PEG: Es pot fer aquest procediment a HDM si cal.

Tractament antibiòtics: L'equip de Farmàcia de l'HDM està treballant en un projecte per informar en SAP del tipus de via d'administració més idònia (curta, intermitja o llarga) per administrar els antibiòtics seguin les recomanacions de l'equip PROA.

### 8.3 Treball social:

Derivació a centres socio-sanitaris: es mantenen els acords de derivació que té l'HSP amb els socio-sanitaris. Se'ls informa de la creació de la UGA territorial.

PCR's: el dia abans del trasllat a CSS o residència es demana PCR i en cas de ser positiu s'ha de quantificar. Actualment només es quantifiquen quan es demana específicament. S'avisava al laboratori que quan el metge posa nota "pacient que demà es trasllada a socio-sanitari" les han de quantificar. El pacient es trasllada o no segons la normativa que apliquen els socio-sanitaris.



Es manté un nivell de comunicació entre TS HSP i HDM.

#### 8.4 UFISS:

La infermera de UFISS fa les valoracions de tots els pacients de la UGA.

Hi ha una nutricionista que es fa càrrec de l'ESIC i la UGA.

Es defineixen 3 línies de treball per desenvolupar en les següents fases amb la resta de pacients ingressats al centre: UFISS gestora, UFISS clínica i pacients en situació de final de vida.

L'expertesa del Geriatre pot aportar molt en el futur als pacients en situació de final de vida ingressats a la resta d'Unitats.

#### 8.5 HADO:

La HADO es defineix com un dispositiu de sortida de pacients per la UGA com ja s'està fent actualment.

També és una porta d'entrada en alguns casos.

#### 8.6 Àmbit Hospitalització

- Els criteris d'inclusió i exclusió estan ben definits i detallats al pla funcional.
- Es fa formació específica pel personal de la UGA.
- L'èxit de la Unitat és la seva actuació multidisciplinar i el treball en equip. Per això es fan passis de visita conjunts Metge/infermera, així com reunions multidisciplinars àgils a mig matí per compartir la informació i prendre decisions conjuntes.
- S'ha adaptat els procediments de treball i altres documents que feien servir a la UGA d'HSP.
- És important el concepte de "espai únic" per la UGA.

### 8.7 Àmbit Administratiu

- L'horari dels administratius de la UGA és fins a les 16:15 h. A partir d'aquesta hora qualsevol gestió es fa des d'Admissions, que estan fins les 21 h.
- Els caps de setmana que també hi ha ingressos i altes, al matí es gestionen des d'Admissions o Urgències segons el dia.

### 8.8 Àmbit Nutricionista

- La nutricionista fa les proves de disfàgia a demanda després del screening d'infermeria.
- Es demanen els valors nutricionals a l'analítica d'ingrés per tal que la nutricionista faci la intervenció.

### 8.9 Àmbit Laboratori

- Hi ha un perfil específic pel Servei UGA per l'analítica a l'ingrés del pacient.
- Els resultats de les analítiques de rutina estan a les 11 h aproximadament.
- S'ha incorporat alguns paràmetres com el Mg al perfil d'analítica d'ingrés de HDM.
- Les pautes de Sintrom les calculen els mateixos metges de UGA. Es manté l'actual circuit amb hematologia de HSP per alguns casos que es puguin.
- S'ha ajustat el recurs de infermeres que fan les extraccions de rutina a planta en funció del volum de les sol·licituds.



### 8.10 Atenció continuada

- S'ajusta el reforç de la guàrdia de planta de MI (DAMI) segons la pressió assistencial.
- Les cobertures d'aquests reforços són a càrrec dels membres de l'equip de MEDI, però també hi poden participar els facultatius de l'ESIC, HADO o de la UGA que hi tinguin interès.
- Els llits que queden lliures de la UGA a les 20h quan marxa el metge de la tarda queden reservats pels pacients que han de venir al matí següent pel circuit ràpid. Per tant, aquests llits no poden ser ocupats durant la guàrdia, excepte situacions excepcionals, en què el Cap de Guàrdia ha de determinar i argumentar-ho explícitament.

### 8.11 ESIC

- Els metges de la UGA cobreixen les tardes d'ESIC de dimarts a dijous en format de guàrdia. Aquests metges poden citar els controls post-alta a les seves agendes, la qual cosa facilita i agilitza les altes.
- Es treballa en l'homogeneïtzació dels protocols d'actuació de diferents patologies com anèmies i altres.
- S'ajusten els perfils d'intensitat terapèutica.
- Es treballa per intentar evitar les duplicitats d'actuacions.

### 8.12 Gabinets de proves

- **EEG i EMG:**

Si són urgents s'envien a HSP.



- **Endoscòpies:**

Actualment són 3-4 dies per realitzar colonoscòpia. S'anirà ajustant els temps reservats per endoscòpies d'hospitalitzats en contra de les ambulatòries segons les necessitats per mantenir aquests temps de resposta.

**Ecocardiogrames (transesofàgics), Holter:**

- Les ecocardiografies urgents o preferents no tenen demora. S'ha de veure l'impacte que té l'increment d'activitat en les ordinàries i si cal ajustar la disponibilitat d'agendes.
- Holter: no hi ha demora.

**Broncoscòpies:**

- Es fan totes a HSP.

**TAC i RNM**

- TAC i RNM d'ingressats no tenen demores valorables.
- Les puncions guiades es fan a HSP.

**8.13 Suport especialitats mèdiques:**

- La UGA funciona amb interconsultes amb la resta d'Especialitats Mèdiques, igual que fa MED.
- URO i NEFRO es deriva a la Pugivert.
- HDM disposa d'Unitat de cures de nafres complexes.

**8.14 Residents:**



**SANT PAU**  
Campus Salut  
Barcelona



Hospital de  
la Santa Creu i  
**Sant Pau**



**Consorci  
Sanitari  
Integral**

Aquesta UGA territorial és un espai assistencial reconegut en la trajectòria docent dels residents que participen de les rotacions de la UGA (Geriatría, Medicina Interna, Medicina de Família, etc).

## **9 ANNEX 1. Plànol de descripció detallat i general de la ubicació de l'espai habilitat per a la Unitat Geriàtrica d'Aguts.**



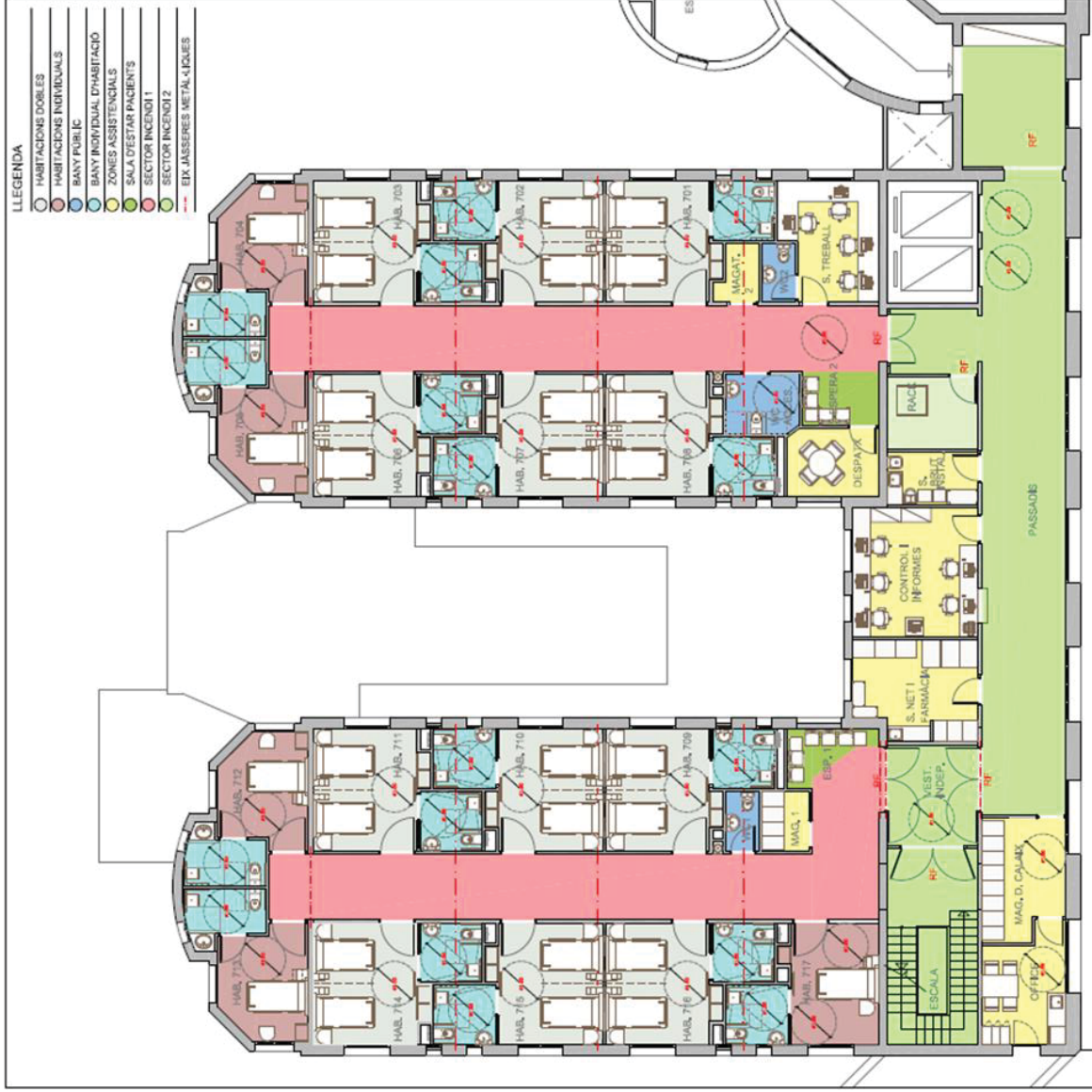
**SANT PAU**  
Campus Salut  
Barcelona



Hospital de  
la Santa Creu i  
Sant Pau

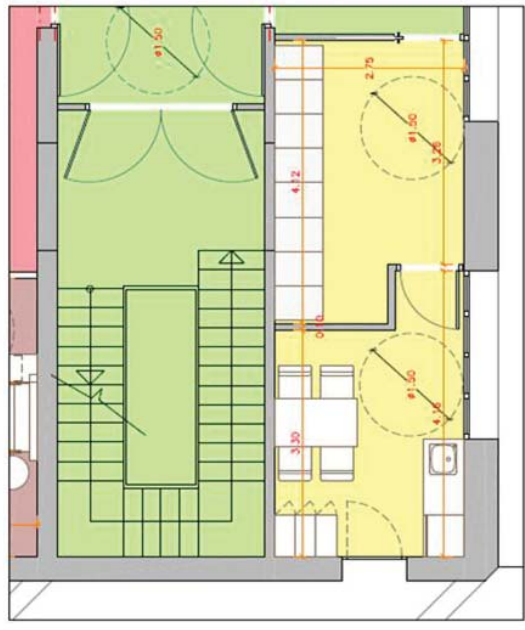
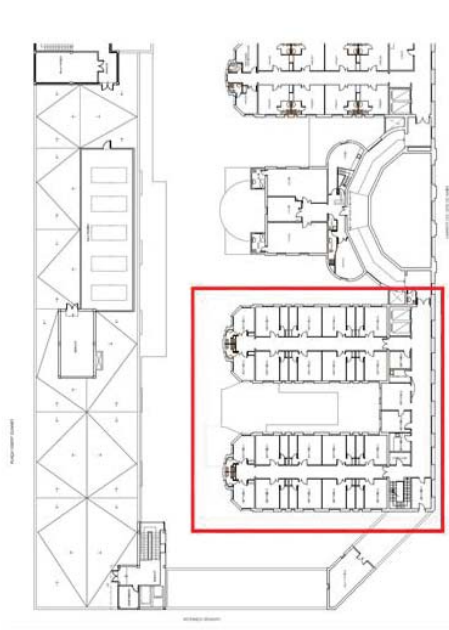


Consortori  
Sanitari  
Integral



ESTAT FINAL

E: 1/200



DETALL PART ASSISTENCIAL (I)

E: 1/100



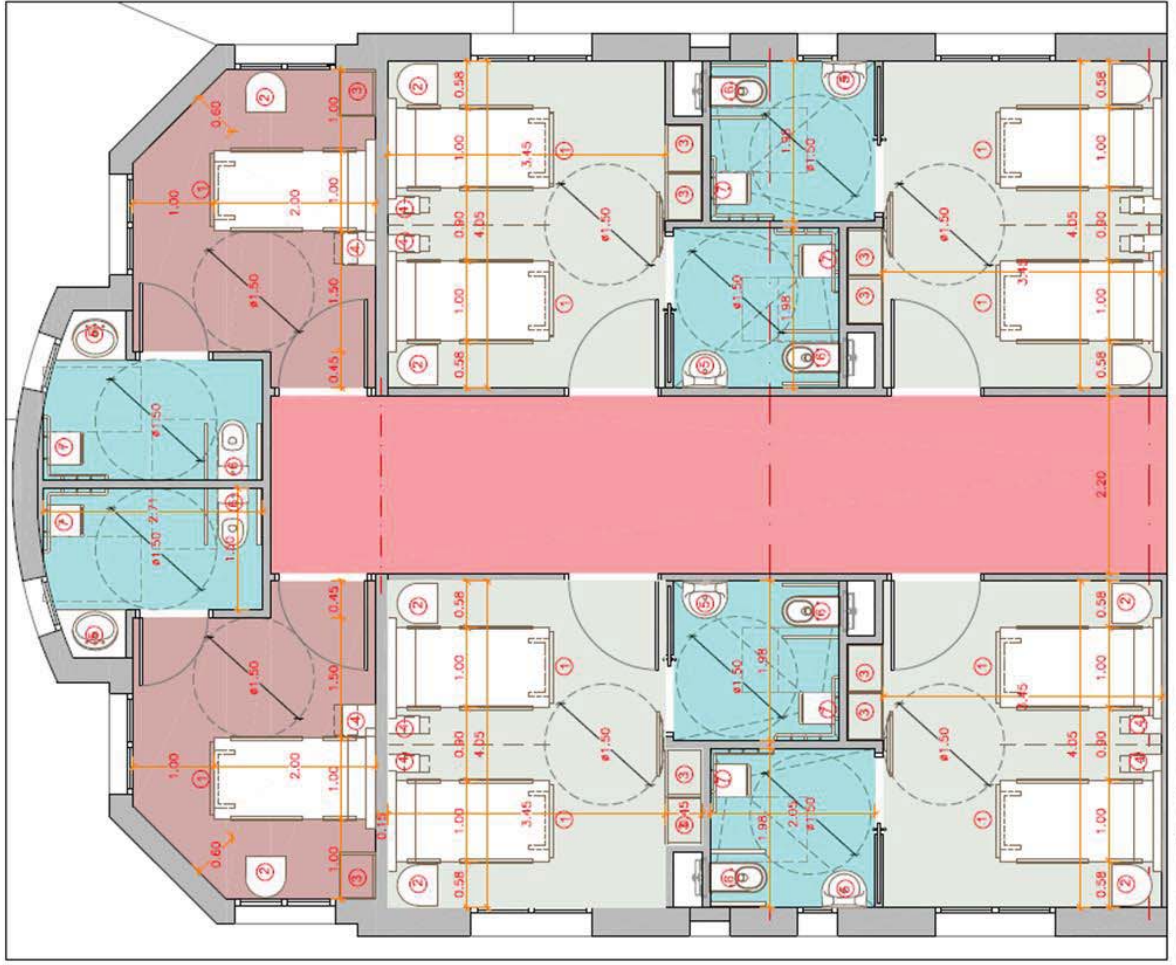
SANT PAU  
Campus Salut  
Barcelona



Hospital de  
la Santa Creu i  
Sant Pau



Consortari  
Sanitari  
Integral



DETTALL HABITACIONS TIPUS

E:1/100

SUPERFÍCIES		SUP. (m2)
ESPAI		
HABITACIONS		
717		12.01
- CH		4.05
704, 705, 712, 713		10.42
- CH		4.49
701, 702, 703, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 714, 715, 716		14.51
- CH		4.05
ASSISTENCIAL		
ESPERA 1		3.77
ESPERA 2		4.51
WC ACCESSIBLE		4.69
WC1		2.17
WC2		2.17
MAGATZEM 1		3.06
MAGATZEM 2		2.48
DESPATX		6.87
SALA TREBALL		12.11
S. NET I FARMÀCIA		13.08
CONTROL I INFORMES		17.85
S. BRUT		5.24
MAGATZEM D. CALAIX		10.40
OFFICE		9.96
ESPÀIS COMUNS		
ESCALA		19.54
VESTIBUL INDEPENDÈNCIA		10.05
PASSADIS UH7(A)		51.92
PASSADIS UH7(B)		44.90
PASSADIS UH7(GENERAL)		65.36
INSTAL·LACIONS		7.08
SUPERFÍCIE TOTAL		595.60
ACTUACIO		

LLEENDA HABITACIONS I BANYS

①	TAULA AUXILIAR
②	SILLÓ-CADIRA
③	ARMARI
④	TAULETA DE NIT
⑤	RENTAMANS
⑥	DUTXA
⑦	INODOR ACCESSIBLE





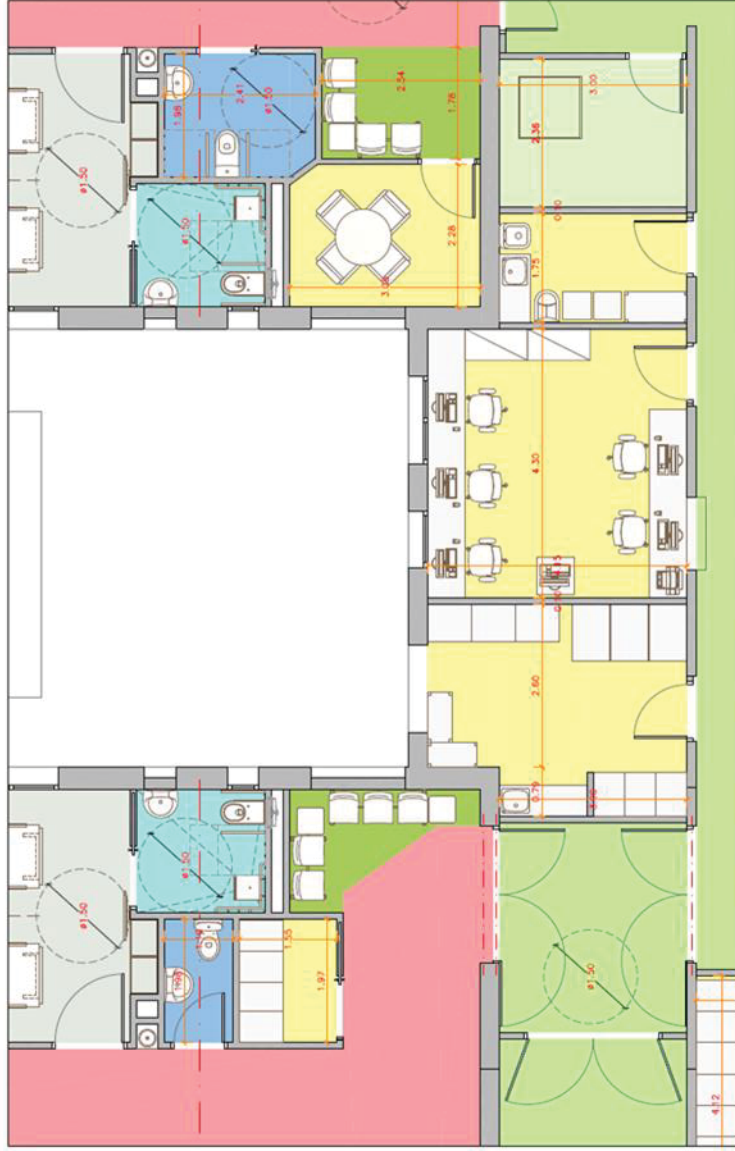
**SANT PAU**  
Campus Salut  
Barcelona



Hospital de  
la Santa Creu i  
Sant Pau



**Consorci  
Sanitari  
Integral**



DETALL PART ASSISTENCIAL (II) E:1/100

<b>CONSORCI SANITARI INTEGRAL</b> 	Autors de la proposta Juli Cortés i Associats SLP		Projecte <b>ADEQUACIÓ INTEGRAL DE LES INSTAL·LACIONS DE LA UNITAT HOSPITALÀRIA 7</b>		Nom del Plànol <b>PROPOSTA TÈCNICA DE DISTRIBUCIÓ Unitat Hospitalària 7</b> PLANTA 3		N.º Plànol <b>V.11</b>	
	Clav. C-S/2020032	Data 01 DESEMBRE 2020	HOSPITAL DOS DE MAIG		Escala 1:200 		FULL 1 DE 1	





## 10 ANNEX 2. Protocol d'adequació de l'esforç terapèutic.

### **Revista Española de Geriatria y Gerontología** **SOCIEDADESPAÑOLA •DEGERIATRÍAYGERONTOLOGÍA•** ARTÍCULO ESPECIAL

Protocolo territorial de adecuación de la intensidad terapéutica. Área Metropolitana Sur de Barcelona

Benito Jesús Fontecha-Gómez, b, g, \*, Jordi Amblàs-Novellash, Évora Betancor-Santana, a, b, Lourdes Rexach-Canoi, Marina Isabel Ugarte, a, b, Araceli López-Pérez, c, d, Kenneth Planasc, d, Nuria Gutiérrez Jiménez, j, Rosario Casas Florianok, Cristina García-Fortea, l, Gala Serrano Bermúdez, m, María Rotllàn-Terradellase, f, y Daniel Fernández-Poncena

Servei de Geriatria i Cures Pal·liatives, Hospital Gral. de L'Hospitalet, Consorci Sanitari Integral, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), Espanab Servei de Geriatria i Cures Pal·liatives, Hospital de Sant Joan Despí, Consorci Sanitari Integral, Sant Joan Despí (Barcelona), Espanac Servei de Medicina Intensiva, Hospital Gral. de L'Hospitalet, Consorci Sanitari Integral, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), Espanad Servei de Medicina Intensiva, Hospital de Sant Joan Despí, Consorci Sanitari Integral, Sant Joan Despí (Barcelona), Espanae Direcció Assisstencial, Hospital Gral de L'Hospitalet, Consorci Sanitari Integral, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), Espanaf Direcció Assisstencial, Hospital de Sant Joan Despí, Consorci Sanitari Integral, Sant Joan Despí (Barcelona), Espanag Consorci de Salut y Social de Catalunya, Àmbit Sociosanitari, Barcelona, Espanah Unidad Territorial de Geriatria y Cuidados Paliativos, Consorci Hospitalari de Vic/Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic, Centro de Estudios Sociales y Sanitarios (CESS)/Cátedra de Cuidados Paliativos, Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya, Vic (Barcelona), Espanai Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, Espanaj Atenció Primària, SAP Baix Llobregat Centre-Fontsanta, Cornellà de Llobregat (Barcelona), Espanak Clínica Nuestra Señora de Guadalupe, Esplugues de Llobregat (Barcelona), Espanal Parc Sanitari de Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat (Barcelona), Espanam Servei de Cures Pal·liatives, Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), Espanan Direcció del Sector del Baix Llobregat Centre-Fontsanta, Regió Sanitaria Metropolitana Sud, Barcelona, CatSalut, Barcelona, Espana

información del artículo Historia del artículo: Recibido el 17 de octubre de 2017 Aceptado el 11 de enero de 2018

**r e s u m e n:** La identificación de pacientes en situación de enfermedad crónica avanzada y complejidad, y la fragmentación de cuidados hacia el final de la vida aconsejan trazar un plan terapéutico a largo plazo, congruente con los valores y preferencias de los pacientes, a la vez que con un pronóstico vital y funcional razonables. Disponer de una herramienta de ajuste en la adecuación de la intensidad diagnóstica y terapéutica sería de ayuda en la continuidad de cuidados y podría ser facilitadora de la toma de decisiones en las transiciones y en los cambios dinámicos que presentan los pacientes a medida que se acercan al final del proceso vital.



**SANT PAU**  
Campus Salut  
Barcelona



Hospital de  
la Santa Creu i  
**Sant Pau**



**Consorti  
Sanitari  
Integral**